



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

**L'intelligence émotionnelle**  
**au cours du diplôme de médecine générale :**  
**Une rencontre pour les internes.**

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés  
auprès de 18 internes de médecine générale de la faculté de Lyon.

THÈSE D'EXERCICE EN MÉDECINE

Présentée

À l'université Claude Bernard Lyon 1  
et soutenue publiquement le 06/10/2016  
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine.

Par

**Anne-Lyse BONARDI**

Née le 11/01/1987 à Besançon (25)

Sous la direction du docteur Élise Benedini et  
du docteur Élodie Bezanson

## UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

- Président de l'Université Frédéric FLEURY
- Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales Pierre COCHAT
- Directrice Générale des Services Dominique MARCHAND

### SECTEUR SANTÉ

UFR DE MÉDECINE LYON EST

Doyen : Gilles RODE

UFR DE MÉDECINE LYON SUD-CHARLES MÉRIEUX

Doyen: Carole BURILLON

INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)

Directrice : Christine VINCIGUERRA

UFR D'ODONTOLOGIE

Directeur : Denis BOURGEOIS

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE RÉADAPTATION (ISTR)

Directeur: Xavier PERROT

DÉPARTEMENT DE BIOLOGIE HUMAINE

Directrice : Anne-Marie SCHOTT

### SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Directeur : Fabien de MARCHI

UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)

Directeur : Yannick VANPOULLE

POLYTECH LYON

Directeur : Emmanuel PERRIN

I.U.T.

Directeur : Christophe VITON

INSTITUT DES SCIENCES FINANCIÈRES ET ASSURANCES (ISFA)

Directeur : Nicolas LEBOISNE

OBSERVATOIRE DE LYON

Directrice : Isabelle DANIEL

ECOLE SUPÉRIEURE DU PROFESSORAT ET DE L'ÉDUCATION (ESPE)

Directeur: Alain MOUGNIOTTE

**FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST**  
**LISTE DES ENSEIGNANTS**  
**2016/2017**

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS ( Classe exceptionnelle echelon 2 )**

BLAY Jean-Yves	Cancérologie; Radiothérapie
COCHAT Pierre	Pédiatrie
CORDIER Jean-François	Pneumologie; Addictologie
ETIENNE Jérôme	Bactériologie-virologie; Hygiène hospitalière
GOUILLAT Christian	Chirurgie digestive
GUÉRIN Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction; Gynécologie médicale
MORNEX Jean - François	Pneumologie; Addictologie
NINET Jacques	Médecine interne; Gériatrie et biologie du vieillissement; Médecine générale; Addictologie
PHILIP Thierry	Cancérologie; Radiothérapie
PONCHON Thierry	Gastroentérologie; Hépatologie; Addictologie
REVEL Didier	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE Michel	Cancérologie; Radiothérapie
RUDIGOZ René-Charles	Gynécologie-obstétrique; Gynécologie médicale
THIVOLET-BEJUI Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
VANDENESCH François	Bactériologie-virologie; Hygiène hospitalière

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS ( Classe exceptionnelle Echelon 1 )**

BORSON-CHAZOT Françoise	Endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques; Gynécologie médicale
CHASSARD Dominique	Anesthésiologie-réanimation; Médecine d'urgence
CLARIS Olivier	Pédiatrie
D'AMATO Thierry	Psychiatrie d'adultes; Addictologie
DELAHAYE François	Cardiologie
DENIS Philippe	Ophthalmologie
DISANT François	Oto-rhino-laryngologie
DOUEK Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF Christian	Chirurgie digestive
FINET Gérard	Cardiologie
GAUCHERAND Pascal	Gynécologie-obstétrique; Gynécologie médicale
GUÉRIN Claude	Réanimation; Médecine d'urgence
HERZBERG Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HONNORAT Jérôme	Neurologie
LACHAUX Alain	Pédiatrie
LEHOT Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation; Médecine d'urgence
LERMUSIAUX Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LINA Bruno	Bactériologie-virologie; Hygiène hospitalière
MARTIN Xavier	Urologie
MELLIER Georges	Gynécologie - obstétrique; Gynécologie médicale
MERTENS Patrick	Anatomie
MICHALLET Mauricette	Hématologie; Transfusion

MIOSSEC Pierre	Immunologie
MOREL Yves	Biochimie et biologie moléculaire
MOULIN Philippe	Nutrition
NÉGRIER Sylvie	Cancérologie; Radiothérapie
NEYRET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
NIGHOGHOSSIAN Norbert	Neurologie
NINET Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OBADIA Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OVIZE Michel	Physiologie
RODE Gilles	Médecine physique et de réadaptation
TERRA Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes; Addictologie
ZOULIM Fabien	Gastroentérologie; Hépatologie; Addictologie

### PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS ( 1ère Classe )

ANDRÉ-FOUET Xavier	Cardiologie
ARGAUD Laurent	Réanimation; Médecine d'urgence
BADET Lionel	Urologie
BARTH Xavier	Chirurgie générale
BESSEREAU Jean-Louis	Biologie cellulaire
BERTHEZENE Yves	Radiologie et Imagerie médicale
BERTRAND Yves	Pédiatrie
BOILLOT Olivier	Chirurgie digestive
BRAYE Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; Brûlogie
BRETON Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHEVALIER Philippe	Cardiologie
COLIN Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
COLOMBEL Marc	Urologie
COTTIN Vincent	Pneumologie; Addictologie
DEVOUASSOUX Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
DI FILLIPO Sylvie	Cardiologie
DUMONTET Charles	Hématologie; Transfusion
DURIEU Isabelle	Médecine interne; Gériatrie et biologie du vieillissement; Médecine générale; Addictologie
EDERY Charles Patrick	Génétique
FAUVEL Jean-Pierre	Thérapeutique; Médecine d'urgence; Addictologie
GUENOT Marc	Neurochirurgie
GUEYFFIER François	Pharmacologie fondamentale; Pharmacologie clinique; Addictologie
GUIBAUD Laurent	Radiologie et imagerie médicale
JAVOUHEY Etienne	Pédiatrie
JUILLARD Laurent	Néphrologie
JULLIEN Denis	Dermato-vénéréologie
KODJIKIAN Laurent	Ophtalmologie
KROLAK SALMON Pierre	Médecine interne; Gériatrie et biologie du vieillissement; Médecine générale; Addictologie
LEJEUNE Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; Gynécologie médicale

MABRUT Jean-Yves	Chirurgie générale
MERLE Philippe	Gastroentérologie; hépatologie; Addictologie
MION François	Physiologie
MORELON Emmanuel	Néphrologie
MURE Pierre-Yves	Chirurgie infantile
NÉGRIER Claude	Hématologie; Transfusion
NICOLINO Marc	Pédiatrie
PICOT Stéphane	Parasitologie et mycologie
ROUVIÈRE Olivier	Radiologie et imagerie médicale
ROY Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
RYVLIN Philippe	Neurologie
SAOUD Mohamed	Psychiatrie d'adultes
SCHAEFFER Laurent	Biologie cellulaire
SCHEIBER Christian	Biophysique et médecine nucléaire
SCHOTT-PETHELAZ Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TILIKETE Caroline	Physiologie
TRUY Eric	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN Francis	Radiologie et imagerie médicale
VALLÉE Bernard	Anatomie
VANHEMS Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VUKUSIC Sandra	Neurologie

#### PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS ( 2ème classe )

ADER Florence	Maladies infectieuses; Maladies tropicales
AUBRUN Frédéric	Anesthésiologie-réanimation; Médecine d'urgence
BOUSSEL Loïc	Radiologie et imagerie médicale
CALENDER Alain	Génétique
CHAPURLAT Roland	Rhumatologie
CHARBOTEL Barbara	Médecine et santé au travail
CHÊNE Gautier	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
COTTON François	Radiologie et imagerie médicale
CROUZET Sébastien	Urologie
DARGAUD Yesim	Hématologie; Transfusion
DAVID Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation; Médecine d'urgence
DI ROCCO Federico	Neurochirurgie
DUBERNARD Gil	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
DUCRAY François	Neurologie
DUMORTIER Jérôme	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
FANTON Laurent	Médecine légale
FELLAHI Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
FERRY Tristan	Maladie infectieuses; Maladies tropicales
FOURNERET Pierre	Pédopsychiatrie; Addictologie
GILLET Yves	Pédiatrie
GIRARD Nicolas	Pneumologie
GLEIZAL Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
HENAINE Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HOT Arnaud	Médecine interne

HUISSOUD Cyril	Gynécologie-obstétrique; Gynécologie médicale
JACQUIN-COURTOIS Sophie	Médecine physique et de réadaptation
JANIER Marc	Biophysique et médecine nucléaire
LESURTEL Mickaël	Chirurgie générale
MICHEL Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MILLION Antoine	Chirurgie vasculaire; Médecine vasculaire
MONNEUSE Olivier	Chirurgie générale
NATAF Serge	Cytologie et histologie
PERETTI Noël	Nutrition
PIGNAT Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
PONCET Gilles	Chirurgie générale
RAVEROT Gérard	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques;
	Gynécologie médicale
RAY-COQUARD Isabelle	Cancérologie; Radiothérapie
RHEIMS Sylvain	Neurologie
RICHARD Jean-Christophe	Réanimation ; Médecine d'urgence
ROBERT Maud	Chirurgie digestive
ROSSETTI Yves	Physiologie
SOUQUET Jean-Christophe	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
THAUNAT Olivier	Néphrologie
THIBAUT Hélène	Physiologie
WATTEL Eric	Hématologie; Transfusion

#### PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS - MÉDECINE GÉNÉRALE

FLORI Marie  
LETRILLIART Laurent  
MOREAU Alain  
ZERBIB Yves

#### PROFESSEURS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Lainé Xavier

#### PROFESSEURS ÉMÉRITES

BAULIEUX Jacques	Cardiologie
BEZIAT Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHAYVIALLE Jean-Alain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
DALIGAND Liliane	Médecine légale et droit de la santé
DROZ Jean-Pierre	Cancérologie; radiothérapie
FLORET Daniel	Pédiatrie
GHARIB Claude	Physiologie
MAUGUIÈRE François	Neurologie
NEIDHARDT Jean-Pierre	Anatomie
PETIT Paul	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SINDOU Marc	Neurochirurgie
TOURAINÉ Jean-Louis	Néphrologie
TREPO Christian	Gastroentérologie; Hépatologie; Addictologie

TROUILLAS Jacqueline  
VIALE Jean-Paul

Cytologie et histologie  
Réanimation; Médecine d'urgence

#### MAÎTRES DE CONFÉRENCE – PRATICIENS HOSPITALIERS ( Hors Classe )

BENCHAIB Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction; Gynécologie médicale
BRINGUIER Pierre-Paul	Cytologie et histologie
DUBOURG Laurence	Physiologie
GERMAIN Michèle	Physiologie
JARRAUD Sophie	Bactériologie-virologie; Hygiène hospitalière
LE BARS Didier	Biophysique et médecine nucléaire
NORMAND Jean-Claude	Médecine et santé au travail
PERSAT Florence	Parasitologie et mycologie
PIATON Eric	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
STREICHENBERGER Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
TIMOUR-CHAH Quadiri	Pharmacologie fondamentale; Pharmacologie clinique; Addictologie
VOIGLIO Eric	Anatomie

#### MAÎTRES DE CONFÉRENCE –PRATICIENS HOSPITALIERS ( 1ère Classe )

BARNOUD Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
BONTEMPS Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
CHALABREYSSE Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
CHARRIÈRE Sybil	Nutrition
COLLARDEAU FRACHON Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX Cyrille	Rhumatologie
COZON Grégoire	Immunologie
ESCURET Vanessa	Bactériologie-virologie; Hygiène hospitalière
HERVIEU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP-SARDA Marie Nathalie	Immunologie
LESCA Gaëtan	Génétique
LUKASZEWICZ Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence
MAUCORT BOULCH Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MEYRONET David	Anatomie et cytologie pathologiques
PINA-JOMIR Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
PLOTTON Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
RABILLOUD Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
RIMMELE Thomas	Anesthésiologie-réanimation; Médecine d'urgence
RITTER Jacques	Epidémiologie, Économie de la santé et prévention
ROMAN Sabine	Physiologie
TARDY GUIDOLLET Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
TRISTAN Anne	Bactériologie-virologie; Hygiène hospitalière
VENET Fabienne	Immunologie
VLAEMINCK-GUILLEM Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES –PRATICIENS HOSPITALIERS ( 2ème Classe )

CASALEGNO Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CURIE Aurore	Pédiatrie
DUCLOS Antoine	Epidémiologie, Économie de la santé et prévention
LEMOINE Sandrine	Physiologie
MARIGNIER Romain	Neurologie
PHAN Alice	Dermato-vénérologie
SCHLUTH-BOLARD Caroline	Génétique
SIMONET Thomas	Biologie cellulaire
VASILJEVIC Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

FARGE Thierry  
PIGACHE Christophe

## REMERCIEMENTS

### **Aux membres du jury,**

Monsieur le Professeur Jérôme ETIENNE,

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Votre savoir dans le domaine de la pédagogie est essentiel pour cette soutenance de thèse.

Monsieur le Professeur Pierre FOURNERET,

Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. Les émotions des internes sont transdisciplinaires et votre expérience est importante pour cette soutenance.

Monsieur le Professeur Yves ZERBIB,

Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. Votre regard expert sur les émotions de l'interne en médecine générale est important pour cette soutenance.

Merci pour votre enseignement au cours de mon cursus de médecine générale.

Madame la Docteure Elise BENEDINI,

Merci pour ton accompagnement et ton investissement de tous les jours, week-end et vacances comprises.

Je te remercie aussi de m'avoir acceptée dans ton cercle qui a été un moteur essentiel pour me permettre d'accomplir ce travail.

Madame la Docteure Elodie BEZANSON,

Merci pour ton appui pendant tout ce travail. Je suis honorée d'être ta première thésarde et espère que tu en auras beaucoup d'autres.

### **À ceux qui m'ont formée,**

Aux Docteur BUZY et Docteur LUCIANI,

Merci de m'avoir guidée dans la découverte de la spécialité. Merci surtout de me l'avoir fait aimer. J'essaierai d'appliquer le même investissement que vous avez auprès de vos patients et aussi la même exigence que vous développez chaque jour pour faire évoluer votre pratique.

Aux Docteur DE FREMINVILLE, Docteur CANTRELLE,

Merci pour votre accompagnement et les conseils que vous m'avez apportés. Je m'emploierai à appliquer la rigueur que vous m'avez transmise. Merci aussi pour la bienveillance que vous avez eu à mon égard.

Au Docteur FALQUE,

Merci Julien pour ta bienveillance qui a été salvatrice lors de ma fin de cursus. Tu as été attentif à mes difficultés et je t'en remercie.

Au Docteur BONNET,

Amélie ce dernier semestre a été fantastique. J'ai beaucoup aimé partager avec toi le travail d'équipe, la fluidité et la bonne humeur.

**À ma famille,**

À mes parents,

Je vous remercie de m'avoir accompagnée pendant toutes mes études médicales. Vous m'avez toujours soutenus dans mes choix et fait en sorte que je me construisse avec liberté et assurance. Je vous aime.

À ma sœur,

Tu es ma Blondie riche en nuances et en capacités. Je suis admirative de tes choix de vie et de tes multiples compétences. Je nous souhaite de vivre plein de chouettes moments de découvertes.

À Babeth, ma marraine,

Tu as toujours été pour moi le reflet d'une vision positive et dynamique de la vie. Tu sais vivre le moment présent avec humour.

Aux oncles, tantes, cousins, cousines,

À nos fêtes familiales, nos vacances partagées et à la famille qui s'agrandit.

**Aux amis,**

À Mathilde,

Je suis admirative de ta force et de tout ce que tu entreprends. Tu es une amie exceptionnelle. Je nous souhaite d'autres expéditions en montagne, d'autre tout...

À Lydia, À Jean, À Ella,

Merci les amis pour tous les souvenirs qui commencent dès notre enfance. Il y a tellement de belles choses : la colocation, Berlin... Lydou tu es ma n°13 préférée, Jean tu es indispensable pour sortir d'une auberge de jeunesse. Je suis heureuse que votre magnifique petite Ella puisse découvrir tout ça en grandissant.

À Brigitte,

Pour tous les moments à rire de tout, tu es la bienveillance incarnée mon Jones.

À Lucie, À Tom, À Isidore, À Alphonse.

J'aime vous retrouver pour festoyer, qu'on fasse les beaux sur le bateau ou qu'on soit à fond sur les pistes de ski. Je suis heureuse de faire partie de votre vie, de celle d'Isidore et d'Alphonse mon filleul adoré.

À Laure,

Je te remercie de me faire partager ta curiosité, ton ouverture et ta vision positive et apaisée de la vie. Tu es une amie attentionnée et un exemple de réussite.

À Nathan,

Je suis ravie de vous avoir rencontré toi et tes mille passions. C'est toujours un plaisir de les découvrir autour d'un bon plat.

À Louise,

C'est un bonheur de te retrouver. Je suis admirative du nombre de projets que tu arrives à accomplir. Je te souhaite un heureux avenir à ton image.

À Élo,

Tu es un rayon de soleil qui arrive par le train parfois par la poste. C'est un réel bonheur d'être éclairée par ta présence et bercée par ta douceur.

À Mélo,

J'ai en tête nos moments de danses déchaînées où tu étais l'incarnation d'Elvis Presley.

Tu es un modèle de liberté.

À Ségo, À Nadège, À Adam, À Juliette,

À votre magnifique famille que nous allons bientôt célébrer.

À Julie,

Nous avons vécu l'internat et ce parcours de thèse ensemble. Nos rencontres bière en terrasse sont toujours un moment fort sympathique.

À Antoine,

Pour les heureux souvenirs bisontins, pour ta riche personnalité et maintenant pour ton exotisme australien.

À Madelin, Nabou, Dany,

J'adore vous retrouver chaque année pour vivre des moments simples et arrosés.

À Nina,

Aux souvenirs d'enfance heureux que nous avons vécus.

À toute la bande des grands et des moins grands :

À Antoine et Isaline ; À Julie, Julien, Robin, Clovis; À Marion; À Romain; À Alex; À Lucie, Alexandre, Elouan, Bérénice, Romane; À Apolline, Jimmy, Léontine, Rose, Anna; À Emilie, Simon; À Adrien, Clara; À Paul.

Merci pour toutes les fêtes, les weekend où tout est possible et où tout se termine miraculeusement bien.

Ces moments ne sont pas prêts de s'arrêter et c'est tant mieux.

À Justine,

Tu es un modèle de courage et de tolérance. J'espère que les plateaux ciné te font toujours aussi vibrer.

Clarisse,

Je suis contente de t'avoir rencontrée toi et tes vies. Avec toi on côtoie toujours l'extraordinaire et ça fait du bien.

**Aux autres familles toutes aussi importantes,**

À Pauline,

La Clifford Dubois family est mon autre chez moi.

Aux Simonin,

Merci pour votre attention particulière à mon parcours. Vous faites partie des murs de la maison.

À Paulo et Christiane,

Merci pour votre soutien pendant toutes mes années d'études. Votre regard bienveillant et confiant a toujours été un moteur. Merci de m'avoir accueillie dans votre famille.

Merci à toute la famille Vercez Cheviron.

Merci tout particulièrement aux internes qui ont participé à ce travail de thèse.

Et surtout Merci à toi Emilie,

Tout est beau, tout est important, tout est renouveau.

À notre avenir heureux.

Pour toi Mamie, avec tendresse.

## COMPOSITION DU JURY

PRÉSIDENT :

Monsieur le Professeur Jérôme ETIENNE

MEMBRES :

Monsieur le Professeur Pierre FOURNERET

Monsieur le Professeur Yves ZERBIB

Madame la Docteure Elise BENEDINI

Madame la Docteure Elodie BEZANSON

## LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

L'INTELLIGENCE EMOTIONNELLE  
AU COURS DU DIPLÔME DE MEDECINE GENERALE :  
UNE RENCONTRE POUR LES INTERNES.

## RÉSUMÉ :

**Contexte :** L'internat est une période de transition en lien avec la prise de responsabilités. L'interne de médecine générale doit acquérir des compétences émotionnelles pendant son cursus cependant elles restent en filigrane dans le parcours pédagogique. La découverte de leurs émotions, apprendre à les gérer et les utiliser dans la relation avec les patients définit l'intelligence émotionnelle. L'étude s'est intéressée à la découverte de ces compétences et à leur évolution au cours DES.

**Matériel et méthodes :** Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée. La population était des internes du DES de médecine générale de la première à la troisième année issus de la faculté de médecine de Lyon.

**Résultats :** Les internes prenaient conscience de leurs émotions avec surprise et brutalité. Une fois conscientisés ils développaient différentes façons de les gérer. Certains se réfugiaient derrière la technicité pour ne pas ressentir et se protéger. D'autres avaient une implication émotionnelle active avec un risque de se laisser dépasser par l'intensité. Ils élaboraient de manière intuitive des outils de gestion qui pouvaient se définir comme des moteurs de la prise en charge ou comme des moyens de défense. Au cours du DES, utiliser le recul réflexif en mettant des mots sur leurs émotions leur permettait de prendre conscience d'eux-mêmes et d'améliorer leurs relations avec les patients.

**Conclusion :** Cette étude a montré que la confrontation aux émotions par un recul réflexif permet d'améliorer la conscience d'eux-mêmes et la relation avec les patients. Elle apporte des pistes pour donner une place plus importante aux émotions dans le parcours pédagogique.

# TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	1
MÉTHODOLOGIE .....	5
I Matériel .....	5
II Méthode .....	5
1 Type d'étude et objectif .....	5
2 Revue de la littérature .....	5
3 Élaboration du guide d'entretien .....	6
3.1 Description du guide d'entretien .....	6
3.2 Notes durant l'entretien .....	6
3.3 Test du guide d'entretien .....	6
4 Constitution de l'échantillon et recueil des données .....	7
4.1 Recrutement .....	7
4.2 Les critères de sélection .....	8
5 Réalisation des entretiens .....	9
5.1 L'investigateur .....	9
5.2 Durée et lieu des entretiens .....	9
5.3 Déroulement de l'entretien .....	9
6 Analyse de l'entretien .....	10
7 Les aspects éthiques et réglementaires .....	11
RÉSULTATS .....	12
A. Description de l'échantillonnage .....	12
B. La description des résultats .....	13
I Pleine conscience .....	14
1 À la rencontre de leurs émotions .....	14
2 Exploration de leurs limites personnelles .....	15
3 Une image infallible .....	16
4 La juste distance .....	16
II La gestion des émotions .....	18
1 Une approche technique .....	18
2 Une implication émotionnelle active .....	19

III Les outils .....	22
1 Des outils moteurs de la prise en charge .....	22
1.1 Mimétisme physique .....	22
1.2 Incarner une émotion .....	23
1.3 Extraire l'énergie .....	23
2 Des moyens de défense .....	24
2.1 La mise à distance .....	24
2.2 Les techniques physiorelaxantes .....	24
2.3 Une image mentale .....	25
2.4 La focalisation de l'attention .....	25
2.5 La réorientation de l'attention .....	25
2.6 Prendre le temps .....	25
2.7 L'humour .....	26
2.8 Le choix des mots .....	26
2.9 Verbaliser .....	26
2.10 L'instrumentalisation de la voix .....	27
2.11 Un fonctionnement automatique .....	27
2.12 Des gestes concrets .....	27
2.13 Maîtriser le silence .....	27
IV Évolution au cours du DES .....	28
1 Une période de transition émotionnelle difficile .....	28
2 Amélioration de la connaissance de soi .....	30
3 La relation avec le patient améliorée .....	32
DISCUSSION .....	34
A Critique de la méthode .....	34
I Équipe de recherche et de réflexion .....	34
1 Expérience et formation du chercheur .....	34
2 Relation avec les participants .....	35
3 Les caractéristiques de l'enquêteur .....	35
4 Posture du chercheur .....	35
II Conception de l'étude .....	37
1 La constitution de l'échantillon .....	37

2 Recueil des données .....	38
2.1 Entretiens semi dirigés .....	38
2.2 Lieu et déroulement des entretiens .....	38
2.3 Le Canevas d'entretien .....	39
2.4 La saturation des données .....	39
2.5 Validation de la retranscription par les participants .....	40
III Analyse des données .....	40
1 Les résultats .....	40
2 L'analyse des données .....	41
3 Mon résultat principal .....	41
B Analyse des données confrontées à la littérature.....	41
I Pleine conscience .....	41
1 À la rencontre de leurs émotions .....	41
2 Exploration de leurs limites personnelles .....	43
3 Une image infallible.....	43
4 La juste distance.....	44
II La gestion des émotions .....	45
1 Une approche technique .....	45
2 Une implication émotionnelle active .....	46
III Les outils .....	47
1 Des outils moteurs de la prise en charge .....	47
1.1 Mimétisme physique .....	47
1.2 Incarner une émotion .....	48
1.3 Extraire l'énergie .....	49
2 Des moyens de défense .....	49
2.1 La mise à distance .....	49
2.2 Les techniques physiorelaxantes .....	50
2.3 Une image mentale .....	51
2.4 La focalisation de l'attention .....	51
2.5 La réorientation de l'attention .....	51
2.6 Prendre le temps .....	52
2.7 L'humour.....	52
2.8 Le choix des mots .....	53

2.9 Verbaliser .....	53
2.10 L'instrumentalisation de la voix .....	53
2.11 Un fonctionnement automatique .....	54
2.12 Des gestes concrets .....	54
2.13 Maîtriser le silence .....	54
IV Évolution au cours du DES .....	55
1 Une période de transition émotionnelle difficile .....	55
2 Amélioration de la connaissance de soi .....	55
3 La relation avec le patient améliorée .....	57
CONCLUSION .....	58
BIBLIOGRAPHIE .....	60
LES ANNEXES .....	63
1 Le canevas d'entretien .....	63
2 Le mail de diffusion aux internes .....	65
3 Le formulaire de consentement .....	66
4 La déclaration CNIL .....	67
5 Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ):32 items checklist. ....	68
6 Les cartes conceptuelles .....	69
1 Pleine conscience .....	69
2 La gestion des émotions .....	70
3 Les outils .....	72
4 L'évolution au cours du D.E.S .....	74
5 Les émotions des internes .....	77
7 CD des entretiens et cartes conceptuelles .....	78

## LISTE DES ABRÉVIATIONS :

ECN :	Examen national classant
DES :	Diplôme d'études spécialisées
CNIL:	Commission nationale de l'informatique et des libertés
COREQ :	Consolidated criteria for Reporting Qualitative
DESC :	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
SASPAS :	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
MG:	Médecin Généraliste

## INTRODUCTION

« Chacun sait ce qu'est une émotion, jusqu'à ce qu'on lui demande d'en donner une définition. À ce moment là, il semble que plus personne ne sache. » (Fehr & Russell (1984))

Les émotions (de « é »: vers l'extérieur et « motere » : mouvoir) sont des tendances à l'action qui permettent de faire face aux situations de vie auxquelles l'intellect seul ne peut gérer. Elles sont définies par de multiples facettes dont l'activité neuronale, l'activation physiologique, les pensées qui traversent l'esprit, les sensations corporelles, l'expression faciale et la modification de la posture.(1)

L'histoire de l'affectivité existait jusqu'à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle à travers la philosophie morale et la théologie. Les premiers courants psychologiques ont expliqué les émotions via un abord scientifique en opposant les émotions à la raison et détrônant la passion et l'ancien « mouvement de l'âme »(2)

Charles Darwin en 1872 à travers son regard évolutionniste a mis en évidence les caractères universel et adaptatif des émotions qui ont favorisés la survie de l'espèce en permettant aux individus de répondre de façon appropriée aux exigences environnementales. Son point de vue rappelait que les émotions ont toujours été utiles à l'humain. (3) (4)

En 1884, William James a décrit que faire l'expérience d'une émotion c'est d'abord faire l'expérience des changements physiologiques et corporels qui l'accompagnent.

Ces variations périphériques étaient indiscutables mais n'étaient pas la source des émotions.(3) (4)

Le dogme de l'irrationalité des émotions a été remis en cause dans la seconde partie du XX<sup>ème</sup> siècle avec des approches transdisciplinaires couplant neurosciences et psychologie qui ont montré que les émotions pouvaient suivre certaines expressions faciales. Levenson en 1990 puis plus tard Niedenthal en 2007 ont travaillé sur la théorie de l'esprit incarné ou embodiment et ont mis en évidence que l'imitation faciale (volontaire ou non) de l'expression d'une personne facilitait la compréhension de ce que ressentait celle-ci en déclenchant chez l'individu le ressenti émotionnel de l'expression imitée. (3) (5)

La disparition du hiatus émotion et raison a permis à la perspective cognitive de se faire une place dominante dans le champ de recherche des émotions actuelles.

Dans le début des années 60 Arnold et Lazarus ont été les premiers à utiliser le concept d'*Appraisal* expliquant que les émotions étaient déterminées par la signification personnelle attribuée à la situation vécue. Cette théorie a permis d'offrir une explication cohérente du fait qu'un même événement pouvait entraîner l'émergence de différentes émotions chez différents individus ou chez un même individu à des moments différents.

La perspective socio constructiviste quant à elle considérait que la plupart des comportements, des attitudes, des états de l'être humain étaient des constructions purement sociales et culturelles. James Averill, dans les années 80, a décrit le rôle social de l'émotion qui a permis de faire accepter certains comportements qui, autrement, seraient inacceptables.(3)

L'idée évolutive que les émotions ont un rôle social est à mettre en lien avec les travaux en neuroscience d'Antonio Damasio dans les années 90. Il exposait sa théorie des marqueurs somatiques en démontrant que raison et émotion ne s'opposent pas et que sans émotions nos raisonnements sont biaisés et nos choix les plus simples peuvent déboucher sur des décisions aberrantes. C'est à travers l'histoire clinique de Phineas Gage de 1848 que le neurobiologiste a réalisé une démonstration de sa théorie. Le crâne du patient avait été transpercé par une barre de fer et « à première vue » ce dernier ne présentait aucun déficit neurologique et pourtant il est devenu incapable de gérer son argent, de maintenir des relations sociales de qualité. La lésion du lobe frontal avait provoqué un syndrome dysexécutif avec entre autre une atteinte sévère de la cognition sociale et un émoussement affectif. (6)

Les bases neurobiologiques du circuit émotionnel ont été décrites par Le Dr Joseph Ledoux, neurologue américain, en 1998. Elles reposent sur des substrats neuronaux composés de l'amygdale qui s'active à chaque fois que l'être humain est soumis à un stimulus pertinent notamment en cas de danger. Elle est activée soit par le thalamus sensoriel directement soit par le cortex sensoriel qui décidera s'il faut ou non activer l'amygdale. Elle envoie des signaux aux deux systèmes composant les substrats neuroendocriniens des émotions. Le système sympathique et l'axe hypothalamo hypophyso-surrénalien sont responsables des sensations corporelles qui accompagnent nos émotions ainsi que de l'apport énergétique nécessaire pour faire face au stress.(1)

Lorsque la stimulation de l'amygdale est amplifiée, le cortex préfrontal permet d'analyser la situation et d'initier la stratégie de régulation émotionnelle appropriée. Contrairement à l'amygdale qui est activée en réponse à des stimuli négatifs, le noyau accumbens est lui activé en cas de plaisir.

Il existe deux niveaux d'émotion, l'un inconscient, l'autre conscient. Quand une émotion devient consciente cela correspond à son enregistrement dans le cortex frontal.

« En un sens, nous avons deux cerveaux, deux esprits et deux formes différentes d'intelligence: l'intelligence rationnelle et l'intelligence émotionnelle » (Damasio)(1)

En 1983 Gardner décrivait une intelligence « personnelle » différente de celle évaluée par le Quotient intellectuel. Il a été suivi par la communauté scientifique en 1990 par Salovey et Mayer qui ont développé un outil pour pouvoir la mesurer et pouvoir évaluer son impact dans différents domaines de compétences.

Le concept d'Intelligence Émotionnelle a été mis en lumière dans les années 90 par l'ouvrage de Goleman. L'idée d'une intelligence associée à la raison et les émotions associées à la passion était alors contrecarrée par ce postulat. Cette notion renvoie à l'idée que la capacité à identifier, à comprendre, à gérer et à utiliser ses émotions et celles d'autrui est au moins aussi importante pour la réussite que ses capacités intellectuelles.

Cinq domaines principaux tendent à la définir.

La capacité d'identifier ses émotions ou la conscience de soi permet de mieux percevoir les répercussions intimes d'une décision personnelle car quiconque est aveugle à ce qu'il ressent est à la merci de ses sentiments. La maîtrise de ses émotions est la capacité d'adaptation des sentiments de chacun développée en fonction des situations et de la prise de conscience.

L'automotivation se réfère au contrôle c'est à dire canaliser ses émotions pour pouvoir accomplir une tâche et remettre à plus tard la satisfaction de ses désirs et de réprimer ses pulsions. La perception des émotions d'autrui ou empathie, élément essentiel de l'intelligence interpersonnelle permet d'être plus réceptif aux signaux subtils qui indiquent les besoins et les désirs des autres. La maîtrise des relations humaines c'est savoir gérer les émotions d'autrui ou donner le « la » émotionnel et être capable de gouverner l'état émotionnel de l'autre à un niveau profond. (7)

L'intelligence émotionnelle est importante dans la gestion des émotions requises quotidiennement dans la santé des patients. Elle a été positivement corrélée à la confiance des patients avec une augmentation de la satisfaction du docteur et aux compétences de communication des jeunes médecins. (8)

Les émotions et ressentis dans le travail clinique ont pu profiter aux patients s'ils étaient tolérés et compris par le praticien. Offrir une aire pour redéfinir l'émotion initiale, objectif des groupes Balint, avait permis aux étudiants d'approcher une future identité de docteur. (9)

Les étudiants sont confrontés pendant leurs études à des situations émotionnelles auxquels ils ne sont pas préparés. Pouvoir contrôler et maîtriser des niveaux émotionnels différents choisis par les étudiants lors de mises en situation ont été perçus comme un bonus pour la suite de leurs études.(10)

Des narrations autobiographiques de moments clefs de leurs études, dont l'impact émotionnel à été significatif sur l'étudiant en médecine britannique, ont pu mettre en évidence la façon dont les étudiants donnent sens à leurs expériences.

Les moments relatés étaient des moments de crise et la narration était utilisée pour réparer certaines brèches de la vie de tous les jours.(11)

L'internat est une période de transition formatrice de la vie d'un médecin. Cette période de transition de la dépendance vers l'autonomie gravite autour de situations émotionnelles dans la prise en charge des patients. Des internes de l'hôpital de New York ont relaté en 2002, à travers des narrations d'évènements critiques, que la difficulté consistait à apprendre à gérer ces puissantes émotions à mesure qu'elles surviennent. (12)

Accepter la responsabilité et gérer l'incertitude font parties des objectifs à atteindre qui sont propres à la médecine générale. Des compétences relationnelles sont attendues à l'issue du DES de médecine générale incluant des compétences émotionnelles.

Ces dernières sont requises et pourtant elles relèvent du curriculum caché. Elles restent en filigrane pendant le parcours de l'interne de médecine générale alors que ce dernier les vit de manière omniprésente dans sa pratique.

Comment font-ils à travers leur formation pour identifier, comprendre, gérer et utiliser leurs émotions dans la relation avec le patient ?

Comment leur intelligence émotionnelle évolue-t-elle avec les semestres ?

# MÉTHODOLOGIE

## I - MATÉRIEL

Les entretiens ont été enregistrés avec le dictaphone du smartphone du chercheur sous couvert d'anonymat, après autorisation des participants. Les entretiens ont été transférés sur un ordinateur via le logiciel Itunes et retranscrit sur le logiciel de traitement de texte OpenOffice.

## II - MÉTHODE

### 1 Type d'étude et objectif :

Une étude qualitative à but pédagogique a été réalisée par des entretiens semi-dirigés jusqu'à saturation de la plupart des occurrences. L'objectif était d'appréhender comment les internes de médecine générale utilisaient leurs émotions dans la relation médecin patient. Elle observait aussi l'intelligence émotionnelle au cours des trois années d'internat.

### 2 Revue de la littérature :

La bibliographie internet a été faite via le portail de l'université de Lyon 1 et les moteurs de recherche : le Sudoc pour rechercher les thèses déjà parues sur le sujet, Pubmed, EMconsulte, CAIRN, Pascal, Erudit.

Les mots Mesh utilisés ont été : emotional intelligence and residents, internship and residency, students medical, psychology, physician-patient relations.

L'équation qui a ressorti le plus d'articles sur le sujet sur Pubmed a été (emotion\*)AND physician-patient relations\*) AND ((students medic\*) AND emotion\*).

L'équation qui a été utilisée sur les autres sites était emotion\*+medical+student\*.

La recherche a été confrontée avec celle effectuée par une bibliothécaire de Lyon 1 pour tendre vers l'exhaustivité.

La bibliographie papier a été réalisée à partir des auteurs récurrents retrouvés dans les articles.

Les références ont été confrontées par une doctorante en psychologie en mai 2015 qui faisait une thèse sur les émotions.

Les bibliothécaires de Lyon 2 ont été contactées et ont communiqué les résultats de leur recherche sur leurs moteurs de sciences humaines.

Les articles et livres ont été résumés dans des fiches de lecture pour pouvoir avoir accès aux informations essentielles plus rapidement.

Les moteurs de recherche ont été interrogés fin 2014 , fin 2015 et mi 2016 ce qui a permis de mettre à jour régulièrement la bibliographie.

### 3 Élaboration du guide d'entretien

La bibliographie a permis l'élaboration de la trame du guide d'entretien.(annexe 1)

#### 3.1 Description du guide d'entretien

La première version du guide d'entretien débutait par des données socio démographiques avec des questions sur leur parcours d'étudiant en médecine. Ils devaient préciser s'ils avaient fait un stage chez le médecin généraliste pendant leur externat et comment le choix de la médecine générale s'était imposé. Ces premières questions avaient pour but de créer un climat de confiance et de poser les bases de l'entretien.

#### 3.2 Notes durant l'entretien

Les notes prises lors de l'entretien étaient sur les nouveaux thèmes abordés par les interviewés pour pouvoir relancer ou reformuler dans la suite des entretiens. L'objectif était de laisser l'interviewé aller jusqu'au bout de son raisonnement et de revenir à l'aide de ces notes sur les points intéressants et non développés. Des notes ont été prises sur le langage non verbal pendant les entretiens.

#### 3.3 Test du guide d'entretien

Le même guide d'entretien a été testé auprès de deux internes : un interne de première année et un interne de sixième année. Ces premiers tests ont permis d'ajuster le guide. La première partie de données socio démographiques a en partie été supprimée et traduite sous forme papier à chaque début d'entretien pour laisser de la place au parcours d'étudiant en médecine et au choix de la médecine

générale. Le premier entretien a été soumis à une autocritique : il a été retranscrit sous OpenOffice et commenté dans la marge par le chercheur lui-même.

L'autocritique a été confrontée à celle du Docteur Benedini Elise, directrice de thèse, et celle du Dr Bezanson Elodie, directrice de thèse junior en vue d'améliorer le canevas d'entretien et les compétences de l'intervieweur.

## 4 Constitution de l'échantillon et recueil des données

### 4.1 Recrutement

Le recrutement a été effectué de mai 2015 à juin 2016 parmi les trois années de DES de médecine générale de Lyon.

Les deux premiers entretiens étaient des entretiens tests.

La suite du recrutement a été effectué par la diffusion d'un mail commun (annexe 2) de présentation du travail de thèse par la secrétaire du département de médecine générale de Lyon à tous les internes de médecine générale de Lyon. La diffusion a été permise au préalable par la commission de recherche du département de médecine générale le 2 juin 2015 avec accord le 7 juin 2015.

Le mail diffusé a permis la réponse de 30 internes dont 26 internes correspondants aux critères de sélection : 9 internes de première année dont 8 femmes et 1 homme; 5 internes de deuxième année dont 3 femmes et 1 homme et 12 internes de troisième année femmes. La sélection de 8 internes parmi les 26 réponses a été réalisée en fonction de leurs profils et leurs disponibilités : 2 internes de première année, 3 internes de première année et 3 internes de troisième année.

Les dix premiers entretiens ont été réalisés entre et juillet et septembre 2015.

Un deuxième recrutement a été effectué en décembre 2015 sur le même mode que précédemment : un mail commun a été diffusé à l'ensemble des internes via la secrétaire du département de médecine générale. Ce deuxième recrutement à distance avait pour objectif de recruter des internes de premier semestre qui étaient en période de transition vers la prise de responsabilités et de varier les profils.

À l'issue de la deuxième diffusion 26 réponses d'internes ont été relevées correspondant aux critères de

sélection principaux : 8 internes de premier semestre dont 5 femmes et 3 hommes; 2 internes de troisième semestre dont 1 femme et 1 homme; 1 femme de quatrième semestre; 9 internes de cinquième semestre dont 8 femmes et 1 homme et 4 internes de sixième semestre dont 3 femmes et 1 homme. Une sous sélection a été effectuée devant le nombre de réponses pour obtenir des profils variés. Un second mail (annexe 2) a été adressé aux répondants pour préciser leur profil avec des questions sur la réalisation ou non d'un stage chez le généraliste pendant leur externat, si l'internat de médecine générale était un choix, sur l'envie de faire un DESC plus tard et où s'ils étaient en cours de DESC. Cette sous sélection a permis de recruter 2 internes de premier semestre dont 1 femme et 1 homme; 1 homme de troisième semestre; 1 homme de cinquième semestre et 1 homme de sixième semestre. L'interne de troisième semestre s'était désisté au dernier moment faute de disponibilité et la programmation d'une autre date n'a pu être possible. Les réponses venaient des premiers semestres et des internes de dernière année.

La directrice de thèse le Dr Benedini a diffusé le mail de recrutement à ses tuteurés de troisièmes semestres ce qui a permis de recruter un interne homme de troisième semestre. Une interne de troisième semestre fille a aussi été recrutée via un interne du cercle de thèse.

Le taux de réponse aux deux mails de recrutement a été important, la difficulté était d'avoir des profils différents. Le profil DESC d'urgence en cours a été recruté via une thésarde du cercle de thèse car aucun interne sollicité par mail ne correspondait au profil.

#### 4.2 Les critères de sélection

Le critère d'inclusion était d'être un interne en cours de DES de médecine générale à Lyon de la première à la troisième année.

Les critères d'exclusion étaient les remplaçants non thésés, les internes de spécialité.

Les entretiens se sont déroulés dans l'ordre d'acceptation et de disponibilité en veillant à avoir un équilibre entre les trois années. Un échantillonnage raisonné a été effectué en recherche de variation maximale selon les critères suivants : sexe, année d'internat, réalisation ou non d'un stage de médecine générale pendant l'externat, réalisation ou non d'un DESC, réalisation ou non du stage praticien et du SASPAS, le statut de civil ou militaire.

La maladie chronique de l'interne s'est révélée intéressante dans l'échantillonnage.

Les profils des internes ont été réunis dans un tableau. (description de l'échantillon dans la partie résultat)

## 5 Réalisation des entretiens

### 5.1 l'investigateur

Il y avait un investigateur unique pour réaliser les entretiens. Il veillait au bon déroulement de l'enregistrement des entretiens, occupait à la fois le rôle d'observateur du langage non verbal de l'interviewé et le rôle de modérateur dans la relance et la reformulation.

L'identité et le statut de l'investigateur étaient : Melle Bonardi Anne-Lyse, étudiante à la faculté de Lyon-Est, interne en médecine générale puis médecin remplaçant lors de la réalisation des entretiens.

### 5.2 Durée et lieu des entretiens

Le recueil des données s'est effectué entre le 7 mai 2015 et le 16 juin 2016.

Les entretiens ont duré entre 29 minutes et 1 heure 40 minutes.

Les rencontres se sont déroulées en présence de l'investigateur et l'interne sans tiers supplémentaire permettant la libre expression.

Le lieu des entretiens était défini en fonction de la disponibilité et des préférences de l'interviewé. Un entretien test s'est déroulé dans un endroit bruyant peu favorable à la libre expression. Cette expérience a permis d'orienter par la suite vers des lieux plus calmes et plus appropriés.

Douze entretiens se sont déroulés au domicile de l'investigateur. Trois entretiens se sont déroulés au domicile des internes, deux à l'extérieur et un dans une salle de repos d'un hôpital.

### 5.3 Déroulement de l'entretien

Pour les deux premiers entretiens l'enregistrement débutait par la déclinaison de l'identité avec l'âge, lieu de réalisation des études de médecine, la réalisation ou non d'un stage en médecine générale pendant l'externat, leur semestre actuel, s'ils avaient déjà fait le stage chez le praticien, s'ils faisaient un SASPAS, s'ils faisaient ou allaient faire un DESC et le vécu de leur parcours d'étudiant en médecine. Le mode opératoire a changé pour la suite des entretiens: la première partie enregistrée était axée sur le vécu du parcours d'étudiant en médecine et ce qui les avaient orienté vers la médecine générale. Les données décrites ci dessus étaient recueillies à l'aide d'une feuille manuscrite. Ce choix visait à raccourcir la première partie qui était trop longue. Au préalable de chaque enregistrement, l'objet de l'étude était décrit à l'interviewé. Une feuille de consentement (annexe 3) a été expliquée et signée par l'interne en deux exemplaires pour permettre l'enregistrement des données, la retranscription écrite et l'utilisation des verbatims pour l'analyse . Il a été rappelé par l'investigateur l'anonymat des données de l'entretien ainsi que la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment.

Pendant l'entretien l'investigateur était assis à côté de l'interviewé pour établir une attitude d'écoute active et relancer en fonction des réponses de l'interviewé et de son attitude non verbale.

## 6 Analyse de l'entretien

Les entretiens ont été écoutés et analysés dans l'ordre du recueil des données. Une analyse manuelle thématique du verbatim a été réalisée. Les entretiens ont été relus à plusieurs reprises pour avoir une analyse la plus exhaustive possible. Dans un premier temps, une analyse verticale a permis de relever intuitivement les verbatims pour chaque entretien.

Une analyse horizontale a ensuite été effectuée pour obtenir les thèmes et sous thèmes qui ressortaient des entretiens.

L'analyse dans l'ordre du recueil des données permettait d'orienter le recrutement vers des internes de deuxième et troisième année en fonction des nouvelles thématiques développées.

Les thèmes et sous thèmes ont été classés de manière intuitive.

La majorité des occurrences est arrivée à saturation à partir du seizième entretien. Le recueil des données a été poursuivie jusqu'au dix huitième entretien pour s'assurer de l'absence d'une nouvelle thématique qui aurait nécessité la poursuite des entretiens.

Un deuxième chercheur, la directrice de thèse et un troisième chercheur, la directrice de thèse junior ont réalisé une analyse thématique indépendante des résultats. Une mise en commun consensuelle a ensuite été effectuée afin de créer différents thèmes et sous thèmes permettant d'assurer la crédibilité des résultats.

## 7 Les aspects éthiques et réglementaires

Une déclaration simplifiée à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été enregistrée le 10 août 2015 permettant l'utilisation des données enregistrées dans le contexte du travail de thèse. (annexe 4)

L'étude a été conduite conformément à la loi n°78-17 relative à l'information, aux fichiers et aux libertés.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

La confidentialité :

Selon le code de santé publique toutes les personnes appelées à prendre connaissance de l'étude sont tenues au secret professionnel.

L'Information et le consentement :

Les internes ont été informés de l'étude dans un langage clair et une fiche de consentement a été remise, expliquée et signée en deux exemplaires. Un exemplaire a été gardé par l'interne et le second a été conservé par l'investigateur. (annexe 2)

Le consentement pouvait être retiré à tout moment de l'étude.

L'archivage des données :

Aucune donnée brute ou nominative informatisée ne sera conservée à l'issue du travail.

Seul le format papier et anonymisé sera conservé au bureau des thèses et référencé.

# RESULTATS

## A. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

L'échantillon se composait de 18 internes de 24 à 30 ans en DES de médecine générale à la faculté de Lyon.

Parmi les 18 internes, il y avait 10 femmes et 8 hommes dont 5 en première année; 5 en deuxième année et 8 en troisième année.

La description de l'échantillon est représentée dans le tableau ci dessous.

Tableau 1: Description de l'échantillon

INTERNES	ÂGE	SEXE	ANNÉE DE DES ET SEMESTRE EN COURS	STAGE DE NIVEAU 1 CHEZ LES PRATICIEN	SASPAS	STAGE CHEZ LE PRATICIEN PENDANT L'EXTERNAT	PARTICULARITÉ DU PARCOURS
<b>L - 1</b>	27 ans	F	3ème année 6ème semestre	oui	non	oui	
<b>JB - 2</b>	25 ans	M	1ère année 2ème semestre	non	non	oui	
<b>J - 3</b>	24 ans	M	1ère année 2ème semestre	non	non	oui en unité	Militaire
<b>A - 4</b>	26 ans	F	1ère année 2ème semestre	non	non	oui	
<b>P - 5</b>	28 ans	F	2ème année 4ème semestre	oui	non	oui	
<b>Ma - 6</b>	27 ans	F	3ème année 6ème semestre	oui	oui	oui	
<b>Ag - 7</b>	28 ans	F	3ème année disponibilité	oui	non	oui	Disponibilité après le 5ème semestre
<b>I - 8</b>	26 ans	F	3ème année 6ème semestre	oui	oui	non	

INTERNES	ÂGE	SEXE	ANNÉE DE DES ET SEMESTRE EN COURS	STAGE DE NIVEAU 1 CHEZ LES PRATICIEN	SASPAS	STAGE CHEZ LE PRATICIEN PENDANT L'EXTERNAT	PARTICULARITÉ DU PARCOURS
<b>G1 - 9</b>	26 ans	M	2ème année 4ème semestre	non	non	non	
<b>F1 - 10</b>	27 ans	M	3ème année 5ème semestre	oui	non	non	
<b>My - 11</b>	27 ans	F	2ème année 4ème semestre	non	non	oui	
<b>F2 - 12</b>	26 ans	M	1ère année 1er semestre	non	non	oui	
<b>Y - 13</b>	30 ans	M	3ème année 6ème semestre	oui	oui	oui	Pathologie chronique: diabète de type 1
<b>Z - 14</b>	26 ans	F	1ère année 1er semestre	non	non	oui	
<b>G2 - 15</b>	25 ans	M	2ème année 3ème semestre	non	non	oui	
<b>Ax - 16</b>	25 ans	F	2ème année 3ème semestre	non	non	oui	
<b>Mar - 17</b>	27 ans	F	3ème année 6ème semestre	oui	non	oui	Pathologie chronique: Handicap moteur
<b>Max -18</b>	27 ans	M	3ème année 6ème semestre	oui	non	oui	DESC d'urgence

## B. LA DESCRIPTION DES RÉSULTATS

Les résultats ont été regroupés en quatre parties retraçant les domaines de l'intelligence émotionnelle qui se construisaient dans le parcours de l'interne. Premièrement la pleine conscience se référait à la capacité d'identification des émotions, ensuite la gestion émotionnelle reprenait leur capacité d'adaptation en fonction des situations rencontrées et leur façon de gérer leurs émotions. La troisième partie explique les outils mis en place pour répondre aux besoins du patients et se protéger. Enfin la dernière partie constatait l'évolution de l'intelligence émotionnelle au cours du DES.

## I PLEINE CONSCIENCE

### 1 À la rencontre de leurs émotions

Les internes exprimaient leur difficulté à reconnaître les émotions dans leur pratique.

**P-5** « Essayer de me rendre compte de ce qui se passe chez moi pour pouvoir le mettre de côté et m'occuper du patient », « Il y a toujours des émotions mais il faut pouvoir les identifier. »

**My-11** « C'est vrai que dans ce qu'on peut ressentir il y a toujours une part, quand on se projette dans notre future métier, d'être conscient de pouvoir ressentir des émotions comme ça. »

**Ax-16** « Quand on est agacé par un patient il faut chercher derrière pourquoi on est agacé, que souvent ça cache quelque chose. »

**A-4** « J'ai vu un peu leur détresse alors peut être qu'inconsciemment ça m'a peut être modelé un petit peu au niveau de mes émotions mais vraiment de façon inconsciente je dirais. Peut être qu'avec tout ça, ça ressort comme ça mais je n'en suis pas sûre enfin je ne pourrais pas expliquer. »

Ils se découvraient à travers leurs réactions émotionnelles dans le cadre professionnel.

**J-3** « J'étais un peu surpris de ma réaction. Je ne m'attendais pas à ressentir cette tristesse en fait. Je ne pensais pas rien ressentir mais je pensais que ça allait être atténué et du coup j'étais moins à l'aise en fait. »

**F1-10** « Te faire insulter par un type, tu n'en peux plus et puis tu n'as pas les ressources émotionnelles pour dire je le calme et je vais gérer. »

« Il y a un truc où je suis complètement immature c'est le refus. Le refus du genre 'je ne veux pas faire vacciner mon enfant' eux j'ai envie de les foutre dehors, je n'ai pas de patience. »

Ils exprimaient leurs peurs d'être déstabilisés par leurs propres projections émotionnelles.

**P-5** « Je voulais absolument rester le médecin et pas devenir comme un membre de sa famille », « Ok elle me fait penser à moi »

**Ma -6** « Il y a des projections qui ne sont pas forcément évidentes »

**F2-12** « Tu finis soit par t'identifier soit par identifier quelqu'un que tu connais », « Moi clairement je n'ai pas envie qu'ils voient ce qui se passe à l'intérieur de moi ça c'est sûr »

**Max-18** « Je pense qu'il faut être en lien avec ses émotions à soi »

Leurs émotions autobiographiques compliquaient la prise en charge.

**P-5** « Je disais c'est bon toi t'as vécu plus que mon père c'est déjà pas mal.»

**Mar-17** « J'ai peur que mes émotions ne soient pas forcément liées à son histoire mais que je fasse plus des rapprochements par rapport à ce que j'ai vécu »

**Y-13** « je m'étais peut être trop immiscé en disant « moi aussi je suis sous pompe ». J'avais beaucoup partagé mais j'avais perdu cette place de médecin. », « Un petit peu difficile parce qu'on a envie de partager ses émotions, son vécu sans aller trop loin, sans être trop proche du patient », « Je n'aimerais peut être pas me confier en tant que médecin malade finalement »

La pleine conscience passait par la confrontation à leurs propres limites.

## 2 Exploration de leurs limites personnelles

Leurs limites personnelles étaient explorées au fur à mesure des situations rencontrées.

**G1-9** « Je n'ai pas l'habitude de ces situations je ne sais pas comment les gérer et mon caractère...enfin ma personnalité me fait ne pas aimer ce genre de situations.»

**L-1** « Je pense que quand on s'entend bien quand on plaisante il faut le faire de manière raisonnable faut pas non plus être irresponsable. »

Ils se confrontaient à l'impuissance.

**JB-2** « Le plus dur à accepter ça a été justement le choix du patient, de se laisser mourir et d'être simplement le témoin de ça sans pouvoir y faire grand chose »

**I-8** « Je me suis sentie impuissante. J'y ai repensé pendant des mois et des mois »

Ils évoluaient dans l'incertitude.

**A-4** «Je me suis sentie un peu...j'ai partagé enfin j'ai pas partagé, mais j'ai senti un peu, j'ai compris un petit peu la peine qu'elle... enfin qu'elle ressentait et en même temps...Je me suis sentie mal. »

**G1-9** « Ça m'a permis de prendre des décisions même si je n'étais pas forcément sûr de moi euh....prendre une décision dans l'incertitude. »

Ils décrivaient, à travers leur prise de conscience émotionnelle, un besoin de véhiculer une image professionnelle forte.

### 3 Une Image infaillible

Une image médicale sécurisante devait être délivrée au patient.

**Y-13** « C'est plutôt l'image que je renverrais, une image forte d'un médecin toujours fort face à eux »

**Mar-17** « J'essaie de ne pas montrer ma douleur parce que je ne veux pas qu'ils voient. »

**Ag-7** « Parce que l'image du médecin c'est un peu l'homme infaillible »

**L-1** « Ils sont là aussi pour qu'on...qu'on soit...pour qu'on soit solide en fait »

Cette image était garante d'une relation de confiance avec le patient. La remettre en question pouvait rompre leur équilibre.

**Ag-7** « Je pense que c'est important que le patient se sente toujours en sécurité pour qu'il y ait une relation de confiance. Si on montre trop d'émotions et bien je pense qu'il se sentirait moins en sécurité »

**Mar-17** « J'étais un peu blessée également ça c'est sûr. Parce que justement l'image forte que j'avais faite de moi là elle était 'pffffou' complètement cassée »

Ce désir de sécurité relationnelle était exprimé différemment pour laisser place aux émotions dans leur pratique en parlant de juste distance émotionnelle.

### 4 La juste distance

Les interviewés exprimaient la difficulté d'atteindre une juste distance émotionnelle.

**G1-9** « Il faut un minimum d'émotion quand on va à la rencontre des gens », « J'essaie de mettre un peu de recul, un peu à distance ces émotions », « Je sais que moi je ne suis pas très à l'aise avec ça »

**JB-2** « C'est vraiment ambivalent, parfois j'ai l'impression qu'il vaudrait mieux ne pas du tout avoir de facette émotionnelle dans la relation avec le patient pour pouvoir le prendre en charge mieux et parfois c'est complètement l'inverse »

Ax -16 « Le médecin a forcément.... enfin devrait être dans une relation un minimum émotionnelle, voilà toujours dans un juste milieu »

L-1 « C'est difficile de se détacher par rapport à ça parce qu'on est pas non plus, on n'est pas tant que ça des machines »

A-4 « Est-ce qu'il fallait gérer une certaine distance ?...Oui je ne savais pas comment me placer. Je ne voulais pas non plus être trop proche parce que voilà c'est pas... je ne savais pas trop comment me placer.»

Les internes parlaient d'une frontière invisible qui était constamment approchée. Ils étaient en quête d'équilibre.

Ag-7 « Moi je n'arrive pas à ne pas montrer du tout d'émotion mais ne pas montrer trop d'émotion pour pas que...je vais employer le mot 'barrière' mais chacun reste à sa place », « Après il faut qu'on se mette déjà des barrières, que ce soit dans notre vie privée, sur nos émotions ou sur plein de choses. On se doit de maîtriser ça même si ce n'est pas facile »

F2-12 « Pour mettre une barrière entre les émotions. Pour ne pas être submergé par les émotions des gens », « Il faut avoir un juste milieu entre se laisser submerger par les gens et pleurer avec eux ce qui je pense ne sert à rien et être une barrière émotionnelle »

L-1 « Il faut savoir aplanir ses émotions pour pas qu'elles aient de conséquences négatives que ce soit des émotions positives ou négatives », « Mais il faut pas que ça sorte brute quoi une émotion, en fait c'est brute il faut que ce soit retravaillé quelle qu'elle soit »

Ax-16 « Enfin voilà sans que ça soit forcément négatif mais je pense qu'il faut que les deux soient équilibrées pour qu'on fasse bien notre travail »

Cet équilibre émotionnel faisait appel à une gestion des différentes situations émotionnelles rencontrées.

## II LA GESTION DES ÉMOTIONS

### 1 Une approche technique

La technicité était évoquée comme une réponse de contrôle aux émotions ressenties.

L-1 « J'ai plus de clef à leur fournir aux patients sur le plan technique donc je pense que ça m'aide plus à...à contrôler les émotions »

« Quand c'est moi qui vois les patients qui les ai en face de moi j'trouve que le fait de euh... de leur parler de choses assez techniques et même dans leurs émotions leur parler de choses techniques »

« Même si t'es très triste rester dans la technique c'est le moyen de faire passer l'émotion brute. »

« On est un peu des techniciens sur ce plan là, des techniciens de leurs émotions »

F1-10 « Après je pense que c'est un peu un mal nécessaire...en même temps c'est un peu terrible d'analyser ça mais pour soulager, pour mettre une barrière entre les émotions. Ne pas être submergé par les émotions des gens, de les techniquer, de les apprivoiser, de mettre un nom dessus et de pouvoir les manipuler comme ça par case. Ouais de techniciser les émotions du patient. »

Y-13 « Dans toutes nos études les émotions on nous apprend pas à les gérer. On nous apprend pas trop ce que c'est. Par contre des formules on en apprend, des traitements on en apprend, euh de la technique on en apprend. »

A-4 « Je sais pas comment réagir, et du coup je suis plus là à répondre à leurs questions, à leurs questions techniques. »

Elle était une économie d'énergie.

F1-10 « Tu te soulages déjà au niveau fatigue comme tu te soulagerais techniquement d'un geste. De connaître cette émotion, de la revivre, de faire les mêmes explications, de voir, d'attendre un peu la question de faire le truc et bien ça soulage l'énergie comme de conduire au tout début. »

Ils mettaient en avant un esprit scientifique et des explications scientifiques pour répondre aux émotions du patient.

J-3 « Je dirais que l'émotion n'a pas sa place dans le côté thérapeutique qui doit être conforme aux données actuelles de la science »

Y-13 « J'essaie de le rassurer par des données scientifiques.»

Ils justifiaient d'une attitude pragmatique.

JB-2 « Des fois il faut vraiment rester carré sur les faits, sur la conduite à tenir »

Ma-6 « Repartir sur des choses simples et concrètes »

L-1 « J'essaie de rester pratico pratique »

I-8 « On perd trop de temps de cerveau à compatir avec la personne »

Ils étaient directs.

L-1 « Vous pourriez faire ci vous pourriez faire ça vous devriez voir ça' enfin ça aide à passer le cap.»

Ils appliquaient une attitude standardisée.

J-3 « J'ai essayé de ressortir un peu le protocole qu'on pouvait avoir sur des situations enfin on peut pas parler de protocole mais c'est toujours un peu difficile comme situation », « Je trouvais que c'était un protocole qui marchait bien. »

Les internes mettaient un masque sur leurs propres émotions pour qu'elles ne soient pas communiquées au patient.

P-5 « Je pense qu'ils ne l'ont pas ressentis et que j'arrivais à gérer ça, c'était plus à l'intérieur »

L-1 « En fait je pense que là j'ai pas trop contrôlé la tristesse, ça ne s'est pas vu, ils ne l'ont pas ressenti les patients, je ne pense pas une seconde », « On est sensé les supporter »

Y-13 « On se retient on pense à autre chose tout en l'écoutant », « je les mettais de côté »

Certains internes exprimaient l'importance de l'existence des émotions dans la relation.

## 2 Une implication émotionnelle active

Les émotions étaient inhérentes à la relation avec le patient et n'étaient pas opposables à un lien thérapeutique constructif.

A-4 « Je pense que la relation elle se ferait pas si on veut pas prendre en compte ses sentiments, ses émotions.»

JB-2 « L'aspect émotionnel est très important en médecine. Il ne faut pas vouloir toujours avoir le dessus.»

Z-14 « C'est juste impossible qu'il n'y ait pas d'émotion.»

**G1-9** « Ça fait quand même partie du job d'avoir des émotions », « Je pense que ça fait partie intégrante de la guérison, du traitement, du soin. »

**Mar-17** « Je pense qu'on a tous eu envie de pleurer dans une consultation ou devant un entretien on a les larmes qui montent aux yeux mais par contre faut pas que ce soit non plus un tabou »

C'était l'intensité émotionnelle qui était envahissante.

**Ax-16** « Il y avait beaucoup d'émotions enfin beaucoup de tristesse en fait à gérer...de la part des patientes et qui, du coup, retentissent sur le médecin aussi. »

**Max-18** « Je sais que, grosso modo, j'avais surtout développé que j'étais sûrement un peu trop impliqué et un peu trop fragilisé dans cette consulte. Je me suis un peu pourri la vie avec ça. »

**Mar-17** « Toute situation émotionnelle qui est trop forte pour moi est difficile », « Il ne faut pas non plus qu'on s'effondre trop », « Quand on est trop dans l'émotion, je ne suis pas sûre qu'on soit apte de toute façon à bien raisonner premièrement »

**Z-14** « Mais des fois quand elles sont trop fortes c'est difficile »

**Ag-7** « Enfin on réfléchit plus et on se met trop à la place du patient et je pense que ça peut être un peu péjoratif pour nous. »

**P-5** « Après tout le jeu est justement de ne pas se faire envahir par nos émotions en fait »

Certaines émotions étaient plus exigeantes en terme d'énergie. Elles étaient difficiles à maîtriser.

**My-11** « Si on est un minimum sensible on en ressent beaucoup donc on est une sorte d'éponge à émotion. »

**Ax-16** « C'est difficile de prendre en charge la tristesse de la personne en face de soi tout en mettant de côté la sienne, en ne sachant pas si on peut se permettre d'être triste avec la patiente ou si au contraire c'est pas notre rôle. C'était très exigeant », « C'était beaucoup plus exigeant émotionnellement d'avoir à gérer ces événements tristes »

**Max-18** « Quand on est soit même en train de lutter contre ses propres émotions »

**I-8** « Ce sentiment de violence que tu ne maîtrises pas finalement »

**G2-15** « Je pense que le fait de pas avoir à l'intérieur de soit à gérer des émotions qui sont un peu contraires, enfin de les gérer de façon cacher et en même temps de parler, d'être rassurant ça ne marche pas »

Les internes évoquaient la difficulté de continuer quand les émotions devenaient visibles pour le patient.

**JB-2** « Elle a bien vu que sur le plan émotionnel j'étais impliqué », « Et voilà pour moi c'est plus difficile à gérer quand je me rends compte ou quand la patiente s'en rend compte », « Il faut jongler avec tout ça », « La patiente s'en est rendue compte, ne l'a pas mal pris mais c'était dur à vivre. »

**G2-15** « Les sanglots sont arrivés dans la phrase avec les larmes c'était tellement brutal que j'ai pas su retenir » « Si c'est vraiment impossible et que ça été clairement vu du patient je pense que je m'excuserais tout simplement 'excusez moi l'émotion me gagne' », « Un peu à coeur ouvert tant pis maintenant je n'ai pas réussi à contrôler mes émotions je vous le dis clairement oui l'émotion me gagne un peu », « Ne plus chercher à dissimuler une fois que ce n'est plus dissimulable »

**G1-9** « Je pense que la famille sentait très bien que je n'étais pas à l'aise, j'étais un peu angoissé et du coup ça n'a pas du les aider à vivre leur situation difficile »

Certains étaient perdus.

**A-4** « Je savais pas trop non plus ce qui fallait que je fasse, ce qui fallait que je ne fasse pas », « C'est je pense le plus difficile pour moi parce que je comprends ce qu'ils ressentent mais des fois je ne ressens pas forcément la même chose et je n'ai pas à leur dire et je ne veux pas. Je ne veux pas forcément leur dire mais je sais jamais, je sais pas comment réagir. »

Les internes avaient peur de l'erreur.

**G2-15** « L'impression que ça nous échappe, on a peur en même temps que du fait de cette mauvaise relation on passe à côté de quelque chose, qu'on loupe quelque chose, un diagnostic grave », « La peur de passer à côté de quelque chose à côté d'une consultation qui se passe mal »

L'indifférence émotionnelle dans la relation de soin était redoutée.

**F1-10** « Ben voilà c'est une crise cardiaque, le coeur a lâché' pff elle s'en foutait complètement, ça n'avait pas l'air du tout de l'avoir affecté. Je me suis dit « ben merde ça va pas quoi ». J'espère ne pas arriver à ce stade, de s'en foutre à ce point ... »

Ressentir des émotions pouvait être un rempart au déraisonnable.

F1-10 « les émotions te submergent, toutes proportions gardées, du genre ‘pour cette patiente là qu’est ce qu’on fout elle est complètement démente il faut la laisser mourir’ », « les émotions sont peut être nécessaires pour enrayer l’escalade de la violence technique », « D’autant plus en étant une relation privilégiée de se reposer peu être encore plus les questions en se disant « est ce qu’on fait bien, est ce qu’on va trop loin » »

A-4 « Alors que si on prend les sentiments en compte je pense que déjà ça nous donne plusieurs possibilités. Je pense qu’on est plus humain, on se comprend mieux et on partage.»

Les internes révélaient différents outils mis en place lors des situations émotionnelles rencontrées dans leur formation.

### III LES OUTILS

#### 1 Des outils moteurs de la prise en charge

Certains outils étaient des moteurs de la relation, utilisés consciemment pour faire évoluer la relation : lever un blocage dans la relation, appuyer leurs explications, leurs prescriptions.

##### 1.1 Un mimétisme physique

Les internes utilisaient un mimétisme physique conscient pour induire une émotion chez le patient.

Ax-16 « J’essaye de beaucoup sourire déjà avec mes patients », « je trouve qu’un bonjour déjà en les regardant avec un grand sourire », « Si je vais voir mon patient en étant joyeuse, je me dis que c’est plus agréable pour lui et qu’il aura un ressenti un petit peu plus positif de la façon dont il est pris en charge », « Je dirais que je l’applique de façon consciente »

Y-13 « Ça ne coûte rien et ils viennent pour une maladie, en détresse donc un petit sourire ça fait passer la pilule. » « Je ne suis pas heureux de leur dire que ça ne va pas bien mais j’essaie de leur faire un petit sourire, c’est un peu notre côté commercial, il faut leur vendre un truc. »

## 1.2 Incarner une émotion

Jouer volontairement un rôle pour désamorcer une situation émotionnelle problématique dans la relation avec le patient était décrite.

P-5 « J'étais en premier semestre je n'avais pas vraiment d'autorité et puis je n'en ai jamais vraiment eu et j'ai vraiment joué la carte d'adoucir les choses. À chaque fois qu'il rentrait en conflit avec d'autres soignants, je passais pour apaiser les choses donc on ne s'est jamais rentré dedans même si je n'avais qu'une envie c'était de lui hurler dessus... »

F1-10 « Tu as des petites manipulations pour arriver un peu à ce que tu veux dans la relation »

Une attitude positive induisait par effet miroir une réassurance.

G2-15 « En manifestant un peu cette joie, ce contentement, la relation avec les patients, ça joue un rôle de réassurance. », « La joie transformée en réassurance thérapeutique. »

Provoquer une émotion permettait pour certains de comprendre les réticences du patient.

G2-15 « Alors je demande un peu provocateur 'vous voulez quoi? vous voulez qu'on l'hospitalise' »

Y-13 « J'aime assez être intrusif pour faire sortir les mots du patient », « Je préfère les faire extérioriser tout de suite », « Je crois que je préfère être un peu frontal »

## 1.3 Extraire l'énergie

L'énergie produite par la situation émotionnelle était un moteur pour faire avancer la prise en charge.

G1-5 « J'ai fait du mieux que j'ai pu pour essayer justement de transformer ça en énergie pour essayer de réfléchir un peu sur le cas. », « J'ai essayé de transformer cette émotion en une énergie pour avancer. »

F1-10 « Cette angoisse fait que ça met un peu d'adrénaline et du coup on essaye de trouver un peu ce qu'il peut avoir et on arrive à orienter au bon endroit au bon moment. »

L'émotion devenait un appui de l'information délivrée au patient.

F1-10 « Le patient qui sent que le médecin était inquiet et que il se dit la vache pour que le médecin soit inquiet c'est que ce truc là est vraiment grave »

Elle guidait la prescription.

**F1-10** « Je n'en sais rien mais peut être dans le nombre de médicaments.», « On se dit le type est inquiet euh...on lui prescrit des médocs qu'il ne va, ça se trouve, même pas prendre alors si on lui en donne dix en plus ça lui en servira à rien.»

Les internes développaient des outils pour une prise en charge adaptée. Lorsque l'intensité émotionnelle était envahissante les moyens utilisés devenaient une façon de se protéger.

## 2 Des Moyens de défense

### 2.1 La mise à distance

La mise à distance physique était utilisée pour faciliter la gestion de l'intensité.

**Z-14** « Je pense que prendre de la distance physiquement ça aide »

**G1-5** « Me mettre au calme et poser mes idées », « Se mettre dans un endroit tranquille »

**Ag-7** « J'ai évité son regard parce que je voulais pas qu'elle voit que j'étais en colère ni que je me sentais coupable. »

**I-8** « Je me ferme aux émotions juste le temps de faire ce qu'il faut. »

**Mar-17**« J'essaie de les mettre un peu à l'écart pour la prise en charge »

Les internes tentaient de dissimuler leurs réactions émotionnelles.

**Z-14** « Que je n'aie pas l'air choquée parce qu'elle me disait que je n'aie pas l'air bouleversée, pour qu'elle puisse dire toutes les choses qu'elle avait à dire en ayant pas de regard de jugement en face.»

**G2-15** « J'ai essayé de ne pas faire transparaître toutes mes impressions négatives sur le fait que la mère n'était pas du tout coopérante »

### 2.2 Les techniques physiorelaxantes

Des gestes permettaient un relâchement physique.

**J-3** « Souffler », « En prenant une grande respiration en me disant il est malade je suis au service du patient »

**G1-5** « On soupire un peu on prend la respiration.»

**Y-13** «C'était en plus en début de ma garde donc je n'étais pas bien du tout, on était allé fumer une clope. »

### 2.3 Une image mentale

Une image posée sur les émotions déplaçait le poids de l'intensité.

**P-5** « Il faut t'imaginer qu'ils ne posent pas sur tes épaules mais qu'ils posent tout sur le bureau et en fait, nous on est le professionnel qui veut l'aider à poser tout ça sur le bureau mais il ne les posent pas sur nos épaules »

### 2.4 La focalisation de l'attention

Les internes se focalisaient sur le motif de consultation et faisaient abstraction des interférences négatives.

**Ag-7** « Je me suis focalisée sur l'enfant j'ai fais comme si elle était... enfin je discutais un peu avec elle mais sans plus. Je me suis vraiment focalisée sur l'enfant c'est comme ça que j'ai réussi à gérer ma colère mais franchement déjà que c'était une journée pas facile »

### 2.5 La réorientation de l'attention

La réorientation de l'attention en changeant de sujet brisait la spirale que l'émotion avait entraînée.

**J-3** « Si vraiment je n'arrive pas à le contenir je vais aller de l'avant, je vais avoir envie changer de sujet. »

**G2-15** « Je passe à un autre sujet de la consultation.»

### 2.6 Prendre le temps

Prendre le temps d'expliquer et de revoir le patient était utilisé par les internes.

**F1-10** « Le simple fait d'expliquer de prendre le temps de s'être posé.»

**Mar-17** « Si on voit un patient qui est plus dans une émotion négative on va plus facilement... oui là par contre on est plus facilement impliqué peut être plus le revoir, faire un suivi un petit peu plus rapproché »

**Max-18** « J'ai essayé de faire abstraction et puis surtout de re-convoquer »

## 2.7 L'humour

L'humour était présent dans certaines situations. Les internes exprimaient la nécessité de bien le doser.

**Mar-17** « Des fois on va être un peu plus détendu. Certains patients qui sont très joyeux dans l'humour, on va rentrer un petit peu dans ce mode de communication et on va ressentir pareil un petit peu de détente, de joie »

**Y-13** « L'humour noir...on essaie de faire passer ça par de l'humour », « Tu finis sur une touche d'humour et puis tu passes à autre chose, ça permet d'échapper aux solutions qu'on a pas. », « L'humour noir mais après il faut bien doser, il faut savoir à qui on s'adresse »

**J-3** « Il va se permettre la plaisanterie, il va se permettre l'humour. », « Ben voilà il est étudiant en médecine, il vient pour une entorse de la cheville bon on peut déconner, on peut utiliser une émotion qui met une bonne ambiance. Il vient parce qu'il a une pathologie qui est grave, il a beau à a avoir mon age, il a beau être étudiant en médecine ben je vais m'en passé. »

**Ma-6** « Ça peut arriver de rigoler avec le patient »

## 2.8 Le choix des mots

Ils faisaient attention aux mots choisis, notamment l'utilisation de mots positifs.

**J-3** « J'ai essayé d'utiliser des mots positifs plutôt que négatifs par exemple 'disponible' à la place de 'pas occupé' tout comme on dit à un patient 'ne vous inquiéter' pas on va plutôt dire 'rassurez vous'. »

## 2.9 Verbaliser

Verbaliser le problème désamorçait une situation.

**G2-15** « Le fait d'expliquer ça avait calmer les choses »

**P-5** « je le regardais, je lui ai dit « non mais attendez regardez ce que vous m'avez fait je suis en train de trembler. » »

## 2.10 L'instrumentalisation de la voix

La voix était instrumentalisée que ce soit dans le volume ou la tonalité.

**J-3** « Déjà on ne hausse pas la voix, c'est des patients qui vont hausser la voix parce qu'ils sont énervés.»

**G2-15** « Je me dis intérieurement, travaille un peu le ton de ta voix.»

## 2.11 Un fonctionnement automatique

Les mots et le ton employés pour une même situation clinique étaient les mêmes pour tous les patients.

**F1-10** « Tu te rends compte que c'est exactement les mêmes mots, le même ton pour tout le monde.» « Au bout de la je sais pas combienième explication de l'embolie pulmonaire je pense que je n'avais plus beaucoup d'empathie c'était vraiment automatique.»

## 2.12 Des gestes concrets

Les gestes des internes ponctuaient les émotions du patient.

**P-5** « Je crois que j'ai toujours le réflexe de leur tendre un petit mouchoir.»

**Ma-6** « Prendre la main d'un patient », « Le regarder »

## 2.13 Maîtriser le silence

Le silence était la porte ouverte aux émotions.

**A-4** « Là elle était moins sûre dans son discours, j'avais l'impression qu'elle hésitait en parlant et il y avait des longs silences »

**J-3** « C'était du silence, laisser quelques secondes à la famille pour s'exprimer »

**Mar-17** « C'est souvent quand on arrête de parler que l'émotion prend un peu le dessus chez le patient »

**G2-15** « C'est moins survenu parce qu'on est dans l'action je me laisse en fait c'est dès qu'il y a un temps de silence que les émotions ressurgissent, tant que je parle ça va »

Les outils étaient développés pendant leur formation et leur permettaient de s'adapter aux différentes situations rencontrées. Ils évoquaient leur évolution au cours du DES.

## IV ÉVOLUTION AU COURS DU DES

### 1 Une période de transition émotionnelle difficile

Les internes exprimaient une violente confrontation à leurs émotions en début de DES car :

Ils se sentaient seuls.

**Ag-7** « J'ai trouvé que la prise en charge était désastreuse et que je me suis sentie seule et abandonnée. Je me suis pas sentie capable de le faire et je ne savais pas prendre en charge une fin de vie parce que j'avais jamais fait ça. »

**F2-12** « Ça a été un peu dur. Quand tu te retrouves le premier jour avec 14 patients et tu n'as pas de senior tu te dis « bon il va falloir gérer un peu » et c'est pas forcément évident. Les débuts étaient un peu difficiles ouais. »

Ils manquaient de confiance en eux.

**F1-10** « J'essaie d'avoir une...conscience professionnelle ou tu rappelles « oui j'ai oublié de faire ça » parce que tu te sens coupable. Oui il y a une prise de risque pour le patient. » « Ça faisait que je pouvais multiplier les avis parce que je ne faisais pas confiance. », « C'est plutôt paralysant pour moi », « Enfin voilà ce côté un peu brutal de se rendre compte enfin voilà »

**A-4** « Je me suis sentie mal parce que je me suis dit que peut être je ne lui ai pas donné toutes les explications et peut être que j'avais pas agi non plus comme il fallait pour l'aider face à cette expérience enfin cette épreuve et j'ai...je me suis sentie mal pendant quelques jours. »

**Ag-7** « On sait pas quoi faire et on se sent...incapable en fait. On se dit « mais c'est pas possible avec tout ce qu'on a appris déjà » mais je ne sais pas et je pense que je saurai pas. Je trouve que c'est difficile j'trouve de cacher ce genre d'émotion, qu'on sait pas », « Je me suis sentie incapable et tellement... mais même bête. »

**G1-9** « Je pense, comme émotion, c'est un peu la peur quoi finalement c'est euh ..... c'est la peur de mal faire. La peur de dire on le sonde pas euh..... il va mourir machin en même temps j'étais pas sûr de moi. »

Ils se sentaient dépassé par l'intensité émotionnelle.

**Y-13** « Tu aurais envie de répondre et en plus tu sais que t'es du côté médical et tu sais que la violence ne résout rien. Tu es du côté médical donc ça sert encore plus à rien et c'est, du coup, ce sentiment de violence que tu ne maîtrises pas finalement.... qui m'a étonné »

**G1-9** « J'évite un maximum les conflits. Finalement c'est des situations avec lesquelles je ne suis pas...euh comment dire....auxquelles je suis pas habitué je pense que c'est ça, c'est un peu la part de l'inconnu c'est ça qui me déstabilise. C'est que je n'ai pas l'habitude de ces situations je ne sais pas comment les gérer. »

**I-8** « Je pense que quand même j'ai du mal le prendre et que j'ai du être un peu agressive dans mes propos sinon ça ne serait pas monté autant.... Je pense que j'étais relativement en colère. »

**G2-15** « Moi j'ai l'impression que je ne respecte pas toujours les limites ça m'est déjà arrivé de pleurer et que des patients le voit »

Ils manifestaient un besoin impérieux d'évacuer la charge émotionnelle.

**My-11** « il fallait que j'en parle à quelqu'un. J'en ai parlé très spontanément pour décharger un peu et pour partir quand même un peu plus l'esprit un peu plus léger. J'en ai parlé directement à l'aide soignante. »

Ils exprimaient un besoin d'être accompagnés dans la difficulté des débuts.

**F1-10** « C'était ma sénior donc tu dis 'ok bon et ben il va falloir se débrouiller dans les bouquins comme d'habitude tout seul'. »

**Ag-7** « Même à le vivre après, l'équipe a été vachement soutenante. L'équipe soignante parce que le médecin c'était une catastrophe. »

**G1-9** « Oui du fait d'être tout seul. Je pense que c'est plus difficile de gérer une émotion qui nous arrive pendant une prise en charge surtout en présence de l'entourage. »

Après la découverte d'une violence émotionnelle lors de la prise des responsabilités ils prenaient le temps de comprendre leurs émotions.

## 2 Amélioration de la connaissance de soi

Le temps était essentiel pour analyser et digérer leurs émotions.

**G1-9** « Du fait d'avoir mal géré cette émotion sur le coup ça m'est resté plus longtemps »

**L-1** « Je pense que dans un mois je n'aurais aucun problème à parler de mes émotions... parce qu'ils sont très très accessibles et tout le monde le dit c'est beaucoup moins difficile et encore je suis même pas sûre »

**A-4** « Je pense que c'est plus l'expérience qui aide face à ce genre de situation »

**J-3** « Au fur à mesure des mois c'est un petit peu comme ça que je réagis. On ressent toujours cette tension mais on arrive un peu plus à la contrôler et ça s'apprend »

Le recul réflexif permettait aux internes de donner un sens aux émotions.

**F1-10** « J'ai mieux analysé les miennes récemment...d'insatisfaction de la joie de la complète panique à bord....par expérience personnelle », « Mais effectivement avec eux...mieux me connaître moi même quoi »

**Mar-17** « J'essaie de les réfléchir et de les analyser. 'Là oui je suis triste pourquoi...' »

La confrontation répétée à des situations émotionnelles similaires était formatrice.

**Y-13** « Je pense qu'il faut en vivre plus pour...pour acquérir la force de réagir à ça », « Je pense que ça serait à force d'expériences répétées tu peux...tu peux bien vivre ça »

Le besoin de partager avec leurs co internes était mis en avant.

**G1-9** « Ça ne change pas forcément la prise en charge mais pour partager au moins cette émotion avec quelqu'un qui a peu près le même niveau de responsabilité »

**P-5** « C'est plus facile avec les co-internes car on parle de la même chose ils ont la plupart du temps vécu la même chose. »

**Ma-6** « Le partage d'expérience tout simple de manière informel dans les services et avec les médecins, est une part très importante de la formation, de la relation humaine. »

Mettre des mots sur leurs expériences émotionnelles s'avérait essentiel pour avancer.

**G1-9** « Rien que le fait d'en parler, de le mettre en mots à distance ça permet également de l'intégrer, d'intégrer à la situation. Ça fait aussi réfléchir autrement que quand on réfléchit tout seul dans sa petite tête et rien que ce fait là ça permet d'avancer souvent. »

**L-1** « Non parce qu'on parle pas mal en général des patients qui nous touchent. Et euh... du coup rien que le fait d'en parler comme ça, je trouve que c'est...c'est plus simple de partager, pas forcément d'en parler pendant dix plombes ou de refaire la consultation tout ça mais rien que de fait de le dire ah oui c'était triste ça aide...de ne pas le garder pour soi quoi. »

**F1-10** « Justement en essayant de comprendre euh pourquoi chez ce patient là on a telle émotion et d'essayer d'en parler avec d'autres gens qui ne sont pas impliqués. »

Ils exprimaient une expérience émotionnelle difficile qui a avait été résolue a posteriori de manière positive. Ils mettaient en place un changement cognitif.

**Y-13** « J'étais content de faire partager cette expérience là et je pense que j'avais besoin aussi de le raconter que ça c'était bien terminé pour digérer la chose. », « C'était une expérience hyper négative pour moi mais qui s'est bien soldée »

**J-3** « C'était une sorte de retour d'expérience positive en fait voilà c'était plus dans ce sens là que je l'ai partagé. Il n'y a pas eu la charge...émotionnelle qu'il y avait durant l'entretien c'était terminé. Mais euh voilà quoi. C'était un retour positif ouais. », « J'ai tendance à me faire du renforcement positif après.»

L'amélioration de la connaissance d'eux même dans leur pratique avait une incidence positive sur la relation avec leurs patients.

### 3 Amélioration de la relation avec le patient

Quand l'équilibre émotionnel était atteint dans la relation avec leurs patients, ils gagnaient en confiance en eux dans leur pratique.

**Ax-16** « Je trouve que dans ces cas là ça nous donne confiance en nous même ben derrière on se dit ah je peux le faire c'est bon je gère »

**My-11** « J'ai confiance en moi donc c'est ce qui a changé mon approche peut être plus positive malgré le contexte difficile », « J'étais plus sûre de moi alors que quand ça s'est présenté les premières fois.»

Les émotions étaient appréhendées avec plus de sérénité pour servir au mieux la relation avec leur patient.

**Mar-17** « Alors que par la suite quand ça s'est représenté, les émotions sont toujours les même :surpris, choqué, compassion, un peu révolté. C'est toujours un peu les même émotions mais mon approche envers le patient ma façon peut être de réagir de communiquer est un peu différente. »

**My-11** « Oui je ressens toujours la même chose mais par contre mon rôle ce que moi je peux apporter, j'en suis plus convaincue. Je me sens plus utile. Mais rester insensible ne pas avoir d'émotions face à une situation comme ça je pense que ce n'est pas possible ça ne changera pas avec l'expérience. C'est peut être ça que j'ai acquis : 'l'expérience'. »

**I-8** « J'avance un peu de mes erreurs et je gère les choses mieux par rapport à ce genre de chose »

Ils exprimaient la place privilégiée du médecin généraliste par rapport aux émotions du patient.

**F1-10** « 'Ben je le calme je vais le gérer voilà quoi', essayer de trouver des solutions, je pense le médecin généraliste c'est le médiateur.»

**Mar-17**« Ils vont arrivés dans le cabinet et hop décharge émotionnelle.»

**P-5** « Ils ont besoin de lâcher leurs émotions dans notre cabinet.»

L'expérience du stage chez le praticien était marquante dans le parcours des internes de médecine générale qui plaçait le médecin généraliste en médiateur émotionnel.

Tableau 2 de l'analyse thématique

<p>PLEINE CONSCIENCE</p>	<p><b>1 À la rencontre de leurs émotions</b>  <b>2 Exploration de leurs limites personnelles</b>  <b>3 Une image infaillible</b>  <b>4 La juste distance</b></p>
<p>LA GESTION DES ÉMOTIONS</p>	<p><b>1 Une approche technique</b>  <b>2 Une implication émotionnelle active</b></p>
<p>LES OUTILS</p>	<p><b>1 Des outils moteurs de la prise en charge</b>  1.1 Mimétisme physique  1.2 Incarner une émotion  1.3 Extraire l'énergie  <b>2 Des moyens de défense</b>  2.1 La mise à distance  2.2 Les techniques physiorelaxantes  2.3 Une image mentale  2.4 La focalisation de l'attention  2.5 La réorientation de l'attention  2.6 Prendre le temps  2.7 L'humour  2.8 Le choix des mots  2.9 Verbaliser  2.10 L'instrumentalisation de la voix  2.11 Un fonctionnement automatisme  2.12 Des gestes concrets  2.13 Maîtriser le silence</p>
<p>ÉVOLUTION AU COURS DU DES</p>	<p><b>1 Une période de transition émotionnelle difficiles</b>  <b>2 Amélioration de la connaissance de soi</b>  <b>3 Amélioration de la relation médecin-patient</b></p>

## DISCUSSION

Le choix de réaliser une étude qualitative était le plus approprié pour répondre aux objectifs. Cette méthode permettait aux participants de se raconter à travers un récit, un comportement, un point de vue et d'explorer toutes les facettes de leur vécu émotionnel. Une autre méthode n'aurait pas permis de répondre à la question posée.

### A. CRITIQUE DE LA METHODE

La discussion de la méthode a été réalisée avec la grille COREQ : Consolidated criteria for Reporting Qualitative qui permet d'évaluer la qualité du rapport grâce à ses 32 items et ses 3 domaines. (Annexe 5)

### I ÉQUIPE DE RECHERCHE ET DE RÉFLEXION

L'enquêteur était interne de médecine générale puis remplaçante au moment de la réalisation des entretiens.

#### 1 Expérience et formation du chercheur

L'enquêteur était novice dans la recherche qualitative. Elle a bénéficié d'une formation à la faculté de médecine de Lyon pendant le DES de médecine générale organisée par le Département de Médecine Générale. L'inexpérience a été contrebalancée par les connaissances de la directrice de thèse le Dr Benedini Elise qui avait suivi plusieurs formations sur l'étude qualitative et qui avait dirigé plusieurs thèses qualitatives. Elle a été renforcée par les échanges lors des Cercles de thèse dans lesquels chaque thésard présent apportait ses connaissances méthodologiques. La codirection par une jeune directrice de thèse a également enrichi les échanges.

Le manque d'expérience de l'enquêteur dans la réalisation des entretiens semi-dirigés était une limite. La réalisation d'une rencontre avec une psychothérapeute organisée par le Dr Benedini avait permis d'adopter une posture, un équilibre et d'acquérir des outils dans la formulation des questions ouvertes, des relances et dans le décryptage des postures de l'interviewé. La réalisation d'un canevas validé par la directrice de thèse apportait un appui pour les entretiens.

Ce dernier était testé à deux reprises et modifié à l'issue des deux premiers entretiens. Une autocritique des entretiens dans la formulation des questions, des relances était réalisée et commentée par les Dr Benedini et Bezanson pour rectifier les difficultés de l'enquêteur.

## 2 Relation avec les participants

L'enquêteur ne connaissait pas les participants aux entretiens semi-dirigés. Le recrutement était réalisé via une mailing liste. Il n'y avait pas de rapport direct avec les interviewés.

Les participants n'avaient pas connaissance de la question de recherche. Ils savaient qu'ils allaient participer à un entretien semi-dirigé sur le thème de la relation médecin malade. Cela empêchait les participants de se documenter au préalable sur le sujet.

## 3 Les caractéristiques de l'enquêteur

L'investigateur était interne en médecine générale. Son statut a pu constituer une limite en influençant les réponses des internes. Il devait lui-même oublier sa position pour pouvoir guider chaque participant sur leurs propres représentations et non dévoiler les siennes. Cela a aussi été un atout car l'interne oubliait au fur à mesure de l'entretien le contexte et se dévoilait à un pair, à un co-interne comme il aurait pu le faire dans ses stages. La difficulté était de trouver l'équilibre d'enquêteur distancié de son propre vécu et utiliser ce statut pour favoriser la libre parole.

## 4 Posture du chercheur: pourquoi le choix de ce sujet ?

L'investigateur avait accepté ce sujet proposé par le Dr Benedini car il entraînait en résonance avec des réflexions personnelles et concomitantes avec le stage chez le praticien de niveau I.

« L'utilisation des émotions dans la consultation par les internes me paraissait évidente et en même temps quelque chose qui restait en filigrane pendant toutes mes études de médecine.

Je trouvais très intéressant de développer la place des émotions dans la construction de chaque médecin, définissant sa particularité en tant que professionnel de santé.

Se poser la question des émotions permettait aussi de comprendre pourquoi une prise en charge thérapeutique fonctionne ou pas, et qu'est-ce que nous internes, mettons en place de manière

consciente ou inconsciente. Cela faisait référence avec ce que je découvrais en médecine générale où la relation avec le patient s'établissait sur un facteur temps différent de la médecine hospitalière. Les rencontres avec les patients dans un cadre de pratique nouveau suscitaient des émotions qui pouvaient m'envahir mais aussi être capitales dans mes prises de décisions.

Je trouvais ce sujet à la fois original, pourvoyeur de questions, objet d'étude vaste et méconnu que j'allais pouvoir explorer à la fois dans les concepts, définitions mais aussi à travers mon expérience personnelle en tant qu'interne.

Qu'est-ce qu'une émotion ? Quelle place ont elles dans la relation avec le patient, dans la prise de décisions ? Quels outils développe t'-on pendant l'internat ?

Ma position de départ :

Mon sentiment premier était de l'ordre de la curiosité intellectuelle et cela me renvoyait à tout ce que la médecine générale a de subtil et de valorisant.

J'avais à cœur de découvrir le vécu de mes co-internes et de mettre en avant leurs parcours d'interne.

J'avais quelques réserves sur ma propre posture d'interne et la confrontation à mes propres difficultés.

J'avais aussi peur de me perdre dans les entretiens c'est à dire de m'éloigner de ma position de chercheur et de devenir leur psychothérapeute.

Ses peurs se sont confirmées à mi-parcours de mes entretiens où mes propres émotions liées à mon vécu d'interne ont été envahissantes freinant ainsi pendant quelques temps l'avancée de mon travail.

Un peu de recul, favorisé par le Cercle et mes directrices de thèse a été nécessaire pour me distancier de cette charge émotionnelle généreusement délivrée par les internes.

Ce qui a changé dans ma pratique :

Depuis ces entretiens, j'ai accordé une place plus importante aux émotions du patient et aux miennes dans la prise en charge thérapeutique. L'observation attentive des émotions permet de lever des blocages dans certaines situations cliniques.

Cela m'a permis de me rendre compte à quel point elles sont une mine d'information sur le fonctionnement individuel et orientent la façon dont on aborde un traitement, une annonce. Elles créent du lien.

Depuis ces entretiens, j'ai compris la nécessité de prendre soin de mes émotions et de m'offrir un espace pour les exprimer et de ne pas me laisser envahir pour mon bien être personnel et professionnel et de travailler cette juste distance. »

## II CONCEPTION DE L'ÉTUDE

Le cadre théorique c'est à dire le choix de la méthode, le déroulement des entretiens, leurs durées a été expliqué dans la méthodologie.

Les entretiens n'ont pas été répétés.

### 1 La constitution de l'échantillon

La sélection des participant s'est faite sur un mode raisonné c'est à dire qu'elle n'est pas représentative de la population des internes. Le choix s'est porté sur des profils d'internes variés pour rechercher des opinions, comportements attitudes, vécus différents en vue d'obtenir un recueil exhaustif des données. C'est une caractéristique propre à la méthode qualitative qui vise à découvrir les atypies, les exceptions. Différents profils d'internes étaient représentés. Il y avait un équilibre entre les hommes et les femmes. Ils observaient les caractéristiques suivantes : tous les semestres étaient représentés, un interne était militaire, certains avaient fait leur stage chez le praticien de niveau I, d'autres leur SASPAS, deux internes avaient une maladie chronique, un interne faisait un DESC d'urgence.

L'interne qui était en DESC d'urgence avait réalisé un travail sur lui-même suite à des difficultés pendant son internat. Le recueil de son vécu présentait peut-être une limite de part son travail d'introspection. Il manquait de spontanéité par rapport aux autres interviewés. Le recueil des données aurait été enrichi avec des internes participant à d'autres DESC ou qui se seraient réorientés vers la médecine hospitalière après leur stage chez le praticien de niveau I.

Le mail envoyé à tous les internes n'avait pas permis de recruter des internes ayant ce profil.

Les internes qui n'ont pas souhaités participer à l'entretien pouvaient présenter une limite d'interprétation. Leurs motifs de refus n'ont pas pu être recueillis dans le cadre de l'étude.

Le recrutement s'étant fait essentiellement via la mailing liste des internes, le nombre d'internes répondant était de 60 avec les deux sollicitations sur une moyenne de 500 internes sur les trois promotions d'interne de médecine générale. Par déduction environ 440 internes de médecine générale n'ont pas répondu positivement à la participation de l'étude.

Les hypothèses que l'on peut évoquer concernant les non réponses sont les suivantes :

- › un manque d'intérêt
- › un manque de temps
- › la peur de se dévoiler
- › la peur de la redondance des sujets explorant la relation médecin malade
- › l'indifférence face aux diverses sollicitations reçues par mail pour participer aux thèses
- › l'oubli de répondre au mail

## 2 Recueil des données

### 2.1 Entretien semi-dirigé

L'entretien individuel était approprié à la question. Il a permis la libre expression des internes qui ont pu se dévoiler en oubliant le cadre de l'étude et se raconter le plus fidèlement possible.

Le début des entretiens a permis leur mise en confiance puis ils se sont progressivement affranchis de la peur de la mauvaise réponse. Cette méthode a été jugée préférable à celle du focus group qui n'aurait pas favorisé la libre expression et la confidentialité dans ce contexte de vécu personnel.

### 2.2 Lieu et déroulement des entretiens

Les lieux ont été décidés conjointement par le chercheur et les interviewés en fonction de la disponibilité de chacun et du souci d'un endroit adapté.

Sur les 18 entretiens, seulement 3 ont été réalisés dans des lieux publics ce qui pouvait être une limite à la libre expression. Un était dans un parc dans un endroit isolé et calme et l'autre en extérieur dans un endroit de passage qui était peu approprié. Ils faisaient partie des entretiens test du début de l'étude. Le dix-huitième entretien a été réalisé dans une salle de repos d'un hôpital.

Les 15 autres entretiens se sont déroulés pour trois d'entre eux au domicile de l'interviewé et les 12 autres au domicile du chercheur.

Sur les 18 entretiens un seul a été perturbé par le lieu choisi en raison de bruit pour la concentration. Les autres entretiens n'ont pas été parasités par l'extérieur. Aucune tierce personne n'était présente lors des entretiens pour garantir la confidentialité et permettre les meilleures conditions possibles au travail de mémoire et de restitution des événements émotionnels.

Il n'y a pas eu de pause pendant les entretiens, de longs moments de silence étaient présents mais cela permettait aux interviewés de préciser leurs souvenirs et de relater un vécu de situations empreintes d'une charge émotionnelle importante.

Les entretiens ont duré en moyenne 50 minutes, seul un entretien a duré 29 minutes mais l'interviewé était contraint par le temps de manière imprévue et a peu développé les thèmes abordés.

L'imprévu fait aussi partie des limites de l'étude.

Les notes prises pendant l'entretien permettaient de noter les idées émises par les interviewés à explorer pendant l'entretien.

### 2.3 Le canevas d'entretien

Les questions du canevas d'entretien ont été rédigées par l'intervieweur. Elles ont été écrites en vue de répondre aux objectifs de l'étude, suite à une revue de la littérature. Une étude de narration d'évènements clefs écrits par les internes a orienté certaines questions du canevas. Cette étude explorait les événements critiques décrits par des internes dans leur début de cursus. Elle permettait de définir les points positifs, négatifs et les difficultés rencontrées dans ce contexte de prise de responsabilités. Le canevas a été testé deux fois : auprès d'un interne de première année et d'un de dernière année permettant d'ajuster les questions pour la suite de l'étude. Il n'y a pas eu d'adaptation des questions en fonction de l'année de l'interne.

### 2.4 Saturation des données

Une analyse progressive des entretiens a permis d'extraire les sous thèmes et les thèmes développés par les internes. Cela a permis d'orienter le recrutement des internes en fonction des idées développées. En effet les thèmes exprimés par les internes de première année sont plus vite arrivés à saturation que ceux des deuxième et troisième années. Au final 5 internes de première année ont suffi à explorer leurs occurrences, 5 internes de deuxième année et 8 internes de dernières années ont satisfait la saturation des thèmes et sous thèmes de ses deux dernières années. Les deux derniers entretiens étaient des internes de dernière année où aucune nouvelle thématique n'a été abordée mettant fin à l'étude.

## 2.5 Validation de la retranscription par les participants

La retranscription des entretiens n'a pas été retournée aux internes pour éviter le phénomène d'autocensure. Si les entretiens avaient été commentés, corrigés cela aurait pu nuire à la validité de l'étude. Les internes ont été recontactés par mail deux mois après leur entretien pour recueillir avec du recul leurs impressions et leurs nouvelles réflexions. Neuf internes ont répondu et ont exprimé l'importance de pouvoir raconter leurs moments d'émotions au fur à mesure de leurs stages.

### III ANALYSE DES DONNÉES

Les données ont été analysées par trois chercheurs : la directrice de thèse Dr Benedini, la directrice de thèse junior Dr Bezanson Elodie et l'intervieweur.

Chacune a procédé à un codage manuel et progressif au fur et à mesure des entretiens. La confrontation des trois analyses a été réalisée à la fin des entretiens lors d'une quadriangulation des données permettant de faire ressortir les thèmes et sous thèmes qui répondent à la question.

L'analyse transversale a été retranscrite par le biais de cartes euristiques avec le logiciel SimpleMind qui sont délivrées en annexe 6. Le travail n'a pas été retourné aux participants pour validation.

#### 1 Les résultats

Les résultats ont été écrits selon les thèmes et sous thèmes définis lors de la confrontation des analyses. Ils ont été étayés par les verbatims des internes qui illustraient de manière la plus pertinente les idées développées. La mémoire des internes pouvait être une limite à la narration de leur vécu. Elle est dans le cas du vécu émotionnel, modifiée par l'humeur au moment de l'entretien. Le facteur temps a pu diminuer la charge émotionnelle qu'ils ont ressentie à l'instant T.

Le lien établi lors de la rencontre avec les internes a pu faciliter ou au contraire inhiber l'approfondissement des situations émotionnelles abordées. La narration a pu être amputée par un phénomène d'autocensure par peur du regard d'autrui ou par un lien d'identification avec le chercheur, interne comme eux.

## 2 L'analyse des données

L'analyse des trois chercheurs n'a pas été partagée avant la quadri angulation pour ne pas induire une limite d'interprétation. Les thèmes et sous thèmes qui sont ressortis ont été retrouvés par chacun. La pertinence de développer les idées a été discutée en fonction des données de la littérature, les éléments les plus inattendus étaient mis en avant. Le plan commun a été validé en cohérence avec la question posée au début de l'étude.

Les idées jugées non pertinentes n'ont pas été retranscrites dans les résultats.

## 3 Mon résultat principal

Les internes commençaient leur DES de médecine générale par une rencontre brutale avec leurs émotions et amélioraient au fur à mesure de leurs stages la connaissance d'eux-mêmes et la relation avec les patients grâce au recul réflexif.

### B ANALYSE DES DONNÉES CONFRONTÉES À LA LITTÉRATURE

#### I PLEINE CONSCIENCE

##### 1 À la rencontre de leurs émotions

Les internes relaient la découverte de leurs émotions comme une violente surprise dans leur parcours professionnel. Les six années d'études médicales, en tant qu'étudiant en médecine, ne les a pas préparés à cette rencontre avec eux-mêmes. Le changement lié au statut d'interne, la découverte de la prise des responsabilité en sont peut être les raisons. La surprise et le choc de leur vécu révélaient une faille dans l'absence de préparation émotionnelle dans la relation avec les patients au cours du deuxième cycle. (13)

La difficulté à identifier de leurs émotions placent les internes dans une situation d'inconfort. La prise de conscience émotionnelle participait à l'acquisition d'un bien être dans leur pratique. (14)

La nécessité de faire un lien entre eux et leurs réactions émotionnelles était exprimée par les internes. Leur personnalité, leur maturité étaient sollicitées et influençaient leurs émotions. Ils se découvraient professionnellement à travers leurs réactions émotionnelles.

L'attachement qui se développe dans la petite enfance se compose de pensées, sentiments et des attentes dans les relations. Un attachement stable permettait de mieux appréhender les émotions du patient.(15) (16) (4) Les internes doivent apprendre à se connaître pour éviter d'être déstabilisés par leurs réactions émotionnelles.

La confrontation à un niveau émotionnel adapté lors de mises en situation face à des patients acteurs pendant le second cycle des études médicales a été étudiée. Le point négatif observé était lié à la compétitivité des étudiants qui faisaient leur choix de niveau en fonction d'un défi à relever et non comme la construction d'une expérience préalable à ce qu'ils allaient rencontrer. (10)

Cette carence se ressent dans les récits des internes qui évoquent ce manque d'expérience acquis au préalable sur le plan émotionnel. L'apprentissage de la gestion émotionnelle n'était pas intégré comme un objectif formel de stage des premier et second cycles des études médicales.(17) (18)

Les étudiants en médecine sont concentrés sur la préparation des ECN qui ne leur permet pas d'anticiper la transition émotionnelle.

Les projections émotionnelles étaient surlignées par les internes. Elles étaient identifiées comme étant déstabilisantes et ils avaient peur de les vivre dans la relation avec le patient. Les émotions peuvent être réactivées avec l'intensité initiale et transparaître aux yeux du patient. C'est la surprise de vivre ces projections qui s'avère compliquée à gérer pour les internes.

Certains revivaient à travers la situation du patient, des moments qui avaient eu un impact émotionnel important sur le plan personnel. Ces moments influencent la prise en charge par le partage d'expériences avec le malade. Elles étaient liées à leur mémoire personnelle et à une tendance à agir avec sympathie.(19)Cependant une fois qu'ils avaient pris conscience de l'utilisation de ces émotions issues de leur vécu dans la prise en charge du patient, ils le regrettaient. Ce partage unilatéral de la part des internes les ferme à la compréhension des émotions du patient. Le risque est aussi de se révéler créant ainsi une situation d'inconfort dans la prise en charge.

La peur de se dévoiler était manifestée comme un obstacle. Les internes vivent une contradiction qui est l'envie de partager leurs expériences émotionnelles passées et la peur de se livrer. La mémoire autobiographique était subjective, propre à l'expérience personnelle de l'interne et créait un état de doute propre à engendrer un malaise ou un inconfort psychologique.(20)

Le dilemme exposé par le vécu personnel est à la fois la capacité de ressentir, de comprendre tout en s'affranchissant de soi pour ne pas fondre l'expérience personnelle dans la prise en charge du patient. La mémoire des émotions accroissait le processus d'information pendant le rapport avec le patient. (21) L'enjeu est alors de faire place de manière adaptée à cette mémoire émotionnelle qui, positive ou négative, ne doit pas se fondre au vécu du patient.

Pendant les entretiens les internes racontaient volontiers leurs expériences et les revivaient physiquement et psychologiquement se remémorant des images mentales marquantes. Ce partage émotionnel ne les plonge pas dans des dispositions négatives. Au contraire ils prennent plaisir à les partager. L'entretien devient alors un moment de partage autorisé d'expériences émotionnelles passées. Il favorise la réactivation des émotions mais avec une possibilité de donner un sens positif à leur vécu.

## 2 Exploration de leurs limites personnelles

La découverte de leurs propres émotions passe aussi par l'exploration de leurs limites personnelles. Ils n'ont pas confiance en leurs habiletés émotionnelles mettant à mal leur bien être dans la relation avec le patient. La construction de la confiance dans leur pratique nécessitait une maîtrise émotionnelle qui leur était inconnue. (22) (23) Les individus qui avaient une haute habileté à l'intelligence émotionnelle avaient moins de stress et un sentiment de contrôle et de compétence accrus (22). Les limites que décrivaient les internes étaient l'impuissance et la gestion de l'incertitude au début de leur DES. Elles ne sont pas confrontées de manière consciente à un nouvel état émotionnel qu'ils doivent apprendre à maîtriser. Il est révélé à travers le récit des internes une errance dans la confrontation à ces limites liées à un manque d'accompagnement pour la découverte et l'appropriation de ces notions.

## 3 Une image infaillible

Pour pouvoir communiquer de l'assurance ils se créaient une image forte. Cette image devait être compatible avec leur propre vision du médecin idéal dans leurs réactions émotionnelles. (12) Elle côtoie une forme de neutralité émotionnelle à atteindre. Ils utilisaient un genre professionnel pour raconter une émotion et tendre vers cette neutralité. (11) (19) Les internes mènent une quête vers le professionnalisme, compétence ultime à atteindre. Ils définissent leur vérité émotionnelle idéale à travers une volonté de solidité qui va à l'encontre de la fragilité émotionnelle qu'ils expriment. Cette quête d'idéal reflète une quête de bien être dans leur pratique pour ne pas être déstabilisé.

Ils recherchaient une image sécurisante à délivrer à leurs patients. Pouvoir incarner ce côté sécurisant dévoile le besoin d'être sécurisés eux-mêmes sur le plan émotionnel.

L'acquisition de compétences émotionnelles favorisait la confiance des patients et une augmentation de la satisfaction des internes.(8) (24) (25) Ils expliquaient que cette image forte était garante d'une relation de confiance avec le patient. Ils devaient faire preuve de sécurité émotionnelle.

Que leurs émotions soient visibles par les patients démontraient une faille mais en même temps assuraient leur humanité. Cette ambivalence expose le tiraillement entre une formation hospitalière biomédicale et une approche relationnelle humaine qu'ils essaient de mettre en pratique pendant le DES de médecine générale.

#### 4 La juste distance

Les internes expliquaient de manière intuitive, un point d'équilibre à atteindre, une juste distance émotionnelle qui était confortable pour le patient et pour eux-mêmes. Une implication mutuelle harmonieuse ou un sentiment positif partagé entre des étudiants en médecine de troisième année et des patients était corrélée positivement avec de hautes compétences émotionnelles.(26)

L'équilibre à atteindre est une frontière invisible qui reflète une implication émotionnelle maîtrisée de l'interne. L'harmonie existe lorsque le patient se sent compris.

Les internes avaient conscience que pouvoir exercer avec cette juste distance pouvaient non seulement les aider dans la relation avec le patient, mais aussi dans leur équilibre personnel. Cette logique de distanciation impliquait de pouvoir se préserver tout en étant généreux émotionnellement sans transmettre « d'émotions nosocomiales » aux patients.(27) (6)

Elle a été évoquée dans les études comme un objectif à atteindre par les étudiants.(27) (12)

La maîtrise des émotions par les internes est une compétence à acquérir. La difficulté est de maintenir cette attitude sans tomber dans l'indifférence ou la routine.

Les internes explorent seuls cet équilibre. Le risque est d'aller jusqu'à un épuisement professionnel s'il n'est pas atteint.

La découverte de leurs émotions et leur présence indiscutable dans la pratique implique de savoir les gérer. Pour se faire les internes mettaient en place différentes façons de les aborder.

## II LA GESTION DES ÉMOTIONS

### 1 Une approche technique

La technicité était décrite par certains internes comme étant le moyen de gestion adapté pour faire face aux réponses émotionnelles du patient et à leurs propres émotions. L'expression de « technicien des émotions » a été employée pour pouvoir donner une réponse à des situations émotionnelles difficiles à gérer. Les internes qui l'expriment, trouvent en cette approche un moyen de réassurance qui est conforme à ce qu'ils connaissent et ce qu'ils pensent en accord avec la rigueur scientifique que requière la prise en charge médicale.

Ce désir de rigueur scientifique donne un cadre à leurs émotions, des repères sur lesquels ils se reposent. Cela leur permet à la fois d'avoir une contenance physique, un canevas d'actions autorisées en réponses aux émotions du patient. Cette démarche codifiée se réfère à ce qu'ils ont appris sans s'aventurer dans l'inconnu qui peut être déstabilisant, mais au risque de passer à côté des émotions du patient. Cela peut être le reflet d'une protection pour pouvoir avancer dans la prise en charge sans interférences négatives.

Une attitude pragmatique permet aux internes de justifier d'une efficacité dans les soins au risque de mettre à l'écart l'apport d'informations des émotions. Les internes voyaient en la technicité des émotions une économie d'énergie.

Cette attitude pouvait aussi être le reflet d'une régulation émotionnelle réfléchie et développée pour faire face aux situations jugées difficiles.(1) Cependant ils mettent en avant l'effet de surprise et du manque d'expérience. Le pragmatisme est alors plus le reflet d'une recherche de satisfaction immédiate face à une situation inconfortable qu'une attitude réfléchie et maîtrisée.

Le facteur de la mémoire est une limite concernant cette approche technique. Les internes racontaient des situations émotionnelles passées. La retransmission orale est peut être utilisée par les internes dans les entretiens pour rendre acceptables les difficultés qu'ils ont rencontrées et leur donner un sens. La technicité serait un moyen de régulation a posteriori qui leur confère une stabilité en tant que soignant responsable.

Les réponses sont scientifiques, car c'est ce qu'ils arrivent le mieux à mettre en pratique. Cela s'explique via le parcours des études médicales terminées par le concours des ECN où la conclusion est une performance académique. La découverte de la médecine générale met en avant de multiples compétences dont la gestion émotionnelle.

La transition émotionnelle que vivent les internes est uniquement opérée avec leurs ressources personnelles conduisant dans ce mode de gestion à supprimer toutes les manifestations visibles des émotions. Ce manque d'expressivité était vécue comme étant un gage d'efficacité et de respect vis à vis des patients. Ce masque était issu de l'effort du contrôle pour gérer une situation quand l'individu ne disposait pas des ressources cognitives nécessaires pour faire face. (5) Il serait le reflet d'internes confus face à leurs émotions et sans confiance en leur habileté à contrôler la situation. Ils préféreraient les masquer de peur de se laisser déborder.

D'autres internes abordaient les émotions de manière différente. Ils leur laissaient une place évidente dans leur prise en charge.

## 2 Une implication émotionnelle active

L'évidence émotionnelle dans la construction du lien thérapeutique est mise en lumière. Un médecin devait être réceptif aux émotions. Les émotions étaient forcément présentes et les ignorer amputait un pan de la réussite thérapeutique.

Il n'était pas question de masquer les émotions mais c'était la gestion de l'intensité qui était problématique. L'intensité est dépendante de ce que les émotions éveillent chez l'interne, avec le risque de réactiver la mémoire émotionnelle. Les internes se sentaient fragilisés dans la relation avec le patient ce qui pouvait altérer la qualité de soin. Ils ressentent le besoin de travailler sur le curseur de l'intensité émotionnelle pour ne pas avoir peur d'être confrontés aux émotions. L'acceptation de ne pas toujours être dans une situation émotionnelle confortable permettrait d'être en mesure de gérer cette intensité. Cette acceptation serait facilitée s'il existait des espaces dédiés à l'expression des émotions. Savoir que l'inconfort va pouvoir être exprimé à distance, réfléchi et compris permettrait cette acceptation. Les situations de fortes intensités étaient coûteuses en énergie. Elles sont le reflet d'une lutte interne pour ne pas se laisser envahir. L'absence de maîtrise du pic émotionnel créait une disposition à la rumination mentale intrusive.(28)

Les internes racontent des expériences passées qui exposent la problématique de l'intensité émotionnelle phagocytant leur énergie. Leur difficulté serait la maîtrise de cette intensité les rendant plus propice à la rumination mentale.

Certaines émotions étaient décrites comme étant plus exigeantes en terme d'énergie.

Le risque est d'être absorbé par l'exigence émotionnelle et donc de subir la charge émotionnelle. Quand les internes ne pouvaient plus les dissimuler, certains essayaient de leur donner un sens en les verbalisant, d'autres attendaient que le moment passe mais le vivaient mal. Quand la gestion émotionnelle était impossible ils perdaient le fil de la relation avec le patient. L'enjeu est de prévenir ces situations extrêmes pour éviter que la souffrance du vécu n'impacte sur la relation médecin patient.

Les points positifs de cette intensité, parfois coûteuse en énergie, justifiaient leurs prises de décision. L'expression intense de leurs émotions était le reflet pour certains, d'une limite à ne pas franchir en pratique, comme un rempart au déraisonnable, une alarme contre la violence technique. L'entretien leur a permis d'analyser, de justifier leur position appuyant la nécessité de donner du sens à leurs choix thérapeutiques. Pouvoir les expliquer leur permettait de mieux gérer cette intensité et de voir en leurs réactions émotionnelles, une capacité à être plus créatif et à prendre de meilleures décisions. (29) (30) (31)

Les internes ont mis en place différents outils pour leur permettre de gérer leurs émotions.

### III LES OUTILS

#### 1 Des outils moteurs dans la prise en charge

Les internes développent des aptitudes pour mettre à profit les émotions dans la prise en charge. Les outils deviennent un atout pour leur relation avec le patient, leurs prises de décisions médicales. Ils utilisent des techniques de régulations décrites pour certaines en psychologie cognitive.

##### 1.1 Le mimétisme physique

Les internes décrivaient de manière consciente utiliser un langage non verbal représentatif d'une émotion pour solliciter chez le patient une réaction émotionnelle.

Susciter une réactivation positive ou négative d'une mémoire sensorimotrice chez le patient peut créer une disposition particulière à la prescription, créant une congruence lors des explications. L'expression faciale était un signal pour évoluer vers un but commun. (5)

Les internes appliquaient cet outil de façon consciente pour rentrer en résonance avec les patients et influencer l'humeur de la consultation. Il a été montré en neuro imagerie que les personnes imitaient les expressions émotionnelles de celles avec qui elles interagissaient.(32)

À l'inverse la suppression de l'expression émotionnelle physique bloquait l'information, le circuit neuronal émotionnel n'étant pas activé.(33) La théorie du feedback corporel ou rétroaction faciale décrivait que l'expression physique d'une émotion en augmentait l'intensité. L'idée est que cette rétroaction faciale fournie par des réactions spécifiques du visage peut conduire à la génération d'états émotionnels. Le contrôle des expressions faciales permettrait la régulation des émotions.(5)

Le mimétisme physique conscientisé par les internes en vue d'un effet positif sur la relation avec le patient est un outil qui leur semble efficient dans la prise en charge. Ils l'ont appliqué de manière intuitive.

## 1.2 Incarner une émotion

Plus que le mimétisme physique réactivant des expressions émotionnelles chez le sollicité, les internes jouaient les émotions tant sur le plan physique que verbal. L'objectif de résultat positif sur la prise en charge contrastait avec le vocabulaire employé tel que « manipulations », « jouer », « provoquer » qui était à connotation négative. Jouer une émotion peut être perçu comme un frein à la sincérité mais l'objectif est l'efficience dans la prise en charge. Dans les situations exprimées par les internes, il était question de lever un blocage à la relation et d'avoir cet effet moteur pour avancer vers l'objectif. L'effet recherché via la volonté de jeu est de déclencher des réactions émotionnelles qui facilitent la compréhension mutuelle du patient et de l'interne. Le jeu émotionnel était utilisé par des enseignants d'éducation physique et sportive qui incarnaient une émotion pour agir sur l'état cognitif et affectif des élèves et transformer la situation plus conforme à leurs préoccupations.(34) Il n'a pas été retrouvé d'étude similaire chez les internes en médecine.

Les émotions incarnées suscitent une grande maîtrise que l'interne a besoin de travailler pendant son cursus.

Le cadre du jeu émotionnel dans la relation de soin nécessite d'être rigoureusement défini pour avoir une place qui soit acceptable.

### 1.3 Extraire l'énergie

La dynamique émotionnelle était productrice d'énergie et les internes essayaient, à partir d'une situation émotionnelle qu'elle soit négative ou positive, d'en utiliser l'essence. L'émotion est exprimée avec une certaine intensité et l'interne utilise l'aspect productif pour aboutir à un résultat positif. Ce point de vue place l'émotion à la fois comme un plus dans la pratique mais aussi comme un risque à prendre car l'énergie peut être destructrice notamment dans les situations d'angoisse, de stress. Les internes portaient du postulat que la situation de soin déstabilisante qu'ils étaient en train de vivre permettait de produire du sens et une cohérence dans la dynamique relationnelle avec le patient. Les émotions marquaient une rupture de continuité dans la relation et c'est à ce moment là que l'activité de production de sens trouvait ses meilleures conditions d'émergence.(20)

L'optimisation de l'effet des émotions implique de choisir et donc de privilégier la réaction émotionnelle en fonction de l'effet recherché dans la prise en charge notamment sur l'information à délivrer au patient et pour appuyer une prescription. L'objectif est à la fois de se sentir à l'aise dans la relation avec leurs patients mais aussi de construire un fonctionnement efficient adapté à chacun, pour optimiser les choix de prise en charge.

Certaines situations font appel à une intensité activant chez l'interne le déploiement d'un bouclier symbolique pour l'affronter. Cela donne lieu à des outils de défense.

## 2 Des moyens de défense

Ils sont le reflet de la gestion de l'intensité et les systèmes adaptatifs mis en place pour pouvoir lui faire face.

### 2.1 La mise à distance

Certains internes utilisaient la mise à distance physique du patient quand la charge émotionnelle leur apparaissait néfaste et difficilement maîtrisable. Cet outil met en évidence le besoin immédiat de maximiser leur état de bien être pour rester plus à même de conserver leur capacité de décision. Ce moyen est utile contre l'impulsivité et permet d'avoir un bénéfice à long terme plutôt qu'à court terme.

Une interaction négative avec un patient les amenait à une mise à distance professionnelle ( 12 ). Dans notre étude les internes l'utilisent pour permettre la libre expression du patient et pouvoir leur éviter une réaction inadaptée à la situation.

Cette mise à distance peut se faire par le biais d'un masque neutre en vue de taire une réaction qui risque de déplaire ou avoir l'effet d'un jugement au regard du patient.

Leur vérité ne devait pas être physiquement visible pour ne pas contaminer la prise en charge. Ils recherchaient la suppression de l'expression de leurs émotions pour empêcher leur communication jugée néfaste pour la prise en charge.

La suppression expressive n'a pas été étudiée spécifiquement chez les internes en médecine mais ce mode d'expression s'était révélé inauthentique et provoquait une diminution de la satisfaction ressentie dans la relation et dans l'envie d'interagir à nouveau. (1) La stratégie de suppression diminuerait le ressenti des émotions positives alors qu'elles n'auraient aucune influence sur les émotions négatives.(5) Si le masque émotionnel tombe dans ce contexte d'émotion négative intense, cela peut devenir une surenchère qui risque d'être explosive et désavantageuse pour l'interne et le patient. L'autre possibilité est que l'intensité arrivée à son paroxysme, l'unique voie possible est celle de la diminution de l'intensité pour à nouveau retrouver le calme initial. Est-ce que cela serait compatible avec un temps de consultation pour revenir à un pragmatisme de pratique médicale et surtout est-ce que cela serait éthiquement acceptable avec la construction d'une relation sereine confiante avec le patient ? Cette stratégie de suppression expressive affecterait la mémoire des informations délivrées par le patient car l'interne aurait utilisé ses ressources cognitives pour supprimer son ressenti (5)

Dans la pratique décrite par les internes la suppression expressive s'avère plus une tendance qu'une application optimale. Il serait intéressant d'exploiter cette suppression de manière plus nuancée et que son apprentissage soit situationnel et adaptatif en faveur de la juste distance. D'autres outils pour faire face à ces situations seraient à développer.

## 2.2 Les Techniques physio-relaxantes

Les internes font preuve d'anticipation en essayant de diminuer l'intensité avec des techniques de respiration ou de gestion a posteriori en allant fumer une cigarette.

Ces techniques tentent d'agir sur les composantes physiologiques des réactions émotionnelles liées aux effets de l'adrénaline. Les techniques de respirations vont diminuer le rythme cardiaque et initier un relâchement musculaire.

La cigarette stimule la libération des neuromédiateurs qui jouent un rôle dans la sensation de plaisir et de bien être.

L'apprentissage de techniques de relaxations face à des situations jugées difficiles par les internes pourrait être un outils à enseigner pour ceux qui le souhaitent. En 1977 il a été montré que la pratique quotidienne de la relaxation avait un effet positif sur la performance au travail. (1)

### 2.3 Une image mentale

Poser une image mentale pour pouvoir accorder l'importance nécessaire à l'émotion sans pour autant se laisser submerger par la puissance qu'elle éveille a été utilisé. L'idée était que le patient posait sa charge émotionnelle sur le bureau et non sur les épaules de l'interne.

L'objectif est de ne pas subir de contagion émotionnelle pour pouvoir contrôler le langage verbal et non verbal. Définir un espace visuel pour les émotions apporterait un sentiment de contrôle.

Cette contagion émotionnelle affectait plus les individus qui avaient des préoccupations communes.

(20) Les internes qui utilisent ce processus de protection seraient plus susceptibles de revivre des émotions autobiographiques. Une fois qu'il y a eu prise de conscience de la réactivation d'émotion personnelle, cet outil conscientisé permet à l'interne de ne pas transposer son vécu sur celui du patient.

### 2.4 La focalisation de l'attention

L'énergie est concentrée sur l'objectif de consultation. Le risque est que l'interne se ferme aux sens à donner aux réactions émotionnelles et manque le motif caché. Cette technique permettrait une économie d'énergie et une adaptation dans un contexte d'urgence. Diminuer les interférences limite la perte de temps, de concentration délétères pour le patient.

### 2.5 La réorientation de l'attention

Les internes l'adoptaient en consultation pour contrôler un moment d'émotion pendant la relation avec le patient. Ils détournaient son attention et faisaient distraction en changeant de sujet. Il serait intéressant d'avoir le point de vue du patient car cela peut être perçu comme un manque d'intérêt et d'écoute de la part du soignant.

L'utilisation de la distraction en pensant à autre chose pourrait permettre de gérer une situation de tristesse dont l'intensité serait envahissante pendant un court moment.(1)

## 2.6 Prendre le temps

Le facteur temps est mentionné par les internes comme un atout pour la gestion émotionnelle. Se laisser du temps au moment du pic émotionnel permettrait à l'intensité de s'évaporer. Ils laissaient le patient exprimer ses émotions et prenaient le temps de le revoir. Ce délai s'avérait nécessaire pour ne pas prendre de décisions au moment du pic émotionnel. Il permettait aussi de gérer leur impuissance face à une situation donnée. (20)

Prendre le temps permet de différer les choix qui peuvent être perturbés par l'humeur au moment de la consultation. Les internes évoquaient cette attitude lorsqu'ils étaient confrontés à des émotions négatives du patient. Le temps leur permettait de mettre des mots pour expliquer et la reconvo-cation favorisait le recul réflexif.

L'intensité d'une émotion négative donnait un sens négatif à l'interprétation des événements. (1) Les internes prenaient conscience que l'humeur allait influencer de manière néfaste l'interprétation du moment émotionnel. L'utilisation du facteur temps ne change peut être pas la prise de décision mais les points de vue de l'interne et du patient peuvent être modifiés facilitant ainsi une prise de décision partagée.

## 2.7 L'humour

Il facilite la communication avec le patient ou permettait de désamorcer une tension. Ils l'employaient avec prudence de peur de ne pas être professionnel. Le rire ponctue la relation, appuie certains moments mais il faut d'autres indices facilitateurs de la part du patient pour que l'interne puisse s'autoriser à l'utiliser. L'humeur de la consultation est à prendre en compte ainsi que le lien établi avec le patient. Bien comprendre le motif de consultation évite de faire un contre sens en faisant usage de l'humour.

Les internes attendaient que le patient aborde lui-même sa situation avec humour pour entrer dans ce principe de communication. Ils l'utilisaient aussi sous forme de transition dans la consultation quand il n'avait pas de réponse à apporter au patient.

L'humour peut être une arme efficace mais à double tranchant parfois nuisible et parfois efficace.(35)

Les internes partageaient le point de vue des patients sur la question d'accord tacite à l'instant t de se permettre ou non l'humour.

L'humour noir était présent pour évacuer l'intensité après une consultation. Cette gestion a posteriori est peut être un moyen d'éviter la rumination.

## 2.8 Le choix des mots

Les mots choisis pour verbaliser ou reformuler le moment d'émotion avaient leur importance. L'utilisation de mots positifs appropriés a été étudiée surtout dans l'annonce de diagnostic grave pour protéger le patient de l'intensité émotionnelle.(36) Cette préférence pourrait être utilisée dans toutes les situations émotionnelles difficiles traversées par le patient et rencontrées en médecine générale.

## 2.9 Verbaliser

Les internes mettaient les mots sur leur état émotionnel ou celui du patient au moment où l'intensité était forte. Clarifier l'état émotionnel permettait de gérer une situation qui leur échappait. Verbaliser peut désamorcer une incompréhension ressentie dans la relation.

L'expression clarificatrice permettrait de choisir la solution la plus adaptée pour résoudre le problème émotionnel en prenant connaissance de l'état émotionnel du partenaire d'interaction.(1)

Dans les situations de peur ou de colère, l'expression est constructive pour aider à la compréhension du patient et diminuer l'intensité du pic émotionnel.

## 2.10 La voix instrumentalisée

Plus que les mots les modulations de la voix étaient intuitives en fonction du contexte. La diminution de l'amplitude de la voix était une stratégie importante, utilisée pour réguler les patients de façon extrinsèque lors de l'annonce de mauvaises nouvelles. (37)

La diminution de la tonalité de la voix en réaction à une colère contraste avec l'intensité exprimée par le patient et permet de rééquilibrer la relation.

### 2.11 Un fonctionnement automatique

L'automatisme retrouvé dans les mots, le ton de la voix est une économie d'énergie. Cela soulève le fait que l'énergie extraite de l'émotion peut à la fois être un moteur mais épuiser aussi les ressources personnelles de l'interne. L'automatisme protégeait de l'accumulation des interférences quotidiennes d'une journée de consultation mais il protégeait aussi des attentes interactionnelles du patient avec un manque d'authenticité. (5) L'automatisme des gestes dans la relation était comparé, dans les entretiens, à ceux acquis pour conduire une voiture. Il peut traduire un désengagement dans la volonté de compréhension des émotions du patient.

### 2.12 Des gestes concrets

Dans le pic d'intensité émotionnelle notamment dans l'expression de la tristesse de la part du patient, les internes décrivaient un langage physique concret. Ils maintenaient une contenance physique appropriée dans un moment où la charge émotionnelle était intense. Cette notion a été décrite comme étant une dimension de réconfort non verbal.(20)

L'interprétation de cette initiative de la part du patient serait intéressante à connaître pour l'adapter de manière adéquate en pratique.

### 2.13 Maîtriser le silence

Le silence favorise un recul réflexif immédiat permettant d'ajuster l'attitude verbale et non verbale du soignant pendant l'entretien. Il était décrit comme un espace de compréhension supplémentaire dans lequel chacun pouvait entrer en contact avec son ressenti et parvenir à l'exprimer. (1)Les internes l'utilisaient pour maîtriser l'intensité. Le silence permet à l'intensité de croître quand le patient revit une émotion qu'il peine à exprimer. Inversement le silence de l'interne vise à apaiser une situation de tension excessive vécue avec un patient.

## IV EVOLUTION AU COURS DU DES

### 1 Une période de transition émotionnelle difficile.

Les internes décrivaient leur prise de responsabilités avec émotions. Ils ne se connaissaient pas en tant que professionnel responsable, quittaient le cadre sécurisé des études de médecine. Les mots utilisés faisaient référence à quelque chose de « brutal », « paralysant ». Ce côté surprenant et déstabilisant soulignait leur non préparation à ces émotions ressenties. Ils vivaient une période de transition émotionnelle avec laquelle ils luttaient pour donner sens. (38)

Les étudiants intenses et confus à propos de leurs émotions n'avaient pas de bénéfices de leur intelligence émotionnelle car ils n'avaient pas confiance en leurs habilités émotionnelles. (22)

Cette confusion de départ est responsable d'un inconfort dans la prise des responsabilités. La solitude était présente allant même parfois jusqu'au désarroi face à cette prise de responsabilité. L'apprentissage de la conscience émotionnelle permettrait aux internes de se sentir moins désarmés.(39)(22)

Le besoin de se raconter apparaît essentiel dès le début de l'internat pour donner un sens et se découvrir en tant que professionnel. Pour certains l'intensité est telle qu'ils se déchargent à la première personne soignante croisée dans un couloir. Développer un récit cohérent pour donner un sens à leurs difficultés émotionnelles participerait à la construction du professionnalisme.(21)

Dans cette période de transition, les accompagner lors de la confrontation à leurs émotions les aideraient à la découverte d'eux-mêmes. Le manque de confiance du au manque d'expérience crée un terreau favorable à l'émergence de situations émotionnelles intenses qu'ils vont avoir du mal à gérer seuls. La validation de la confiance passe par l'approbation des seniors qui doivent non seulement encourager l'expression des situations émotionnelles difficiles mais aider à ce que l'affect soit dépotentialisé pour empêcher toute rumination dysfonctionnelle.

### 2 Amélioration de la connaissance de soi

En avançant dans leur cursus ils ont pu mettre en évidence que le temps était un allié pour l'analyse de leurs émotions et pour leur acceptation. Ils peuvent revivre l'émotion mais sans son intensité.

Le temps de digestion est variable: de quelques jours à quelques mois en fonction son impact cognitif.

Le temps est le reflet d'une expérience émotionnelle non résolue.

Tant qu'elle n'était pas résolue, l'émotion suscitait la recherche de sens. (20) (39)

Le recul réflexif s'avérait utile pour pouvoir modifier leurs réactions lors des situations similaires futures.

Résoudre des expériences émotionnelles nécessitait la production de sens. Elle était facilitée par le partage informel avec leurs co-internes et par la mise en mots. Ce partage permettait la « mise à jour » de l'implicite. (20) Les collègues de travail étaient les premiers cités comme personnes ressources pour le partage d'émotions. (20)

Le choix des mots jouait un rôle important. Les phrases ainsi constituées définissaient les interprétations de la situation vécue et observée. Les récits des étudiants en médecine, avaient mis en évidence que la dissonance cognitive créait dans les moments d'émotion une tension motivante pour résoudre les contradictions. (17)

Le sens généré participe à leur construction autobiographique de professionnel de santé. Les internes comprennent peu à peu les événements qu'ils vivent. Cette construction progressive leur permet de générer et d'entretenir un sentiment d'ordre favorisant leur bien-être. (20)

Certains internes utilisent le partage d'expérience pour mettre en avant des difficultés résolues, pour partager les points positifs et valoriser leurs compétences. Une situation émotionnellement difficile résolue devient positive dans la gestion a posteriori : c'est le changement cognitif (1) ou réinterprétation de la situation. (5) La capacité d'aborder leur vécu émotionnel montre les effets bénéfiques du recul réflexif comme promoteur de l'évolution personnelle. (12) Il restaure un sentiment d'appartenance. (1)

Le paradoxe de prendre plaisir à réactiver leurs émotions via le recul réflexif prouve l'importance du partage émotionnel. Il est positif lorsqu'il n'est pas uniquement issu de la dynamique socio-affective. Cette dynamique a un bénéfice à court terme pour éponger les conséquences des émotions négatives que sont la baisse de l'estime de soi, l'insécurité, le doute. Elle permet de la réassurance et aide à l'intégration sociale. En revanche pour que le partage social permette la résolution de l'épisode émotionnel à long terme, les internes doivent mettre en œuvre les conditions cognitives propices en s'intéressant au cœur de l'expérience émotionnelle et non à ces aspects secondaires. (20)

Pour pouvoir envisager une résorption du problème, leur partage émotionnel doit s'organiser autour de la compréhension de la situation émotionnelle vécue et non dans le partage des affects purs.

### 3 La relation avec le patient améliorée

L'accès à un équilibre émotionnel participait à un gain de confiance en eux.(40) (12) (39)

Les émotions étaient les mêmes, mais ils les appréhendaient avec plus de sérénité. Ils étaient plus à même de trouver leur place en tant que professionnel.

La juste distance émotionnelle acquise participe à l'amélioration de leur confiance et leur offre une image professionnelle satisfaisante. Cette stabilité dans leur façon d'aborder les émotions confère un gain positif dans la relation avec leurs patients.

Les internes avançant dans leur cursus de médecine générale réalisent leur stage chez le praticien de niveau I puis pour certains un SASPAS. Ces stages permettent une meilleure connaissance d'eux-mêmes et du rôle du MG. Ils voyaient le cabinet du MG comme étant le lieu approprié à l'expression des émotions et le MG comme étant un médiateur émotionnel.

Les internes développent des compétences émotionnelles grâce à leur travail de recul réflexif et grâce à la rencontre de leur spécialité lors des stages ambulatoires.

Être en accord avec leurs émotions leur permet d'être plus en accord avec leur rôle de soignant et leurs objectifs. Cette notion prend du sens lors du stage de niveau I.

La réforme du 3ème cycle prévoit le passage en stage praticien dès la première année de DES. L'équilibre émotionnel atteint lors des stages de MG sera ainsi peut-être plus précoce.

## CONCLUSION



Nom, prénom du candidat : Bonardi Anne-Lyse

## CONCLUSIONS

L'intelligence émotionnelle est inhérente à la relation médecin patient. Le partage émotionnel spécifique à la relation de soin prend une dimension particulière pour un professionnel de santé en formation.

Au cours de leur Diplôme d'études spécialisées, les internes de médecine générale acquièrent les compétences spécifiques à la médecine générale. Ils passent ainsi de novices à compétents pour tendre au professionnalisme.

Ces différents niveaux sous-entendent qu'ils traversent aussi des périodes de transition et de rencontre avec eux-mêmes.

La confrontation des internes avec leurs émotions est intuitive et insécure. Le manque de connaissance d'eux-mêmes est une limite à la confiance qu'ils peuvent avoir dans leur rôle de soignant.

Ils se construisent une image professionnelle forte à délivrer au patient pour atteindre un idéal de réaction émotionnelle sécurisante. La découverte de leurs limites les mène à définir une zone de confort ou de juste distance. Celle-ci leur permet d'établir une relation de confiance avec les patients et de ressentir un bien-être dans leur pratique.

Les internes évoquent leurs façons de gérer une situation émotionnelle déstabilisante. Certains se réfugient derrière la technicité pour ne pas ressentir leurs émotions ou celles du patient. Elle est le reflet sécurisé d'un fonctionnement acquis durant leurs études médicales. D'autres reconnaissent la place indispensable des émotions dans la relation. Ils se laissent parfois dépasser par l'intensité générée et l'énergie déployée pour leur donner un sens, en prenant le risque de se perdre.

Les internes ont développé intuitivement des outils de gestion émotionnelle. Certains sont des moteurs dans la prise de décision et dans la compréhension du patient. D'autres servent de défense face à une charge émotionnelle trop intense et difficile à gérer. Les outils sont autant verbaux que non verbaux. Ils ont été décrits en psychologie cognitive mais ne sont pas étudiés ni enseignés chez les internes de médecine générale.

Les internes expriment leur besoin d'être accompagnés dans cette découverte d'eux-mêmes. Cet accompagnement est un rempart à leur sentiment de solitude voire de désarroi. Il permettrait d'éviter un malaise propice à la rumination et au développement d'émotions parasites pour la relation médecin patient.

La confrontation aux émotions par le recul réflexif améliore la conscience d'eux-mêmes et la relation avec le patient. Le temps de cette réflexion est précieux, donne du sens et aide à digérer les expériences émotionnelles difficiles. Se raconter et mettre des mots pour expliquer ces épisodes de dissonance cognitive paraissent les meilleures solutions pour les internes. L'urgence ressentie à l'expression souligne leur besoin de diminuer la charge émotionnelle vécue comme étouffante.

Une fois la confrontation aux émotions dépassée, les internes prennent confiance et sont plus à même de définir le médecin généraliste en médiateur émotionnel. Le stage de niveau I leur permet de découvrir et de s'approprier le cabinet comme un lieu d'expression des émotions.

Accompagner les internes dans la conscientisation de leurs émotions pourrait améliorer leur vécu. Guider la verbalisation de leurs émotions lors des échanges avec leurs tuteurs et leurs maîtres de stage leur permettrait un recul réflexif. Le développement de Groupes d'échanges de pratiques dédiés ou la construction de groupes de pairs pourraient être des pistes à explorer.

Suite à cette étude nous pouvons nous interroger sur le vécu émotionnel des jeunes médecins remplaçants et les ressources qu'ils développent dans leur contexte de pleine responsabilité.

**Le Président de la thèse,**  
*Nom et Prénom du Président*  
*Signature*

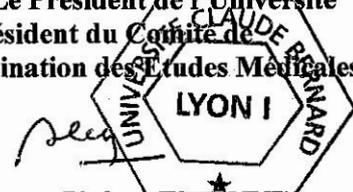
*Dr Jérôme ETIENNE*

VU :  
**Le Doyen de la Faculté de Médecine**  
Lyon-Est



**Professeur Jérôme ETIENNE**

VU :  
**Pour Le Président de l'Université**  
**Le Président du Comité de**  
**Coordination des Etudes Médicales**



**Professeur Jérôme ETIENNE**

Vu et permis d'imprimer  
Lyon, le **01 SEP. 2016**

## BIBLIOGRAPHIE

1. Mikolajczak M, Quoidbach J, Kotsou I, Nélis D. Les compétences émotionnelles. 2009. (Dunod).
2. Boquet D, Nagy P. Une histoire des émotions incarnées. *Médiév Lang Textes Hist.* 2011 Dec 20;61(61):5–24.
3. Nugier A. Histoire et courants de recherche sur les émotions. *Rev Électronique Psychol Soc.* 2009;(4):8–14.
4. Lelord A, André C. La force des émotions. Odile Jacob; 2001. (Psychologie).
5. Sander D et R.Scherer K. *Traité de psychologie des émotions.* Dunod. 2014. (Psycho Sup).
6. Damasio AR. *L'Erreur de Descartes.* Odile Jacob. 1994. (Sciences).
7. Goleman D. *L'intelligence émotionnelle.* 1995. (J'ai lu).
8. Arora S, Ashrafian H, Davis R, Athanasiou T, Darzi A & Sevdalis N. Emotional intelligence in medicine: a systematic review through the context of the ACGME competencies (English). *Med Educ.* 2010;(44):749–64.
9. Torppa MA, Makkonen E, Mårtenson C, Pitkälä KH. A qualitative analysis of student Balint groups in medical education: contexts and triggers of case presentations and discussion themes. *Patient Educ Couns.* 2008 Jul;72(1):5–11.
10. Lefroy J, Brosnan C, Creavin S. Some like it hot: medical student views on choosing the emotional level of a simulation. *Med Educ.* 2011 Apr;45(4):354–61.
11. Madill A, Sullivan P. Medical training as adventure-wonder and adventure-ordeal: a dialogical analysis of affect-laden pedagogy. *Soc Sci Med* 1982. 2010 Dec;71(12):2195–203.
12. Ackerman A, Graham M, Schmidt H, Stern DT, Miller SZ. Critical events in the lives of interns. *J Gen Intern Med.* 2009 Jan;24(1):27–32.
13. Austin EJ, Evans P, Goldwater R, Potter V. A preliminary study of emotional intelligence, empathy and exam performance in first year medical students. *Personal Individ Differ.* 2005;(39):1395–405.
14. Lin DT, Liebert CA, Tran J, Lau JN, Salles A. Emotional Intelligence as a Predictor of Resident Well-Being. *J Am Coll Surg.* 2016 May 13;
15. Cherry MG, Fletcher I, O'Sullivan H. The influence of medical students' and doctors' attachment style and emotional intelligence on their patient-provider communication. *Patient Educ Couns.* 2013 Nov;93(2):177–87.

16. Cherry MG, Fletcher I & O'Sullivan H. Exploring the relationships among attachment, emotional intelligence and communication. *Med Educ.* 2013;(47):317–25.
17. Helmich E, Bolhuis S, Laan R, Koopmans R. Early clinical experience: do students learn what we expect? *Med Educ.* 2011 Jul;45(7):731–40.
18. Libbrecht N, Lievens F, and Carette B. Emotional Intelligence Predicts Success in Medical School. *Am Psychol Assoc.* 2014;14(1):64–73.
19. Habermas T and Diel V. the Emotional Impact of Loss Narratives: Event Severity and Narrative Perspectives. *Am Psychol Assoc.* 2010;10(3):312–23.
20. Rimé B. *Le partage social des émotions.* 2005. (puf).
21. Rees CE, Monrouxe LV, McDonald LA. Narrative, emotion and action: analysing “most memorable” professionalism dilemmas. *Med Educ.* 2013 Jan;47(1):80–96.
22. Carol L. Gohm, Grant C. Corser, David J. Dalsky. Emotional intelligence under stress: Useful, unnecessary, or irrelevant? *Personal Individ Differ.* 2005 Jun 27;(39):1017–28.
23. Shapiro J. Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. *Philos Ethics Humanit Med PEHM.* 2008 Mar 12;3:10.
24. Dubé L, Belanger MC and Trudeau E. The Role of Emotions in Health Care Satisfaction. *J Health Care Mark.* 1996;16(2).
25. Blue AV, Chessman AW, Gilbert GE, Mainous III AG. Responding to Patients' Emotions: Important for Standardized Patient Satisfaction. *Fam Med.* 2000;32(5):326–30.
26. Hall JA, Roter DL, Blanch DC, Frankel RM. Observer-rated rapport in interactions between medical students and standardized patients. *Patient Educ Couns.* 2009 Sep;76(3):323–7.
27. Bourdeaut F. Les émotions dans la relation de soin: des racines de leur répression aux enjeux de leur expression. *Ethique Santé.* 2006;(3):133–7.
28. Luminet O. *Psychologie des émotions: Confrontation et évitement.* De Boeck Supérieur; 2008. 264 p.
29. Kotsou I. *Intelligence émotionnelle et management: Comprendre et utiliser la force des émotions.* De Boeck Supérieur; 2008. 204 p.
30. Blanc P. Le rôle des émotions dans la délibération médicale. *Éthique Santé.* 2013 Décembre;10:185–91.
31. Damasio AR. *Spinoza avait raison. Joie et tristesse, le cerveau des émotions.* Odile Jacob; 2003. (sciences).

32. Niedenthal P, Brauer M, Halberstadt J, Innes-Ker A. When did her smile drop? Facial mimicry and the influences of emotional state on the detection of change in emotional expression. *Cogn Emot.* 2001;15:853–64.
33. Wicker B, Keysers C, Plailly J, Royet JP, Gallese V, Rizzolatti G. Both of Us Disgusted in My Insula: The Common neural Basis of Seeing and Feeling disgust. *Neuron.* 2003 Oct 30;40:655–64.
34. Visioli J, Petiot O, Ria L. Le jeu émotionnel des enseignants experts en cours d'éducation physique et sportive: un moyen de favoriser le plaisir d'enseigner? *EDP Sci Mov Sport Sci.* 2015;(88):21–34.
35. Sanselme A, Chambe J. La place de l'humour dans la consultation de médecine générale: étude qualitative sur le ressenti des patients. *Faculté de médecine de strasbourg;* 2012.
36. Misery L, Chastaing M. Information du patient et annonce du diagnostic de maladie grave. *Rev Médecine Interne.* 2005 décembre;26(12):960–5.
37. Kazemitabar MA. A multifaceted approach to examining emotion regulation in medical settings. 2014 [cited 2015 Jan 25]; Available from: [http://digitool.library.mcgill.ca/R/-?func=dbin-jump-full&current\\_base=GEN01&object\\_id=123282](http://digitool.library.mcgill.ca/R/-?func=dbin-jump-full&current_base=GEN01&object_id=123282)
38. Monrouxe LV, Rees CE. “It’s just a clash of cultures”: emotional talk within medical students’ narratives of professionalism dilemmas. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2012 Dec;17(5):671–701.
39. Even G. Former les étudiants en médecine à la relation. *Champs Psychosom.* 2001;(22):133–42.
40. Gorgas DL, Greenberger S, Bahner DP, Way DP. Teaching Emotional Intelligence: A Control Group Study of a Brief Educational Intervention for Emergency Medicine Residents. *West J Emerg Med.* 2015 Nov;16(6):899–906.

## LES ANNEXES

### ANNEXE 1 : Le canevas d'entretien

1° Coordonnées, semestre en cours, semestre précédent ..etc recueilli sur une feuille papier.

Raconte moi ton parcours d'étudiant en médecine

Pourquoi as tu choisi médecine générale ?

Comment as-tu vécu la transition de l'externat vers l'internat ?

Je fais mon travail de thèse sur l'intelligence émotionnelle.

### 2° Canevas

Pour toi, une émotion c'est quoi ?

*Quelle est sa place dans la relation médecin malade ? Quelle place leur accordes tu ?*

Raconte moi ton expérience d'une émotion ?

*Comment as tu réagis ?*

*Comment ton patient a t il réagi ?*

*Comment cela a t'il influencé ta prise en charge ?*

*Comment perçois tu les émotions chez tes patients ? Chez toi ? Quels signes ?*

Raconte moi maintenant une émotion positive ou négative ? (selon ce qui a été abordé en 1Er)

*Comment as tu réagis ?*

*Comment ton patient a t il réagi ?*

*Comment cela a t'il influencé ta prise en charge ?*

*Comment perçois tu les émotions chez ton patient ? Chez toi ? Quels signes ?*

Quelles sont pour toi les situations émotionnelles difficiles ?

*Comment les gères tu ?*

*Sur le moment/ à distance (amis, famille, MSU) ?*

*D'y repenser, si elles se représentent comment referais tu ?*

*Comment l'expérience d'une émotion permet elle d'influencer une prise en charge par la suite ?*

Questions ajoutées :

*Que penses-tu de l'expression « nous des techniciens des émotions du patient » ?*

*Comment les émotions influencent tes décisions thérapeutiques ?*

*Comment tes émotions influencent-elles tes prescriptions ?*

*Une émotion est comme un symptôme chez le patient qu'en penses-tu ?*

*Utiliser le miroir émotionnel est ce que ça te parle?*

*« jouer une émotion » pour la prise en charge d'un patient qu'en penses-tu ?*

*Provoquer les émotions du patients pour mieux comprendre les attentes qu'en penses-tu ?*

*Comment ta maladie chronique influence ton investissement émotionnel dans la prise en charge de tes patients ? Partage du vécu émotionnel dans la prise en charge qu'en penses-tu?*

*Comment l'Image invulnérable du médecin véhiculée par le patient influence t'elle ta prise en charge ?*

## ANNEXE 2 : Mails de diffusion aux internes de Médecine Générale :

« Je suis Anne-Lyse Bonardi, interne en sixième semestre de médecine générale, je vous sollicite pour ma thèse qui s'articule autour de la relation médecin malade.

Pour se faire, je dois réaliser des entretiens semi dirigé et c'est là où j'ai besoin de vous.

Les entretiens pourront se dérouler dans le lieu de votre choix de préférence calme et je m'adapterai facilement à vos disponibilités.

Je reste volontairement vague concernant le thème de mon entretien mais je peux vous assurer qu'il nous touche tous et que votre vécu me sera précieux.

Je vous remercie par avance pour votre participation et vous laisse me contacter par mail (annelise.bonardi@gmail.com) pour me laisser vos disponibilités et questions éventuelles. »

Lors de la deuxième diffusion du mail : mail envoyé pour préciser les profils :

« Bonjour,

Merci pour ta réponse, je voulais avoir quelques précisions sur ton profil.

En quel semestre es tu? As tu fais un stage de médecine générale pendant ton externat? Est ce que la médecine générale est un choix? Est-ce que tu fais un DESC?

Encore merci pour ta réponse

Anne Lyse »

## Formulaire de consentement

### ACCORD ECRIT DE PARTICIPATION A UNE OBSERVATION DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Je soussigné ....., exerçant à/ domicilié(e) .....,  
accepte de participer à la thèse d'exercice de docteur en médecine de..... Interne en médecine générale ayant pour thème ..... lors d'un entretien enregistré le .....

Je déclare avoir été informé de façon loyale et claire que cet entretien est confidentiel.  
J'accepte que l'intégralité de cet entretien anonymisé soit retranscrite et que les données soient utilisées dans le cadre exclusif de cette thèse et d'une publication scientifique.

J'ai noté que je pouvais retirer mon consentement à tout moment.

Etabli en deux exemplaires, un exemplaire pour moi, un exemplaire pour l'enquêteur.

Fait à .....

Le .....

Signature:

## ANNEXE 4 : Déclaration CNIL



8 rue de Vivienne - 75083 PARIS cedex 02  
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00  
[www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

RÉCÉPISSÉ

### DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration

**1861848 v 1**

du 10-08-2015

Madame BONARDI Anne-Lyse  
UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1-  
FACULTE DE MEDECINE LYON EST  
8 AVENUE ROCKEFELLER  
69008 LYON

#### A LIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

#### Organisme déclarant

**Nom :** UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1- FACULTE DE  
MEDECINE LYON EST

**Service :**

**Adresse :** 8 AVENUE ROCKEFELLER

**Code postal :** 69008

**Ville :** LYON

**N° SIREN ou SIRET :**  
196917744 00019

**Code NAF ou APE :**  
8532Z

**Tél. :** 0478777000

**Fax. :**

#### Traitement déclaré

**Finalité :** EXPLORER LE VECU EMOTIONNEL DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE PAR LE BIAIS D'ENTRETIENS  
SEMI DIRIGES ENREGISTRES PAR UN IPHONE

**Motif de la modification :** RQT DT en DN

Fait à Paris, le 10-08-2015  
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN  
Présidente

67

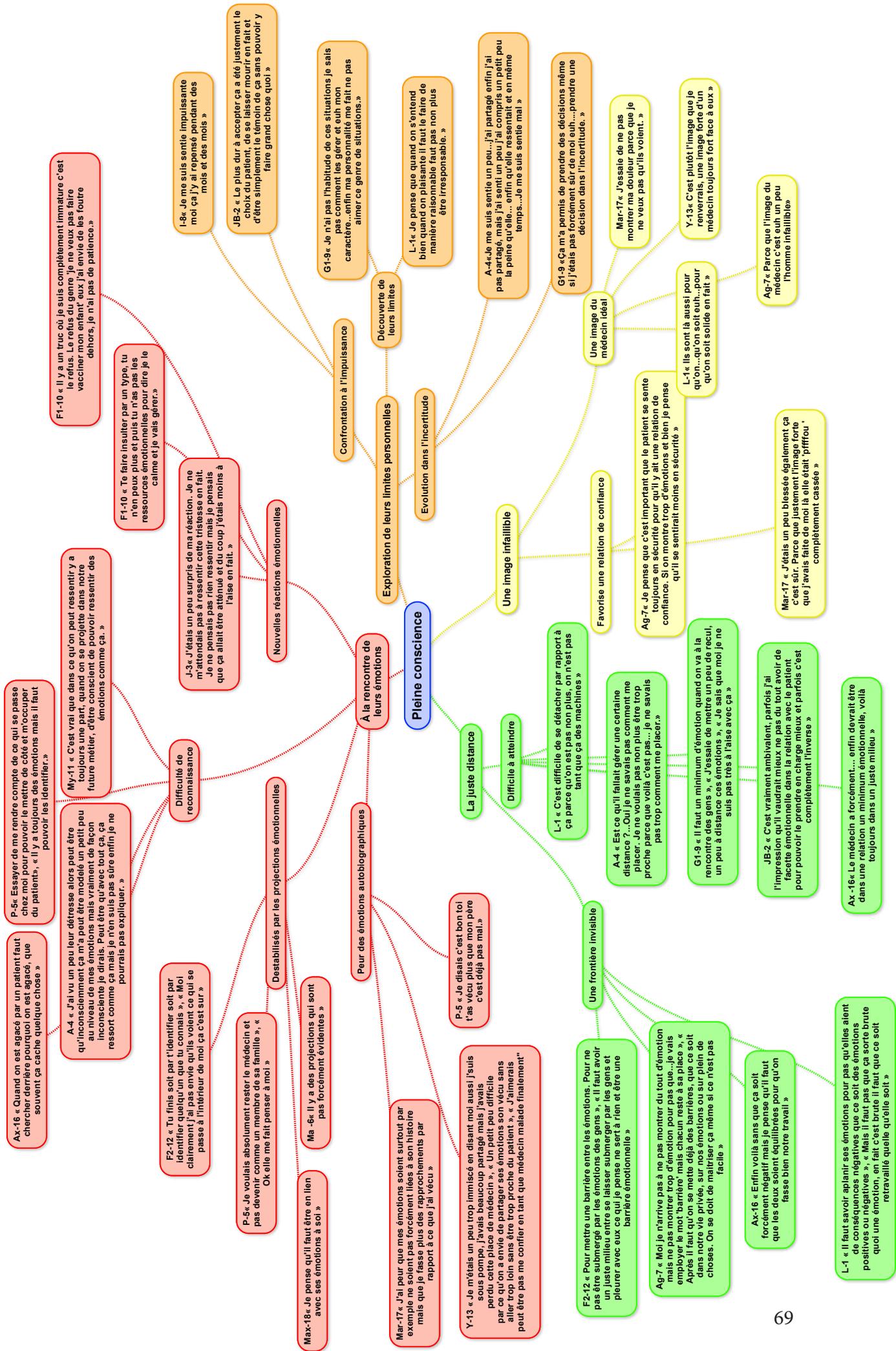
## ANNEXE 5 : La grille COREQ

### Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ) : 32-item checklist

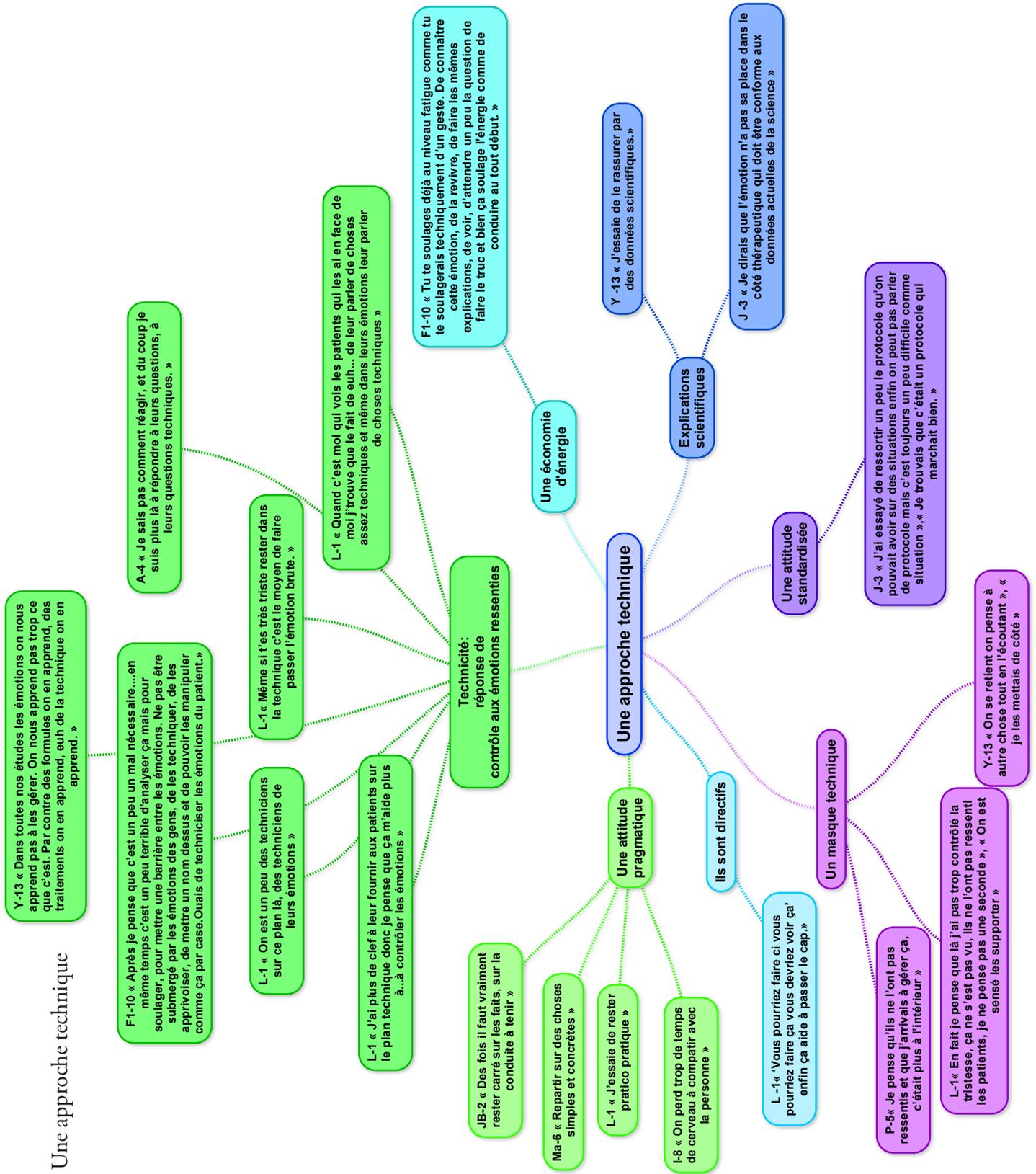
No	Item	Guide questions/description
<b>Domain 1: Research team and reflexivity</b>		
Personal Characteristics		
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? <i>E.g. PhD, MD</i>
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?
4.	Gender	Was the researcher male or female?
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have?
Relationship with participants		
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? <i>e.g. personal goals, reasons for doing the research</i>
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? <i>e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic</i>
<b>Domain 2: study design</b>		
Theoretical framework		
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? <i>e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis</i>
Participant selection		
10.	Sampling	How were participants selected? <i>e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball</i>
11.	Method of approach	How were participants approached? <i>e.g. face-to-face, telephone, mail, email</i>
12.	Sample size	How many participants were in the study?
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?
Setting		
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? <i>e.g. home, clinic, workplace</i>
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? <i>e.g. demographic data, date</i>
Data collection		
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?
22.	Data saturation	Was data saturation discussed?
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?
<b>Domain 3: analysis and findings</b>		
Data analysis		
24.	Number of data coders	How many data coders coded the data?
25.	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?
26.	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?
28.	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?
Reporting		
29.	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? <i>e.g. participant number</i>
30.	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?
31.	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?
32.	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?

# ANNEXE 6 : Les cartes conceptuelles

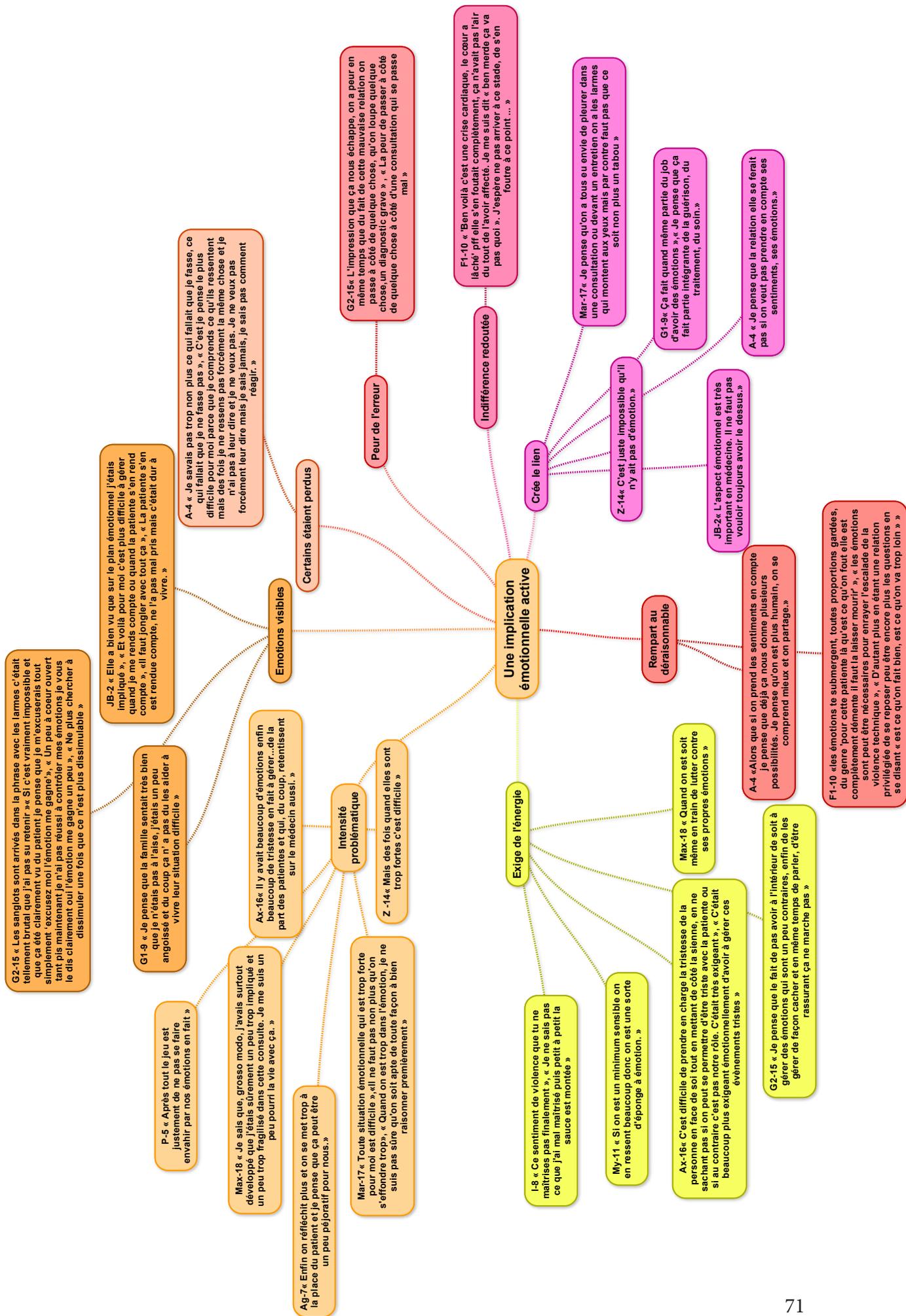
## 1° La pleine conscience



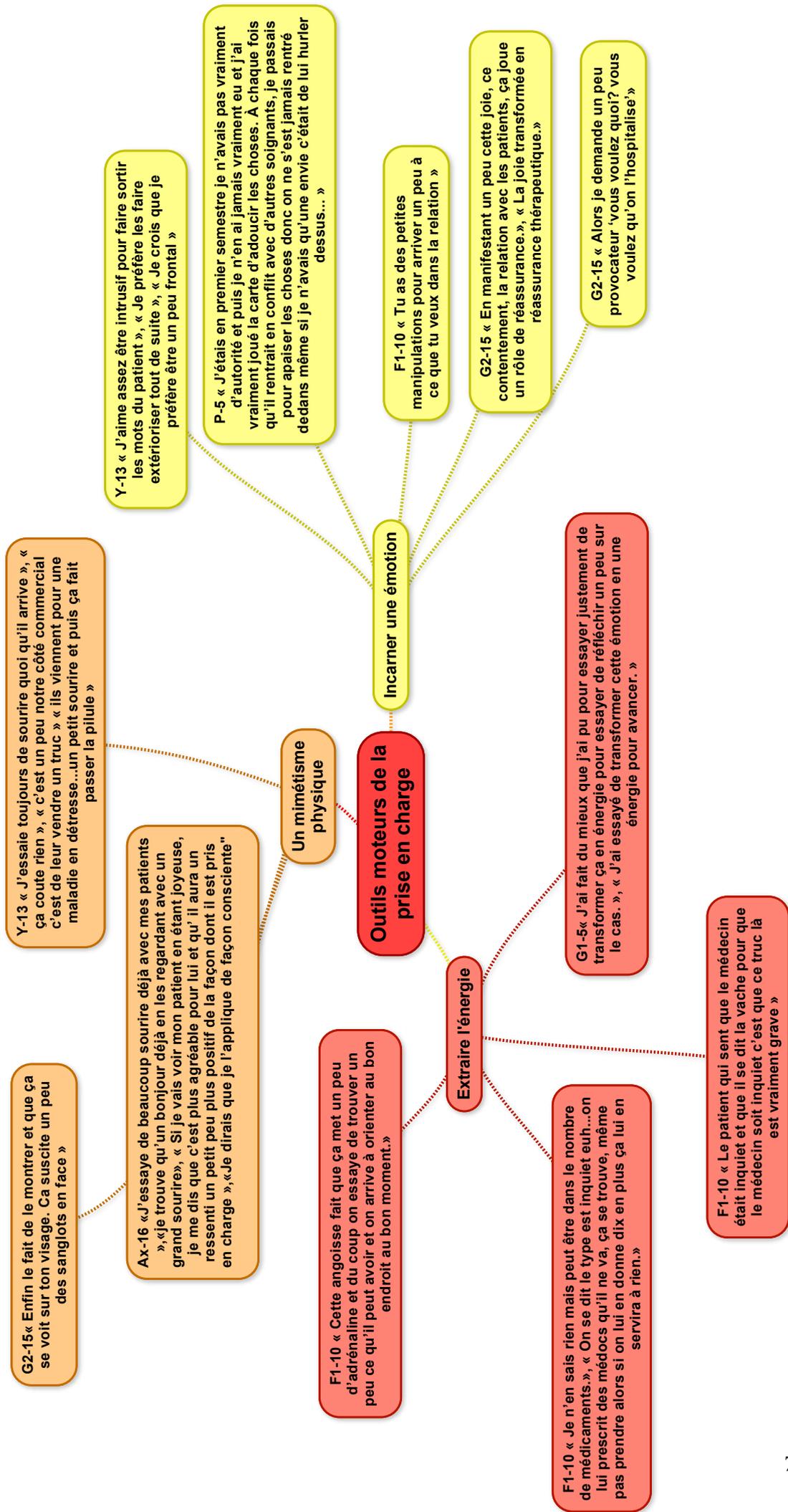
## 2° La gestion des émotions : Une approche technique



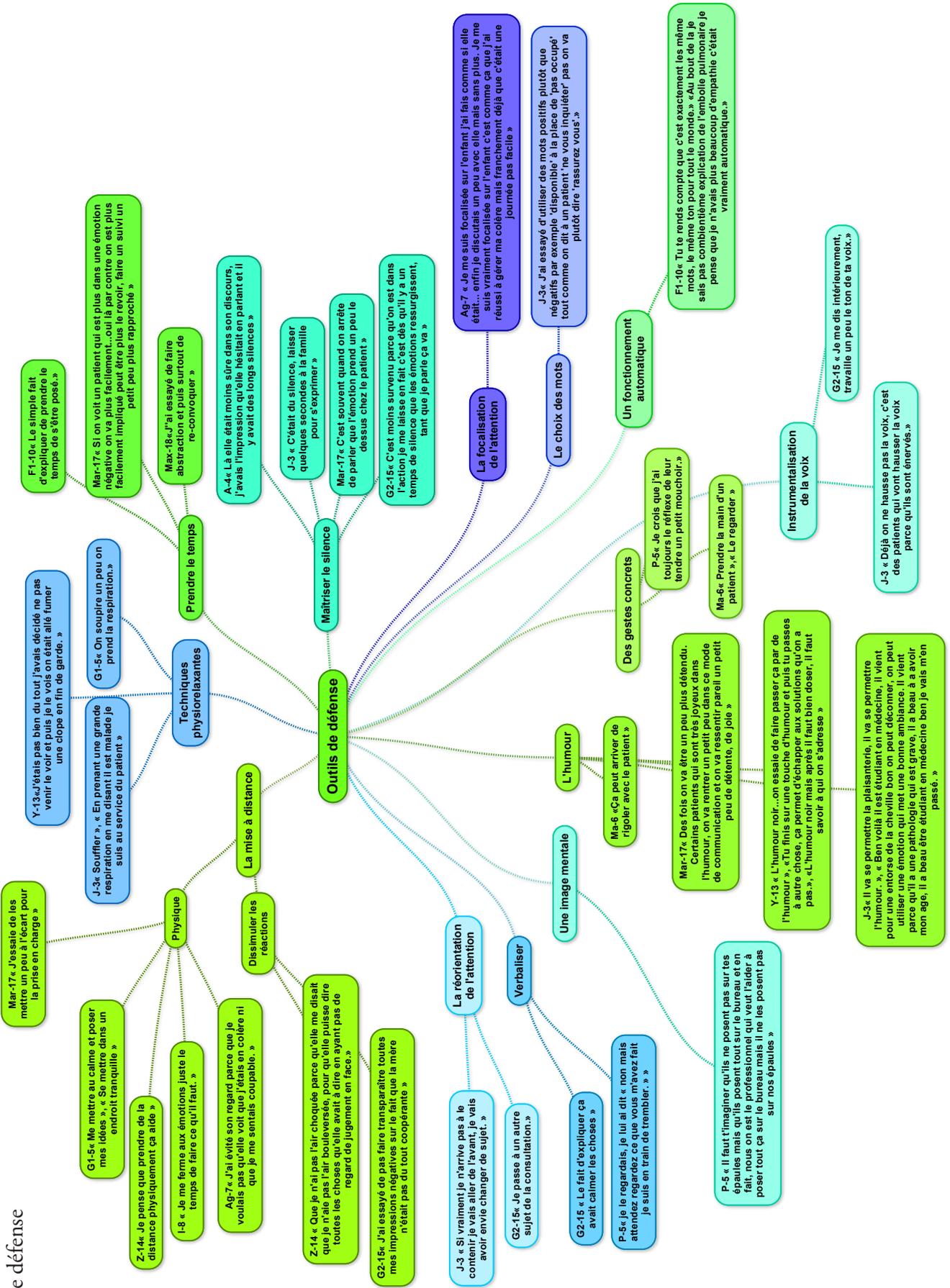
## 2° La gestion des émotions : Une implication émotionnelle active



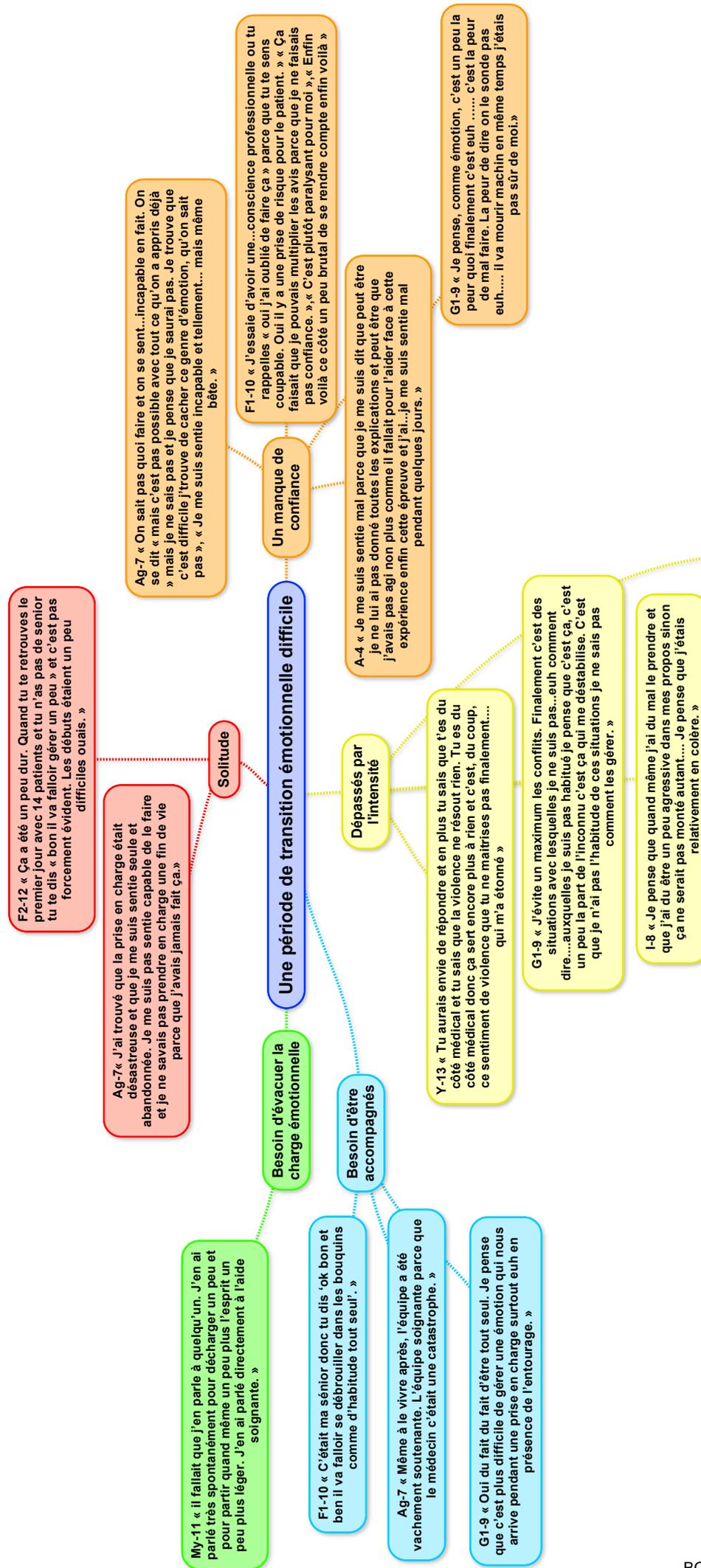
### 3° Les outils: moteurs de la prise en charge



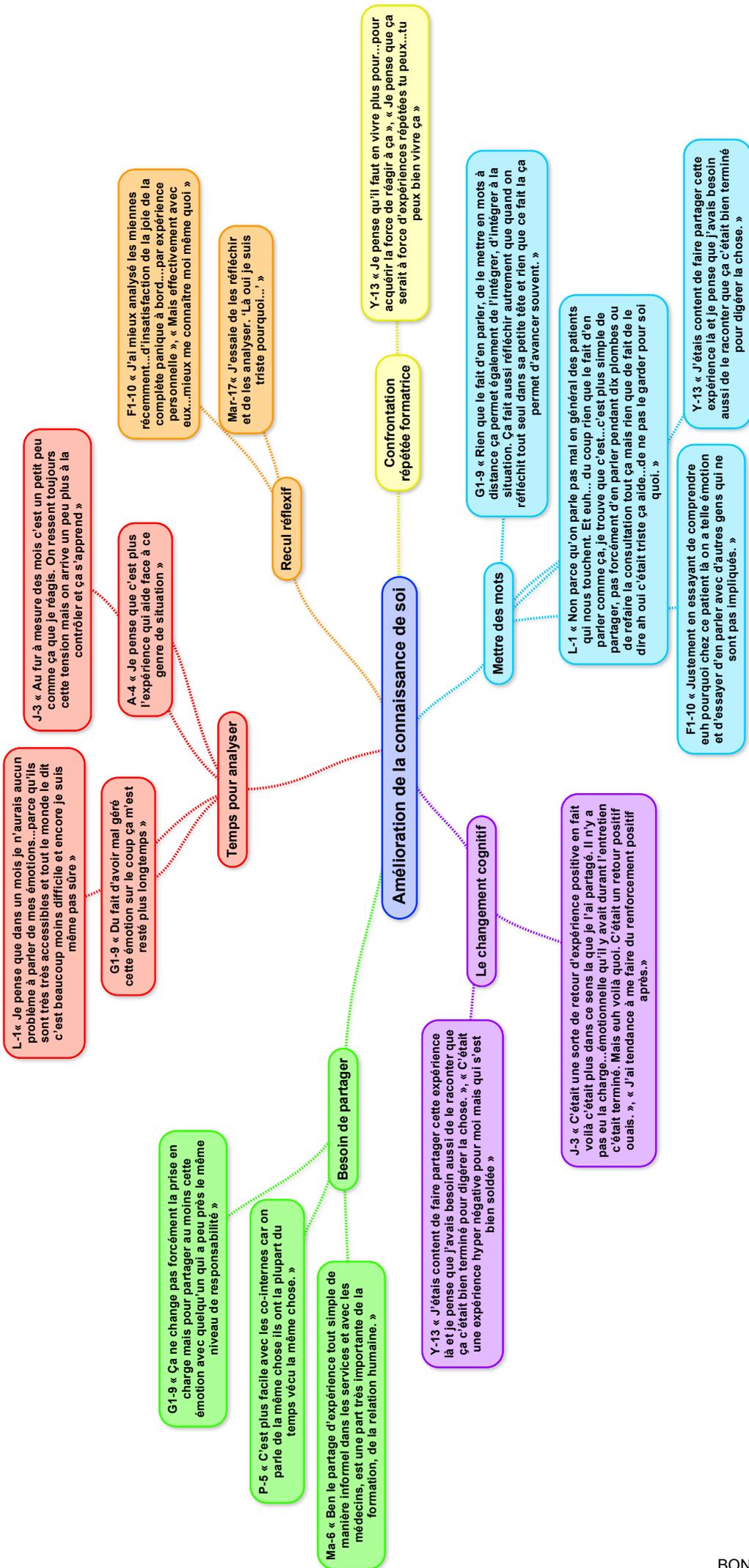
### 3° Les outils: de défense



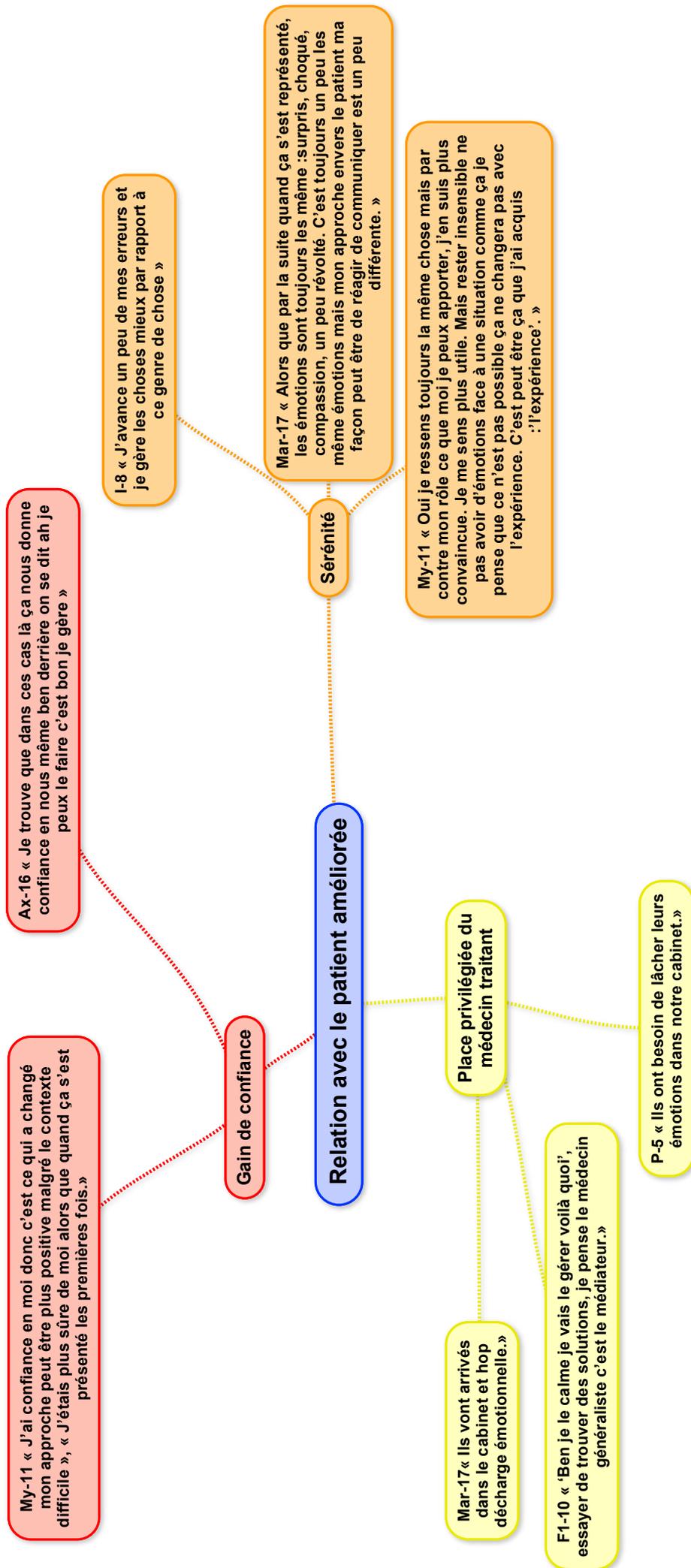
#### 4<sup>e</sup> Évolution au cours du DES : une période de transition difficile



## 4° Évolution au cours du DES : amélioration de la connaissance de soi



#### 4° Évolution au cours du DES : relation avec le patient améliorée





## ANNEXE 7 : CD entretiens et cartes conceptuelles

Anne-Lyse BONARDI

**L'intelligence émotionnelle au cours du diplôme de médecine générale :**

**Une rencontre pour les internes.**

---

Th. Méd: Lyon 2016 n°

**RÉSUMÉ :**

**Contexte :** L'internat est une période de transition en lien avec la prise de responsabilités. L'interne de médecine générale doit acquérir des compétences émotionnelles pendant son cursus cependant elles restent en filigrane dans le parcours pédagogique. La découverte de leurs émotions, apprendre à les gérer et les utiliser dans la relation avec les patients définit l'intelligence émotionnelle. L'étude s'est intéressée à la découverte de ces compétences et à leur évolution au cours DES.

**Matériel et méthodes :** Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée. La population était des internes du DES de médecine générale de la première à la troisième année issus de la faculté de médecine de Lyon.

**Résultats :** Les internes prenaient conscience de leurs émotions avec surprise et brutalité. Une fois conscientisés ils développaient différentes façons de les gérer. Certains se réfugiaient derrière la technicité pour ne pas ressentir et se protéger. D'autres avaient une implication émotionnelle active avec un risque de se laisser dépasser par l'intensité. Ils élaboraient de manière intuitive des outils de gestion qui pouvaient se définir comme des moteurs de la prise en charge ou comme des moyens de défense.

Au cours du DES, utiliser le recul réflexif en mettant des mots sur leurs émotions leur permettait de prendre conscience d'eux-mêmes et d'améliorer leurs relations avec les patients.

**Conclusion :** Cette étude a montré que la confrontation aux émotions par un recul réflexif permet d'améliorer la conscience d'eux-mêmes et la relation avec les patients. Elle apporte des pistes pour donner une place plus importante aux émotions dans le parcours pédagogique.

---

**MOTS CLÉS :**

Intelligence Émotionnelle, interne, relation médecin patient, compétence émotionnelle, émotion

---

**JURY :**

Président : Monsieur le Professeur Jérôme Etienne  
Membres : Monsieur le Professeur Pierre Fournieret  
Monsieur le Professeur Yves zerbib  
Madame la Docteure Elise Benedini  
Madame la Docteure Elodie Bezanson

---

**DATE DE SOUTENANCE :** 6 octobre 2016

---

**Adresse postale de l'auteur :** 6 allée B rue des Capucins, 69001 Lyon

**Adresse mail de l'auteur :** annelise.bonardi@gmail.com

---