



UNIVERSITE LILLE DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Titre :

**Le vécu des gardes par les internes de psychiatrie.
Une étude qualitative dans les Hauts-de-France.**

Présentée et soutenue publiquement le 10 octobre 2019 à 18 heures
au Pôle Formation

Tilila Lakhsassi

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre Thomas

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume Vaiva

Monsieur le Professeur François Puisieux

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Dominique Servant

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LAKHSASSI Tilila

Liste des abréviations

ALI2P	Association Lilloise de l'Internat et du Post-Internat de Psychiatrie
ASPP	Association Scientifique des Psychiatres du Service Public
CH	Centre Hospitalier Universitaire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CSP	Code de Santé Publique
DES	Diplôme d'Etudes Supérieures
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
ECG	Electrocardiogramme
ECN	Epreuves Classantes Nationales
F2RSM	Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale
ISNI	Inter Syndical National des Internes
PH	Praticien Hospitalier
RPS	Risques Psycho-Sociaux
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente

Résumé	7
Introduction	10
Matériels et méthodes	21
.I. La recherche qualitative.....	21
A. La démarche compréhensive	21
.II. Les internes de psychiatrie des Hauts-de-France	22
A. Le recrutement	22
B. L'analyse qualitative	25
Résultats.....	28
.I. Caractéristiques des internes interrogés	28
.II. L'atmosphère de garde.....	29
A. La préparation de la garde	29
B. L'adaptation au cadre de la garde	32
C. Les contraintes	35
D. Les limites.....	45
.III. La coopération	51
A. Le travail d'équipe.....	51
B. Le rôle de l'institution	58
.IV. L'initiation au travail de garde.....	59
A. L'apprentissage	59
B. Les incertitudes.....	61
C. Demander de l'aide.....	63
D. Le vécu d'illégitimité.....	66
E. La responsabilité.....	67
F. La place des protocoles.....	69
.V. La sénioration médicale.....	70
.III. Le vécu après la garde	73
A. La sensation de fatigue	73
B. Le soulagement.....	74
C. La sensation de progresser.....	74
Discussion.....	78
.I. Principaux résultats.....	78
.II. Les limites de l'étude.....	86
A. Les limites de la taille de l'échantillon	86
B. Les risques épistémologiques	87
C. Le choix de l'étude qualitative	90

.III.	La place de la violence symbolique dans l'initiation au travail de garde.....	91
.IV.	Les stratégies pour faire face à l'incertitude.....	94
A.	Le <i>debriefing</i> de fin de garde.....	94
B.	Le Groupe de Reflexion et d'Echange Clinique (GREC), la supervision lilloise	95
C.	La médecine narrative, une solution pour entretenir l'empathie	96
D.	L'apprentissage par la simulation	98
.V.	Propositions pour l'élaboration d'un guide de garde.....	99
A.	Pour les internes.....	100
B.	Pour le senior d'astreinte	103
	Conclusion.....	105
	Références bibliographiques.....	110
	Annexes	116
	Annexe 1 : Témoignage présenté au Congrès « Burn Out » de l'ASPP du 15 novembre 2018.	116
	Annexe 2 : Courriel transmis par le secrétariat du D.E.S. de la Faculté de Médecine de Lille le 22/03/18 à l'ensemble des internes de psychiatrie inscrits à l'année universitaire 2018/2019	129
	Annexe3 : Grille d'entretien	130

RESUME

Contexte : Il existe peu d'études sur le vécu des gardes chez les internes en psychiatrie. La littérature s'est surtout intéressée aux Risques Psycho Sociaux (surcharge et temps de travail) auxquels sont soumis les étudiants et les médecins. La loi de 2002 de modernisation sociale, rend effectif le repos compensatoire à la suite d'une garde. Une autre difficulté est la charge émotionnelle car le travail de garde se différencie du travail de stage en psychiatrie, par l'apprentissage des situations d'urgence en autonomie. L'objectif de ce travail est de décrire le vécu émotionnel et professionnel des gardes chez les internes en psychiatrie. Les résultats sont présentés dans le but de recueillir des suggestions pour la réalisation d'un guide de garde de l'interne de psychiatrie.

Matériel et Méthode : Une étude qualitative auprès de 15 internes inscrits au DES de psychiatrie de l'Université de Lille a été réalisée entre avril et juin 2019. Des internes en différentes années d'internat ont été interrogés au moyen d'entretiens semi-dirigés. L'analyse de ces entretiens a été réalisée par le logiciel d'analyse N VIVO 12 en utilisant une méthode d'analyse qualitative IPA combinée à un codage multinominal et multithématique.

Résultats : Le travail de garde génère des doutes et un sentiment de solitude. Les internes font face durant la garde aux limites de leurs connaissances et de leurs capacités de gestion des situations et de leur responsabilité médicale. Les situations d'incertitude génèrent des émotions comme de la colère et de la peur. Le manque d'expérience face aux équipes soignantes peut susciter un sentiment d'illégitimité et une demande de collaboration nécessaire lors de la formation en psychiatrie. Pouvoir

s'imprégner des repères logistiques avant d'arriver en garde (guide de garde, visite des lieux) atténuerait l'appréhension. Un débriefing de fin de garde avec le senior d'astreinte offrirait l'occasion d'enrichir cet apprentissage. Le travail de garde fragmente la présence en stage et la privation de sommeil répétée est source de fatigue. L'expérience en garde donne le moyen de progresser dans l'apprentissage des responsabilités et dans la prise d'autonomie.

Conclusion : Le travail de garde est essentiel à l'apprentissage de la psychiatrie d'urgence mais place l'interne en difficulté. Certaines mesures d'accompagnement dont un guide de garde permettraient de donner des repères et sensibiliser les internes aux aspects inconfortables de la garde.

LAKHSASSI Tilila

INTRODUCTION

Le cas au singulier

Ce travail est le fruit de la rencontre malheureuse un soir de garde avec Madame X. Elle était hospitalisée dans un service de psychiatrie de la région. Je ne la connais pas beaucoup car je l'ai rencontrée le soir de son décès. Madame X s'est suicidée dans sa chambre d'hôpital, entre deux tours de surveillance du risque suicidaire. Cette expérience de garde a bouleversé ma pratique en garde. Jusqu'à cet évènement, je n'avais jamais été très à l'aise durant les gardes. Je m'en tenais à la règle : c'est une mission inscrite à la liste de nos devoirs. (1) Je me suis confrontée à mes limites ce soir-là, comme jamais auparavant. Mes connaissances en psychiatrie ne m'ont pas été d'une grande utilité et il ne me restait de l'externat que les connaissances essentielles aux gestes réanimatoires. L'équipe du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) s'est chargée du reste de la prise en charge. J'étais désemparée. En qualité de *manager* de l'équipe je me suis sentie peu légitime. Après cette garde, j'ai été confrontée à diverses émotions et sentiments. Un mélange de tristesse, de culpabilité, de colère et surtout de la peur.

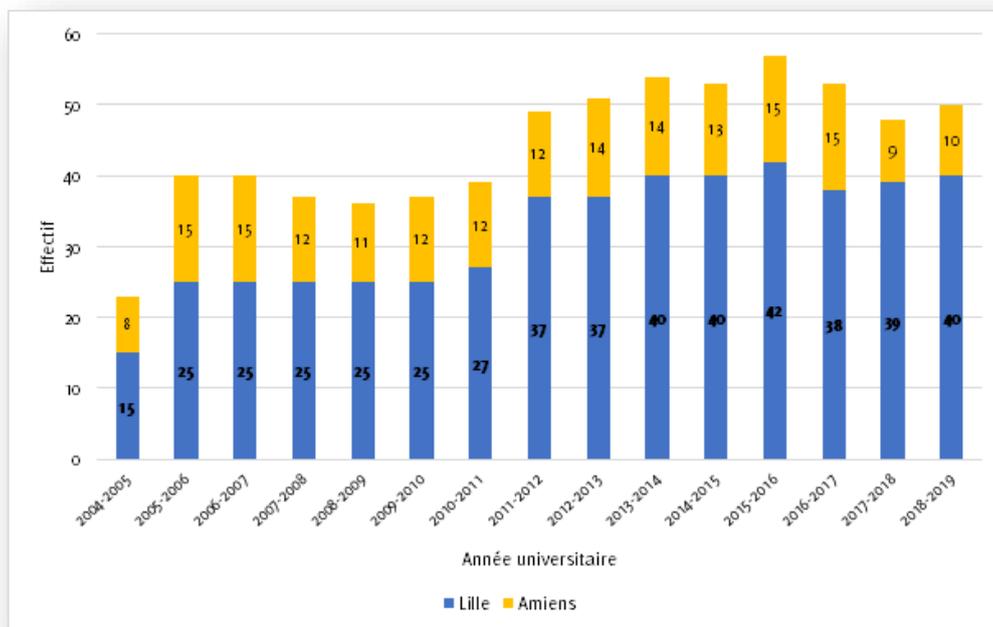
« Je n'ai pas pu fermer l'œil jusqu'au lendemain, dans l'appréhension que le téléphone pourrait sonner de nouveau, pour m'annoncer quelque chose de pire encore que ce qui venait de se produire. (...) Les jours passent et il m'est difficile de contenir cette appréhension du « pire du pire ». Insidieusement, l'anxiété croît. Elle

s’installe, dans les entretiens avec les patients que je suis en hospitalisation, dans mon évaluation du risque suicidaire notamment. 1

J’ai eu besoin de rédiger ces difficultés afin de dépasser la détresse et l’appréhension. J’ai rédigé le témoignage de cette soirée de garde (Annexe3) que j’ai présenté au congrès sur le Burn Out du 15/11/2018 organisé par l’Association Scientifique des Psychiatres du Service Public des Hauts-de-France (ASPP). Il m’a été permis de le publier par la suite. (2) Ce travail a donné du sens à la transformation professionnelle après cette expérience. Il m’a aidé à trouver des stratégies pour faire face à mes appréhensions.

Chaque année une quarantaine d’internes préparent le Diplôme d’Etudes Supérieures (DES) de psychiatrie à l’Université de Lille.

Figure 1 : Évolution du nombre de nouveaux internes en psychiatrie par université. Hauts-de-France. 2004-2019. Sources bureau général de l’offre de soins. Traitement : F2RSM Psy



1 Extrait du témoignage au Congrès de l’ASPP du 15 novembre 2018. Cf Annexe 3

La récente réforme des études en santé de 2016 (3) découpe désormais le parcours de l'interne de spécialité en 3 phases. Une phase « socle » d'apprentissage des bases de la spécialité, une phase d'« approfondissement » ponctuée par la soutenance de la thèse de doctorat et une phase de « consolidation ». (4) Ces trois phases peuvent être mises en parallèle avec les trois stades d'apprentissage de l'interne décrits dans l'article de A. Van Effenterre de 2013 qui s'inspirait de S. Klagsbrun sur la construction identitaire des internes (5). « Une phase d'acceptation » sans critique du contenu enseigné, une « phase d'insatisfaction » de critique et de plainte et une « phase d'intégration constructive ». (6) Cette dernière étape de « consolidation » vise dans la loi de 2016, à la mise en responsabilité progressive des étudiants en troisième cycle et les place à mi-chemin entre un statut d'interne et de médecin en exercice. (7) J'ai débuté le DES de psychiatrie en novembre 2015, je n'ai pas bénéficié de cette réforme. En revanche, j'ai mesuré durant mon parcours un déséquilibre entre la formation en stage le jour et la formation en garde de nuit. J'exerce durant la garde sous la responsabilité du Praticien Hospitalier (PH) d'astreinte (8) que je peux appeler à tout moment. Pourtant, je ressens une nette différence d'assurance, lorsque je me retrouve seule face au patient, face à l'équipe soignante, seule « référente psychiatre » durant la garde.

Les internes de psychiatrie de l'Université de Lille, réalisent des gardes aux Service d'Accueil des Urgences (SAU), les établissements publics de santé mentale (EPSM) et les services de psychiatrie des Centres Hospitaliers (CH). Ils participent aux côtés des équipes soignantes à la continuité des soins. Ces missions sont différentes selon le lieu de garde. Schématiquement, au SAU, l'interne de psychiatrie de garde évalue les patients se présentant en urgence pour des motifs médicaux psychiatriques.

Dans ce contexte, l'interne de psychiatrie de garde ne répond qu'à des questions relatives à sa spécialité. En revanche, à l'EPSM et dans les services de psychiatrie des CH, l'interne de garde assure la permanence des soins. Cette mission est « d'accueillir et prendre en charge les nouveaux patients dans la structure à laquelle ils sont assignés, en aval d'une prise en charge initiale en urgence et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence ». (9) La continuité des soins est définie par « l'obligation réglementaire pour toutes les unités de soins d'assurer la prise en charge la nuit, les samedis après-midi, dimanches et jours fériés, des patients déjà hospitalisés ou au décours d'une hospitalisation en lien avec celle-ci ». (9) L'interne de garde de psychiatrie est donc sollicité pour des questions médicales dans le champ de la psychiatrie et dans le champ médical général. J'ai remarqué dans ma pratique, que plus je m'éloignais des connaissances générales acquises durant l'externat, plus je craignais de nuire au patient dans le périmètre de connaissance que je ne maîtrisais pas.

Les règles d'organisation des gardes figurent dans le Code de Santé Public (CSP). Le service de garde « normal » est défini par une garde de nuit par semaine, et un dimanche ou un jour férié par mois. L'amplitude horaire de la continuité des soins de jour et de nuit ne peuvent excéder chacune 14 heures. Le service de garde commence au plus tôt à 18 h 30, après la journée de travail en stage et s'achève au plus tôt à 8 h 30. La garde du dimanche et de jour férié sont considérées comme la succession de deux gardes de 12 heures. La garde de samedi, comme la succession d'une « demi-garde » de midi à 18h30 et d'une garde « complète » de 18h30 jusqu'au lendemain. Un interne ne peut être mis dans l'obligation de travailler pendant plus de 24 heures consécutives. (10) (11) Une enquête nationale a été réalisée par l'Inter Syndical National des Internes (ISNI) en 2012 auprès de plus de 5800 internes

français, toutes les spécialités furent représentées. Deux tiers des répondants été affectés à un Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Cette enquête a mis en évidence que 21% des internes ne bénéficiaient pas régulièrement du repos de garde. (12) Dans la majorité des cas, les internes restaient en stage le lendemain de garde pour remplir les obligations de service. Ce, malgré la loi de 2002 intégrant le repos compensatoire à la pratique médicale, en vigueur depuis 2003. (13) D'après cette enquête, les internes français réalisaient en moyenne 4 gardes par mois, ce qui répond aux règles figurant au CSP. Les internes de psychiatrie français effectuaient en moyenne 3,11 gardes par mois et étaient dépassés par la plupart des autres spécialités. A l'Université de Lille, pour l'ensemble des internes, la moyenne était de 3,72 gardes par mois. (12) L'enquête précisait que le repos de sécurité n'était majoritairement pas respecté auprès des internes de spécialités chirurgicales (75%) et de gynécologie-obstétrique (30%). 8% des internes de psychiatrie interrogés rapportaient ne pas en bénéficier. Ce constat était mis davantage en évidence au sein des CHU (25%) que dans les CH périphériques (13%).

La mise en place du repos de sécurité en France (repos de garde ou repos compensatoire), s'est inspirée du projet de loi aux Etats-Unis de 2003, rédigé pratiquement vingt ans après le décès d'un patient, consécutif à l'erreur médicale d'un interne de garde en poste depuis 36 heures. (14) En France, cette période de repos d'une durée de 11 heures, doit être prise immédiatement après chaque garde de nuit. La loi interdit toute activité hospitalière, ambulatoire et universitaire. (9) (13) Selon l'enquête de l'ISNI, 63% des internes interrogés connaissaient les termes de cette loi, 24% pensaient qu'il est possible de réaliser des tâches administratives sur le lieu de stage. (12) La loi sur le repos compensatoire s'appuie sur le concept de « repos prophylactique » qui considère qu'une personne ne peut se sentir reposée si elle n'a

pas bénéficié d'au moins 5 heures de sommeil avant la garde ou de 12 heures de sommeil au cours des 48 heures précédant la garde. (14) Le repos de garde a également des bénéfices sur le risque cardiovasculaire à long terme. Il permet de limiter le syndrome d'épuisement professionnel et les accidents de la voie publique. (15)

Durant mes gardes, je ne parvenais pas à trouver le sommeil et lorsque la charge de travail était moindre, difficile de me consacrer à une autre activité. Je préférais relire des dossiers médicaux et rédiger des courriers de sortie d'hospitalisation, plutôt que de risquer d'être arrachée par la sonnerie du téléphone, à un sommeil à peine réparateur. Si l'expérience de la mort de Madame X devait se reproduire, je voulais être bien éveillée pour y faire face. C'était sans prendre en compte les études qui mettent en évidence les répercussions du manque de sommeil sur les capacités de concentration, le stress et l'irritabilité. (15) (16) De nombreuses études ont été menées sur les effets néfastes de la privation de sommeil en matière de sécurité routière. (17) En effet, la somnolence est associée à une augmentation du temps de réaction, à une altération de la coordination psycho-motrice, des capacités mnésiques et décisionnelles. La fatigue accumulée peut-être à l'origine de difficultés motivationnelles à l'effort et d'une baisse des performances cognitives. (14) Bien que j'apprenais tout cela durant mon cursus et que je transmettais méticuleusement les règles d'hygiène de sommeil aux patients que je rencontrais, je ressentais quelque chose d'irrationnel. Je ne parvenais pas à me coucher en garde, je repensais aux situations cliniques que j'avais rencontrées en début de soirée. « Avais-je bien fait en l'absence du senior ? ». Une étude prospective a été réalisée à l'Université de Lille en 2015 auprès de plus de 600 internes de médecine (à l'exclusion de ceux de médecine générale, de psychiatrie, de santé publique et de médecine du travail) afin d'évaluer la

fréquence des troubles du sommeil dans cette population. (18) Les internes interrogés réalisaient en moyenne 3,6 garde par mois. 37,5% d'entre eux présentaient des troubles du sommeil (évalués par l'échelle de Pittsburg). 75% d'entre eux bénéficiaient du repos de sécurité, 43% dormaient toute la journée suivant une garde, environ un tiers faisait une sieste de moins de 2h. Par ailleurs, si 4% prenaient un traitement facilitant le sommeil au moins une fois par semaine, 2,2% d'entre eux déclaraient en prendre après la garde, moins de 2% avant la garde et 0,3% pendant la garde. 46% d'entre eux étaient des chronotypes du soir (coucher tard, lever tard). Ce chronotype peut sembler constituer un avantage vis-à-vis du travail de garde, qui nécessite de veiller. En revanche, le risque de troubles du sommeil était 1,7 fois plus important chez ces internes. (18)

Le vécu des jeunes médecins

Je n'ai pas trouvé de travaux sur le vécu des gardes chez les étudiants en médecine. En revanche, mes recherches m'ont guidées inévitablement vers les Risques Psycho Sociaux (RPS) du travail médical et l'aspect préoccupant de la santé mentale des jeunes médecins. (19) La littérature est abondante sur ce sujet. L'enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) de 2016 en partenariat avec plusieurs syndicats d'étudiants en médecine, illustre ce constat. (20) Près de 8000 étudiants y ont participé, dont 14% en 3e cycle. Un quart d'entre eux déclaraient un état de santé moyen ou mauvais. Si on ne s'intéresse qu'uniquement aux étudiants en 3e cycle, un cinquième d'entre eux considérait qu'il était en mauvais état de santé et 50% de ces répondants déclaraient ne pas avoir de médecin traitant. La majorité des étudiants n'était pas en contact avec la médecine du travail et ce constat s'aggravait au fur et à mesure du cursus des études médicales (22% en fin de cursus). Cette enquête questionne la « moindre résilience des étudiants face aux difficultés des

études de médecine ». Elle décrit également un « profil » à risque de souffrance psychique et physique durant ces études : les étudiants de 2^e et 3^e cycle, travaillant au-delà de 48 heures, vivant seuls, consommateur d'anxiolytique et d'antalgique, manifestant des symptômes d'épuisement professionnel étaient plus à risque d'être en mauvaise santé et plus en proie à des idées suicidaires. (14% chez les étudiants de 3^e cycle). (20) (21) (22) Une enquête nationale menée par plusieurs structures représentatives des étudiants et jeunes médecins en 2017 met en évidence que 66,2 % des étudiants en médecine et des jeunes médecins souffrent d'anxiété et 27,7 % de dépression. (23) Ces travaux soulignent l'insuffisance de la consultation à la médecine du travail le manque de présence des services de santé universitaire et des services de santé au travail, auprès des étudiants. La corrélation entre le temps passé au travail et l'état de santé est régulièrement retrouvé dans la littérature. (20) (24) Par ailleurs, la prévalence des symptômes dépressifs chez les étudiants en médecine varie entre 23 et 40% dans la méta-analyse de Mata *et al* réalisée sur plus d'une centaine d'études menées entre 1963 et 2015. (21) On note dans la littérature des travaux sur le lien entre syndrome dépressif et erreur médicale (24) (25). Une étude qualitative de mars 2018 aborde le vécu du risque d'erreur dans un service de réanimation chez 40 soignants toutes professions confondues. Si le risque d'erreur est vécu comme omniprésent dans ce contexte de soins, les soignants plus expérimentés parviennent à relativiser celui-ci. (26) Les situations d'urgences, la charge de travail, la fatigue, le manque de connaissance étaient mises en lien avec la crainte de faire une erreur.

Je ressentais après les garde de l'épuisement. L'accumulation de fatigue avait des répercussion sur ma concentration et mon entrain en stage. Consciente de ma fatigue, je craignais d'autant plus de commettre des erreurs. La fatigue accumulée au décours des gardes peut-être source d'anxiété, d'irritabilité. (27) Ces manifestations

psychiques sont un terreau fertile à l'installation d'un Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants (SEPS). Une étude sur plus de 7000 médecins visait à comparer les symptômes d'épuisement professionnel entre les différentes spécialités médicales. Elle démontre, que les professions les plus touchées sont celles en première ligne d'accès au soin comme aux SAU. (28) Le haut niveau d'études et le temps passé au travail étaient corrélés à une insatisfaction de l'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle par rapport à la population générale. (28) Ce constat est également mis en évidence dans l'enquête du CNOM de 2016 (20) : l'équilibre entre vie sociale et familiale est considéré comme altéré pour 50% des interrogés, en revanche 16% considéraient que ce déséquilibre altérerait leurs performances au travail. Une méta-analyse de 2002 sur la chronobiologie appliquée aux médecins urgentistes souligne l'intérêt du travail d'équipe pour assurer la permanence des soins et le respect des rythmes veille-sommeil dans la pratique médicale d'urgence. Elle remet en question la privation systématique de sommeil, qui nuit considérablement à long terme à l'enthousiasme au travail, aux performances et aux capacités cognitives. (15) (29) (30)

Ces différents constats, peuvent s'expliquer par l'accroissement de la connaissance médicale qui améliore la prise en soin des patients et suscitent parallèlement la majoration des demandes et des attentes vis-à-vis des médecins. (20) Je retrouve dans l'expression de ces constats des éléments de ma rencontre avec Madame X et de mon vécu des gardes. Je ne suis pourtant pas interne de réanimation, ni de chirurgie. Je constate cependant lorsque nous échangeons entre internes de psychiatrie au sujet de nos expériences en garde, que les avis sont très hétérogènes. Nous partageons régulièrement nos expériences qu'elles peuvent être difficiles pour

certains d'entre nous et beaucoup d'autres internes réalisent cette mission avec entrain et satisfaction.

Serions-nous « faits » ou non pour les gardes ? Consciente que mon vécu n'est pas généralisable à l'ensemble des internes, j'ai décidé de le dépasser pour interroger le vécu d'autres internes de psychiatrie. Pour recueillir le témoignage des internes il m'est paru intéressant de réaliser des entretiens sur le ressenti de la garde chez les internes de psychiatrie et d'utiliser une méthode qualitative pour les analyser.

LAKHSASSI Tilila

MATERIELS ET METHODES

.I. La recherche qualitative

A. La démarche compréhensive

Le livre de H. Dumez (31) a été une référence dans la construction de ce travail, enrichi des conseils de M. Plancke et du Dr Servant. Il été recommandé de récolter le matériel et parrallèlement d'anticiper son traitement. (31)

La démarche compréhensive se centre selon Dumez, sur l'étude des « acteurs pensant, parlant et décidant ». Selon cette méthode, les objectifs sont d'observer et de décrire le « pourquoi de l'action des acteurs étudiés », le « comment de l'action », les interractions, ainsi que leurs facteurs explicatifs. (31)

Cette méthode propose de réaliser des allers-retours permanents entre le matériel et la littérature. Elle offre la liberté de recueillir du matériel hétérogène.

La participation au séminaire d'initiation à la recherche (INIQUALI) animé par Dr Lachal (PHU) à l'Université Paris Descartes, a permis de compléter la formation théorique, l'apprentissage au recueil des données et à l'analyse. La méthode d'analyse qui était enseignée au séminaire INIQUALI était la méthode d'Analyse Phénoménologique Interprétative (IPA). Elle vise à mettre en évidence l'expérience des participants et leur vécu de cette expérience. (32) Cette méthode inspirée de la psychanalyse était initialement utilisée en psychologie de la santé. Elle permet l'étude de l'expérience individuelle vécue et se base sur le discours de la personne. Cette

méthode contraint à « mettre le plus possible de côté les hypothèses scientifiques et les attentes personnelles » (32) pour s'approcher au mieux de l'expérience de l'acteur. Elle est actuellement de plus en plus mise en pratique dans les domaines scientifiques. L'analyse de la narration permet selon P. Antoine et J.A. Smith de « comprendre quel sens est donné et surtout comment du sens est donné » à cette narration. (32)

Pour réaliser cette étude qualitative, le témoignage des internes a été recueilli au moyen d'entretiens semi-dirigés.

.II. Les internes de psychiatrie des Hauts-de-France

A. Le recrutement

La population étudiée a été constituée d'internes de psychiatrie volontaires inscrits à l'Université de Lille. Le recrutement a été réalisé par l'envoi d'un e-mail (Annexe2) à tous les étudiants par le biais du secrétariat du DES de psychiatrie de l'Université de Lille et de l'Association Lilloise de l'Internat et du Post-Internat de Psychiatrie (ALI2P). Cette étude a utilisé une méthode d'échantillonnage raisonnée. Cet e-mail a été adressé aux internes à la fin du mois de mars 2019. Les internes volontaires ont répondu par e-mail ou par téléphone. Un rendez-vous leur a été proposé dans un lieu de leur choix. Le nombre d'internes n'a pas été défini au préalable. Il était conseillé de réaliser entre 10 et 20 entretiens.

Les entretiens

15 entretiens ont été réalisés, 11 ont été retranscrits intégralement et analysés. La bande sonore de l'entretien numéro 2 n'était pas exploitable et les 3 derniers entretiens n'ont pu être analysés par manque de temps. Les entretiens ont été structurés à partir d'une grille d'entretien. Ils ont été réalisés entre les mois d'avril et

juin 2019. Leur durée est comprise entre 35 et 75 minutes. Ces entretiens suivent la grille de questionnaire rédigée quelques semaines avant le recrutement. Le questionnaire a légèrement évolué au fur et à mesure du déroulement des entretiens (Annexe3). Selon les échanges, certaines questions n'ont pas été posées, car les réponses récoltées étaient sensiblement les mêmes durant les entretiens précédents (phénomène de saturation des données). Les échanges avec les internes ont permis de faire émerger des thématiques nouvelles, qui ont été abordées durant les entretiens suivants. Ces entretiens ont été menés comme des entretiens semi-structurés.

Les entretiens ont été réalisés par l'investigatrice. Un paragraphe introductif a été systématiquement lu afin de rappeler les objectifs de l'étude et les règles de confidentialité. Les entretiens se sont déroulés selon la préférence des participants, dans un bureau du service de psycho-gériatrie de l'hôpital Fontan 2 au CHU de Lille (pour la majorité), au domicile des participants ou dans un lieu public (pour deux d'entre eux). La date et l'horaire ont été convenus avec les participants. Les entretiens ont été individuels et ont été enregistrés avec l'accord oral préalable des participants.

Les thématiques suivantes ont été abordées :

- La préparation de la garde
- Les conditions de travail durant la garde (conditions d'accueil, temps de repos et de repas)
- Le vécu d'une/ou plusieurs situation(s) en garde
- Les facteurs aidants / destabilisants durant la garde
- La seniorisation par le PH d'astreinte
- Les répercussions du travail de garde sur la qualité de vie et la formation en stage
- Les relations avec le personnel soignant durant la garde

- Les conseils pour les gardes aux nouveaux internes de psychiatrie

Les questions fermées ont été posées en début d'entretien, elles collectent des données servant à caractériser l'interne (le genre, l'âge, le nombre de semestres validés par l'interne, son rang de classement à l'ECN). Les questions ouvertes utilisées sont des questions de type descriptive (exemples : « Comment vis-tu la répartition de garde ? », « Comment gères-tu le temps de repos et de repas durant la garde ? » ; des questions de type narrative (exemple : « Te rappelles-tu d'une garde qui t'as marqué ? Peux tu me la raconter ? ») ; des questions comparatives (exemples : « Qu'est-ce qui t'aide durant les gardes et à l'inverse, qu'est-ce qui te destabilise durant les gardes ? ») ; des questions « prompt » permettent spontanément de faire préciser les réponses. (exemples : « Sous-entendu ? », « Soulagé de quoi ? », « Dans quel sens ? »).

L'investigatrice a pris des notes dans un mémo durant les entretiens. Cette prise de notes lui a permis de se délester des hypothèses théoriques, des idées pré-conçues et de noter ce qui semble important pour l'analyse des entretiens. Cela accroît l'attention au contenu et à l'originalité du matériel durant l'échange. L'enregistrement permet de délester l'investigatrice de la prise continue de notes et d'assurer une écoute empathique. Vaughan résume cet exercice ainsi : « le paradoxe de la théorie est qu'au moment même où elle nous dit quoi regarder, elle peut nous empêcher de voir. » (31)

La retranscription

Le contenu des entretiens a été retranscrit « mot à mot » intégralement. Les questions de l'investigatrice ont été reformulées au besoin pour la compréhension du texte. Les éléments de langage paraverbaux (rires et soupirs) ont été retranscrits et

mis entre parenthèses dans le texte afin de préserver la subjectivité et l'authenticité des échanges.

B. L'analyse qualitative

Les trois premiers entretiens ont été « micro-analysés » par l'investigatrice deux fois, conformément aux conseils de Dr Lachal. Cette méthode est proposée également par Ayache et Dumez (31). La démarche utilisée est dite « bricolée » ((31) p 87), elle utilise en effet, un codage multinominal et multithématique. Cette démarche s'inspire du « codage pur », appelé aussi « théorisation ancrée » décrite par Glaser et Strauss en 1967.

Le codage pur comprend 5 étapes. La première consiste à découper le matériau en unités de sens. La seconde, le *coding*, consiste à associer à chaque unité de sens une phrase qui illustre l'essence de l'unité de sens. La troisième étape réduit la phrase essentielle à un mot ou une étiquette, c'est l'étape du *naming*. Lors de la quatrième étape, les étiquettes sont rassemblées en concepts centraux. Puis, on applique à la liste de concepts un codage axial qui consiste à mettre en relation les concepts. Ces concepts émergent du matériau par étapes successives d'abstraction. (Annexe 4) ((31) p72). Enfin, ces concepts sont confrontés à la littérature.

Ce codage uninominal a été enrichi par un codage multinominal et multithématique des trois premiers entretiens. Ce codage multidimensionnel permet de préserver la richesse, la complexité et l'hétérogénéité du matériau.

Le codage multinominal a permis d'étiqueter chaque unité de sens, au besoin, en des termes différents et hiérarchisés. L'intérêt est de rechercher les ressemblances et les différences, « le genre le plus proche et la différence spécifique » ((31) p77) entre les unités de sens.

Le codage multithématique, utilise des thèmes pour quadriller le plus largement possible le matériau, sans structurer prématurement l'analyse. (31) L'hétérogénéité des thèmes est recherchée, inspirée du matériau lui-même et de la théorie. ((31) p82) Certains thèmes sont à la fois théoriques (orientés par la théorie) et émergeant des entretiens. ((31) p84).

Ces thèmes ont été introduits dans le logiciel d'analyse N VIVO 12. 11 des 15 entretiens ont été analysés avec ce logiciel.

Objectifs

L'objectif principal est de décrire la diversité et la complexité du vécu des internes de psychiatrie durant les gardes. L'analyse des entretiens a été réalisée entre les mois de juin et août 2019.

L'objectif secondaire est de recueillir dans les entretiens les suggestions des internes de psychiatrie en situation de garde, afin de rédiger des propositions pour réfléchir aux axes d'amélioration du travail de garde.

RESULTATS

.I. Caractéristiques des internes interrogés

Les internes interrogés préparent tous le Diplôme d'Etudes Spécialisées en Psychiatrie. Ils ont entre 27 et 31 ans. 8 femmes et 3 hommes ont participé, dont 2 internes de 1^{er} semestre, 1 en 3^e semestre, 4 en 5^e semestre et 4 en 7^e semestre. Tous sauf 1 ont été externes en psychiatrie. Ils se situent tous dans le dernier tiers du classement aux ECN sauf 1. Ils déclarent prendre en moyenne 2,2 gardes par mois.

Ensemble

11

Sexe	Masculin	3
	Féminin	8
Semestre d'internat	1 ^{er}	2
	3 ^e	1
	5 ^e	4
	7 ^e	4

Les « verbatims » (citations extraites du témoignage des internes interviewés) illustrent les résultats sous forme de citations. Ces citations apparaissent en italique, en retrait du texte. L'entretien dont elles sont tirées apparaît sous le format « Entretien X ». X étant le numéro de l'entretien. Cette écriture permet de garantir l'anonymat des internes et de justifier de la diversité des entretiens cités.

Par exemple, la citation qui provient de l'entretien numéro 4, au sujet de la préparation au travail de garde, figure ainsi :

Entretien 4 : « J'essaie d'éviter de sortir la veille de la garde, parce que j'ai besoin de dormir au maximum et de garder assez d'énergie pour pouvoir tenir si besoin la nuit. »

.II. L'atmosphère de garde

A. La préparation de la garde

La veille de la garde

Les internes rapportent qu'ils ont tendance à se coucher plus tôt la veille de leur garde.

Entretien 6 : « La veille je me couche systématiquement tôt, ça c'est clair et net, France, pas de sortie et je me couche tôt. » (...) « Bien dormir avant, bah j'sais pas dans ton p'tit guide tu pourrais mettre les conseils tu vois, bien dormir avant, ne pas se mettre une mine la veille...»

Entretien 12 : « Bah je vais essayer de faire attention à me coucher plus tôt la veille, euh... ou pas à sortir, me limiter en tout cas la veille. »

Il est question de « recharger les batteries », afin de se préparer au travail de nuit le lendemain.

Entretien 1 : « Durant les gardes de week-end je ne peux pas faire la fête comme d'habitude ou me coucher plus tard que d'habitude car je veux être en forme pour le lendemain. »

Entretien 4 : « J'essaie d'éviter de sortir la veille de la garde, parce que j'ai besoin de dormir au maximum et de garder assez d'énergie pour pouvoir tenir si besoin la nuit. »

La plupart des internes précisent ne pas consommer d'alcool la veille et préparer un sac de garde. Ce sac contient toutes les affaires utiles au confort de l'interne. La majorité des internes apporte des affaires d'hygiène, un pyjama, un en-cas.

Entretien 4 : « J'essaye de prendre un peu à manger, parfois je prends carrément un oreiller, quand je sais que le lit de garde est vraiment pourri et que je sais que ça va être pire que mieux si je me couche. »

Entretien 6 : « j'prépare mes affaires. La plupart du temps c'est des gardes, c'est des gardes de nuit, généralement je m'arrange pour toujours avoir, même si j'm'en sers pas forcément, des trucs genre trousse de toilette, de quoi prendre une douche ou changer de fringue »

L'accueil

Pour les plus inquiets d'entre eux, l'une des missions de l'établissement d'accueil est d'offrir aux internes un temps d'accueil. Ce moment est nécessaire pour découvrir les lieux, notamment pour les gardes d'EPSM, où la multiplicité des bâtiments nécessite de prendre des repères. La présentation et la formation au logiciel qui centralise les dossiers médicaux est soulignée par l'un des internes. Ces informations sur le fonctionnement de la garde sont denses et peu lisibles le premier jour. L'existence d'un document récapitulatif de ces informations serait bienvenu pour les internes les plus inquiets.

Entretien 1 : « Parce que typiquement dans les EPSM, c'est grand, on ne sait pas où sont les bâtiments, donc avoir une carte de l'EPSM ça aide. Qu'on nous fasse faire un tour de l'EPSM, ça aide. Qu'on nous explique où sont les choses dont on aura besoin. Qu'il y ait un livret, parfois quand c'est pas les mêmes sites pour les logiciels informatiques, qui rappelle comment l'utiliser. C'est souvent le premier jour qu'on fait ça. »

Entretien 6 : « De se constituer un carnet avec tous les numéros de téléphone, les adresses, les trucs importants, enfin. Comme pour la présentation du premier jour, il aurait fallu un support avec tous les numéros de téléphone, machin. (...) Ça aurait été cool d'avoir une dernière page avec les numéros importants et que sur ça, les infos utiles, tu vois, un p'tit truc qu'on aurait pu coller dans un carnet. »

Entretien 12 : « Bah sur ce site, y'a vraiment beaucoup d'infos, d'un coup. Sur les différentes gardes, alors je sais qu'elles sont nécessaires, mais c'est vraiment stressant aussi. (...) on nous donne énormément d'info d'un coup. Que j'ai pas du tout intégré. »

Malgré la formation, la multiplicité des logiciels, peut être source d'inquiétude pour l'un d'entre eux.

Entretien 6 : « Bah déjà je trouve que c'est super mal fait, parce que déjà on utilise plein de logiciels, avec des mots de passe différents... On a vaguement une formation, mais au bout de trois jours t'as oublié ton mot de passe si tu l'as pas noté... Je trouve que la multiplication des logiciels est complètement... Enfin, délétère on va dire, pour la prise en charge. »

Les infirmiers sont également des acteurs importants dans l'accueil des internes sur le lieu de garde. Ils permettent d'aborder la mission de garde avec plus de quiétude.

Entretien 3 : « Ils (note : les soignants) sont hyper aidants, hyper réactifs parfois, hyper agréables, qui, quand c'est pas très urgent, t'accueillent avec un sourire. Ils t'offrent le café, des petits gâteaux, c'est trop mignon ! C'est chouette ! »

L'ensemble des internes rapporte qu'ils se sont sentis globalement bien accueillis lors des gardes.

Entretien 11 : « après, moi sur tous les terrains de garde que j'ai pu faire dans l'ensemble, j'ai trouvé l'accueil plutôt satisfaisant. J'ai pas eu le sentiment d'être délaissé en fait. Du coup à ce niveau-là c'était plutôt bien à peu près partout où je suis passé. »

Entretien 12 : « Du coup, comme j'ai fait qu'un site de garde c'est un peu difficile d'y répondre, je me suis sentie plutôt bien accueillie en tout cas sur le site où je suis. Je, je, pour l'instant ! (rires) »

B. L'adaptation au cadre de la garde

La mission de garde demande un effort d'adaptation pour les internes sur plusieurs plans. Faire la connaissance des équipes, prendre ses repères, comprendre l'organisation et découvrir les lieux. Les internes anticipent les difficultés qu'ils pourraient rencontrer s'ils ne sont pas au fait des « habitudes de service », en se renseignant sur les partenaires à contacter en cas de besoin. Cette période d'adaptation, est source d'inquiétude durant les gardes.

Entretien 6 : « En fait, l'adaptation que tu dois faire sur tes premières gardes, c'est autant sur la clinique, que sur la logistique pure et dure. J'dis pas que c'est une perte de temps, mais l'adaptation se fait aussi là-dedans. »

Entretien 10 : « un p'tit livret ou autre chose, de protocole ou de conseil... mais c'est vrai que, j'ai l'impression au début de remettre sur papier, comme sur certains sites. Parfois même aux urgences somatiques, « comment les urgences du secteur fonctionnent ». Si vous avez tel truc, faites telles, telles prescriptions, vous faites tel, tel numéro et je trouve que ça aide vraiment quoi. »

Entretien 11 : « c'est toujours plus sympa quand t'es accueilli par un médecin qui t'explique un peu les choses avant, ce que tu dois faire, des procédures éventuelles en fonction des situations. »

La majorité d'entre eux demandent à ce que les informations nécessaires pour demander de l'aide leur soit résumées sur un document. Les numéros des urgences, le matériel disponible en cas d'urgence médicale ou le réseau de soin à leur disposition sont des informations précieuses pour les internes qui ont fait l'expérience de manquer de ces données.

Entretien 6 : « Alors, moi, que ce soit en stage ou en garde, j'aimerais bien que ce soit un peu plus clair, dans tout ce qui est, où sont rangés les numéros de téléphone, quand on a d'autres structures à joindre, (...) J'aimerais bien que ce soit, plus, plus évident tu vois. Que ce soit sur les murs, et bien... Et qu'il y ait pas dix numéros de téléphone pour une personne et qu'en fait c'est plus le bon TSI, que la liste soit mise à jour, que ce soit mieux rangé. »

Entretien 12 : « sur les questions de somatique, bah ! C'est, j'sais pas si ça va plus dans les difficultés ou les points négatifs, mais c'est pas évident... on sait pas trop ce qui a comme moyens, ce qu'on a

comme moyens à l'hôpital psychiatrique... (rires) en tout cas, moi je savais pas trop. Et du coup, j'ai trouvé ça pas forcément facile à gérer (...) Bah, pour les bilans sanguins, pour les choses comme ça, en fait ça m'a pris vachement de temps, de savoir comment faire les choses, euh... parce que c'est plus compliqué, parce que c'est la nuit »

De la même façon, ils proposent que les documents administratifs nécessaires à la prise en charge des patients (coordonnées du secteur, formulaires pour les soins sans consentement...) soient regroupés à la même place et que l'organisation leur soit expliquée en amont.

Entretien 5 : « ce qui peut faire la différence, entre « gagner du temps et perdre une heure en garde », c'est, c'est tous les petits à côté, les règles de prescription, les papiers, où on sait pas où ils sont rangés... C'est euh.. c'est avoir les numéros de téléphone sous la main aussi, ça c'est, ça c'est important. »

Entretien 8 : « Peut-être, si ça n'existe pas, de faire une petite fiche où y'a les numéros de téléphone et un plan. Et deux, trois conduites à tenir un peu typiques. »

Un interne précise l'importance de la propreté de la chambre de garde. 2 autres remarquent qu'ils ont besoin de lumière et de réseau pour s'y sentir confortables.

Entretien 6 : « Que ce soit propre, de ne pas arriver dans une chambre de garde et que la chambre de garde elle est dégueulasse, si les locaux ils sont pas modernes, ils ne sont pas modernes, c'est comme ça, mais il faut que ce soit propre. C'est une question de respect, pour nous les usagers, qui vont utiliser la chambre, qui travaillent là. »

Entretien 3 : « J'ai fait la plupart de mes gardes en EPSM. Ce qui ne me convient pas, c'est quand il n'y a pas de fenêtre, pas de réseau, c'est glauque, mais c'est pas ça qui va faire que j'ai pas envie de faire de garde dans de telles conditions. »

Pour la majorité des internes interrogés, les contraintes liées au cadre de garde ne sont pas un critère de choix de stage. 2 d'entre eux reconnaissent que ces contraintes ont suscité des stratégies d'évitement.

Entretien 11 : « y'a pas de terrain de, de terrain de stage avec des gardes que je me dis qu'il faut que j'évite à tout prix en fait. Donc non, c'est le choix du terrain de stage qui prime en fait. »

Entretien 7 : « sur certains EPSM, où j'ai jamais trouvé que les gardes étaient extrêmement compliquées, mais par contre j'ai jamais aimé dormir à l'internat et je n'aimais pas non plus, devoir sortir, me balader même si je prenais ma voiture dans l'EPSM et je trouvais ça hyper flippant. Et clairement, j'ai évité de prendre des stages sur ce site, (...) j'ai pas aimé ces gardes et du coup, ça m'a dissuadé d'en reprendre. »

Ce n'est pas un hasard si les internes réclament à leurs institutions des listes de numéros, des guides d'accueil. Les plus jeunes d'entre eux livrent en fin d'entretien leur « botte secrète ». Ce sont de petits livres, plus ou moins de la taille d'une poche qui les accompagnent dans leurs missions. Ces « guides d'urgence » condensent en quelques pages les traitements et les protocoles sur lesquels ils s'appuient dans les situations d'urgence psychiatriques et « somatiques ».

Entretien 5 : « ce qui m'a aidé sur les premières gardes, c'est les petits livrets, les livrets de prescriptions, les bouquins genre... comment s'appelle, le bouquin de psycho, psycho pharmaco, l'espèce de pavé qui coute 100 balles : le « Stahl », ça m'avait, même si c'est lourd à trimbaler, ça m'avait pas mal aidé sur mes premières gardes. Quand y'avait des patients qui avaient des traitements que je ne connaissais pas, je ne savais pas si je pouvais les associer avec tel ou tel neuroleptiques. Ca, ça m'a pas mal dépanné. »

Entretien 6 : « J'ai acheté un livre spécialement pour la prescription des médicaments là, psychiatriques « 100 ordonnances j'sais pas quoi », et « Urgences » pour les urgences somatiques, la dernière fois j'ai été appelée pour une hyponatrémie machin... une hyperkaliémie, machin, je vérifie vite fait si ce que je fais, c'est pas d'la merde. Donc pour avoir un peu le somatique et la... et enfin, les trucs psy'. Donc ça, ça m'aide. »

Les internes qui ont plus d'expérience, conseillent également aux futurs internes de psychiatrie de se procurer l'un des ces livres de protocoles avant de débiter les gardes.

Entretien 7 : « S'ils ont un p'tit bouquin, récap' des principales prescriptions d'urgences, des protocoles isolement, contention, des grands troubles psy' aigus... (...) ça peut être pas mal, vraiment quelque chose de pratico-pratique, un peu comme un guide des urgences »

Entretien 8 : « Oui, un truc qui structure, on le relit un coup et je pense qu'en début d'internat ça m'aurait fait du bien. »

C. Les contraintes

La « double contrainte »

Le soin de garde peut représenter une « double contrainte » pour l'interne de garde de psychiatrie. Il est contraint dans un temps restreint, de prendre le temps nécessaire pour l'évaluation du patient afin de définir le niveau d'urgence de sa demande et de son état de santé mentale. 4 d'entre eux jugent que l'évaluation ne peut faire l'économie de ce temps d'écoute.

Entretien 1 : « Car prendre son temps, ça peut permettre de ne pas en perdre plus tard, faut entendre ce que demande le patient »

Entretien 4 : « Du coup pour nous, c'est quand même un défi. En tant que soignant. Et pour le patient, il a très peu de temps pour s'ouvrir. Il a très peu de temps pour expliquer quel est le problème. »

Entretien 6 : « Et en garde, ça pour moi c'est important, (...) de prendre autant de temps, que ce que t'aurais passé en journée. Parce que parfois t'as peut être t'as envie de te coucher, t'es pas disponible, t'es crevé (...) Et tu peux être plus, mmhh... comment dire, plus rapide, ou moins exhaustif que ce que t'aurais été en journée, bah je pense qu'il faut pas. Il faut, tu vois, il faut, veiller à prendre le temps. »

Cette mission, nécessite de faire brièvement la connaissance du patient, de lui laisser le temps d'expliquer le contexte, la temporalité dans laquelle il se trouve et d'exposer sa demande.

Entretien 1 : « je pense à une situation où y'avait une dame, une cinquantaine d'années, qui voulait qu'on traite sa dépression, là maintenant, tout de suite en hospitalisation. Elle avait décidé que ce soit là maintenant, tout de suite. »

Entretien 4 : « C'est une histoire qui m'avait marquée, parce que déjà, c'était vers une heure du matin, et du coup d'entendre son

déroulé, qui avait duré probablement 45 minutes, c'était très long et même temps je sentais que je ne pouvais pas du tout le couper. »

Cet interne décrit l'importance de prendre le temps de tisser un lien bref et de confiance.

Entretien 4 : « Intense ça veut dire que... on a peu de temps pour cerner l'angle par lequel on va aborder le patient, sans qu'il panique, sans qu'il ait l'impression qu'on est trop intrusif, sans qu'il ait l'impression qu'on s'en fiche. »

Si le protocole est source de réassurance, avec l'expérience quelques internes rapportent s'en éloigner pour débusquer les demandes implicites du patient.

Entretien 1 : « parce que si tu vas trop dans le sens : « idées suicidaires, pas d'idées suicidaires », je me dis que c'est là où tu peux passer à côté de choses graves. Un patient qui te dit qu'il n'a pas d'idée suicidaire, si tu t'arrêtes à ça... »

Entretien 4 : « on risque de louper la raison réelle pour laquelle les patients sont venus, parce qu'on nous les adresse pour attaque de panique, ou crise d'angoisse, et c'est quand même régulièrement qu'il y a un viol qui est révélé, que il y a des maltraitances qui sont révélées... ou que le patient nous dise que en fait « j'ai acheté la corde, je l'ai déjà suspendue, j'allais le faire. » Et en allant trop vite, et en voulant absolument évaluer, parfois c'est des choses qu'on peut louper »

Dans ce contexte, à l'EPSM comme dans les services ou au SAU, les internes de garde de psychiatrie rapportent majoritairement le besoin de prendre le temps de réfléchir à leurs décisions dans un lieu qui impose un rythme d'évaluation soutenu.

Entretien 1 : « J'étais avec une infirmière. Ce qui m'a mise en difficulté aussi, c'est que l'infirmière me demandait de prendre une décision hyper rapidement : « qu'est-ce qu'on fait avec ce patient qui du coup s'est barré ? ». « Est-ce qu'on le rattrape, est-ce qu'on l'hospitalise sous contrainte ? ». Et du coup, comme moi j'étais, je ne dirais pas sidérée, mais c'est pas la réponse tout de suite du « tac-atac ». »

Entretien 9 : « y'a des équipes qui peuvent mettre la pression. Je sais qu'on m'a déjà demandé de passer moins de temps à faire un entretien d'entrée, parce qu'il y avait autre chose à faire (...) Mais je pense que j'ai pas envie de rater quoi que ce soit, donc y'a un minimum à respecter. »

Le flux de patients contraint les équipes soignantes à faire sortir vite les patients qui ne nécessitent pas de soins dans l'immédiat à l'hôpital.

Entretien 9 : « juste hiérarchiser les priorités. Euh, si par contre si y'a trois, quatre patients en attente aux urgences là, non. Il faut, Il faut y aller. On peut pas se permettre de les faire patienter pendant des heures, sachant que, en général la nuit, les urgences c'est blindé. On a besoin des box, y'a la pression des, des, des urgentistes. Qui est tout à fait légitime. Etant donné qu'il faut, il faut pouvoir avancer. Et donc, là on a tendance à oublier les besoins, on va dire naturels et taper dedans quoi. »

D'autre part, si les internes sont conscients du nombre restreint de lits d'hospitalisation à leur disposition, les indications d'hospitalisation sont parfois floues. Quelques internes confient que « l'obligation de moyens » les guident dans ces situations de doute.

Entretien 5 : « la tentation de l'hospitalisation elle est... présente, plus sur des structures comme le centre de crise, le centre de crise a un nombre limité de places, (...) même si on aurait envie de les hospitaliser, un certain nombre de situations, on évite parce que bah... on a en tête aussi, la gestion du nombre de places. »

Entretien 1 : « La responsabilité ça ne me fait pas spécialement peur, j'hospitalise peut-être un peu facilement, mais je n'ai pas envie de me demander : « qu'est ce qui va se passer, je l'ai laissé sortir ? ». »

Entretien 4 : « Faut l'éviter au maximum, mais vaut mieux hospitaliser plus que nécessaire, plutôt que de passer à côté de quelque chose. »

De la même façon, face aux patients agités au SAU, quelques internes décrivent se sentir partagés entre l'urgence de retenir le patient à l'hôpital compte tenu des troubles du comportement qu'il présente et l'injonction des équipes soignantes à le faire sortir rapidement des urgences.

Entretien 1 : « ce qui m'a mise en difficulté aussi, c'est que l'infirmière me demandait de prendre une décision hyper rapidement : « qu'est-ce qu'on fait avec ce patient qui du coup s'est barré ? ». « Est-ce qu'on le rattrape, est-ce qu'on l'hospitalise sous contrainte ? ». »

Entretien 9 : « Y'a des patients qui attendent, potentiellement ça peut les faire monter. »

Entretien 7 : « On sait surtout qu'aux urgences, il faut que les patients restent calmes, ça va vite être chiant pour les équipes si y'a un patient qui est agité, tout ça, la contention elle va être un peu, un peu trop, euh... voilà. Un peu trop... un peu trop facile.(...) t'as pas forcément les moyens pour gérer un patient agité autrement que par la contention par contre. »

La charge mentale

Au cours de la garde les internes peuvent décrire la sensation d'être préoccupés, « chargés » mentalement. Cet état de tension peut-être lié pour une minorité d'entre eux aux préoccupations de la journée de travail et peser sur le travail de garde.

Entretien 4 : « Ma journée d'avant du coup, si la journée a été très compliquée, c'est plus difficile d'aborder la garde. S'il y a eu des situations compliquées. Je me sens moins libre. »

Pour la majorité d'entre eux, elle peut être liée à la sensation d'être « débordé » face à l'accumulation de demandes durant la garde.

Entretien 5 : « on m'appelle au téléphone, alors que j'suis en train de gérer l'entrée, plus une agitation, plus euh... c'est, et donc c'est plus ce moment-là qui m'a marqué. J'suis tout seul et j'arrive pas à gérer. »

Entretien 9 : « y'a des gardes où y'a toujours 6 patients en attente. Et ça c'est à devenir fou parce que, c'est (rires), c'est vraiment des situations où on en voit pas le bout et on sait pas comment on va tenir, mais on finit toujours par le faire. Ça, pour le coup, c'est hyper anxiogène. »

L'un des internes confie que ces préoccupations ont pu avoir des répercussions en début d'internat sur la qualité de sommeil et la possibilité de s'alimenter durant les gardes.

Entretien 5 : « en fait, sur mes toutes premières gardes aux urgences, j'arrivais, j'arrivais pas à manger, j'arrivais à dormir une heure dans la nuit et encore, par saccades. Euh... donc en fait j'tenais parce que j'étais en état de stress permanent, donc ce qui faisait que les sensations de faim, de fatigue etc je ne les sentais pas. »

De façon plus anecdotique, l'un des internes s'étonne de ne rencontrer aucun problème durant toute une nuit de garde sur un site d'hospitalisation qui peut héberger plusieurs centaines de patient. Les gardes durant lesquelles les internes ne sont pas appelés jusqu'au lendemain matin sont nommées entre médecins « gardes blanches ». Un autre interne peut vivre cette « absence de problèmes » non sans une pointe de culpabilité.

Entretien 3 : « Ce qui me marque c'est celles qui sont quasiment « blanches ». (...) c'est assez exceptionnel en fait, de ne pas être interpellé pour plusieurs services. (...) ça fait plus de 200 patients en tout, peut être et qu'il n'y ai pas un « pet », je trouve ça génial ! »

Entretien 10 : « y'a des fois je me suis dit « là je vais être de repos de garde alors que j'ai l'impression d'avoir rien fait ! », je me dis « ah c'est bizarre quand même ! Y'a des internes qui ne doivent pas dormir et moi... » (rires) je vais rentrer, je vais pouvoir faire une journée normale, c'est pas désagréable (rires) »

Les internes ont des stratégies différentes pour gérer l'afflux des demandes. La plupart d'entre eux se sentent soulagés, une fois qu'ils ont rencontré la totalité des patients. Il s'accordent une pause une fois que tout le travail est achevé.

Entretien 1 : « Globalement, je préfère manger quand j'ai fait tout ce que j'avais à faire, (...) Je n'aime pas avoir des choses encore en tête et manger, je n'y arrive pas, alors que y'a encore des patients à voir. (...) C'est plus ma charge mentale, en fait, je préfère manger l'esprit plus tranquille »

Le livret d'accueil peut permettre de soulager les inquiétudes liées aux tâches administratives comme la rédaction des certificats de soins sans consentement.

Entretien 5 : « Donc en fait, ce qui fait, que quand t'arrives, on te donne ce livret et dans ce livret, finalement t'as 80% des papiers, que tu peux être amené à utiliser sur ta garde, ce qui te fait gagner un temps monstrueux. Et donc, au niveau du vécu de la garde, tu, tu enlèves déjà ce souci administratif de « comment je vais, donc là faut que, faut que j' fasse un certif, où est-ce que je vais le trouver, comment je vais, comment je vais me débrouiller ? ». Eh ben là non, t'as tout à portée de

main.(...) Donc c'est, c'est des trucs qui peuvent permettre de s'enlever un certain nombre d'épines du pied. »

Pour ce qui est des préoccupations résiduelles après la garde, 2 d'entre eux précisent partager avec un proche.

Entretien 1 : « Parfois j'ai besoin de décompresser, j'en parle avec un proche, ma manière de décompresser, si j'ai eu des situations compliquées, et que j'y repense, alors il faut que j'en parle. »

Les répercussions sur la qualité de vie

En effet, les contraintes et les difficultés rencontrées durant la garde peuvent avoir des répercussions sur la vie quotidienne pour la majorité des internes interrogés. Là encore, les avis sont mitigés, selon les expériences de garde et le moment du parcours de l'interne.

Entretien 6 : « sur mon repos de garde ça a été très compliqué, enfin, de me coucher sereinement, comme après un repos, (...) là j'avais un peu la nausée, j'étais un peu, j'étais pas bien, j'y repensais, j'avais presque les larmes aux yeux, j'étais hyper triste »

Ces répercussions sont plus présentes en début d'internat et plus ou moins gênantes selon les internes. Cela peut se décliner, d'une irritabilité quelques jours avant la garde, à une simple appréhension le jour de la garde.

Entretien 1 : « Une nuit, ça va, enfin maintenant ça va mieux, une nuit de semaine ça va, mais les gardes de week-end, je vais vraiment passer une très très mauvaise semaine, donc ça va avoir un retentissement, oui, sur ma qualité de vie quotidienne la semaine qui précède une garde de week-end. »

Entretien 11 : « c'est quand même un peu, c'est, enfin les jours où je suis de garde, je sens que, je, j'ai des sensations un tout p'tit peu différentes quand même. (...) un tout p'tit peu plus de stress quand même... et euh... un p'tit truc dans la tête en permanence, en me disant, j'suis de garde le soir quoi. »

Des « ruminations » après la garde liées à la prise en charge d'un patient sont rapportées par la majorité des internes interrogés.

Entretien 5 : « Après, par rapport, par rapport à certaines situations, c'est vrai que y'a des fois où quand même, ça continue, euh... ça continue à faire réfléchir quoi. »

Entretien 10 : « Parce que y'a des fois où j'me suis dit alors là c'est pas la peine que je prenne un avis, sur la garde. Et le lendemain, dans la journée ça me recogite « j'aurais dû faire ci, j'aurais dû faire ça » ou je rouvrais des bouquins...(..) je contactais les copains en médecine générale pour dire « mais là j'aurais dû faire ça, t'aurais fait ci ? ». Ça m'est déjà arrivé de cogiter toute la journée (rires) en me disant « la prochaine fois, j'appelle quelqu'un sur le moment et c'est tout quoi » »

La majorité des internes décrivent un phénomène d'habituation à l'appréhension de la garde. De façon plus isolée ces sensations persistent chez l'un d'entre eux durant l'internat et modulent la fréquence des gardes.

Entretien 1 : « J'ai tendance à moins faire de gardes parce que pour moi, une garde c'est pas juste une garde. Souvent les jours d'avant je suis un peu plus de mauvaise humeur, j'évite de prendre trop de gardes, principalement pour ça. »

Entretien 4 : « j'suis moins concentrée, je vais être moins patiente, c'est pas non plus l'effondrement, mais euh... c'est des journées moins simples à gérer. »

D'autre part, 4 internes évoquent l'adaptation au rythme des gardes et décrivent que c'est l'occasion de modifier le rythme de la semaine de travail en stage.

Entretien 3 : « Pour moi, c'est inclus dans mon rythme d'internat, c'est-à-dire que dans mon rythme, ça fait partie de ce qui est normal. (...) Contentée d'avoir ma journée de repos de garde. Euh, pour justement avoir cette impression d'avoir du temps en plus, même si c'est du temps mérité. »

Entretien 6 : « pour avoir son repos, en fait le lendemain, ça permet d'avoir une certaine liberté dans son emploi du temps. Enfin, que si on t'impose pas tel jour et tel jour, bah tu peux dire, « bah là, j'aimerais faire un long week-end, je vais prendre une garde un jeudi soir » (...) ça donne une certaine liberté et donc ça c'est pas mal »

Si la majorité des internes reconnaissent que le rythme des gardes peut occasionner une accumulation de fatigue, la plupart décrivent que le repos de garde leur permet de faire des activités qu'ils n'ont pas le temps de faire au cours de la semaine lorsqu'ils sont en stage, des activités plaisir ou du sport. L'un d'entre eux confie faire des achats « compulsifs » après la garde.

Entretien 8 : « je fais des trucs plus compulsifs, je sais pas si ça fait partie de la question. Je vais au sport souvent, et je fais des achats de manière un peu compulsive en repos de garde ! (rires) »

Entretien 9 : « Y'a des gardes où j'suis opérationnel le lendemain et où je peux, je peux faire ce que j'ai à faire. La plupart du temps c'est de la gestion administrative pour profiter de, de ce temps... euh... à bon escient on va dire. »

Les répercussions sur le travail en stage

La majorité des internes rapportent que la fréquence des gardes a un impacte sur le travail de stage. Plus d'une garde par semaine est un rythme considéré comme trop contraignant pour la présence en stage et impacte le suivi des patients dont ils ont la référence. Par ailleurs, l'absence de l'interne peut être vécu comme déstructurant pour l'organisation de certains services.

Entretien 3 : « Quand il y a plusieurs sites de garde, et qu'on demande aux internes de prendre régulièrement des gardes, ça a un impact sur le temps de présence en intra-hospitalier, surtout si on veut les journées de formation en plus. Et du coup, ça peut être reproché et c'est reproché aux internes qui prennent trop de gardes. De ne pas être présents, au sein du service. »

Entretien 10 : « je trouve que ça coupe le stage quand ça reste une fois par semaine, que c'est pas toujours les mêmes jours, voilà (...) si y'a beaucoup de gardes, ça peut vite faire un stage échelonné et je n'y trouve pas trop de sens quoi. »

3 internes décrivent les contraintes liées aux choix des dates de gardes pour ne pas désorganiser le fonctionnement du service.

Entretien 5 : « Je m'arrange aussi, (...) J'en fais 2 ou 3 par mois, ce qui est pas énorme, mais du coup ça me permet de m'arranger pour les prendre à des dates où ça ne pénalise pas mon service en fait. »

Le sommeil durant la garde

Le sommeil durant la garde n'est pas réparateur pour la majorité des internes interviewés. Il n'y a pas de causes consensuelles. La literie, les bruits environnants, le stress et les réveils itératifs peuvent être à l'origine des difficultés à se reposer.

Entretien 5 : « le niveau de stress fait que, en fait sur mes toutes premières gardes aux urgences, j'arrivais, j'arrivais pas à manger, j'arrivais à dormir une heure dans la nuit et encore, par saccades. »

Entretien 10 : « bah quand on dort, j'trouve qu'on dort pas, enfin moi personnellement, je peux pas dire d'avoir fait une super nuit en garde, même si je ne suis pas réveillée tout le temps (rires) ! »

Quelques internes rapportent l'expérience de gardes où ils n'ont pas du tout dormi. La plupart dit se coucher vers 1h du matin. Même les internes qui n'ont pas été réveillés durant leur nuit de garde rapportent pour la moitié d'entre eux le besoin de se recoucher en rentrant chez eux.

Entretien 6 : « Dormir, surtout, clairement dormir. Euh... Et ouais, j'suis trop contente d'avoir rien à faire dans la journée, ouais clairement. J'ai du mal à imaginer un repos de garde non respecté ! enfin, ah non, ça c'est... Comme les chir', non non. Au court terme, comme sur le long terme, pour moi c'est... invivable. »

Entretien 11 : « c'est vrai qu'en général, même, même les nuits où je dors entre guillemets « à peu près toute la nuit », euh... j'aime bien me recoucher un peu en rentrant chez moi. J'essaye pas trop longtemps quand même pour être pas trop décalé. En général je me recouche toujours »

La sensation de fatigue décrite à la sortie de garde est variable chez les internes interrogés. La majorité décrivent une sensation d'épuisement.

Entretien 5 : « pendant la garde, je sentais pas énormément, je sentais pas énormément d'évolution. Le contre coup je le ressentais deux heures après être ressorti. Quand, quand, j'avais eu le temps de

rentrer, de me poser. Et, c'est là où, c'est là où je prenais un coup de massue quoi. »

Le manque de sommeil est décrit comme dangereux par deux d'entre eux sur la route du retour. Un interne précise qu'il lui est arrivé ne pas se souvenir du trajet de retour jusqu'à son domicile.

Entretien 4 : « Y'a eu des gardes où je ne me souvenais même plus comment j'étais rentrée, j'savais que j'étais en voiture, mais je ne me souvenais plus de rien. »

Le repas de garde

Dans le cadre de la garde, les internes en majorité décrivent qu'ils s'adaptent aux demandes des patients, aux appels des soignants. La majorité profitent d'un temps d'accalmie pour manger rapidement.

Entretien 1 : « Globalement, je préfère manger quand j'ai fait tout ce que j'avais à faire, même si du coup ça me fait décaler ma pause déjeuner. »

Entretien 9 : « Un manque de temps de récupération et d'alimentation. Euh... mais sinon, c'est pas, c'est pas nécessairement quelque chose qui est problématique. Au besoin, je me resucre avec du sucre, littéralement.

2 internes décrivent attendre parfois les symptômes d'hypoglycémie pour se restaurer.

Entretien 3 : « Quand je commence à avoir des signes d'hypoglycémie. Faiblesse, troubles de vision, de faiblesse des jambes, tremblement des mains, je sais que là je vais pas être très fonctionnelle et que je vais oublier la moitié des choses. »

La majorité des internes interrogés consomment le repas proposé par le service. Ils rapportent qu'il leur est arrivé de ne pas pouvoir manger parce qu'il manquait des repas.

Entretien 9 : « la plupart du temps on a quand même le temps, mais il est arrivé parfois qu'il y ai pas beaucoup le temps. Euh... absence de repas. Y'a certains moments, où il y a juste, juste plus de repas disponibles. »

Une minorité d'interne s'organisent différemment pour prendre un encas avant la garde en attendant le repas du soir.

Entretien 3 : « Je me ramène ce qu'il me faut, car la nourriture servie est vraiment mauvaise, voir n'existe pas. »

Le moment du repas, tel qu'il est décrit, traduit l'état d'esprit des internes de psychiatrie de garde interrogés. La garde est l'occasion de repousser ses propres limites. Les besoins naturels passent au second plan. L'intérêt du patient prévaut.

D. Les limites

Eprouver ses propres limites

Quelques internes évoquent pudiquement les difficultés à faire face à leur manque de connaissances médicales. Le patient est une priorité, le principe de demander de l'aide fait l'unanimité en cas de difficulté. Chez un même interne, les difficultés rencontrées sur des situations « psychiatriques » peuvent être vécues différemment que pour les problématiques « somatiques ». Les internes plus avancés dans leur parcours de spécialité, s'éloignent avec le temps du savoir médical général, au profit de l'acquisition des compétences psychiatriques. Ils continuent néanmoins lors des gardes de répondre à des problèmes « somatiques ».

Entretien 1 : « On s'éloigne des connaissances que nous avons acquises au moment de l'internat. Je pars du principe que dès que je ne sais pas je demande à des médecins plus compétents »

Entretien 11 : « C'est vrai que par contre, quand il s'agit de prendre du « somatique ». (soupir) C'est des trucs que j'aime pas, qui effectivement peuvent vite m'angoisser du coup, parce que je me sens beaucoup moins à l'aise. Euh... et donc je peux, je peux effectivement

me sentir vite, comment on pourrait dire ? Pas dépassée, mais euh... ouais, démunie quoi. »

Une façon d'éprouver ses limites peut être d'aller au bout de ses connaissances, de son savoir-faire comme en témoigne cet interne. Plus avancé dans son parcours il considère le senior comme une aide lorsqu'il arrive au bout de ses solutions.

Entretien 1 : « Demander l'avis d'un senior ça doit vraiment être en dernier recours. »

Un interne moins aguerri considère de la même façon, qu'il ne peut pas demander « tout le temps » de l'aide.

Entretien 9 : « C'est pas d'être ridicule, j'ai mal choisi mon mot... Comment je pourrais dire...pas très débrouillarde quoi, quand même j'suis interne, j'suis censée quand même, j'peux pas appeler le PH dès que j'ai un problème, quoi. »

Dans l'expérience qu'ils décrivent, ces internes ont tous éprouvé leurs limites et mis au second plan leurs besoins de se restaurer, de se reposer. Forts de cette expérience, 3 d'entre eux conseillent aux futurs internes de prêter attention à leurs limites.

Entretien 4 : « Bien s'écouter, savoir faire une pause quand on est plus au maximum de nos capacités. »

Entretien 5 : « c'est important de bien se connaître, de savoir comment on fonctionne. A part ça, globalement, la plupart des conseils que je pourrais donner, c'est avant tout des trucs que je tire de ma propre expérience, mais du coup qui sont pas forcément applicables à tout le monde. »

En dépit de leur façon de faire actuelle, les internes conseillent unanimement à leurs futurs co internes de demander de l'aide en cas de difficulté.

Entretien 6 : « Quand c'est vraiment pour des broutilles, j'appelle un interne de psychiatrie de garde en même temps que moi ! (Rires) Quand il n'est pas trop tard, pas quand il est 4h du matin ! Je me dis, c'est encore correct, il n'est pas couché, quand c'est en début de soirée,

quand c'est des trucs, si j'ai un doute sur un traitement, je l'ai déjà fait. Mais clairement, je me limite pas dans les appels. »

Entretien 10 : « du coup pas hésiter durant la garde, pas hésiter à, à se poser et à, à... ouais, à essayer de se faire sa place quoi. Se dire « bah là j'suis pas sûr, j'appelle » ... »

Moins de la moitié des internes mentionnent que la fatigue, le manque de sommeil altèrent leurs capacités d'attention et d'écoute lors des entretiens nocturnes.

Entretien 1 : « Ma dernière garde aux urgences, pareil j'ai pas beaucoup dormi, je me suis couchée à 4h, réveillée à 7h, pour un patient psychopathe, qui veut « tout, tout de suite ». Comme j'étais fatiguée, j'ai clairement eu pas beaucoup de patience avec ce patient, que j'ai fait « monter », du coup j'ai failli me prendre une baffe, me faire frapper par ce patient, qui a préféré défoncer la porte que de me frapper. »

Entretien 4 : « J'trouve que de loin le plus difficile c'est les entretiens la nuit, après une heure du matin, généralement, on peut aller se coucher vers minuit, une heure du matin, et quand on est réveillé pour un entretien, j'trouve que c'est très difficile de se concentrer. (...) Je trouve quand même que nos capacités cognitives sont un peu altérées, on est pas au mieux de notre forme pour être présent auprès du patient. »

Un seul interne se décrit comment n'ayant pas un profil d' « urgence », il considère que le stress ne lui permet pas de réfléchir d'une manière aussi efficace qu'en dehors du contexte de l'urgence.

Entretien 8 : « je sais que quand je suis en situation d'urgence, parfois j'arrive plus à réfléchir. Même sur des choses qui sont plus basiques. J'ai pas un profil d'urgence... au top ! (rires) »

Les soins en urgence

Les internes interrogés racontent les gardes également au travers de l'aspect limitant des outils de prise en charge dans ce contexte. Ces outils sont notamment les traitements à disposition, le « savoir-faire » des soignants, le nombre de places d'hospitalisation et la confiance des équipes en l'interne.

Entretien 1 : « C'était la première fois que je faisais ça (note : constater un décès) et je pense que l'infirmière était aussi en panique parce qu'elle ne savait pas non plus comment faire, elle suivait la procédure, mais ça devait être aussi une de ses premières fois. »

Entretien 5 : « l'hospitalisation c'est compliqué aussi. Je ne sais pas si tu connais la réputation de certains sites... bon, les patients la connaissent aussi, ce qui fait que quand on leur parle d'hospitalisation, bah euh... très vite ça euh.. ça bloque. (...) Quand on sait que ce qu'on propose c'est une hospitalisation, dans un endroit qui fait, qui fait peur aux gens. »

Entretien 9 : « j'ai déjà eu des situations sur plus de trois heures où deux directeurs d'hôpitaux se sont renvoyés la balle. Donc ça c'est très, très énervant. Parce qu'il y a un patient derrière et on sait pas quoi lui dire, on ne sait pas où est-ce qu'on va l'emmener, on sait pas dans quelles conditions il va être reçu, et ça c'est juste inacceptable. »

Entretien 12 : « une autre fois j'ai demandé un avis pour un patient qui désaturait, j'ai pris un avis aux urgences, ils m'ont dit de faire un aérosol. Donc je raccroche, je dis aux infirmières « faut faire un aérosol », eh ben y'en a pas ! (rires) Et du coup j'étais « Ah ! Pas d'aérosol... du tout. Sur tout l'hôpital. » Et j'étais vraiment (rires) surprise parce que ça ne me paraissait pas, quelque chose d'aberrant de faire un aérosol ! (rires) Voilà ! »

Il a été décrit plus haut, la contrainte du temps imparti et de l'objectif d'évaluation.

Si certains s'adaptent, voire adaptent le cadre au patient, la majorité d'entre eux pointent que les conditions d'accueil des patients aux urgences peuvent interférer avec la qualité de l'évaluation psychiatrique. La plupart exigent de bonnes conditions d'entretien.

Entretien 1 : « Je préfère être dans un bureau, dans un endroit fermé, s'il est assis c'est mieux, s'il est sur un brancard, c'est tout on fait avec, comme ça. Là où je vais, enfin ça ne m'est jamais arrivé de donner un avis psychiatrique dans ces conditions, mais je pense au patient sur un brancard au milieu d'autres brancards, pour moi c'est pas possible. Il faut au moins une pièce fermée, dans laquelle on est assis, tous assis. Quand l'infirmier est debout, ou que toi t'es debout, c'est quand même moins confortable. »

Entretien 9 : « si on a pas de lieu de travail adapté et c'est quand même très compliqué. Ça, ça m'es déjà arrivé parfois qu'on me demande de faire une consultation dans un couloir. Chose que je ne supporte pas. (...) Pas juste en deux minutes, et pas, pas juste sur un brancard dans le couloir. »

La prescription de traitement en urgence se limite à l'administration de traitement sédatif. Les internes reviennent régulièrement sur l'importance de « soulager » les patients durant leur mission de garde.

Entretien 3 : « C'est des prescriptions qui sont en général soit reprises, soit... C'est vraiment, soit de la reprise de traitement habituel, soit c'est des traitements anxiolytiques, pour, juste le temps de la garde. A réévaluer le lendemain. »

Entretien 5 : « y'a 20 patients par jour, qui passent pour crise d'angoisse aux urgences, (...) Sachant qu'à part faire de la psycho éducation, je peux rien lui prescrire, parce qu'on est, parce qu'on est sur des urg'. J'peux pas faire de psychothérapie, parce que je suis pas formé à ça, j'peux pas faire de suivi par la suite. Globalement, à part faire de la psycho éducation, (...) J'ai pas grand-chose à proposer. »

Les internes qui ont abordé la question des traitements, estiment unanimement qu'ils ne se sentent pas légitimes à modifier ou discuter le traitement de fond du patient dans le contexte d'urgence.

Entretien 1 : « Au début de mon internat j'essayais de faire de la psychothérapie, enfin, pas vraiment de la psychothérapie, mais une « état limite » qui veut se faire hospitaliser, j'aurais eu tendance à batailler pour que non, parce que je savais que ça n'allait pas tenir dans un centre d'accueil et de crise »

Entretien 4 : « Je vais toujours prescrire un traitement anxiolytique si y'a besoin, que ce soit des « benzo » ou des antipsychotiques sédatifs, mais généralement, je vais rester assez humble dans les prescriptions. Je vais laisser le médecin sénior le lendemain. »

De la même façon, lors de leur intervention auprès des équipes, ils posent le cadre de leur mission. Plusieurs d'entre eux s'appuient sur le « cadre de soins » en place afin de proposer aux équipes une conduite à tenir cohérente avec les « habitudes de travail » du service.

Entretien 1 : « Je marche encore plus sur des oeufs, parce que je sais qu'ils ont leur fonctionnement, je m'appuie beaucoup sur eux, en leur demandant, au sujet des patients qu'ils connaissent, quelle décision leur paraît la plus cohérente. »

Entretien 10 : « bah si y'a un moment où, où on s'est un peu fritté avec euh... les infirmiers parce que je sentais qu'ils ne s'y retrouvaient

pas et je pouvais l'entendre. Mais du coup tout en disant, « bah je sais bien, je suis l'interne de garde, je suis là qu'aujourd'hui, je travaille pas là ». Donc ouais, c'est de trouver une conciliation. »

L'un d'entre eux rapporte qu'il a proposé au patient un suivi au décours de la garde, moins d'un tiers d'entre eux rapportent que l'absence de suivi des patients peut-être vécu de façon frustrante.

Entretien 9 : « je l'ai orienté vers moi-même pour la suite de son suivi. J'ai pu l'accompagner au long cours et, et constater justement les, la récupération. Qui est, qui a été vraiment très efficace. C'était assez, c'est beau de voir justement... Les, le succès que ça a pu avoir au travers du suivi. »

Entretien 10 : « Les gardes c'est formateur pour plein de choses mais, j'me, j'me dis que y'a pas de continuité sur euh... les suivis ou les, ou même une clinique, la clinique dans un temps plus long quoi. »

L'adhésion du patient

Les soins en urgence sont l'occasion également pour l'interne de garde de déterminer et s'adapter aux limites du patient. Cet interne témoigne que les allées et venues des patients aux soins, l'ambivalence, peuvent susciter de l'agressivité voire du rejet de la part des soignants.

Entretien 3 : « c'est un fonctionnement très très psychopathique, du coup il peut faire ressentir beaucoup d'irritation chez les professionnels de santé, que ce soit les équipes paramédicales comme médicales. Euh... donc il avait tendance à être, certains avaient plus du tout tendance à s'occuper de lui, mais je pense que c'est pas du tout la solution, je pense que c'est quelqu'un qui avait besoin d'un cadre, on lui avait proposé plusieurs fois des rendez-vous en addicto, qu'il a jamais honoré. »

Le thème de l'adhésion aux soins revient dans la plupart des témoignages, notamment quand il s'agit de poser l'indication de soins sans le consentement du patient. Les situations tranchées, violentes et agitées sont moins sources d'inquiétude que toutes les situations en « demi-teinte ». Le terme de « zone grise » est utilisé par

l'un d'entre eux, la majorité des internes abordent la prise de décision sous l'angle du doute.

Entretien 5 : « En soi, c'est pas tellement les situations, pas les grosses situations, (...) c'est pas ça qui me stresse. C'est plus les entretiens, c'est les zones grises, c'est les moments où, tu, t'es face à quelqu'un qui va pas bien, (...) où t'es face à des gens qui sont, soit réticents, ou alors avec un entourage qui est, qui est pas top. Et du coup, tu sors un peu, tu sors des guidelines et t'es... « bon maintenant, maintenant qu'est-ce que j'fais ? » ».

Entretien 6 : « est-ce que je le fais sortir, où est-ce que je l'hospitalise ? ». Un truc comme ça par exemple, je pèse le pour et le contre, je fais « ok si il sort, qu'est-ce qu'on pourra me reprocher ? » »

L'expérience du travail de garde permet pour cet interne d'accepter les réticences du patient, dans la limite de l'acceptable, de le laisser repartir des urgences pour revenir dans d'autres dispositions.

Entretien 4 : « c'était un homme, encore une fois, un peu excentrique mais... qui pouvait pas accepter, en tout cas de prime abord, avoir besoin de soins psychiatriques. Et, je l'ai laissé repartir chez lui et finalement, il est revenu de lui-même, deux jours après. Et cette fois il a été hospitalisé. Il a accepté l'hospitalisation. »

.III. La coopération

A. Le travail d'équipe

La place de l'interne

Dans ce contexte, l'interne de garde de psychiatrie est en lien plus ou moins étroit avec l'équipe soignante. Plusieurs d'entre eux rapportent qu'ils observent que les équipes « s'adosent » au statut de l'interne, à mi-chemin entre « référent médical » et « apprenant ».

Entretien 10 : « Après, là c'est des équipes que je connais pas et quand je suis appelée dans les étages, c'est toujours cet entre deux des habitudes de service quoi. Où parfois, on nous renvoie facilement « ouais mais toi tu travailles pas là donc... » Donc voilà. Où on vient essayer de gratter « bah, nous, on fait plus comme ça ». Donc c'est

plutôt chouette d'en discuter mais ça vient toujours euh... c'est, c'est plus compliqué je trouve pour se positionner...»

Entretien 11 : « après en même temps, j'suis à l'écoute des équipes évidemment quand, quand elles ont besoin de parler d'un patient ou quoi avec moi. »

Cette situation semble « à double tranchant ». Si cette proximité permet aux équipes soignantes de questionner la prise en charge de leurs patients plus ouvertement, ce flou entre « sachant » et « apprenant » peut être source de difficultés lorsqu'il est nécessaire pour l'interne d'affirmer ses positions. Les internes mettent en lien l'opposition aux équipes, avec le risque de se retrouver « seul face au patient ». Ces situations d'opposition, éclairent la mise en tension entre le « savoir livresque médical » de l'interne et le « savoir-faire », l'expérience des soignants.

Entretien 1 : « typiquement, quand je refuse de prescrire un neuroleptique chez un patient qui n'a pas eu d'ECG, c'est assez facilement justifiable, mais tu sens quand même qu'ils (note : les soignants) sont un peu contrariés... Ils ont un peu tendance à te dire « tu te débrouilles avec ton patient, si tu ne veux pas lui mettre de TERCIAN® ». »

Entretien 12 : « Alors les mots qu'il (note : l'infirmier) a employé je sais plus mais euh... Infantilisant quoi ! « A chaque fois y'a toujours des nouveaux internes, qui ne connaissent rien, moi je fais mon métier depuis trente ans ! », enfin voilà « toujours des internes qui savent rien qui remettent en question » »

Entretien 12 : « Enfin, seule, bah en fait, quand je suis, le fait d'être en difficulté avec les équipes c'est que je me sens un peu seule dans ma prise en charge...»

La situation de contention est un exemple choisi par 4 d'entre eux pour illustrer cette position inconfortable.

Entretien 1 : « Les seules choses qui sont un peu dérangeantes, c'est les prescriptions de contention et d'isolement « de confort » pour les équipes. Quand ils en ont marre qu'un patient déambule et qu'ils te demandent un isolement ou une contention de confort typiquement et ça c'est assez compliqué. Tu dis non, mais y'a une garde où j'ai fini par céder, parce qu'ils m'ont appelé plein de fois jusqu'à ce que je dise « ok » pour cette personne. »

Entretien 6 : « J'ai, j'ai du mal avec la prescription anticipée, de, de contention. Déjà parce que je ne sais pas si c'est légal, et deuxièmement... Deuxièmement, parce que, à partir du moment où tu dis, enfin j'ai l'impression hein. A partir du moment où tu dis, « si besoin, en cas de ça, ça, ça » « vous avez le droit de mettre la contention... », tu sais jamais en fait, pour moi il faut un médecin qui constate. »

Les internes décrivent à travers ces exemples des situations de tension avec les équipes soignantes. Ils endossent plusieurs rôles à la fois durant les gardes. En premier lieu, celui de référent médical de première ligne, détenteur d'un savoir médical. Ces connaissances présumées leur confèrent l'aptitude à prendre des décisions pour les patients et évaluer la légitimité des demandes des soignants.

Entretien 3 : « ça dépend, parce que si j'estime que la présentation de la raison pour laquelle ils m'appellent n'est pas claire, je pose des questions et des fois ils ne se sont pas renseignés et je ne trouve pas ça très professionnel, mais c'est pas grave. Ils vont chercher l'information et j'attends au bout du fil. »

Entretien 4 : « On ne sait jamais ce qui se passe. Même si c'est, « Monsieur N n'est pas allé aux toilettes depuis 5 jours, est-ce que tu peux prescrire du FORLAX® ? » J' préfère aller palper son abdomen et aller voir si y'a pas une infection urinaire avec. »

Entretien 7 : « Les appels simultanés aussi c'est compliqué, quand on t'appelle pour plusieurs situations en même temps, hiérarchiser, c'est pas toujours évident, voilà, prendre tes notes et rien oublier, bon. »

Ensuite, le rôle de « manager » d'équipe, quand il faut structurer la prise en charge entre la « logique de soin » et la « logique de service », informer, guider et négocier les décisions auprès de l'équipe soignante.

Entretien 6 : « j'ai déjà eu tu vois, des équipes infirmières, un infirmier ou une infirmière tu vois, qui était un peu, qui me disait « ah bon ? tu fais comme ça gnagnagna... » Euh... J'essaie toujours de dialoguer, de dire « ah oui ? vous faites comment d'habitude ? » Enfin... Y'a toujours pour moi, la communication d'abord. Tu vois pour moi c'est super important. »

Entretien 7 : « je me dis toujours que voilà quoi, si y'a des décisions que moi j'ai jugé abusives sur le moment, j'étais pas forcément là au, au moment. Je voilà, j'suis pas avec les patients 24h/24, et je peux comprendre leur épuisement parfois, mais j'essaie

euh... de, de temporiser, même si par exemple la contention a été faite, et que je l'approuvais pas forcément »

Enfin, le rôle de « décideur », qui nécessite de s'affirmer auprès de l'équipe la nuit, au même titre que les PH le jour. Les internes sentent dans certaines conditions le poids des responsabilités médicales, légales, éthiques des décisions prises pour le patient.

Entretien 1 : « C'est dans leur formation, qui est de plus en plus protocolisée, justement, et qui empêchent les infirmiers de réfléchir. Et je pense que c'est aussi ce qu'on leur apprend en termes de responsabilité : pas de déléguer la responsabilité mais il faut tout et tout le temps l'aval du médecin, et ça t'empêche de réfléchir. »

Entretien 3 : « ils ont beau avoir 30 ans de bouteille, se faire donner des ordres par un « petit interne » c'est peut être un peu énervant pour certains, je pense. »

Entretien 8 : « C'est le fait d'être le seul représentant médical, du coup, même quand on a peu d'expérience, c'était plus vrai en début d'internat, euh... on se retrouve devant toute une équipe qu'on connaît pas et qui attend notre aval... Un peu, aussi de manière légale parfois... »

La solitude

Apprendre à « porter ces multiples casquettes » constitue l'apprentissage du travail de garde. Les internes décrivent tous à un moment de leur parcours un sentiment de solitude face à ces nouvelles responsabilités. Ce vécu persiste plus ou moins selon les internes.

Entretien 6 : « J'ai l'impression que je ne suis pas la seule à m'être posée cette question, et ça je pense que, ça c'est important de dire, « on peut appeler le PH ». Parce que je pense que si on a le back up, de se dire on peut appeler le PH, on fait mieux notre travail, que si on est stressé et qu'on se sent seul »

Entretien 8 : « j'ai vraiment l'impression d'être toute seule pendant ma garde que, je ... j'prends pas trop le, ouais, je sais pas. Je suis en mode seule ! (rires) Quoi qu'il arrive, se débrouiller tout seul. Je pense que c'est un défaut... »

La sensation de solitude est abordée dans chaque entretien. L'isolement géographique de l'équipe soignante sur le site de garde, l'absence du senior, la distance avec l'hôpital général, le statut de référent médical, les conflits avec l'équipe soignante sont des facteurs qui attisent le vécu d'isolement des internes.

Entretien 1 : « La pire garde de ma vie, c'était durant mon premier semestre, il y a une garde en particulier où je n'ai dormi qu'une heure, les situations cliniques s'enchaînaient sans répit, et en premier semestre, sans infirmier, j'étais seule avec un psychiatre d'astreinte au téléphone, si besoin. »

Entretien 3 : « Les temps de repas, je mange avec les équipes que je connais. Quand ce n'est pas possible, ou que je ne connais pas les équipes, je mange devant la télé. »

Entretien 7 : « tu sais que t'as des équipes infirmières en dessous etc, tu te sens beaucoup moins en insécurité que dans ton petit internat tout seul à l'EPSM. (...) c'est vraiment ça, c'est le fait de pas être tout seul, dans un petit bâtiment. Perdu, au sein d'un parc, quoi, je trouve ça pas très sécurisant, dans un EPSM. Alors, c'est très très joli hein l'EPSM. Mais pour les gardes, c'est pas, c'est pas sécuritaire. »

Il semble peu aisé pour la majorité des internes interrogés de déterminer les limites de leurs responsabilités et de leur rôle en pratique. Les conditions d'exercice en garde, notamment le manque de soignant, brouillent d'avantage les limites de cette mission.

Entretien 1 : « je trouve que ça devrait être plus protocolisé, (...) ça devrait être au secteur en question, ou au cadre de garde du secteur de lui trouver une place, comme ce qui se fait sur certains secteurs. Le bureau d'accueil te trouve une place pour le patient et ce n'est pas à toi de courir et je pense que ça devrait être plus protocolisé, pour qu'on ait juste un avis médical à donner, qu'on ait pas à se soucier de trouver une place pour un patient. »

Entretien 8 : « Et particulièrement aux urgences, ça... j'trouve c'est un peu plus difficile de doser l'investissement qu'on met dans l'entretien, parce qu'en même temps, on sait que le patient aura d'autres interlocuteurs qui vont faire le suivi, et c'est comme s'il fallait pas créer une relation trop forte (...) parce qu'on ne se reverra jamais ! (rires) »

Entretien 9 : « j'sais pas, juste d'avoir un papier, qui rappelle son rôle. Parce que parfois on peut se laisser un peu entraîner dans ce qui

est somatique, on a la possibilité de transférer et enfin... ça peut être un peu... pas se laisser... perdre. »

Dans ce sens, les temps de collaboration avec l'équipe soignante est vécu avec entrain par les internes, ils décrivent que cette coopération apporte du confort dans leur apprentissage.

Les bénéfices de la collaboration

En l'absence du senior d'astreinte, la majorité des internes s'appuient au début de leur formation au travail de garde, sur les équipes soignantes. Ces équipes constituent une « seniorisation officieuse » à part entière. Comme durant le stage, les internes observent et apprennent du « savoir-faire » soignant.

Entretien 1 : « Ce qui m'aide c'est d'avoir un infirmier avec moi, avec un bon avis clinique, c'est-à-dire, un infirmier, qui fait que des urgences psy, je trouve que c'est très très facilitant. »

Entretien 9 : « l'accompagnement paramédical. Pour faire référence aux urgences, l'IDE psy, c'est juste... une... une aide, mais euh... incroyable. Et qui, qui te permet de, gérer des situations avec d'autant plus de... de facilité, de, de confort. C'est vraiment, primordial. »

Pour que cette collaboration fonctionne, la majorité des internes repèrent que la relation de confiance est facilitante.

Entretien 4 : « Sans arriver en étant prétentieux et hautain, j pense que montrer qu'on sait c'qu'on fait et qu'on sait où on est, ça... ça aide forcément une équipe à faire confiance. »

Entretien 5 : « y'avait des équipes soignantes, qui étaient très bien rodées, et où euh... avec qui on, on se sentait assez rapidement assez, enfin je me sentais suffisamment à l'aise pour, pour donner des consignes, euh.. pour donner un certain nombre de consignes de surveillance ou autre. Et où du coup, j'arrivais à déléguer un certain nombre de trucs »

Quelques internes confient leur manière de montrer « patte-blanche » afin d'intégrer le « clan des soignants ».

Entretien 1 : « J'essaie toujours d'être très polie, de me présenter, d'être à l'écoute, de faire attention à ce que disent les infirmiers, d'être la plus souriante possible. Pour que ça se passe le mieux possible, de s'intéresser à ce que racontent les infirmiers de leur vie perso, de tout faire pour que ça se passe bien niveau relationnel, parce que si ça ne se passe pas bien, ta garde elle peut ne peut pas bien se passer. »

Entretien 4 : « Alors, quand y'a vraiment, par contre, personne, c'est vrai que là, je me permets d'aller voir les équipes, d'aller boire un café. »

D'autre part, cette collaboration peut prendre forme au travers d'une bienveillance mutuelle. Les internes rapportent qu'une de leur mission est de « sécuriser » les équipes soignantes.

Entretien 6 : « je pense qu'ils s'appuient sur l'interne, la présence médicale, qui est rassurante pour une équipe infirmière et moi je m'appuie beaucoup pour eux, euh sur eux. Donc c'est, ça va vraiment dans les deux sens, et ça m'aide, enfin de faire le tour dans les étages etc. Bah, ça fait partie du, de l'amorce de ça, de cette coopération. Pour moi, c'est assez évident.

Entretien 10 : « j'ai plutôt tendance à dire « hésitez pas à m'appeler » et on en discute... Mais, j'ai pas forcément de stratégie... J'ai plutôt tendance à, ouais du coup, à, à, à discuter pas mal avec les équipes et euh... des retours que j'ai on n'hésite pas à m'appeler, mais, y'a plein de fois aussi, je me suis déplacée plus pour rassurer »

De la même façon, le soignant fort de son expérience, peut prendre une place protectrice auprès de l'interne lors de la rencontre avec le patient.

Entretien 4 : « Non, justement, elle a commencé à menacer et à taper dans le vide et là l'infirmier s'est interposé. »

Entretien 7 : « je sais que y'a des médecins qui sont très directifs... moi je, je me base sur le ressenti des équipes et j'essaie de pas leur imposer des choses, quand ils estiment que ça va merder quoi.»

La présence des soignants est décrite unanimement par les internes interrogés comme un facteur facilitant dans leur apprentissage de médecin durant les gardes. Ils rapportent puiser dans leur expérience des outils pour s'améliorer.

Entretien 4 : « Prendre conseil auprès des équipes, qui généralement connaissent beaucoup mieux les patients et beaucoup la psychiatrie en général, si on est premier semestre. »

Entretien 7 : « Ce qui va m'aider, c'est, les équipes infirmières. Je trouve que sur une garde, tu te reposes quand même beaucoup sur leurs dires, t'as quand même assez rarement la disponibilité ou le temps, d'étudier complètement le dossier du patient que tu vas voir sur un problème là, sur un instant quoi. Tu, t'essayes de gérer le problème, le problème aigu. »

Entretien 12 : « sur mes premières gardes, je me suis beaucoup appuyée sur ce qu'ils me disaient, bah même pour mes prescriptions, parce que je savais, c'est vrai que j'avais aucune idée... Je ne me suis pas appuyée que sur ce qu'ils me disaient mais je les ai écouté quand ils me disaient, « ah bah lui d'habitude, d'habitude il a ça » ou « si j'étais toi, je lui mettrais ça » ! (rires) J'ai pas, j'ai pas fait, j'ai, j'ai pris en compte on va dire, ce qu'ils ont pu me dire. »

Une fois cette relation de confiance instaurée, les internes semblent pouvoir prendre leur place de « référent médical », prescrire et faire des propositions dans la prise en soin avec plus de quiétude. Il est à noter que soignants et internes doivent renouveler cet exercice « d'apprivoisement mutuel » tous les 6 mois.

B. Le rôle de l'institution

Les situations d'inconfort en garde, sont décrites pour la majorité des internes interrogés comme des situations où ils ne parvenaient pas à déterminer la légitimité des demandes d'avis psychiatriques.

3 internes remarquent qu'un travail de collaboration entre les équipes de psychiatrie et d'urgence sur un plan institutionnel, peut permettre de rendre le travail de garde plus efficace et convivial.

Entretien 1 : « je pense que ça dépend vraiment de comment l'hôpital travaille avec les urgentistes, je pense que c'est plus un travail à faire en amont, que sur la garde. C'est rarement l'équipe de garde qui a une influence sur les relations avec les urgentistes, c'est plus les psychiatres qui ont l'habitude de travailler avec les urgentistes. S'ils font un bon travail de lien, s'ils vont voir régulièrement les urgentistes, s'ils font des réunions pour savoir ce qu'il faudrait améliorer, de mieux faire comprendre ce qu'ils font, ça aide le travail de garde. »

Entretien 5 : « c'est suffisamment clair, pour l'équipe des urg'. Ils nous sollicitent quand ils ont des demandes, et y'a un gros travail en amont, qui avait été fait justement sur, sur ce qui peut être demandé en psy' de liaison ou pas. »

.IV. L'initiation au travail de garde

A. L'apprentissage

9 internes ont abordé l'aspect formateur du travail de garde.

Entretien 6 : « Pour moi c'est hyper formateur, clairement, c'est... en garde j'ai appris beaucoup, beaucoup de choses, euh... la psychiatrie de nuit, oui c'est quand même différent de la psychiatrie de jour. Ce qu'on voit aux urgences, c'est pas la même chose que ce qu'on voit dans un secteur. Qu'est ce qui se passe en amont du secteur ou de l'hospit', enfin faut le voir. Faut pas se dire « qu'est-ce qu'ils font les urgentistes, faut le voir. »

Entretien 11 : « le travail aux urgences psychiatriques, c'est quand même je trouve très formateur. »

Un tiers d'entre eux soulignent la diversité des situations rencontrées en garde et que cet apprentissage est favorable à l'autonomie et la polyvalence.

Entretien 8 : « J'aime bien voir des situations très différentes à la suite l'une de l'autre. Même parfois qu'il y ait quelque chose de somatique, y'a un côté résolution de plein de problèmes différents, qui... est sympa. »

Entretien 5 : « j'pourrais dire que y'a un moment sur une des gardes suivantes, où ça m'a permis de prendre, prendre un peu les devant, pour éviter les euh... éviter que ça, pour éviter ça monte au niveau, au niveau de la charge de boulot, mais euh... »

Entretien 9 : « ça permet de gérer l'urgence. Ça permet d'apprendre à orienter, ça permet d'être euh... très, clair sur des critères d'hospitalisation et de... d'être efficace dans la prise en charge. Etant

donné justement, la possibilité d'avoir des patients qui arrivent à n'importe quelle heure. Il faut une certaine productivité, il faut savoir aller à l'essentiel. Tout en restant humaine et donc ça permet d'avoir, d'être le plus complet possible. Dans son travail, je trouve que c'est, quelque chose d'assez intéressant. »

Plus d'un tiers d'entre eux rapportent le bénéfice d'apprendre au contact du senior, comme en stage.

Entretien 6 : « c'est un chef. En deuxième semestre avec qui, qui m'a formé aux urgences. Ouais, de toute façon c'est vraiment avec lui que j'ai appris, où ça a vraiment fait un changement dans mon internat, sur la gestion de tout ça. »

Entretien 9 : « l'accompagnement des seniors, avec la possibilité d'apprendre au contact de, de différents seniors, de voir différentes façons de pratiquer et justement d'aller grappiller un peu plein de façons de faire et de se construire à travers ça. Vraiment. (...) Dans l'hypothèse où le sénior est présent. Bien sûr, bien sûr. »

Un interne précise qu'il a été nécessaire pour lui d'être « poussé » lors des gardes et conseille avec du recul aux futurs internes de « se lancer » à faire des gardes.

Entretien 10 : « Des fois je me dis « oh bah ça s'est bien passé ! » donc euh... (...) Non, pffff, faut un peu me pousser (rires) ! Mais j'suis quand même contente ! » (...) je pense qu'il faut quand même se dire « on finira par y passer », et c'est pas, c'est peut-être plus angoissant que ce qu'on imagine. Des mauvaises gardes il y a en a toujours, mais du coup, ne pas hésiter si y'a cette appréhension de se dire, de pas attendre le moment où on sera plus sûr ou... J'aurais plutôt tendance à dire « faut en fait se jeter », comme le début de l'internat quoi. Prendre les gardes assez rapidement »

Dans ce sens, un tiers d'entre eux évoquent que c'est un passage nécessaire à l'apprentissage des fonctions de médecin.

Entretien 11 : « c'est normal d'être stressé pour une garde, surtout quand on est un jeune interne et que, voilà, dans la majorité des cas ça se passe quand même bien et puis que, et puis qu'il y aura, malgré, sûrement des moments où ils auront l'impression que ça se passe moins bien. Que c'est un peu plus compliqué, mais qu'ils faut pas qu'ils s'en fassent. Ça fait partie aussi du jeu, et en tant qu'interne on est

encore là pour apprendre et que c'est normal si y'a des moments on se sent un peu dépassé. »

En effet, la garde concentre l'apprentissage de la prise de décision, de la prise de la responsabilité médicale, de la guidance de l'équipe soignante.

Les internes rapportent de l'inconfort, en lien avec la sensation de solitude à cette place comme il a été décrit plus haut. Aussi, cette prise de responsabilité est décrite par 2 internes comme étant « brutale », en décalage avec leur position en stage.

Entretien 4 : « Je trouve que c'est trop de responsabilité en particulier la nuit, c'est quand même angoissant surtout pour un jeune semestre. »

Entretien 8 : « au début d'internat, ça fait beaucoup de responsabilité du jour au lendemain. »

8 internes parlent d'inconfort en abordant leurs doutes lors de la garde. L'apprentissage de la garde est particulièrement tourné autour de l'incertitude et de l'inconnu. C'est une thématique omniprésente dans les entretiens.

B. Les incertitudes

6 de ces internes évoquent spontanément leurs craintes de ne pas savoir « comment agir ».

Entretien 1 : « Mais le premier appel, c'était l'infirmière qui m'a appelé pour me demander de constater un décès, sans plus de détail. J'étais en stress, je ne savais pas s'il fallait quand même essayer de réanimer ou si c'était une personne âgée, si c'était normal qu'elle décède, et du coup je ne me souvenais plus de mes cours, j'essayais de me rappeler de comment on constatait un décès. »

Entretien 6 : « j'appréhendais de me retrouver face à une situation, ou je ne saurais pas quoi faire sur le plan thérapeutique, médicamenteux. »

5 de ces internes confient leur crainte de faire une erreur et ont en regard, le besoin de validation de leurs décisions.

Entretien 5 : « y'a des moments, où euh, j'me dis euh, p'têtre qu'ils m'ont simplement dit « oui ok », pour que je les laisse sortir, et que, derrière bah... derrière ça a rien donné et, la situation a éventuellement pu empirer pour eux. (...) Y'a des moments où même si, même si sur le moment, je les vois, y'a pas de, y'a pas d'idée suicidaire, au moment de l'entretien, euh... c'est des situations qui parfois sont tellement précaires, que, j'étais pas très très tranquille à l'idée de les laisser sortir, quoi. »

Entretien 10 : « Dans une situation où finalement je vais pas recroiser de chef le lendemain où j'étais sûre de ce qui s'était passé, euh... enfin de ma décision, parfois je me dis « ah bah j'aimerais bien... » ... Ce qui s'est passé c'est que j'ai essayé de me connecter sur euh, le dossier du patient pour voir un peu où ça en était, et ça on peut pas le faire... C'est plus ça, je trouvais ça dommage »

Plus de la moitié des internes rapportent que leurs inquiétudes sont centrées sur le caractère imprévisible de la garde, l'inconstance de l'activité, l'impossibilité d'anticiper ce à quoi ils vont devoir faire face.

Entretien 5 : « Euh... après j'avoue, du coup, j'suis allé un peu plus méfiant sur les gardes suivantes quoi. J'étais, euh... c'est, c'est devenu à la fois, plus concret, enfin, c'est, c'est devenu plus concret, mais dans les deux sens du terme. C'est à dire que là où avant j'anticipais, euh, j'anticipais des éventuelles galères qui pouvaient arriver, mais sans vraiment avoir d'idée de, d'idée d'à quel point ça pouvait partir en sucette... »

Entretien 9 : « L'inconnu, c'est l'inconnu qui était anxiogène. »

Entretien 11 : « les premières gardes, t'as le téléphone à côté, tu te demandes quand est-ce qu'il va sonner. T'es toujours en hyper vigilance. »

Face à toutes ces inconnues, avec l'expérience, 5 internes confient leur besoin de reconsidérer leur façon de faire. Le conseil qui transparaît est de pouvoir revenir sur la situation qui les a mis en difficulté et apprendre de leurs expériences.

Entretien 7 : « j'avais, la sensation d'habitude de, on est toujours confronté à des difficultés mais, de pas trop mal gérer... ces situations d'agitation, tout ça. Et en fait, j'ai, j'ai pas mal remis en question en me

disant « mais à quel moment », entre guillemets « on a merdé », pour que ça monte comme ça d'un coup »

Entretien 10 : « c'est à partir de ce moment là où j'me suis dit, il faut trouver un moyen de, j'allais dire, de gérer le stress, de, comprendre ce qui s'est passé pour me dire, si ça arrive et ça arrivera encore, je sais ce qu'il faut faire et ça serait peut-être pas « pile poil » comme j'ai prévu, mais euh... je fais au mieux pour mettre le maximum de moyens et je me suis mis ça en tête »

En cela, le travail de garde constitue un lieu d'apprentissage pour « faire face à l'inconnu ».

Entretien 5 : « j'suis assez facilement stressé, j'aime bien avoir, j'aime bien pouvoir planifier, avoir une idée un p'tit peu de comment je vais m'organiser, etc... c'est vrai que les gardes c'est l'exercice par excellence, c'est de la thérapie d'exposition quoi ! (rires) »

C. Demander de l'aide

Pour faire face aux doutes, la majorité des internes interrogés apprennent à demander de l'aide à leurs confrères et à l'équipe soignante.

Plus de la moitié des internes interrogés confient hésiter à demander de l'aide, cette question est d'autant plus vraie pour des questions « somatiques ».

Entretien 10 : « pour un avis des fois, pareil une histoire de protocole en disant euh... donc si, forcément si c'est urgence vitale forcément c'est le SAMU, mais, dans l'entre deux un conseil pour, une prescription d'un traitement, ou un conseil somatique quoi... D'avoir peut-être une nuance de « là je dois appeler l'urgentiste qui est peut-être débordé » ou « est-ce que ça peut passer par... » Et ça c'était jamais très clair, »

Les raisons ne sont pas unanimes. Ceux-ci évoquent la crainte du jugement, la stigmatisation de la psychiatrie aux urgences, la difficulté à déterminer le degré d'urgence de leur demande. Cette démarche, renvoie ces internes à la limite de leurs connaissances, au risque de passer pour quelqu'un d'incompétent.

Entretien 1 : « Donc un peu du mépris de la spécialité, mais parce que c'est une spécialité que les gens ne connaissent pas. Et ce qu'ils

ne connaissent pas, ça fait peur et plutôt que d'essayer de comprendre ils se disent : « oh, c'est psy... Et puis démerdez-vous et ce n'est pas mon problème. » »

Entretien 6 : « Et, c'est que pas souvent, moi j'ai pas le réflexe d'appeler le PH, moi parfois j'ose pas trop. (...) Bah passer pour quelqu'un de stupide, de rater un truc évident, je sais pas. Le fait qu'il soit pas toujours très... « welcome in » ! (rires)»

Entretien 12 : « parce qu'en fait, moi j'ai pas fait remonter les difficultés que j'ai eu parce que je considère que j'ai pas eu des difficultés énormes. En fait mes gardes globalement elles se sont bien passées, mais j'ai quand même eu des petites choses qui m'ont posé questions, et j'ai pas pu en parler au fur et à mesure. Alors on m'a fait remarqué que j'aurais pu en parler au PH, ou que j'aurais pu appeler. Et c'est vrai, que je l'ai pas fait. Donc ça c'est aussi moi. »

De façon plus anecdotique, cet interne a déjà pris l'initiative de proposer son aide aux internes hésitants à appeler de senior durant les gardes.

Entretien 7 : « parfois se mettre d'accord avec un interne ou une interne plus âgé, si, si on a un p'tit peu cette barrière du PH d'astreinte de pas oser l'appeler, bah moi ça me... m'est déjà arrivé de dire à un ou une jeune interne qui prenait sa garde euh... « tu m'envoies un texto si t'as un problème, tu m'appelles. » Ça me paraît normal quoi. »

De la même façon, cet interne rapporte qu'il demande conseil à d'autres internes de garde en même temps que lui.

Entretien 6 : « Quand c'est vraiment pour des broutilles, j'appelle un interne de psychiatrie de garde en même temps que moi ! (Rires) Quand il n'est pas trop tard, pas quand il est 4h du matin ! Je me dis, c'est encore correct, il n'est pas couché, quand c'est en début de soirée, quand c'est des trucs, si j'ai un doute sur un traitement, je l'ai déjà fait. »

La crainte de déranger le senior d'astreinte revient régulièrement. Cette crainte prend ses sources dans l'expérience d'autres internes de ne pas être parvenu à joindre le senior ou d'avoir été « mal reçu ». 2 internes décrivent qu'ils ont fait face à un moment donné de leur parcours à l'absence de réponse du senior durant la garde.

Entretien 3 : « y'a toujours moyen d'appeler quelqu'un, que ce soit un PH d'astreinte en psychiatrie, que ce soit un urgentiste, sur le plan somatique. Que ce soit un autre psychiatre des urgences : ça m'est

déjà arrivé d'appeler un psychiatre des urgences du CHU, parce que j'arrivais pas à avoir le PH d'astreinte de chez moi. »

D'autres internes, avec l'expérience, rapportent solliciter leur confrère avec moins d'hésitation.

Entretien 7 : « ce qu'on dit souvent aux jeunes internes qui appréhendent leurs gardes, qu'il y a un PH d'astreinte, il est là pour ça. Il est là pour être dérangé et quand t'es jeune interne je pense que c'est normal d'appeler de manière récurrente le PH d'astreinte, je pense qu'il ne faut pas hésiter, quitte à être remballé. »

Entretien 10 : « y'a peut-être des expériences malheureuses mais moi là, j'ai jamais eu l'impression d'avoir manqué de quoi que ce soit, ou de pas pouvoir appeler un chef »

Les expériences sont variées. Certains ont fait le choix d'appeler le senior fréquemment en début d'internat et de moins en moins avec l'expérience. 3 internes témoignent qu'ils ont peu demandé d'aide dès le début de leur internat, convaincus qu'ils devaient apprendre à se débrouiller seuls.

Entretien 1 : « Demander l'avis d'un sénior ça doit vraiment être en dernier recours, et je me souviens de mes débuts où ils nous avaient dit : « au moment de nous appeler, vous faites votre observation, vous prenez du recul sur la situation, et si vous n'avez toujours pas de solution vous nous appelez. C'est aussi un peu une manière pour qu'on ne les embête pas trop, mais ça débloque pas mal de situations. »

Cet interne confie qu'il a trouvé du soutien auprès du senior à plusieurs reprises, craintif au préalable de la réponse qui pourrait lui être apportée.

Entretien 6 : « Si j'ai un doute, j'hésite pas à appeler le sénior. C'est comme ça que j'ai constaté que le sénior il ne t'enguelait pas au téléphone ! Le sénior il est toujours d'accord pour que tu l'appelles »

Plus de la moitié des internes, toutes expériences confondues, conseillent spontanément aux futurs internes de solliciter de l'aide s'ils ont un doute pour prendre une décision.

Entretien 6 : « A partir du moment où y'a un back up, les gens gèrent mieux tout seuls. Tu vois ce que je veux dire ? Du coup pour moi c'est important, qu'on me dise, « tu peux appeler le PH » le back up est très important. »

Entretien 7 : « t'es catapulté comme ça au statut d'interne, de décideur, alors que t'as pas d'expérience, alors je pense qu'il faut pas hésiter, même si c'est pour un truc, tu dis, « je vais appeler pour une petite prescription de médicament tout ça, » enfin voilà, tu débarques, tu connais pas. Je pense qu'il faut se reposer sur le PH d'astreinte, beaucoup plus qu'en fin d'internat. »

D. Le vécu d'illégitimité

La notion d'illégitimité est retrouvée dans la plupart des entretiens. Elle est abordée par les internes dès qu'ils pointent leurs doutes et leurs craintes quand elles se révèlent face à l'équipe soignante et au patient.

Entretien 3 : « je pense que c'est important aussi de savoir déléguer, de savoir dire à un moment donné, j'y arrive pas, je suis pas capable de faire, donc je demande à quelqu'un de plus compétent en fait. »

Entretien 9 : « La peur de ne pas... pas faire bien mon travail, de peut-être rater quelque chose de... de... comment dire... de dangereux pour un patient et qu'il y ait une perte de chance, du fait d'un manque de compétence de ma part. »

En tant que référent médical en première ligne, l'interne endosse un rôle qui l'expose au jugement de ses pairs. Cette question est abordée par plusieurs internes, qui décrivent ressentir des attentes du côté de l'équipe. Ce rôle est remis en question quand l'interne a l'impression qu'il empiète sur le rôle des médecins référents des patients. La question de modifier le traitement de fond, ou de discuter avec les équipes le cadre de soins illustrent ce point de tension.

Entretien 1 : « J'estime que je n'ai pas mon mot à dire, et que si un psychiatre, un interne ont posé une indication d'hospitalisation, je ne vais pas dire que je ne le prends pas »

Entretien 3 : « Quand ils arrivent en garde, quand ils n'ont pas leur traitement habituel, c'est vraiment voilà, un traitement qui soulage le temps de la garde, un traitement de dépannage à réévaluer le

lendemain, par le psychiatre qui prend en charge le patient, je pense que c'est beaucoup plus adapté, que d'avoir la prétention de... faire un cadre alors qu'on est tous différent. »

Cette sensation d'illégitimité est accolée à l'impression d'être « débordé », à la saturation des capacités à « gérer » la situation est décrite par 3 des internes.

Entretien 5 : « Ou on m'appelle au téléphone, alors que j'suis en train de gérer l'entrée, plus une agitation, plus euh... c'est, et donc c'est plus ce moment-là qui m'a marqué. J'suis tout seul et j'arrive pas à gérer. »

Entretien 9 : « y'a des gardes où y'a toujours 6 patients en attente. Et ça c'est, à devenir fou parce que, c'est (rires), c'est vraiment des situations où on en voit pas le bout et on sait pas comment on va tenir, mais on finit toujours par le faire. Ça pour le coup, c'est hyper anxiogène.»

E. La responsabilité

Aucune question directe sur la responsabilité médicale n'est posée, cependant, elle est systématiquement abordée par les internes. 2 internes rapportent qu'ils ont appris à endosser cette responsabilité en faisant preuve d'autonomie dès leurs premières gardes.

Entretien 3 : « Plus tard, y'avait un PH d'astreinte, mais ayant pris de mauvaises habitudes, je n'appelais pas. Par oubli en fait. Parce que j'avais appris à me débrouiller autrement. Il est arrivé très peu de fois où j'ai appelé un sénior. »

D'autres internes l'abordent en décrivant les stratégies qu'ils mettent en place pour sécuriser le patient et également se sécuriser eux-mêmes, notamment le fait d'élargir les indications d'hospitalisation, de solliciter l'avis des équipes soignantes et l'utilisation des consultations de « post-urgence ».

Entretien 1 : « J'ai tendance à assez facilement hospitaliser les patients, parce que je me dis c'est ma responsabilité sur le moment (...) J'assume complètement mes responsabilités, je me dis qu'il faut que je

puisse justifier de ma décision, auprès de la famille, mon chef, la justice quand je serais thésée. Faut que ça ait du sens.»

Entretien 4 : « Heureusement il y a quand même des « garde fous », enfin, il y a des infirmiers, normalement il y a quand même le médecin d'astreinte, qu'on peut joindre, et puis il y a ces consultations post-urgence, qui sont souvent mises en place, ça je trouve que c'est très rassurant. »

En effet, la peur, transparait dans le discours des internes quand nous abordons l'apprentissage des responsabilités. La crainte de la mort du patient n'est jamais très loin lorsque nous abordons ce sujet.

Entretien 3 : « t'as cette impression de vertige, enfin vertigineuse, d'hyper-responsabilité (...) Je pense qu'à partir du moment où tu sais en fait, que tu sais que t'es pas tout seul, t'abordes les choses un peu plus sereinement, dans le sens où tu t'estimes pas responsable de la future éventuelle mort de certains patients, moi c'est ça qui m'angoisse, c'est que, un patient meurt. »

Entretien 5 : « je vais dire ça de façon un peu trash, y'a des patients, qui sont sortis des urgences, je ne sais s'ils sont toujours vivants aujourd'hui... (soupir) »

La responsabilité directe de l'interne n'est pas engagée dans la prise en charge, pourtant tous rapportent s'engager auprès du patient, « comme si » c'était la leur.

Entretien 1 : « Même quand on a l'aval du sénior, c'est quand même nous qui lui présentons la situation, c'est notre manière de présenter la situation qui va l'influencer, notre présentation est forcément biaisée. Même si j'ai l'aval du sénior, je vais « blinder » mon observation. »

Entretien 4 : « comme j'ai souvent été très autonome, que ce soit sur les gardes ou les astreintes, sinon c'était moi qui prenait les décisions. »

En effet, il semble difficile pour les internes interrogés de cerner ce qui dépend de leur responsabilité, de l'aléa médical et de l'obligation de moyens. Dans le doute et dans ce contexte d'urgence, les internes décrivent qu'ils sécurisent la prise en charge, l'équipe et le patient.

Entretien 1 : « Quand un patient est hospitalisé, il ne peut rien lui arriver, sauf si tu ne fais pas la bonne prescription de surveillance, mais là encore, j'ai tendance à être un peu, pour la nuit je mets une surveillance élevée et ce sera réévalué le lendemain »

Entretien 6 : « Dans les situations délicates, où je suis un peu entre deux. Où je me sens, j'sais pas trop, je me dis... Je raisonne souvent à l'envers, je me dis : « si je prends cette décision, qu'est-ce qu'on pourra me reprocher ». (...) une faute, une faute morale, une faute médicale, une faute éthique, une faute c'que tu veux, enfin. Donc je raisonne souvent à l'envers tu vois, si j'vois qu'il y a une zone d'ombre, je me dis, c'est pas la bonne décision à prendre. »

Ces questions peuvent rester en suspend et provoquer des ruminations après la garde ou de l'appréhension pour la prochaine garde. Les internes qui rapportent ces ruminations précisent que l'impact sur le vécu après la garde est modéré.

Entretien 1 : « Parfois j'ai besoin de décompresser, j'en parle avec un proche, ma manière de décompresser, si j'ai eu des situations compliquées, et que j'y repense, alors il faut que j'en parle. »

Entretien 7 : « après c'est pas forcément raisonné, rationnel hein, mais j'appréhendais la garde d'après aux urgences. Je trouvais que c'était déjà des gardes assez chargées, un peu compliquées, et je me dis bah si ça peut dérapier comme ça, ça peut se reproduire. Ouais pour le coup j'étais pas rassurée au sujet de la prochaine garde ouais. »

Entretien 10 : « Et le lendemain, dans la journée ça me recogitait « j'aurais dû faire ci, j'aurais dû faire ça » ou je rouvrais des bouquins... j'essaie de me, je contactais les copains en médecine générale pour dire « mais là j'aurais dû faire ça, t'aurais fait ci ? ». Ça m'es déjà arrivé de cogiter toute la journée (rires) »

F. La place des protocoles

Ainsi, les internes sont en demande de protocoles au moment de la prise de décision pour les guider au milieu de l'imprévisibilité du patient, de leurs doutes et de leur inexpérience. Ceci est d'autant plus vrai en l'absence de senior. Cela fait écho aux livrets que quelques internes ont dans leur poche durant les gardes.

Entretien 4 : « Cette question de l'évaluation, plus on avance dans la pratique, moins elle est délicate, et en tant que jeune semestre c'est encore une fois difficile de savoir comment se positionner, peut être

avec un guide, avec les principaux symptômes, les principaux syndromes, les principaux signes d'alarme, ça, ça pourrait aider. »

Entretien 8 : « L'entretien en soit ça me pose moins de question, mais depuis le début de l'internat, j'utilise vachement les fiches de l'AESP pour structurer mes entretiens. »

.V. La sénioration médicale

La fonction de réassurance

Plus de la moitié des internes confient le besoin d'être rassurés lorsqu'ils rencontrent une situation délicate, mais aussi avant la garde.

Entretien 6 : « Bah, de savoir que, c'est bête, mais des fois y'a des chefs à 18h avant de prendre la garde qui nous croisent et qui nous disent « bah hésite pas à appeler le PH d'astreinte, c'est telle personne, faudra pas que t'hésites. » Du coup ça rappelle que oui, y'a toujours quelqu'un de disponible. »

Cet interne évoque l'idée que le senior prenne des nouvelles de l'interne au au début de la garde ou le lendemain.

Entretien 4 : « j'entends que c'est pas possible pour les séniors, de faire aussi un système de garde, parce que ça ne serait pas gérable pour les services, mais au moins en début de garde, c'est là souvent qu'on a le plus de demandes. Vérifier avec l'interne que ça se passe bien pour lui, et faire systématiquement un point que ce soit directement, ou par téléphone le lendemain. »

Cet interne rapporte l'effet positif sur son vécu, de la réassurance du senior au téléphone, qu'elle décrit appliquer à son propre management des équipes.

Entretien 6 : « pour moi c'est la même chose pour les équipes infirmiers, si quand je pars je leur dis « si y'a un problème, n'hésitez pas à m'appeler, c'est magique tu vois », y'a toujours... Enfin, ouais, c'est un peu magique, En général, j'suis moins appelée que si je dis « bon j'vais me coucher, salut ! » (rires) »

L'aide à la prise de décision

Si la demande de réassurance semble implicite au téléphone, les internes sollicitent surtout le senior pour « débloquer » une situation ou « trancher » une décision. Ils pointent que cette démarche les soulagent en terme de responsabilité.

Entretien 4 : « quand j'étais jeune interne, généralement je suivais le chef à la lettre. Avec un peu plus d'expérience, parfois je peux discuter, mais dans tous les cas je vais suivre l'avis du chef parce que, c'est de sa responsabilité et je vais pas m'amuser à aller contre sa décision. »

Entretien 8 : « Mais en même temps, ça déresponsabilise, c'est aussi confortable, ça dépend beaucoup du sénior en fait. Et de la confiance qu'il accorde à l'interne. »

Cependant, avec l'expérience, cet interne rapporte qu'il appelle pour discuter, échanger sur la situation d'un patient avec le senior, même s'il a déjà la réponse à sa question.

Entretien 11 : « C'est vrai que maintenant bon, en ayant un peu plus de bouteille... ça se produit moins souvent les situations où j'ai besoin d'appeler le PH d'astreinte. Après c'est pareil quand je suis vraiment emmerdé, et que je sais pas trop, que j'hésite vraiment, quand j'ai l'impression d'être complètement perdu, j'hésite pas, (soupir) à lui demander son avis et puis bon, en général très souvent ce qui se passe, c'est qu'on en discute et qu'on arrive à peu près à la même conclusion. En fait en discutant, c'est vrai que je fais ce que dit le PH d'astreinte, mais c'est souvent voilà, c'est, une discussion assez constructive. Ou on en arrive à une conclusion commune. »

L'écoute

5 internes estiment bénéfique de raconter leur vécu de garde au senior. 3 d'entre eux décrivent avoir bénéficié durant leur parcours d'un temps de reprise, de transmission, ou d'un debriefing de fin de garde.

Entretien 9 : « On a pu debriefer, on a pu en discuter longuement, ça a été très positif pour moi. Parce que c'était vraiment très très, très très lourd à porter. »

Entretien 10 : « hyper bienveillant, alors il était pas sur place mais il m'a, il a repris l'entretien avec moi, j'ai eu le temps de lui en parler une fois que la patiente était en sécurité. Et il m'a bien dit que finalement,

ça s'est passé comme ça mais c'était pas de ma faute. (...) il m'a plutôt écouté et on a repris l'entretien et m'a fait « tu pouvais rien faire d'autre » quoi. »

Entretien 11 : « j'ai eu l'occasion de débriefer, d'ailleurs c'était très chouette, ça m'a vraiment fait du bien. (...) très calmement, je, j'ai vraiment apprécié c'était vraiment sympa et relativement riche quoi. Euh... donc du coup, ça, ça, ça j'ai trouvé ça vraiment, vraiment bien. Mais, mais, je me souviens qu'effectivement sur le moment, pendant la garde j'avais vraiment pas très, ce que je lui ai dit d'ailleurs à ce pédo quand j'ai débrieffé avec lui, que sur le moment, j'avais vraiment mal vécu le truc. »

Si le besoin ne se fait pas sentir systématiquement, ce temps a été utile pour la majorité d'entre eux. Ils rapportent que c'est l'opportunité pour parler de leur vécu mais aussi, pour demander des conseils vis-à-vis de leurs pratiques, voire une « correction » de leur prise en charge. Ce temps est pointé comme un temps de formation à part entière pour bénéficier de l'expérience du senior et prendre du recul sur la situation clinique.

Entretien 7 : « ce qui peut juste être un peu stressant c'est de se dire voilà, si t'as fait une connerie, tu vas t'en rendre compte, tu vas en parler avec un chef et tu vas... tu vas te rendre compte... T'es pas toujours fier à 100%, mais bon. Mais je pense que c'est un moindre mal, à côté du bénéfice de, de pouvoir, de pouvoir débriefer de sa garde. »

Entretien 9 : « il peut arriver qu'on soit, sur le coup, sur le coup de, de l'urgence, de l'anxiété, des émotions et qu'on perde le recul et que là ça permet de reprendre les choses à froid. Et de, de les analyser peut-être plus finement que sur le coup. »

Entretien 10 : « De pouvoir reprendre les situations, parce que je me dis que ça peut nous aider, de, redébriefer un peu, sans devoir appeler à chaque fois le chef d'astreinte, mais de pouvoir avoir d'autres, euh... regards sur la situation, ce que les personnes auraient fait. C'est plus un échange en fait à chaque fois, ce qui m'aide c'est quand on peut reprendre les situations et euh... et avoir d'autres avis. »

Entretien 12 : « j'ai jamais eu de débrief' et de retour sur mes gardes. Et ça, je trouve ça vraiment dommage (...) y a un gros décalage entre mon stage et mes gardes et à aucun moment j'ai eu de retour sur ce que j'avais fait. Et pour m'améliorer, pour que les gardes soient plus formatrices bah j'aurais bien aimé savoir, si là sur mes premières prescriptions c'était pas complètement à côté de la plaque enfin voilà. Juste qu'on me dise, « c'est bien » ou « la prochaine fois c'est mieux de faire ça » »

.III. Le vécu après la garde

A. La sensation de fatigue

Plus de la moitié des internes décrivent une sensation de fatigue, d'irritabilité ou de tristesse au décours de la garde.

Entretien 4 : « y'a des situations qui sont très énergivores, je me suis épuisée. »

Entretien 6 : « j'suis très fatiguée, c'est pour ça que je suis un peu triste et tout, parce que en fait physiquement j'suis épuisée. (...) Pour moi c'est physiquement que c'est très dur. »

Entretien 8 : « J'appréhende un peu le sentiment de fatigue, c'est peut être un peu de l'énerverment. Ce que je ressens. (...) Un peu la fatigue quand même... mais souvent, si c'est une garde chargée, je mets plusieurs jours à m'en remettre, je, je le ressens. »

Si la sensation résiduelle de fatigue dépend de chacun, la fréquence des gardes peut avoir un impact sur la motivation et la qualité du vécu les jours suivants.

Entretien 5 : « en fait j'tenais parce que j'étais en état de stress permanent, donc ce qui faisait que les sensations de faim, de fatigue etc je ne les sentais pas. Par contre, je, je les encaissais le lendemain. »

Entretien 9 : « ça dépend du type de garde. Y'a des gardes qui sont très très énergivores. Une garde aux urgences, on va pas se mentir c'est très fatiguant. (...) Mais, effectivement le repos de garde, il est, il est important... Mais en général, ce repos est suffisant pour euh... pour récupérer pleinement et donc ça n'impacte pas trop, voir pas du tout la suite. »

Les internes interrogés s'accordent à dire que plus d'une garde par semaine peut être considéré comme un rythme de garde trop fréquent.

Entretien 4 : « Trop c'est combien ? Bah je pense que quand on est à deux gardes par semaine c'est trop. »

Entretien 11 : « Alors une garde par semaine, ça me paraît faisable. Sur ce site, c'était le rythme moyen. Plus d'une garde par semaine, ça commence à faire beaucoup quand même. »

Cet interne souligne que dans son expérience, un rythme minimum de garde permet de ne pas perdre l'habitude.

Entretien 3 : « le nombre de gardes, le fait d'en faire régulièrement fait qu'on ne perd pas trop l'habitude. Donc ça aussi, je pense que ça aide. »

De plus, 2 internes confient spontanément que l'accumulation de fatigue occasionne une baisse de motivation durant le travail de stage.

Entretien 8 : « Quand je suis fatiguée, dans le travail, j'ai peut-être une petite baisse de motivation ou d'humeur. Ça me demande plus d'effort, de faire ce que je fais d'habitude. »

B. Le soulagement

Moins de la moitié des internes rapportent spontanément par ailleurs, une sensation de soulagement à la sortie de la garde.

Entretien 1 : « Quand c'est terminé je me sens soulagée, je suis contente que ce soit terminé parce que je vais pouvoir avoir une journée où j'aurais des excuses où je vais avoir le droit de ne rien faire, parce que j'étais de garde. »

Entretien 8 : « J'ai un sentiment de soulagement, et de satisfaction parfois, enfin si tout s'est bien passé ! (rires) »

C. La sensation de progresser

10 internes sont revenus sur leur progression avec l'expérience de la garde.

Plus de la moitié d'entre eux rapportent que l'expérience acquise en garde leur a permis de prendre du recul sur leur pratique, de gagner en assurance et en autonomie.

Entretien 3 : « je me dis que si on n'était pas là ce serait pire. On fait ce qu'on peut, peut être que nos prises en charge ne sont pas parfaites mais c'est mieux que rien du tout. »

Entretien 10 : « J pense que c'est plus personnel parce que je me, j'me prouve que toute seule j'arrive à faire des choses, c'est plus ça je pense ! Mais parfois aussi du coup, le fait d'avoir gérer des situations

où je me dis « oh bah c'était chaud mais on a, on a réussi ! » Ouais ça peut être valorisant dans ce sens-là quoi. De voir que, que... et puis de se sentir peut-être progresser aussi. Au fur et à mesure des semestres. »

4 d'entre eux qui rapportaient une appréhension des gardes en début d'internat.

Ils soulignent que cette appréhension a diminué au fur et à mesure de leur parcours.

Entretien 6 : « Alors depuis que je suis interne, j'ai fait 10 gardes à peu près, du coup j'ai compté. Là je ne stresse plus du coup. »

Entretien 11 : « Au début de l'internat, j'étais pas super à l'aise avant une garde, ça me stresse... d'ailleurs mon premier semestre, j'en ai pris très peu sur le site où j'étais (...) Et bon, maintenant, maintenant que je suis plus âgé, c'est quand même moins, ça me stresse quand même moins. »

2 d'entre eux rapportent le bénéfice de cette expérience sur l'hypervigilance durant la garde.

Entretien 5 : « les moments où je pourrais dormir, où je pourrais, où je pourrais, aller, aller manger etc... c'est justement les moments, les moments qui sont les plus compliqués à gérer. (...) le fait de le savoir aujourd'hui, je m'adapte, je, je fonctionne un p'tit peu différemment, je trouve des, j'trouve des trucs, des alternatives, pour arriver à mieux supporter bah... à passer, à passer un peu ça quoi. »

5 d'entre eux, soulignent le bénéfice de cette expérience sur la confiance en leur pratique et la maturité de leur sens clinique.

Entretien 4 : « Quand je sens la tension du patient monter, je trouve que c'est quelque chose qu'on sent vite surtout en crise. (...) j'ai ma sonnette d'alarme. »

Entretien 9 : « Avec le temps, ça a diminué, je me suis... comment dire, je me suis habitué au fonctionnement des gardes. Et j'ai aussi adapté ma propre, ma propre méthode de travail pour euh... pour être efficace et y'a moins de remise en question. En tout cas je me sens moins démuni. »

2 d'entre eux pointent que ces améliorations peuvent être en lien avec le fait de se familiariser avec le lieu de garde.

Entretien 6 : « Y'a moins d'appréhension, parce que, déjà sur le plan logistique, je me suis habituée, où sont les numéros de téléphone, où sont rangés les trucs, comment... enfin, comment on peut s'appuyer aussi sur les équipes infirmières etc... donc, le constatant sur le terrain, ça m'a quand même globalement « déstressée ». »

DISCUSSION

.I. Principaux résultats

Cette étude permet de mettre en lumière 3 axes de réflexion.

Le premier axe met en évidence que le travail de garde génère chez les internes de psychiatrie interrogés des doutes et un sentiment de solitude.

La quantité et la difficulté des situations rencontrées lors de la garde sont imprévisibles. Ces inconnues génèrent de l'incertitude et de l'appréhension avant la garde. Un état de tension est décrit dans la majorité des entretiens et peut persister après la garde, sous forme de ruminations anxieuses. L'interne fait face pendant la garde aux limites de ses connaissances, de ses capacités managériales, de sa responsabilité médicale et des outils thérapeutiques à sa disposition.

L'interne a un statut d' « apprenant » durant la journée. Il se retrouve au moment de la relève de la garde, propulsé à la place de « sachant ». Sans l'expérience, le savoir-faire, ni la légitimité des médecins seniors. Ce statut dynamique, dans « l'entre-deux » (6) est source d'inconfort et d'incertitude dans la prise en charge des patients. Ce « double-statut », entre la démarche d'apprentissage de l'interne et le rôle de « docteur » est décrit par A. Van Effenterre. (6) Le vécu de solitude est mis en lien avec l'apprentissage des responsabilités et la place provisoire de « référent médical » durant la garde. Ce vécu est également décrit dans une étude en réanimation sur le vécu du risque, majoritairement par les étudiants infirmiers et les internes. (26)

Les internes de psychiatrie interrogés qui ont assisté à des situations de contention à l'initiative des soignants, illustrent ce vécu de solitude. Dans ces conditions, leur statut de clinicien peut être réduit à un statut de prescripteur. Toutes expériences confondues, les internes rapportent de la prudence et de l'illégitimité à s'opposer à une équipe soignante en l'absence de l'autorité médicale référente.

Par ailleurs, la crainte que le médecin senior ne soit pas disponible est présente dans l'imaginaire collectif des internes interrogés. Une minorité d'internes rapportent l'expérience de ne pas être parvenu à contacter le médecin senior dans le cadre de l'urgence. Cette inquiétude ajoute de l'appréhension au travail de garde. Par ailleurs, l'hésitation à solliciter de l'aide peut être en lien avec la difficulté à déterminer le caractère urgent de la demande, la crainte d'être jugé et l'aspect stigmatisant de la psychiatrie auprès des équipes d'urgence. Ces freins à demander de l'aide peuvent être en lien avec l'exigence qu'ils ont vis-à-vis d'eux même. La culture médicale d'excellence attise ces craintes. (33)

Le rythme frénétique du travail de garde fait irruption dans la temporalité plus lente de l'apprentissage des internes de psychiatrie. **La garde est un lieu propice au dépassement de soi. C'est un lieu de formation intensif et fécond, qui contraint les internes à repousser leurs limites.** Ils rapportent mettre leurs besoins entre parenthèse (besoin de sommeil, de faire une pause, de se restaurer) quand cela est nécessaire pour les patients et les équipes soignantes. Les internes interrogés rapportent s'être déjà sentis « débordés », « saturés », inquiets lorsque la charge de travail est importante. Le vécu émotionnel prédominant dans les situations d'incertitude sont la peur et la colère.

Les situations marquantes rapportées, sont celles où ils ont fait face au comportement auto ou hétéro agressif d'un patient (pour 6 d'entre eux), des conflits avec l'équipe soignante (pour 3 d'entre eux), la crainte de la mort d'un patient (pour 3

d'entre eux) et l'accueil de patient en Etat de Stress Aigu dans les suites d'une agression sexuelle associées à une charge émotionnelle intense (pour 2 d'entre eux). Des situations similaires ont été estimées comme marquantes pour les étudiants en santé dans un autre étude de 2010. Ces situations peuvent appartenir à l'*hidden curriculum* et sont sources d'anxiété. (34)

Le second axe met en évidence les moyens qu'emploient les internes de garde de psychiatrie pour faire face à ce vécu. Les internes rapportent qu'ils ont besoin de poser des repères au milieu de toutes ces incertitudes, s'imprégner de la logistique et des outils de travail de garde en amont. Dans ce sens, le temps d'accueil, la présentation du lieu de garde sont importants. Une minorité d'internes rapportent l'évitement de certains sites de garde en raison des conditions de travail.

Face à l'inconnu, les internes sont en demande d'anticiper et contrôler l'environnement de garde et les outils mis à leur disposition. Plusieurs d'entre eux tirent de leur expérience les bénéfices d'utiliser un support écrit, un « guide » qu'ils peuvent consulter à tout moment. Ce « guide de l'interne de garde » regrouperait dans l'idéal les numéros utiles pour joindre d'autres professionnels en cas d'urgence et un rappel des procédures administratives à suivre en cas d'indication de soins sans consentement. Deux internes soulignent l'importance d'un travail de collaboration au long cours entre l'équipe des urgences et les services de psychiatrie en amont. Cette collaboration permet d'améliorer la coordination de la prise en charge des patients au SAU pour des motifs psychiatriques. Ces résultats sont également mis en évidence dans une étude auprès de plus de 200 psychiatres, qui soulignent que les aspects organisationnels sont des facteurs favorisant d'épuisement professionnel au même titre que les situations de violence. (35)

Par ailleurs, les internes avec plus d'expérience conseillent à leurs cadets de réviser la prise en charge des situations d'urgences psychiatriques.

Tous les internes rapportent les bénéfices du travail de collaboration avec les équipes soignantes en psychiatrie. Les études montrent dans ce sens, que les aspects interpersonnels pour les médecins sont des facteurs de satisfaction au travail. (36)

En effet, pour les internes interrogés, s'appuyer sur l'équipe soignante durant les gardes, est pointé comme un véritable atout dans leur formation de psychiatre. **Ainsi, les internes de psychiatrie de garde bénéficient d'un « double système d'apprentissage » : la seniorisation assurée par le médecin senior d'astreinte d'une part et la transmission du savoir-faire des équipes soignantes de nuit, en l'absence du PH d'autre part.** En effet, les internes décrivent majoritairement que la relation interne-soignant est sous-tendue par un lien de confiance et de bienveillance mutuelle. Cette relation permet aux internes de bénéficier de la transmission du savoir-faire et du savoir-être (6) des équipes soignantes (infirmiers, aides-soignants...). De plus, ce lien permet aux soignants d'apporter soutien et guidance à l'interne en l'absence du senior d'astreinte. La seniorisation médicale se situe entre l'enseignement et l'apprentissage de la psychiatrie d'urgence (6) . C'est à dire, entre la transmission d'un savoir théorique et d'un savoir-faire. Le compagnonnage permet cette transmission. (6) **Les internes décrivent la seniorisation médicale comme une aide à la prise de décision. La seniorisation peut avoir une fonction également d'écoute et de réassurance de l'interne.** Ce sont des arguments en faveur de l'entretien d'un lien de compagnonnage de bonne qualité. La présence du senior sur le site de garde rassure les jeunes internes. Une minorité d'entre eux soulignent qu'il est néanmoins important d'avoir de l'autonomie dans la prise de décision pour se préparer à endosser la responsabilité médicale. Dans les sources de « souffrance » de la formation en psychiatrie, A. Van Effenterre pointe « la violence de

la nécessaire expérience de solitude dans la formation ». (6) Une étude auprès du personnel soignant en réanimation souligne que « la mise à distance des risques passe davantage par la mise à distance de la responsabilité » chez les étudiants. Cette étude suggère que cette mise à distance est permise par la présence des seniors, mais peut retarder la prise de conscience du risque. (26)

A l'entrecroisement de tous ces entretiens, nous remarquons avec les internes que la présence du senior semble moins nécessaire quand les internes sont convaincus de sa disponibilité en cas de besoin. **Deux internes proposent que le senior appelle l'interne en début de garde afin qu'il s'informer de la charge de travail et des difficultés éventuelles auxquelles l'interne fait face. Cette prise de contact, peut permettre de rassurer l'interne sur la disponibilité du senior et proposer un « debriefing téléphonique » le lendemain matin.** Cette proposition peut être mise en parallèle avec les écrits de R. Kaës. La juste position du senior se situe entre « laisser de l'autonomie » et « soutenir attentivement ». De la même façon, plusieurs internes appellent les équipes soignantes en début de garde pour prendre les transmissions et rassurer de leur présence. **Les internes interrogés conseillent unanimement aux jeunes internes de psychiatrie de solliciter le senior d'astreinte sans hésitation.** Au même titre que la formation en stage, ceux qui ont bénéficié d'entretiens d'urgence en présence du senior décrivent cette expérience comme riche d'enseignement.

Pour la majorité des internes le debriefing de fin de garde est un support utile pour reprendre les situations qui ont été source d'inquiétude et d'incertitude durant la garde. Les internes l'envisagent comme un moment d'échange avec le senior d'astreinte ou un médecin de l'équipe, durant lequel il est possible de déposer son vécu de la garde, de proposer d'autres hypothèses de prise en charge et de valider les décisions prises durant la garde. Ce temps d'échange

n'entraverait pas la prise d'autonomie et renforcerait le caractère formateur de la garde. (36) (37)

Le *debriefing* permet également de valoriser l'interne sur les points positifs de son travail. Selon plusieurs études, les initiatives ayant pour objectif le retour sur l'action, les méthodes visant à travailler la résilience, le soutien entre pairs, permettent potentiellement de réduire le cynisme à long terme des médecins. (38) (39) (40).

Dans l'un des témoignages, un interne remarque que ce temps de reprise, nécessite de s'exposer au jugement du senior afin de faire la lumière sur les potentielles erreurs commises durant la garde. Le « programme caché des études » est décrit par E. Galam, comme l'ensemble des règles implicites de fonctionnement de l'environnement médical que l'étudiant en santé apprend durant son cursus. (33) Les internes interrogés rapportent ces règles : ils hésitent parfois à contacter le senior, de crainte de ne pas répondre à ce qu'on attend d'eux en termes d'assurance et de connaissance. (33) Les attentes de l'équipe soignante vis-à-vis de l'interne de garde de psychiatrie peuvent être différentes de celles du senior d'astreinte. Les internes interrogés se confrontent à « la logique de service », les « on a toujours fait comme ça » que les internes nomment le « fonctionnement des équipes ». Ces règles difficiles à définir sont souvent propres à chaque lieu de garde. Les internes estiment qu'ils doivent s'en imprégner pour envisager de travailler en collaboration avec les équipes soignantes dans les services. Il est souvent difficile pour l'interne de garde d'interpeller le senior sur ces questions, les interrogations à ce sujet peuvent être difficiles à formuler. Un interne illustre la mise en concurrence de la « logique de service » avec la « logique de soin », dans la situation où il souhaite décontenir un patient qui s'est endormi, à la grande surprise du soignant qui n'avait manifestement pas l'habitude de procéder ainsi.

Les internes interrogés sont exigeants vis-à-vis de leur pratique. Ils souhaitent répondre aux règles de prescription, à une éthique exigeante et de façon efficace dans des situations d'urgence potentiellement stressantes. Ces contraintes sont des injonctions qui leur sont transmises par l'environnement de la garde. Comme le souligne l'un d'entre eux, ils ne sont pas infallibles. Dans ce contexte, ceux qui « s'interdisent d'appeler le senior » sont potentiellement plus à risque d'occulter leurs erreurs et développent des mécanismes de défense, comme le contrôle, la surprotection vis-à-vis des patients. Les études suggèrent plutôt que les soignants utilisent la minimisation et la mise à distance des risques pour s'en défendre. Le vécu omniprésent du risque, peut entraîner une relative inefficacité dans les tâches qui nécessitent d'être réactif. (26) L'hypervigilance face au risque s'intègre dans un tableau neurovégétatif anxieux. Ce mécanisme de défense, couteux psychiquement durant les premières gardes, permet aux internes de faire face au risque. (14) (26) (41) Dans ce sens et compte tenu des hésitations des internes à se confronter aux regards de leurs pairs, (33) la présence des équipes soignantes peut-être rassurante.

Par ailleurs, les stratégies visant à améliorer la collaboration d'équipe et un environnement de travail bienveillant permet de lutter contre le risque d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et le cynisme chez les étudiants en santé. (34) (42) (43) Ces manifestations sont caractéristiques du SEPS. (44)

Dans ce sens, recueillir le vécu de garde auprès de l'interne peut être une opportunité pour le senior de dépister les internes potentiellement en difficulté.

Le troisième axe met en évidence les conséquences du travail de garde sur le parcours de l'interne. Les internes interrogés rapportent que le travail de garde a des conséquences sur le travail en stage. Spontanément, les internes abordent leurs absences liées au repos de garde. La majorité d'entre eux estiment qu'un rythme trop

soutenu de garde, morcelle leur apprentissage en stage et désorganise le travail des services hospitaliers. Concernant l'appréhension des gardes, les réponses ne sont pas homogènes. Le vécu préalable à la garde varie entre l'irritabilité et l'appréhension. Ces observations sont rapportées surtout en début de cursus et tendent à s'améliorer au fur et à mesure de l'expérience. Ce constat est corrélé aux travaux sur l'intolérance à l'incertitude dans le domaine de la santé. (45)

Les internes s'accordent à dire que plus d'une garde part semaine impose un rythme trop soutenu. Les répercussions sur la qualité de vie concernent plus particulièrement la privation répétée de sommeil et l'accumulation de la fatigue au décours. Ces répercussions peuvent-être responsables d'une baisse de motivation en stage. (14) De nombreux travaux mettent en évidence que l'accumulation de fatigue entraînent des effets sur l'humeur, comme de l'irritabilité, de l'agressivité, qui impactent la relation soignant-soignée. (46) (47) Le travail de garde en psychiatrie concentre des RPS associés au SEPS. (19) (48) Les facteurs organisationnels du lieu de garde (l'interruption de tâche, difficulté d'organisation, le caractère urgent des demandes, les conflits au sein des équipes, le nombre élevé de garde), la fatigue cumulée, une autonomie non adaptée aux capacités professionnelles, la confrontation en première ligne aux situations de violences et à la souffrance psychique des patients, suggèrent que la garde en psychiatrie peut être un lieu de formation à risque.

La plupart des internes vivent la fin de la garde comme un soulagement. Les internes qui appréhendaient les gardes au début de leur cursus décrivent une amélioration de la sensation de tension avant et pendant la garde. Quelques internes abordent spontanément de la satisfaction d'avoir participé à la permanence des soins. En revanche, le vécu d'épuisement émotionnel et physique en sortie de garde peut être perçu comme un signe de dévouement, voire d'identité professionnelle, qu'un risque avant de reprendre la route. (15)

L'ensemble des internes interrogés pointent leur progrès en garde, notamment dans la prise d'autonomie. Leur capacité à prendre des décisions s'améliore, ainsi que la confiance dans leur « savoir-faire ». La polyvalence et la multiplicité des situations rencontrées rendent ce temps d'apprentissage riche et intense pour la majorité d'entre eux. Ces résultats sont décrits dans une étude de 2016 auprès d'un peu plus de 200 psychiatres français, qui notent également les bénéfices de la polyvalence du travail de garde et la satisfaction de jouer un rôle clé dans la coordination des soins. (35)

Enfin, la majorité d'entre eux décrivent spontanément un phénomène « d'habitude » au travail de garde. Cette amélioration peut être expliquée par l'expérience favorable en garde, le sentiment de sécurité et le fait de se familiariser au lieu de garde et à l'équipe soignante. Les bénéfices de la cohésion d'équipe ont été également mis en évidence dans une étude de 2011 sur le vécu du risque en réanimation. La mise en place de « stratégie collective de gestion de risque » permet de créer un climat de confiance, « contagieux » aux soignants moins confiants. (26) Ceci s'inspire des travaux de Chauvin sur la perception des risques. (49) Cependant, les situations à risque sont également vécues comme des situations d'apprentissage. (26)

.II. Les limites de l'étude

A. Les limites de la taille de l'échantillon

La méthode d'échantillonnage raisonnée a permis de récolter le témoignage d'interne de niveau et d'expérience variés. Cependant l'effectif de témoignage analysé reste faible. La démarche compréhensive s'attache en premier lieu à décrire la composition plutôt que la proportion. (31) Ce travail a été réalisé dans le but de décrire

le vécu des internes de psychiatrie, à travers le prisme des émotions, du point de vue d'étudiant et du professionnel de santé. Ce travail ne vise pas à généraliser le vécu de ces quelques 11 étudiants à l'ensemble des internes de psychiatrie réalisant des gardes. Il propose des hypothèses, quant aux besoins des internes de psychiatrie en matière de formation et d'accompagnement durant les gardes. Par ailleurs, il y a un biais de sélection. Nous pouvons faire l'hypothèse que les internes qui se sont proposés pour participer ont vécu des situations particulièrement difficiles en garde. A l'inverse nous pouvons envisager que les internes les plus en difficulté durant les gardes, ne souhaitent pas témoigner.

Ceci étant dit, l'effectif initialement prévu était de 15 étudiants. La bande sonore de l'entretien n°2 n'était pas exploitable. 11 entretiens ont été analysés. Ceci s'explique par le manque de temps pour l'analyse des entretiens. Outre le temps passé à la réalisation des entretiens et leur retranscription, les allers et retours entre le matériau et la littérature ont été coûteux en temps et ont permis d'enrichir la discussion.

B. Les risques épistémologiques

Le risque des acteurs abstraits

La rigueur de la démarche compréhensive propose de définir : l'unité d'analyse, le niveau d'analyse et le périmètre de l'étude empirique (H. Dumez (31) p15).

L'unité d'analyse est dans ce travail l'interne de psychiatrie que j'interroge comme « interne de garde en psychiatrie ». Concernant le niveau d'analyse, c'est une observation en « entonnoir inversé », du micro au macro (Lecocq 2012) je me place dans cette étude au niveau de l'individu, donc de l'interne. L'interne de garde se situe entre « clan médical » et « clan soignant ». En interrogeant l'interne de garde seul, sans l'observer dans le contexte de la garde et sans le voir interagir avec l'équipe de

nuit par exemple, je suis passée à côté d'une partie de la démarche compréhensive. J'enquête auprès d'un acteur, qui me décrit à priori et à postériori son vécu dans le cadre du travail de garde. Ses actions, ses intentions, ses interactions, n'ont pas été observées dans leur ensemble. Il aurait été intéressant d'aller à la rencontre des internes de garde en psychiatrie, sur leur poste de travail.

Le périmètre de l'étude, est limité aux sites de garde (EPSM, Service d'Accueil des Urgences (SAU) des Centres Hospitaliers et services psychiatriques d'hospitalisation) des Hauts-de-France. La limite dans ce travail est que les internes interrogés n'ont pas tous réalisés des gardes en EPSM et au SAU. Le vécu peut être différent sur l'un ou l'autre des sites de garde. Les difficultés et les facilités rencontrées ne sont pas propres à l'un ou l'autre de ces sites. Certaines problématiques s'appliquent aux deux sites. L'analyse globale mélange l'expérience en EPSM, au SAU et dans les services d'hospitalisation.

Le risque de circularité

Ma position d'investigatrice et d'interne de psychiatrie m'ont exposé au risque de trouver dans le matériau des éléments qui confirment mes préjugés et mon vécu, en laissant de côté ce qui pourrait les mettre en cause ou les nuancer. J'ai constaté à posteriori des entretiens, que j'utilisais davantage de questions fermées lorsque je m'éloignais de la trame d'entretien. Le risque est de « trouver ce que je cherche à démontrer ».

Plusieurs méthodes permettent de gérer ce risque. La « spécification de la théorie » ((31) p20) selon H. Dumez, consiste à identifier en amont des entretiens les réponses et les mécanismes prévisibles afin de poser d'autres questions. Une autre méthode consiste à chercher à réfuter la théorie à savoir « les gardes sont difficiles pour les internes de psychiatrie » et s'inspire de l'idée de la « réfutabilité de Popper » ((31)

p20). J'ai tenté de gérer ce risque en considérant le poids de ma propre expérience dans ce travail. J'avais une idée très claire des réponses que j'aurais apporté aux questions posées. Durant les entretiens, lorsque mon vécu faisait écho avec la narration de l'interne, je tentais de prendre une position neutre et de faire préciser les réponses comme si que je n'avais jamais réalisé de garde. J'étais vigilante aux réponses que je ne m'attendais pas à trouver.

En revanche, lors des premiers entretiens, lorsque les internes décrivaient des situations cliniques vécues difficilement, j'avais des difficultés à faire préciser leurs réponses par crainte de valider et d'appuyer ces difficultés. Au fur et à mesure, dès le 5^e entretien j'utilisais la formulation suivante « qu'est-ce que tu as retenu de cette situation ? ». Elle laissait de la place aux réponses concernant leurs difficultés et les bénéfices sur leur apprentissage.

Par ailleurs, j'utilisais beaucoup la reformulation pour relancer les réponses et m'assurer que j'avais compris le sens du propos. Les réponses commençant par « tout à fait », « bien sûr » semblent être des signes de la présence de ce risque et ont donc été encodés avec prudence.

Enfin, je me suis rendue compte au fil de mes lectures qu'il y a eu dans ma démarche une incohérence dans la succession de ces étapes de construction. J'ai réalisé l'ensemble des entretiens sur quelques semaines, sans les retranscrire au fur et à mesure. L'approche de l'IPA dont je me suis inspirée conseille de laisser un temps de réflexion entre chaque entretien et de réaliser la retranscription au fur et à mesure. Cette démarche permet de faire évoluer la grille d'entretien et d'éviter de retrouver systématiquement le même type de réponse. Parallèlement à cela, M. Plancke à la F2RSM m'indiquait dans un premier temps d'être attentive aux points de vue consensuels. Ces deux méthodes sont différentes et m'ont permis à la fois de mettre en évidence les propos récurrents et ceux qui sont plus à la marge. Par exemple,

j'observais que l'aspect formateur de la garde fait l'unanimité, sans que je ne parvienne initialement à comprendre que le *debriefing* pouvait être un outil transitionnel dans l'accompagnement à l'autonomie. C'est au décours d'une réponse au 4^e entretien, que j'ai développé une question à ce sujet.

Le risque d'équifinalité

Le risque d'équifinalité décrit que le même état final, observé par l'investigateur ou rapporté par l'acteur, peut être atteint à partir d'états initiaux différents. Dumez prend l'exemple, de l'enquête policière pour l'illustrer. L'idée est de proposer plusieurs hypothèses pour expliquer ce qui est observé. Ainsi, je clarifiais mes questions de plusieurs propositions que je laissais en suspens. L'une des méthodes pour gérer ce risque est de faire des hypothèses rivales et plausibles et de les tester sur le matériau. Dumez fait référence au raisonnement contrefactuel ou « *what if ?* », « que se serait-il passé si... ? » (Tetlock et Belkin 1996 et Durand et Vaara 2009). A posteriori j'aurais dû remplacer les relances « pourquoi ? » par ce type de méthode ou des questions plus ouvertes de type « quel est ton vécu de... ». De plus, « pourquoi ? » met l'acteur dans une position de justification et de défense, qui le pousse à utiliser « on » ou « tu » plutôt que « je » pour rapporter son vécu. J'étais attentive à ces observations lors de l'encodage.

De plus, pour m'écarter de ce risque, je n'ai pas encodé les termes que les internes reprenaient dans mes questions, ni les réponses qui me semblaient trop influencées.

C. Le choix de l'étude qualitative

Le choix de l'étude qualitative a permis de récolter la subjectivité des internes et d'être au plus proche de leur expérience. L'expérience de l'entretien que j'ai acquise

durant mon parcours, le temps consacré à récolter ces témoignages, l'adaptabilité du temps de parole et l'empathie liée au fait que je partage avec ces internes les mêmes expériences ont permis d'accéder à un matériau qu'un questionnaire n'aurait pas mis en évidence. Ceci étant dit, il manque à ces résultats des précisions quant aux attentes des internes. Une étude quantitative sur l'ensemble des promotions d'interne aurait permis de guider les objectifs vers la réalisation d'un guide de garde. Par exemple, connaître la proportion d'internes qui ressentent le besoin d'un *debriefing* de fin de garde ou d'un tel guide me paraît indispensable avant de proposer un support.

Les vécus de solitude et de doute ont été plus aisés à mettre en évidence. Le vécu émotionnel est dilué au sein du discours, il est plus difficile à objectiver. La méthode IPA (32) m'a permis d'être attentive à ces éléments lors de la micro-analyse. J'observais, lorsque je questionnais leur vécu émotionnel, des rires défensifs, l'utilisation de la dérision, la minimisation de leur vécu, un débit verbal plus important et l'utilisation du savoir médical. Il est plus particulièrement mis en évidence lorsque les internes rapportent une situation qui les ont marqué durant les gardes.

.III. La place de la violence symbolique dans l'initiation au travail de garde

La violence n'est pas le prisme d'observation choisi initialement pour ce travail.

Néanmoins, elle se situe au cœur de l'expérience de garde des internes interrogés, au travers du vécu de la souffrance psychique manifestée par les patients, des conflits et désaccords au sein du binôme interne-soignant.

J'ai dans ce sens, éclairé mes observations du point de vue de C-E Notredame (psychiatre) sur les gardes en psychiatrie. Je le sollicite en tant qu'expert, suite à son travail de thèse de doctorat de médecine qui traite de la violence en psychiatrie .

Il n'y a pas de « présumé moral » à parler de violence. Il y a des violences qui sont nécessaires, cela fait référence à Y. Michaud qui considère qu' « existence et violence ne sont que les deux faces d'une même pièce ». (50) Ainsi, la violence est aussi une force de vie. Il est nécessaire d'accompagner les internes dans l'appréhension des violences « consubstantielles au soin », en sachant les différencier des violences non nécessaires. Il y a de fait dans l'apprentissage, une transformation, ce changement de forme peut être douloureux, il nécessite un certain degré de renoncement. Ce point fait écho à la demande des internes d'un *debriefing* de fin de garde. Ces moments constituent de leur point de vue un temps de formation important propice à la réflexion : « Comment faire différemment maintenant ? », « Comment me transformer ? ». La garde constitue une transformation « initiatique » et non pas juste une acquisition de compétence.

C-E Notredame précise que la violence nécessaire de l'initiation est supportable, pourvu qu'il y ait des instances supérieures légitimes qui garantissent que cette violence reste dans le cadre de l'acceptable. Il illustre les gardes comme « une hernie », une « saillie du monde de la responsabilité » au sein de l'internat. Cette prise de responsabilité doit être progressive, mesurée, avec des filets de sécurité justement proportionnés pour éviter qu'elle ne fasse effraction. Quelques internes décrivent en début d'internat, la difficulté à faire face seuls aux responsabilités « dans cette enclave de la formation ». Je le cite dans son travail de thèse, au sujet de la position du formateur vis-à-vis de l'interne : « Sans compter que la tâche est particulièrement fine et délicate pour le formateur, dont la position doit subtilement osciller entre le soutenir

par sa présence réelle ou symbolique, et le lâcher, le laisser partir, qui confronte l'étudiant à la nécessaire expérience de la solitude » (51)

En ce sens, C-E Notredame ajoute que le risque de cette posture de l'« apprenant par l'expérience », est d'être acculé à quelque chose qu'il ne sait pas, à une posture qu'il ne connaît pas. Dans le cadre de l'apprentissage, on suppose que cette posture doit permettre à l'interne de progresser.

C-E Notredame illustre la mise en responsabilité durant la garde, par « une forme d'appel d'air » à endosser cette posture. En citant R. Kaës, qui différencie « former », « transformer », « déformer » et « conformer », il précise que la formation devient indûment violente, dès lors qu'on commence à négliger les subjectivités de l'apprenant (52). Ce point, fait le lien avec les témoignages de mises en contention à l'initiative des soignants jugées inadaptées par les internes interrogés. Les internes décrivent dans ces situations précises, l'impression que leur sens clinique et éthique n'est pas pris en compte et d'être réduit au statut de prescripteur à ce moment-là.

On peut faire l'hypothèse que la violence symbolique de la garde prend ses sources dans la modification des « règles du jeu du soin ». Durant la journée, l'équipe a l'habitude de voir les internes comme des « apprenants ». La nuit, il est demandé à l'interne d'avoir une fonction de responsabilité, sans la légitimité suffisante pour que ces propositions soient entendues mais aussi pour pouvoir s'affirmer quand il n'est pas d'accord.

Lorsque nous évoquons la collaboration entre internes et soignants durant la garde et l'aspect officieuse de cette seniorisation, il ajoute que la garde joue probablement un rôle important dans la construction identitaire professionnelle de l'interne. Comme cela a été mis en évidence dans ce travail, ce statut hybride, entre « référent médical » et « apprenant » rend difficile le positionnement de l'interne de

garde. Il est partagé entre faire partie du « clan soignant », tout en étant loyal au « clan médical ».

Dans sa pratique, C-E Notredame accompagne les internes durant les gardes, il précise qu'en début de parcours l'interne n'a pas conscience des enjeux qui sont décrits dans ce travail, de cette méta-connaissance. Connaissance et méta-connaissance s'acquièrent à des allures différentes, ce qui justifie un temps de reprise de l'action. La présence du senior lors de la garde peut permettre de mesurer l'exposition de l'interne. Son absence, peut être vécu comme l'absence de « boussole » dans ce territoire nouveau à découvrir. Ainsi, la seniorisation peut être envisagée en deux temps, le temps de l'action et le temps des explications. Il est illusoire de penser qu'expliquer juste de manière cognitive est suffisant. L'apprentissage passe aussi par une voie de communication « silencieuse » sur laquelle l'interne s'appuie lorsqu'il est en présence du senior. (6) La collaboration entre l'interne et le senior durant la garde permet de guider l'interne à pointer ses limites et de dénouer les luttes d'influence, de négociation, d'enjeux institutionnels qui gravitent autour du patient. C-E Notredame conclut qu'en souvenir de son internat, il essaie au maximum de sauvegarder l'estime d'eux-mêmes des internes, ce qui n'est pas une tâche facile.

.IV. Les stratégies pour faire face à l'incertitude

A. Le *debriefing* de fin de garde

Le *debriefing* de fin de garde, consiste en un temps d'échange, souvent, informel, qui se veut convivial. L'interne de garde de nuit retrouve l'équipe médicale à la fin de la garde afin de parler de ce qui lui a posé problème durant la nuit. Cette parenthèse permet un retour collégial sur le travail de l'interne et un temps de

transmission de l'expérience du senior. Ce sont des instants singuliers où les médecins peuvent s'autoriser à parler de leurs erreurs.

Le travail de thèse de Lajzerowicz, Vincent et Jung paru en 2017 (53), interroge des internes d'Aquitaine, sur la Supervision Indirecte « idéale » dans le cadre du Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisés (SASPAS). Les résultats rejoignent les attentes des internes de psychiatrie de garde. Ils décrivent ce temps d'échange comme un temps pédagogique centré sur l'interne et sa pratique. Il requiert un « climat de bienveillance et d'échange entre « pairs », (...) dans un temps et un espace dédié. ». Ce travail souligne l'effet « retro-actif » de la supervision, qui vise « une dynamique entre validation de l'action et critique sous forme de marge de progression (...) l'enjeu est le développement de la réflexivité, des compétences et du sentiment d'efficacité personnelle. » Une étude qualitative néerlandaise de 2016 a été réalisée auprès de 8 étudiants en 6^e année de médecine et souligne le besoin précoce de ces futurs médecins, de supervision, de feedback face au stress de la transition vers la prise de responsabilité. (37) Ce travail met également en évidence qu'une bonne intégration au sein de l'équipe et un soutien du médecin référent sont des ressources face au vécu de stress en stage, au même titre que leur ressources extérieures au travail.

B. Le Groupe de Reflexion et d'Echange Clinique (GREC), la supervision lilloise

L'offre de supervision des internes de psychiatrie est inégale en France (54). Selon l'enquête de l'Association Française Fédérative des étudiants en psychiatrie (AFFEP) de 2010 sur la formation en psychothérapie auprès de plus de 800 internes, 51% d'entre eux déclaraient bénéficier d'une supervision en stage.(55) Durant mon parcours d'interne, j'échange de mes incertitudes régulièrement au sein de mon

groupe de supervision. Ce groupe, appelé Groupe de Réflexion et d'Échange Clinique a été mis en place par l'Association Lilloise de l'Internat et du Post-Internat de Psychiatrie (ALI2P) (56). Il offre un espace de parole et de réflexion clinique pour les internes inscrits au DES de Psychiatrie de Lille en dehors des stages. C'est une démarche facultative. Les groupes sont constitués à l'arrivée des nouveaux internes au mois de novembre. Ces groupes sont constitués de quelques internes (environ 5) et de deux PH de la région qui se rencontrent 1 fois par mois. Nous y travaillons des situations qui nous ont posé des difficultés tant auprès des patients, que dans le travail d'équipe en stage. Faire face à la souffrance psychique n'est pas une capacité innée, cela nécessite un travail individuel, collectif et collaboratif. Le bénéfice pour le patient est majeur quand les soignants peuvent échanger en toute quiétude sur ce qu'ils ressentent dans leur pratique. (57)

C. La médecine narrative, une solution pour entretenir l'empathie

Outre Atlantique, les travaux du R. Charon et de ses collaborateurs de l'Université de Columbia, ont étudié la médecine narrative et l'utilisent comme un outil pédagogique à part entière (58). L'Université de Paris Descartes s'inspire de ces travaux depuis 2012. L'équipe pédagogique s'intéresse au passage de l'étudiant, des cours théoriques en amphithéâtre, aux problématiques humaines au lit du patient.

Des ateliers d'écriture réflexive à l'externat ont été mis en place à l'initiative de F. Goupy au décours d'une étude d'intervention pédagogique (59). Cette étude met en évidence la diminution de l'empathie au cours de la troisième année de médecine et le bénéfice des ateliers d'écriture réflexive sur la satisfaction des patients dans la relation soignant-soigné. (60) La diminution d'empathie à l'entrée de l'étudiant en stage clinique est mise en évidence dans plusieurs études. (47)(61) Une étude longitudinale

entre 2002 et 2004 réalisée dans Jefferson Medical College aux Etats-Unis, souligne que l'érosion de l'empathie des étudiants en médecine peut être attribuée au manque de modèles, à un environnement éducatif intimidant, des expériences éducatives négatives, des contraintes de temps, la peur de faire des erreurs, la privation de sommeil partielle. Nous retrouvons ces facteurs concentrés dans les situations de garde. Ces facteurs ont un effet délétère sur la relation soignant-soignée. (62) Une revue de la littérature de 2011 réalisée par Neumann *et al* sur 18 études, confirme les observations du déclin d'empathie durant les études médicales. (47)

Ces données mettent en perspective l'importance de la supervision de l'activité de garde. En effet, l'identification aux patients dans une situation de souffrance intense et le sentiment de responsabilité à l'égard du patient, sont souvent guidées par les attentes irréalistes de ces jeunes médecins envers eux-mêmes. Werner et Korsch font l'hypothèse « que ces réactions d'adaptation négatives sont d'avantage utilisées par des étudiants livrés à eux-mêmes face aux stress, au sentiment d'incertitude et à la crainte de l'échec ». (47) (63) Ils suggèrent que les professeurs reconnaissent ces difficultés et ouvrent aux étudiants un environnement favorable pour en parler.

L'anxiété, la tension et le stress peuvent réduire considérablement le débit du signal des neurones miroirs, altérant ainsi la capacité à comprendre les autres. D'après J. Bauer « la capacité d'empathie existante peut subir de graves dommages par le biais d'expériences extrêmes de dureté ou de manque de considération ». (47)

L'enseignement de médecine narrative à l'Université Paris-Descartes a été enrichie de l'expérience du P. Lejeune, professeur de Littérature à l'Université Paris 13, spécialiste de l'autobiographie (64). Les ateliers d'écriture réflexives proposent au moyen de la narration de cas, un travail de réflexion sur la relation soignant-soigné et le métier de médecin. Cet espace permet aux étudiants de raconter ce qu'ils ne

s'autorisent pas à dire à l'hôpital sur leur expérience et leurs doutes. (60) (65) La compétence narrative concentre la capacité à reconnaître le sens de la rencontre avec le patient. R. Charon propose la médecine narrative comme un outil pour faire face aux tensions que le doute instaure dans la relation soignant-soigné et accompagner le patient dans sa complexité. Ainsi, les doutes ne sont pas « des affronts au pouvoir, mais des mystères à voir ». Notre devoir ne se limite pas à trouver des réponses, mais aussi à tolérer l'inconnu. (66) Cette capacité est utile durant le travail de garde. Les travaux de Young, Shapiro et Balint appuient l'intérêt de la pratique réflexive afin d'« échanger et de réfléchir sur des questions de vulnérabilité et de responsabilité dans le contexte des soins de santé ». (47)

D. L'apprentissage par la simulation

Durant les entretiens, un interne a fait référence au module de préparation aux gardes « Avant-garde » sur la Plateforme de Recherche et d'Enseignement par la Simulation pour l'Apprentissage des Attitudes et des Gestes (PRESAGE) du CHU de Lille. (67) Cette formation est dispensée à tous les internes à leur entrée à l'internat. Les internes sont immergés dans l'une des situations d'urgence proposées, dont une situation d'évaluation du risque suicidaire (depuis 2018). (68) Cette démarche permet aux internes de s'imprégner du modèle médical de l'urgence. L'apport de la simulation dans la formation médicale est largement étudiée dans la littérature. (69) (70) (71) Plusieurs travaux en psychiatrie sur l'apprentissage par la simulation ont été menés, soutenus par l'arrêté du 8 avril 2013 qui encourage l'utilisation de « technologies de l'information et de la communication appliquées à l'enseignement et aux soins et aux différentes approches de simulation ». (72) Cet outil représente un intérêt non négligeable dans l'apprentissage de la pratique psychiatrique. Il permet de vivre des

situations cliniques aux conséquences graves, sans risquer mettre en danger le patient. McNaughton met en évidence dans une revue de la littérature de 2008 que la simulation en direct est utilisée dans la formation en psychiatrie et que le jeu de rôle y a une place importante. (69) (73) Le travail de thèse de C. Loux étudie la validation d'un score d'efficacité de l'investigation lors d'un entretien psychiatrique d'urgence à l'Université de Lorraine (74). Les résultats de son étude et les données de la littérature suggèrent que la psychiatrie peut profiter d'un entraînement par la simulation, pour acquérir des compétences spécifiques. En effet, une revue de la littérature de M. Bearman *et al* en 2015 (75), suggère que la simulation peut être une méthode pédagogique utile pour développer des comportements empathiques dans la formation professionnelle des étudiants en santé, en particulier des exercices qui demandent à l'apprenant de jouer le rôle de patient. Ceci fait écho aux nombreux travaux sur la nécessité d'entretenir l'empathie durant les études médicales, sur lesquels la médecine narrative s'appuie également. (34) (61) (62) (65)

.V. Propositions pour l'élaboration d'un guide de garde

Il n'y a à ce jour pas de recommandation pour l'accueil de l'interne de garde en psychiatrie. Dr Servant proposait durant le *brainstorming* au Ministère des Affaires Sociales de mars 2015 sur les RPS des internes, des chefs de clinique et des assistants, la rédaction d'un « guide de l'interne et de l'assistant », rédigé « dans un style chaleureux ». Je me suis inspirée de cette idée pour rédiger une liste de propositions visant à améliorer l'accueil de l'interne de garde en psychiatrie et à sensibiliser la profession sur les difficultés qu'il peut rencontrer. Ces propositions pourront servir de support à la rédaction ultérieure d'un guide de garde à destination

des internes de psychiatrie. Ces conseils s'inspirent des entretiens réalisés dans cette étude, ainsi que du document de présentation des gardes de psychiatrie du CHU de Lille, du guide d'accueil des internes de psychiatrie de l'EPSM des Flandres de 2016 et du mémo du pôle Psychiatrie du CH de Valenciennes de 2018.

A. Pour les internes

La demande prépondérante durant cette étude est d'avoir à disposition les règles logistiques du travail de garde. Ainsi pourrait figurer sur un premier document :

- Les horaires de garde
- Les règles du système de récupération de garde
- La procédure de changement de garde
- L'heure et le lieu des transmissions ou du debriefing de garde
- La liste des numéros utiles (le médecin de garde, le médecin d'astreinte, les urgences, le numéro de chaque poste infirmier du secteur, le CAC, le standard...)
- Un bref rappel des différents logiciels à utiliser durant la garde
- Les missions de l'interne aux urgences, les limites de ces missions (donner des avis dans les services de Médecine Chirurgie Obstétrique, aux urgences pédiatriques...)
- Une phrase rappelant qu'aucun motif justifie de ne pas appeler le médecin d'astreinte

La seconde demande des internes est de disposer d'un carnet regroupant les prises en charge « classiques » des urgences psychiatriques :

- Les grandes étapes pour donner un avis psychiatrique par exemple :

- L'avis doit être demandé par un médecin des urgences
 - L'examen somatique doit être réalisé au préalable
 - Discuter avec le médecin urgentiste de l'intérêt d'un bilan paraclinique avant l'évaluation ou d'un complément de bilan après l'évaluation
 - Les items d'évaluation du risque suicidaire
-
- La prise en charge des cas particuliers (patients détenus, mineurs, âgés, gardés à vue, Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat...)
 - Les documents de soins sans consentement
 - Les protocoles disponibles (« agitation », « sevrage », « catatonie »...)
 - Les orientations ambulatoires possibles (réseau de soins en addictologie, consultations de post-urgence...)
 - La fiche de présentation du Programme Vigilans
 - Un lien vers l'annuaire de coordonnées des secteurs de la F2RSM
 - Les consignes de surveillance pour les patients transférés en hospitalisation
 - La liste des éléments à vérifier avant le transfert ou la sortie d'un patient
 - La liste de guide de garde conseillée

A partir des inquiétudes et des expériences des internes recueillis durant ces entretiens, la liste suivante pourrait suggérer des conseils bienveillants :

- Un en-cas avant la garde permet de prévenir l'hypoglycémie en cas de charge de travail importante en début de garde.

- Il est utile de se présenter à l'équipe soignante à l'arrivée en garde, de faire le tour des transmissions ou d'appeler dans les différentes unités pour prévenir de son arrivée. Ceci facilite le travail de collaboration avec les équipes soignantes et de se préparer à recevoir leurs demandes.
- Un temps de pause régulier permet d'entretenir les capacités de concentration, de se réhydrater et se resucrer régulièrement (soda, chocolat chaud).
- En cas de fatigue au décours de la garde ne permettant pas de reprendre la route dans des conditions sécurées, il est nécessaire de prolonger le repos dans la chambre de garde.
- Il est légitime de se sentir stressé lors des premières gardes face au manque d'expérience et à l'inconnu. Une période d'adaptation est nécessaire à l'apprentissage de la logistique du site de garde.
- Si l'organisation de service le permet, il est utile dans le cadre de la formation à la psychiatrie d'urgence de demander à être accompagné lors des entretiens par un soignant.
- Le senior d'astreinte est disponible pour toutes les questions concernant la validation de vos propositions d'orientation des patients durant la garde. Le compagnonnage consiste aussi de le solliciter en cas de difficulté, à gérer une charge de travail importante ou une charge émotionnelle perturbant la mission de garde (par exemple, la sensation de se sentir « débordé », ou dans l'incapacité de faire face aux demandes).
- Les incertitudes, les « ruminations » concernant la prise en charge des patients peuvent être parasitantes au décours de la garde, il est important d'en avertir le senior si le besoin s'en fait sentir le lendemain ou à distance de solliciter un debriefing de ces situations.

- Le travail de garde est une mission potentiellement stressante. En cas de stress important durant les gardes et persistant en dehors des gardes, il est nécessaire de solliciter un médecin afin de se faire accompagner et connaître les numéros à contacter en cas de souffrance au travail.

B. Pour le senior d'astreinte

En regard des difficultés rapportées par les internes, la liste suivante de conseils aux seniors d'astreinte peut être proposée afin de sensibiliser les seniors aux besoins des internes de garde en psychiatrie :

- Appeler l'interne en début de garde ou dans la soirée, pour se présenter à lui, peut permettre de désamorcer certaines de ses inquiétudes quant à votre disponibilité et de le rassurer.
- En cas d'évènement grave, il peut être utile de se déplacer ou au moins de lui proposer de l'accompagner et de *debrief* sur la situation.
- Les internes peuvent éprouver le besoin quand il vous contacte d'échanger sur leur vécu de garde.

LAKHSASSI Tilla

CONCLUSION

La littérature au sujet du travail de garde en médecine traite principalement des risques psycho-sociaux auxquels sont soumis les professionnels de santé. (19) (20) (21) (23) (48) Ces risques fragilisent l'état de santé des étudiants dès le début de leur cursus et le corps médical dans son ensemble. Ces dernières années, les enquêtes sur la santé mentale des soignants alarment l'opinion publique et les pouvoirs politiques. Plus récemment, ces constats ont permis d'établir des programmes de prévention du SEPS auprès des étudiants en santé français. (22)

Le travail de garde en médecine concentre plusieurs facteurs de risques psycho-sociaux en médecine (charge de travail, fatigue cumulée, contraintes organisationnelles...). (19) Les lois de modernisation sociale ont permis la mise en place du repos compensatoire (13) et la limite de temps de travail hebdomadaire des internes. (76) Ces dispositions permettent d'atténuer les RPS.

Depuis une dizaine d'années les médecins partagent avec les usagers du système de santé le vécu de leur activité. Les réseaux sociaux, les romans, les témoignages sont des supports privilégiés d'expression. (77) (78) (79)

A partir de mon expérience en garde, je me suis interrogée sur le vécu des gardes chez une dizaine d'internes inscrits au DES de psychiatrie à l'Université de Lille.

Les internes interrogés rapportent un sentiment de solitude dans l'apprentissage des responsabilités médicales en garde. Leur manque d'expérience et d'assurance face à aux équipes soignantes, peuvent renforcer ce sentiment. Mes dernières recherches m'ont guidées vers la thèse de J. Garling de 2015 sur l'abord phénoménologique du stress en garde au SAU chez de jeunes internes. (80) Cette étude met également en évidence le vécu de solitude et d'impuissance face au déséquilibre entre le poids des responsabilités et le manque de connaissances en début d'internat.

La solitude et l'inconfort durant la garde sont nécessaires à l'apprentissage des responsabilités pour les jeunes médecins. Cette observation rejoint les travaux sur le processus d'autonomisation de l'interne en psychiatrie. (6) (52)

Si la transformation de l'interne est un processus potentiellement inconfortable, la relation de compagnonnage veille à ce que cette mise en responsabilité soit progressive et mesurée. (51) La garde médicale peut être représentée comme une « hernie » dans la formation de l'interne.

Les « règles » durant la garde sont souvent différentes du travail en stage. L'interne de garde doit s'imprégner de celles-ci et s'adapter dans un temps court aux habitudes de service, aux protocoles et au « programme caché » (les attentes implicites vis-à-vis des internes, les règles de conduite du médecin au sein de l'équipe). (33) De plus, il est « promu » au poste de référent médical, le temps de la garde.

L'interne de psychiatrie de garde fait face à plusieurs « doubles contraintes ». Il doit composer entre la « logique de soin » et la « logique de service », les contraintes de l'urgence et le temps de la rencontre avec le patient, utiliser les protocoles et parfois s'en écarter pour s'adapter au patient. La charge mentale, la sensation de saturation psychique et de fatigue peuvent avoir un impact sur la qualité des entretiens durant la

nuit. (14) L'accumulation de fatigue au décours des gardes peut avoir une répercussion sur la qualité de vie et le travail en stage.

Lors de la garde, les internes éprouvent leurs limites en termes de connaissances médicales et leurs capacités à gérer les situations cliniques. Leurs besoins sont mis au second plan.

Certains hésitent à demander de l'aide dans les situations de doute craignant de ne pas répondre aux attentes de leurs pairs. La culture médicale suggère l'excellence et en cela les incertitudes génèrent chez les étudiants l'appréhension d'être discrédité.

(33) Les situations de doute peuvent générer de la peur, de la colère et des réactions défensives. On retrouve dans la littérature, que la mise à distance est fréquemment utilisée face au risque d'erreur médicale. (26) (33) Les internes de psychiatrie interrogés décrivent un besoin de contrôle, de se sécuriser et de maîtriser les risques. Dans ce sens ils proposent que figurent dans un guide de garde, les règles logistiques du lieu de garde et des protocoles de prise en charge pour faire face à leurs inquiétudes. L'appréhension des gardes est fréquente en début de cursus et elle tend à diminuer avec l'expérience.

Les internes insistent sur l'importance de la collaboration avec l'équipe soignante qui leur permet de s'imprégner des règles de la garde. Cette coopération interne-soignant participe également à un « double système d'apprentissage ». En effet, en complément de la séniorisation médicale, les internes bénéficient de la transmission du « savoir-faire » et du « savoir-être » des soignants. En regard, ces équipes s'appuient sur l'interne de garde qui prend le rôle de « référent médical » le temps de la garde. Cette collaboration peut être à « double-tranchant ». Le flou entre le statut d'« apprenant » et de « sachant » peut mettre les internes en difficulté lorsqu'il s'agit d'affirmer leur point de vue, étayé par le savoir médical, face au « savoir-faire » de

l'équipe. L'interne assume par ailleurs différentes missions durant la garde : il prend les décisions médicales, coordonne la prise en charge, soutient l'équipe dans les situations de crise. Il est nécessaire que cette « mise en responsabilité » se fasse de façon progressive. (19) Les internes sont plus sereins pour s'autonomiser quand ils savent qu'ils peuvent s'appuyer sur le senior d'astreinte. En cela, le lieu de garde est un lieu d'apprentissage pour faire face à l'inconnu.

La réforme du troisième cycle des études médicales de 2016 vise à améliorer l'aspect progressif de l'autonomisation de l'interne et encadre d'avantage cet apprentissage.

(4)

La seniorisation par le PH d'astreinte en garde de psychiatrie est indispensable pour que le travail de garde remplisse sa mission de formation à la psychiatrie d'urgence. Les internes soulignent l'importance d'un *debriefing* à la fin de la garde afin d'améliorer leurs pratiques et parler de leur vécu des situations potentiellement stressantes. Cet exercice donnerait aux internes de psychiatrie le moyen d'améliorer leurs pratiques en s'inspirant des conseils du senior (compagnonnage). Ce temps d'échange donnerait la possibilité de prendre le recul nécessaire sur les enjeux institutionnels, les limites de leurs responsabilités et d'entretenir leur capacité d'empathie. (66) (81)

L'entretien de l'empathie permet d'améliorer les relations soignants-soignés et les liens entre soignants. Par conséquent, l'empathie est utile pour limiter les risques psychosociaux et l'émergence d'un SEPS. (34) (61)

Dans ce sens, je me suis inspirée des suggestions des internes interrogés pour établir une liste de propositions nécessaire à la rédaction ultérieure d'un guide de

garde. Ce guide permettrait de sensibiliser les internes et leurs seniors au vécu des gardes chez les internes de psychiatrie.

La démarche compréhensive m'a servie à approcher au plus près le vécu des internes. L'étude de leur subjectivité est au cœur de ce travail. Ces témoignages sont pour moi riches d'enseignement. La prise en compte de cette subjectivité est importante dans la construction de l'identité de médecin. (51)

Ce travail présente des limites dans la mesure où je suis à la fois investigatrice dans cette étude et interne de psychiatrie. Ce « double-statut » m'a exposé au risque de rechercher dans les entretiens mon propre vécu et de passer à côté de potentielles pistes de réflexion. L'analyse globale mélange les expériences de garde à l'EPSM, aux SAU et dans les CH. Ces différents lieux de garde n'imposent pas les mêmes contraintes et ne suscitent pas toujours les mêmes incertitudes.

« Faut-il rassurer un interne inquiet ? » L'école de thérapie brève de Palo Alto me répondrait probablement que non. Elle suggérerait de faire de ces doutes des solutions à la gestion de l'incertitude. « Un but possible dans le traitement des peurs est d'apprendre à gérer l'imprévu et même de le souhaiter ». (82)

C'est le cœur de ce travail. Des stratégies intéressantes pour préparer et accompagner les internes de psychiatrie à faire-face aux incertitudes que génère le travail de garde pourraient se généraliser : le débriefing de garde, le guide de garde, l'apprentissage par la simulation et la médecine narrative.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Code de la santé publique - Article R4127-77. Code de la santé publique.
2. Lakhsassi T. Être interne : dépasser l'angoisse pour devenir médecin ; à quel prix ? *Inf Psychiatr* [Internet]. 24 mai 2019;Volume 95(5):345-9. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2019-5-page-345.htm>
3. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine.
4. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation. 2016-1597 nov 25, 2016.
5. Klagsbrun SC. In Search of an Identity. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1 mars 1967;16(3):286-9. Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/489295>
6. Effenterre AV. Spécificités de la formation en psychiatrie. *Inf Psychiatr* [Internet]. 15 mars 2013;Volume 89(1):83-90. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2013-1-page-83.htm>
7. La réforme du 3e cycle [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/etudiants-internes/etudes-medecine/reforme-3e-cycle>
8. Code de la santé publique - Article R6153-7 | Legifrance.
9. Michel C. La permanence et continuité des soins. 2019 sept.
10. Arrêté du 17 juin 2013 relatif aux modalités de réalisation des stages et des gardes des étudiants en médecine.
11. Code de la santé publique - Article R6315-4. Code de la santé publique.
12. Enquête ISNIH 2012 - Internes en médecine : Gardes, astreintes et temps de travail. 2012 sept.
13. Arrêté du 10 septembre 2002 relatif aux gardes des internes, des résidents en médecine et des étudiants désignés pour occuper provisoirement un poste d'interne et à la mise en place du repos de sécurité.
14. Mion G, Ricouard S. Repos de sécurité: quels enjeux? *Ann Fr Anesth Réanimation* [Internet]. juill 2007;26(7-8):638-48. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0750765807001116>
15. Gaba DM, Howard SK. Fatigue among Clinicians and the Safety of Patients. *N Engl J Med* [Internet]. 17 oct 2002;347(16):1249-55. Disponible sur: <https://doi.org/10.1056/NEJMsa020846>
16. Dinges DF, Pack F, Williams K, Gillen KA, Powell JW, Ott GE, et al. Cumulative

Sleepiness, Mood Disturbance, and Psychomotor Vigilance Performance Decrements During a Week of Sleep Restricted to 4–5 Hours per Night. *Sleep* [Internet]. 1 avr 1997;20(4):267-77. Disponible sur: <https://academic.oup.com/sleep/article/20/4/267/2732104>

17. Williamson AM, Feyer A-M. Moderate sleep deprivation produces impairments in cognitive and motor performance equivalent to legally prescribed levels of alcohol intoxication. *Occup Environ Med* [Internet]. 1 oct 2000;57(10):649-55. Disponible sur: <https://oem.bmj.com/content/57/10/649>
18. LECOUTRE O. Évaluation de la fréquence des troubles du sommeil chez les internes en médecine dans le Nord-Pas-de-Calais en 2015 : étude prospective, descriptive et observationnelle [Doctorat de médecine]. [Lille]: Lille 2; 2017.
19. Chérot-Kornobis DN. RPS chez les internes, chefs de clinique et assistants. :36.
20. «LA SANTÉ DES ÉTUDIANTS ET JEUNES MÉDECINS» COMMISSION JEUNES MÉDECINS – SECTION SANTÉ PUBLIQUE ET DÉMOGRAPHIE MÉDICALE. 2016.
21. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 8 déc 2015;314(22):2373-83.
22. DICOM_Jocelyne.M, DICOM_Jocelyne.M. Rapport du Dr Donata Marra sur la Qualité de vie des étudiants en santé [Internet]. août 15, 2019. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-du-dr-donata-marra-sur-la-qualite-de-vie-des-etudiants-en-sante>
23. Enquête Santé Mentale Jeunes Médecins [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.isni.fr/wp-content/uploads/2017/07/EnqueteSanteMentale.pdf>
24. Sen S, Kranzler HR, Krystal JH, Speller H, Chan G, Gelernter J, et al. A prospective cohort study investigating factors associated with depression during medical internship. *Arch Gen Psychiatry*. juin 2010;67(6):557-65.
25. West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of Resident Fatigue and Distress With Perceived Medical Errors. *JAMA* [Internet]. 23 sept 2009;302(12):1294-300. Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/184625>
26. Laurent A, Chahraoui K, Bioy A, Quenot JP, Capellier G. Vécu des situations à risque d'erreur en réanimation : une étude qualitative auprès des médecins et infirmiers. *Psychol Fr* [Internet]. 1 mars 2018;63(1):11-21. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033298416300358>
27. Loddé B, Gourhannic P-Y, Ferrec G, Esnault-Lavandier S, L'Her E, Dewitte J-D. Étude du sommeil et de la vigilance chez 239 médecins à activité de garde nocturne dans le Finistère depuis la mise en place du repos de sécurité. *Arch Mal Prof Environ*. 2010;71(4):607–618.
28. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 8 oct 2012;172(18):1377-85.
29. Heins A, Euerle B. Application of chronobiology to resident physician work scheduling. *Ann Emerg Med* [Internet]. 1 avr 2002;39(4):444-7. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196064402173513>

30. Steele MT, Ma OJ, Watson WA, Thomas HA. Emergency Medicine Residents' Shiftwork Tolerance and Preference. *Acad Emerg Med* [Internet]. 2000;7(6):670-3. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1553-2712.2000.tb02042.x>
31. Dumez H. *Méthodologie de la recherche qualitative 2ème édition - Les questions clés de la démarche compréhensive*. Magnard-Vuibert. 2016. 245 p.
32. Antoine P, Smith JA. Saisir l'expérience : présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie. *Psychol Fr* [Internet]. 1 déc 2017;62(4):373-85. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033298416300012>
33. Galam É. Devenir médecin : éclairer le hidden curriculum. L'exemple de l'erreur médicale. *Presse Médicale* [Internet]. 1 avr 2014;43(4, Part 1):358-62. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498213008683>
34. Brazeau CMLR, Schroeder R, Rovi S, Boyd L. Relationships Between Medical Student Burnout, Empathy, and Professionalism Climate. *Acad Med* [Internet]. oct 2010;85(10):S33. Disponible sur: https://journals.lww.com/academicmedicine/FullText/2010/10001/Relationships_Between_Medical_Student_Burnout,.12.aspx
35. VERY E, MONCANY Anne Hélène, YRONDI A, MARQUET T, BUI E, SCHMITT L. Facteurs de satisfaction et d'épuisement des psychiatres aux urgences. *ENCEPHALE* [Internet]. 2018;2 vol 44:106-10. Disponible sur: <http://www.em-premium.com/article/1209362>
36. Elnicki DM, Cooper A. Medical students' perceptions of the elements of effective inpatient teaching by attending physicians and housestaff. *J Gen Intern Med* [Internet]. 1 juill 2005;20(7):635-9. Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s11606-005-0109-1>
37. Moczko TR, Bugaj TJ, Herzog W, Nikendei C. Perceived stress at transition to workplace: a qualitative interview study exploring final-year medical students' needs. *Adv Med Educ Pract* [Internet]. 14 janv 2016;7:15-27. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4716753/>
38. Bruce SM, Conaglen HM, Conaglen JV. Burnout in physicians: a case for peer-support. *Intern Med J* [Internet]. 2005;35(5):272-8. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1445-5994.2005.00782.x>
39. Wear D, Aultman JM, Zarconi J, Varley JD. Derogatory and cynical humour directed towards patients: views of residents and attending doctors. *Med Educ* [Internet]. 2009;43(1):34-41. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2923.2008.03171.x>
40. Mata DA, Ramos MA, Kim MM, Guille C, Sen S. In Their Own Words: An Analysis of the Experiences of Medical Interns Participating in a Prospective Cohort Study of Depression. *Acad Med* [Internet]. sept 2016;91(9):1244–1250. Disponible sur: https://journals.lww.com/academicmedicine/FullText/2016/09000/In_Their_Own_Words__A_n_Analysis_of_the_Experiences.24.aspx#R14
41. McGoldrick KE. Occupational Stress and Burnout in Anaesthesia. *Surv Anesthesiol* [Internet]. août 2004;48(4):213–214. Disponible sur: https://journals.lww.com/surveyanesthesiology/Citation/2004/08000/Occupational_Stress_and_Burnout_in_Anaesthesia.43.aspx
42. Sood A, Prasad K, Schroeder D, Varkey P. Stress management and resilience training among Department of Medicine faculty: a pilot randomized clinical trial. *J Gen Intern Med*.

août 2011;26(8):858-61.

43. Abeni MS, Magni M, Conte M, Mangiacavalli S, Pochintesta L, Vicenzi G, et al. Psychological care of caregivers, nurses and physicians: a study of a new approach. *Cancer Med* [Internet]. 2014;3(1):101-10. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cam4.163>
44. Haute Autorité de Santé - Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout#toc_1_8
45. Strout TD, Hillen M, Gutheil C, Anderson E, Hutchinson R, Ward H, et al. Tolerance of uncertainty: A systematic review of health and healthcare-related outcomes. *Patient Educ Couns* [Internet]. 1 sept 2018;101(9):1518-37. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399118301551>
46. Kandouci BA, Kandouci C, Rahmani K. Gardes nocturnes et vigilance. *Arch Mal Prof Environ*. 2016;77(3):563–564.
47. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents. *Acad Med* [Internet]. août 2011;86(8):996–1009. Disponible sur: https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2011/08000/Empathy_Decline_and_Its_Reasons__A_Systematic.24.aspx
48. Burn-out chez les internes et les CCA/assistants : Revue de la littérature. Direction Générale de l'Offre de Soins;
49. Chauvin B. La perception des risques: Apports de la psychologie à l'identification des déterminants du risque perçu. De Boeck Supérieur; 2014. 218 p.
50. Michaud Y. La violence. Presses Universitaires de France 2004. (Que sais-je ?). Paris; 2004.
51. Notredame C-E. Apprendre le soin en psychiatrie, apprendre sa violence [Internet]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-5907>
52. Kaës R, Desvignes C. Le travail psychique de la formation. Entre aliénation et transformation. Paris: Dunod; 2011.
53. Lajzerowicz C, Vincent Y-M, Jung C. La supervision indirecte idéale d'après l'expérience des internes en stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé. *Pédagogie Médicale* [Internet]. 1 févr 2018;19(1):27-35. Disponible sur: <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/abs/2018/01/pmed170054/pmed170054.html>
54. Azoulay M, Lasfar M, Effenterre AV. Psychiatres de demain, formation(s) d'aujourd'hui : état des lieux de la formation du D.E.S. de psychiatrie. *Inf Psychiatr* [Internet]. 15 nov 2012;Volume 88(2):139-44. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2012-2-page-139.htm>
55. Van Effenterre A, Azoulay M, Champion F, Briffault X. La formation aux psychothérapies des internes de psychiatrie en France : résultats d'une enquête nationale. *L'Encéphale* [Internet]. 1 juin 2013;39(3):155-64. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700612002199>
56. Site internet de l'ALI2P [Internet]. Disponible sur: <http://www.ali2p.com/>

57. Agneray F, Loget M, Draperi C. Sentiment d'insécurité à l'hôpital psychiatrique : enjeux cliniques et thérapeutiques – Réflexions à partir d'une étude qualitative et quantitative portant sur le ressenti de soignants et non-soignants. *Éthique Santé* [Internet]. 1 sept 2015;12(3):190-7. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1765462915000513>
58. Charon R, Wyer P. Narrative evidence based medicine. *The Lancet* [Internet]. 26 janv 2008;371(9609):296-7. Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)60156-7/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)60156-7/abstract)
59. Une révolution pédagogique : la médecine narrative ? [Internet]. Disponible sur: <https://www.sam-network.org/video/une-revolution-pedagogique-la-medecine-narrative>
60. Goupy F, Abgrall-Barbry G, Aslangul E, Chahwakilian A, Delaitre D, Girard T, et al. L'enseignement de la médecine narrative peut-il être une réponse à l'attente de formation des étudiants à la relation médecin-malade ? *Presse Médicale* [Internet]. 1 janv 2013;42(1):e1-8. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498212005660>
61. Winseman J, Malik A, Morison J, Balkoski V. Students' views on factors affecting empathy in medical education. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. déc 2009;33(6):484-91.
62. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. sept 2009;84(9):1182-91.
63. Werner ER, Korsch BM. The vulnerability of the medical student: posthumous presentation of L.L. Stephens' ideas. *Pediatrics*. mars 1976;57(3):321-8.
64. Lejeune P. Le journal comme « antifiction ». *Poétique* [Internet]. 2007;n° 149(1):3-14. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-poetique-2007-1-page-3.htm>
65. Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Educ Couns* [Internet]. 1 mars 2009;74(3):339-46. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399108006290>
66. Charon R. Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *JAMA* [Internet]. 17 oct 2001;286(15):1897-902. Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/194300>
67. Site internet Presage CHU de Lille [Internet]. Disponible sur: <http://presage.univ-lille2.fr/presentation.html>
68. Info suicide. Info suicide.org actualités: le centre « Presage », à Lille, Un hôpital simulé [Internet]. Info suicide.org actualités. 2018. Disponible sur: <https://blogdinfo suicide.blogspot.com/2018/10/le-centre-presage-lille-un-hopital.html>
69. Bordes C. Efficacité des simulations dans l'apprentissage de l'entretien motivationnel. Une revue de la littérature [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02119443>
70. Bourgeois G. La formation des étudiants en médecine à la psychologie médicale : une expérience nancéenne utilisant la simulation [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932317>
71. Vestal HS, Sowden G, Nejad S, Stoklosa J, Valcourt SC, Keary C, et al. Simulation-Based Training for Residents in the Management of Acute Agitation: A Cluster Randomized

Controlled Trial. Acad Psychiatry [Internet]. 1 févr 2017;41(1):62-7. Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s40596-016-0559-2>

72. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales.

73. McNaughton N, Ravitz P, Wadell A, Hodges BD. Enseignement psychiatrique et simulation: une revue de littérature. Can J Psychiatry [Internet]. 1 févr 2008;53(2):85-93. Disponible sur: <https://doi.org/10.1177/070674370805300203>

74. Loux CP-D. Utilisation de la simulation médicale en psychiatrie. Eléments de littérature et étude expérimentale de la simulation d'un entretien psychiatrique d'urgence [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731916>

75. Bearman M, Palermo C, Allen LM, Williams B. Learning Empathy Through Simulation: A Systematic Literature Review. Simul Healthc [Internet]. oct 2015;10(5):308–319. Disponible sur: https://journals.lww.com/simulationinhealthcare/fulltext/2015/10000/Learning_Empathy_Through_Simulation__A_Systematic.8.aspx

76. Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes. 2015-225 févr 26, 2015.

77. Jaddo. Justre après dresseuse d'ours. Fleuve Noir DOCS. 2011. 292 p.

78. LANOT C. Témoignage de garde « La bonne sœur, la petite putain et le malheureux bizut » [Internet]. egora.fr. 2019. Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/bonnes-feuilles/49027-le-bonne-soeur-la-petite-putain-et-le-malheureux-bizut>

79. Alors Voilà. | Journal de soignées/soignantes réconciliées [Internet]. Disponible sur: <https://www.alorsvoila.com/>

80. Garling J. Phénoménologie du stress des jeunes internes de garde aux urgences: la confrontation à l'impuissance et à la mort.

81. Bommier C, Tudrej BV, Hervé C. Narration médicale : un traitement prophylactique contre la souffrance du médecin ? Ethics Med Public Health [Internet]. 1 janv 2019;8:51-5. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352552519300039>

82. Elsevier. La thérapie systémique brève [Internet]. Elsevier Connect. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/psy/la-therapie-systemique-breve>

ANNEXES

Annexe 1 : Témoignage présenté au Congrès « Burn Out » de l'ASPP du 15 novembre 2018. (2)

La garde de l'interne en psychiatrie : permanence des soins, stress en permanence !

« Cher journal,

J'ai besoin de te déposer le récit d'une garde que j'ai réalisé au début de mon internat.

C'était un soir de novembre, mes missions consistaient sur ce site : d'une part à « donner des avis » en tant qu'interne de psychiatrie au Service d'Accueil des Urgences ; d'autre part à assurer la permanence des soins dans ce qu'on appelle « les étages ». C'est à dire, me rendre disponible auprès des soignants et des patients hospitalisés dans les services de psychiatrie, sur le site dont j'ai la responsabilité, pour répondre à leurs difficultés tant sur des questions « psychiatriques » que « somatiques ».

Ce que nous, les psychiatres, appelons « somatique », ce sont toutes les questions qui concernent d'autres médecines que celle de la « psyché ». Il me semble pourtant que la psychiatrie s'intéresse à un organe comme les autres et qu'il est donc comme les autres, rattaché au reste du corps. Alors pourquoi, ne nous enseigne-t-on plus à l'internat de psychiatrie, la médecine des autres organes, si durant mes gardes je dois pouvoir répondre aux inquiétudes des soignants et des patients concernant l'ensemble de leur corps ? Oui, les soignants aussi cher journal..

Tiens, cela me rappelle une garde d'il y a quelques mois, où un soignant « des étages » m'a appelé parce qu'il souffrait d'une douleur thoracique !

Bref, revenons à mon histoire. La soirée de garde s'annonçait calme, il n'y avait pas d'avis à donner aux urgences, pas de transmission particulière dans « les étages ». J'en profitais donc pour faire connaissance avec l'infirmier de psychiatrie de liaison et d'urgence. Cet infirmier, travaille l'après-midi jusque 21h, il m'accompagne pour donner des avis aux urgences.

C'est lui aussi qui m'aide à me servir du logiciel de l'hôpital, à savoir si un patient est connu du secteur psychiatrique, lui aussi qui hiérarchise les demandes des urgentistes.. Ce n'est pas un travail simple.

Autant te dire cher journal, que j'appréhendais son départ.

Passé cet horaire là je serais seule.

Seule, face à mes responsabilités de jeune médecin.

Ce moment de répit, donc, nous permettait de faire un encas à 19h, en prévision d'un appel qui nous ordonnerait de nous rendre aux urgences. Comme disait l'infirmier, « les urgences, on sait à quelle heure on y entre, mais on ne sait pas quand on en sort ! ». Je n'avais même pas faim, j'appréhendais.

J'appréhendais de ne pas être à la hauteur de ma mission, de ne pas savoir faire face à une situation d'urgence.

C'est finalement plus tard dans la soirée que le devoir m'appelle et en terme d'urgence, je vais être servie cher journal.

Il est 22h, le téléphone de garde sonne, j'ai au bout du fil la standardiste de l'hôpital, elle est chargée de me mettre en relation avec la personne qui souhaite me

joindre. Je ne comprends pas tout à fait ce qu'elle me dit, notre échange est « haché », ce qu'elle me fait remarquer avant de me transférer l'appel d'un infirmier « des étages ». Je comprends à la voix du soignant au téléphone qu'il est inquiet. De nouveau la communication est entrecoupée, le seul mot que j'entends de ses explications est « arrêt ». Je ne suis pas sûre, je lui demande de répéter, de me rappeler, sans avoir la certitude qu'il m'ait entendu. Je n'ai de mon côté, pas le motif clair de l'appel, ni le nom, ni le numéro de chambre du patient, je crois juste avoir compris de quel service il s'agit.

Je m'y rends rapidement et interrogative. A mon arrivée je ne trouve pas de soignant au bureau des infirmiers, quelques patients et aucune explication.

J'ai rapidement compris en m'avançant vers une chambre où je devinais de l'agitation, que les soignants étaient en charge des gestes de premiers secours d'une patiente qui venait d'être retrouvée inanimée sur le sol de sa chambre.

L'équipe m'explique succinctement la situation de Me X, qui souffre d'une pathologie psychiatrique difficile à équilibrer ces derniers temps. La patiente aurait reçu une mauvaise nouvelle le jour même et cliniquement, lors de la dernière évaluation, il n'a pas été retrouvé d'élément permettant de « prédire » un potentiel passage à l'acte. La patiente a été trouvée inconsciente dans sa chambre, une dizaine de minutes à peine avant mon arrivée. Pendant le tour de surveillance, Me X a *tenté* de se suicider. Me X *s'est suicidée* ? Difficile à dire, nous considérons l'heure de découverte comme l'heure de l'arrêt cardio-respiratoire.

Un infirmier a d'ailleurs déjà appelé la régulation du SAMU, « on nous envoie une équipe ! » me précise-t-il avec un peu de réconfort dans la voix.

Le massage cardiaque est en cours, les soignants se relaient. Je propose qu'on pose une voie veineuse à la patiente, ce qui semble difficile avec les mouvements du massage cardiaque.

Je me souviens être très inquiète à ce moment-là, cher journal. Les secondes s'égrènent lentement, je tente pendant ce temps de lire le dossier médical qu'on me tend, à la recherche d'une information utile que je pourrais donner à l'équipe qui va nous sauver, enfin... sauver la patiente !

Le SAMU arrive, j'ai eu le temps de trouver les traitements, les antécédents de Me X. Hourra ! Je me sens déjà plus utile, que debout, les bras chargés du dossier médical à ne savoir quoi faire.

L'infirmier du SAMU me demande de lui donner une ampoule de cardiotrope, dans le sac « THOMAS », ouvert au préalable sur le lit.

Le sac « THOMAS », cher journal, c'est ce sac qui contient tout le matériel utile aux gestes d'urgence. Il remplace le chariot d'urgence dans certains services.

Il est, comme le chariot d'urgence, toujours rangé de la même façon.

Je n'avais ouvert ce sac qu'une seule fois au début de mon externat lors d'une « sortie » avec le SMUR, guidée par l'infirmier.

Je n'ai été formée qu'à l'utilisation du chariot d'urgence au cours de mon internat.

En deuxième semestre.

Une seule fois.

A vrai dire, cher journal, j'étais dans l'incapacité de lui donner de façon efficace ce qu'il me demandait, il y avait tellement de trousse, de poches, d'étiquettes de couleur, je n'arrivais pas à m'y repérer. C'est le brancardier du SAMU qui m'est venu en aide. J'étais plantée dans cette chambre, hagarde et soulagée, devant cette

équipe, qui réalisait devant nous un ballet de sauvetage bien orchestré. Soulagée devant autant de technicité au service de Me X.

Le médecin du SAMU, placide, constatait au fur et à mesure du temps qui s'écoulait, entre deux indications à son équipe : l'absence de chariot d'urgence dans le service, l'absence de prise d'oxygène dans la chambre, l'absence de bouteille d'oxygène à disposition, l'absence de défibrillateur disponible à l'étage et la fragilité de la situation médicale de Me X.

Plus les minutes passaient, sans que ni le massage cardiaque ni les médicaments cardiotropes n'aident notre patiente à retrouver une activité cardiaque viable, plus le pronostic de l'urgentiste s'assombrissait.

Pendant ce temps, les soignants du service se repassaient le déroulé de la soirée comme un film rembobiné : leur dernier passage auprès de la patiente, ce qui lui a été dit, ce qui leur a été transmis. A la recherche probablement d'un détail, d'un indice qui aurait pu laisser présager ce qui était en train de se passer.

J'entendais leurs interrogations entremêlées, sans qu'aucune réponse satisfaisante ne puisse leur être apporté :

« Ça n'est la faute de personne en particulier » disait l'un en parlant du passage à l'acte de Me X.

« C'est la responsabilité de toute l'équipe pourtant » répondait l'autre au sujet de sa mort qui nous semblait de plus en plus proche.

« Je ne veux pas perdre mon diplôme ! » s'inquiétait un autre.

« Comment est-ce possible de parvenir à se donner la mort à l'hôpital ? » je me demandais en silence.

Nos questions se bouscuaient dans le silence de la chambre.

Nous ne savions pas, en découvrant la patiente, depuis combien de temps elle était en arrêt cardio-respiratoire.

L'horloge du service, était également arrêtée, quand nous cherchions à déterminer l'heure du décès.

Le décès par suicide constitue un obstacle médico-légal à l'inhumation. Dans cette situation, une procédure médico-judiciaire doit être engagée. Aucun de nous ne la connaissait ce soir-là. Heureusement, le cadre de garde que nous avons contacté a pu se déplacer pour soutenir l'équipe soignante et nous donner des indications.

Le corps de Me X gisait sur le sol recouvert d'un drap, pendant que nous rangions le matériel autour d'elle. Nous attendions les forces de l'ordre comme le demande la procédure.

J'étais stupéfaite.

Je venais d'atteindre ma limite ce jour-là : en terme de savoir médical, en terme d'action et mes tentatives de réassurance auprès de l'équipe semblaient peu efficaces.

« Vous avez fait tout ce qu'il fallait, c'était très bien ! » je leur répétais inlassablement.

« A côté de quoi dans la problématique de Me X sommes-nous passés ? »

« Comment peut-on parvenir à se donner la mort dans un lieu de soins ? »

« Qui est le responsable ? »

« Vers qui la justice va-t-elle se tourner pour demander des comptes ? »

« Que dois-je répondre aux questions de la police ? ».

Mes interrogations m'éloignaient à grand pas de l'empathie qui m'avait mobilisé à trouver des solutions pour maintenir Me X en vie et me rapprochait inexorablement de mon sentiment de responsabilité, qui m'amenait déjà vers la recherche d'axe d'amélioration de ma pratique.

Le médecin urgentiste, tout en remplissant le constat de décès, me faisait part de ses remarques, « Vous avez l'air dépassée ! » constatait-il très justement.

J'appelais le médecin sénior, je racontais pêle-mêle, les circonstances de décès de Me X, les inquiétudes des soignants autour de moi, la procédure à appliquer. Le sénior m'expliquait qu'il n'avait encore jamais eu à faire face à cette situation et qu'à juste titre il n'avait pas connaissance de cette procédure.

A mon tour, je remplissais le dossier médical, relatant scrupuleusement, minute par minute les faits, la symptomatologie, la conduite tenue. Je remplissais comme cela plusieurs pages, comme si que j'adressais au psychiatre référant de cette patiente, mais aussi potentiellement à la justice et à la famille de Me X, des explications qui les aideraient à trouver des réponses à leurs questions.

Le téléphone se remis à sonner et me permis de chasser la brume dans laquelle j'étais, entre les interrogations de l'équipe et les questions des forces de l'ordre qu'il fallait habilement contourner. C'est le médecin des urgences : un avis à donner.

En revenant des urgences vers la chambre de garde dans la nuit, j'avais la sensation d'avoir vécu « le pire du pire », que plus rien ne me ferait plus jamais peur après cela.

Je n'ai pas pu fermer l'œil jusqu'au lendemain, comme dans l'appréhension que le téléphone pourrait sonner de nouveau, pour m'annoncer quelque chose de pire encore que ce qui venait de se produire. Mais n'est-ce pas le principe d'un téléphone de garde de réceptionner les appels du personnel en difficulté ?

Le pire, mais pour qui ?

Pour le patient ?

Pour moi ?

Pour les équipes ?

Pour les familles des patients ?

Je retourne en stage le surlendemain, nous échangeons avec les équipes :

« Alors, ton week-end ? »

« Oh, un patient décédé en garde, et toi, cette petite virée à la mer ? »

Les jours passent et il m'est difficile de contenir cette appréhension du « pire du pire ». Insidieusement, l'anxiété croit. Elle s'installe, dans les entretiens avec les patients que je suis en hospitalisation, dans mon évaluation du risque suicidaire notamment.

Les entretiens sont donc plus longs, je m'assure de ne pas passer à côté de l'indice, du détail qui pourrait laisser émerger le doute qu'un patient puisse se faire du mal, comme Me X l'avait fait quelques semaines plus tôt.

Donner mon accord pour les permissions de sortie, pour les sorties d'hospitalisation n'est plus aisé. J'ai besoin de l'accord de mon chef dans chaque décision. Les équipes soignantes me reprennent régulièrement à ce sujet, je finis de plus en plus tard pour remplir les dossiers médicaux avec le plus de détails possibles.

Je me fatigue.

J'ai peur de nuire dans ma pratique.

J'ai peur des patients et de leur souffrance.

J'ai peur de ne pouvoir accéder à leur demande.

J'ai peur d'aller en garde.

J'ai peur des demandes des équipes soignantes.

Pour vaincre cette appréhension, je décide de reprendre les choses en main. J'ai mis par écrit les difficultés que j'ai rencontrées.

J'ai par ailleurs protocolisé tout un tas de situations d'urgence que je serais susceptible de rencontrer tout au long de mon internat, j'ai consigné tout cela dans un petit carnet qui ne me quitte plus.

Armée de mon protocole, je me sentais plus sereine : que la mort vienne pour terrasser mes patients, je serais prête à lui tordre le cou avec mes protocoles !

Toute mon énergie ou presque était utilisée à anticiper ce qui pourrait arriver de pire au patient, à justifier la conduite à tenir dans les dossiers médicaux et finalement à me rassurer.

Le problème, cher journal, c'est que rien ne pouvait suffisamment me rassurer et que plus je tentais de me rassurer et plus j'avais besoin de réassurance.

Je travaillais plus, donc j'apprenais plus de choses, mais je me rendais compte de la quantité de connaissances que j'avais oubliées depuis les Epreuves Classantes Nationales. J'avais l'illusion, en travaillant autant de rendre comme cela plus service au patient dans le soin.

Cela me procurait au départ, une sensation plutôt agréable de contrôle et la satisfaction du travail bien fait. Je ne repartais chez moi que quand j'avais la certitude que tout le monde était en sécurité.

J'étais fatiguée.

En parlant de fatigue, j'ai d'ailleurs remarqué cher journal que durant les nuit de garde, plus je suis fatiguée et plus j'ai des difficultés à travailler efficacement et à prendre des décisions, je suis plus tentée d'hospitaliser les patients pour les mettre en sécurité.

Je récupère d'ailleurs plus difficilement des gardes au fur et à mesure de mon cursus.

En garde et durant la journée j'ai le sentiment d'écrire chaque jour dans le dossier médical, au juge qui pourrait un jour me condamner pour ne pas avoir suffisamment sécurisé le patient s'il lui arrivait quelque chose.

J'étais comme tu peux le constater, cher journal, dans l'incapacité de prendre du recul sur ce qui m'arrivait.

Cette question de la responsabilité et du protocole qui rassure, je l'ai retrouvé régulièrement auprès de mes collègues infirmiers depuis le début de mon internat. J'ai de cette façon, en mémoire, une collection d'appels tous justifiés sur le téléphone de garde.

Cette fois où on me demande de venir examiner dans la nuit, une patiente qui avait été envoyée aux urgences plus tôt dans la journée et qui par définition a déjà été prise en charge sur le plan somatique, « Tu dois venir le réexaminer, c'est le protocole, après tu fais ce que tu veux mais je le note dans le dossier » m'indiquait un infirmier.

Ou cette fois-là au moment du changement de poste à 21h : « Je t'appelle pour te dire que Mr X a tenté de se mettre en danger il y a 1h. Sur le coup je ne t'ai pas appelée mais maintenant que je quitte mon poste j'ai un doute sur ce que j'ai fait, alors je t'appelle. ».

Ou encore : « La tension de Me Y est un peu élevée ce matin, je lui donne son cachet pour la tension ou non ? Oui ? Tu peux au moins venir la voir ? ».

Ou le classique : « Mr H il a dit qu'il a des idées suicidaires ce soir, je le sais, c'est connu ça d'ailleurs, c'est même pour ça qu'il est entré en hospitalisation, mais je voulais t'appeler, te le dire, comme ça tu le sais ! ».

Ou mon préféré, surtout quand il y a beaucoup de travail sur la garde : « Je t'appelle pour Melle A, tu sais, la « border-line », elle dit qu'elle ne peut plus marcher ce soir, elle a galopé toute la journée pourtant, mais elle veut que tu viennes la voir. Tu ne viendras pas tout de suite ? Bon, je lui dis de t'attendre alors, hein ? »

J'ai une infinie empathie pour ces soignants qui témoignent par leurs appels leurs inquiétudes à peine dissimulées, j'entends dans leur demande « Peux-tu venir me voir et m'assurer que ce que je fais est bon pour le patient ? ». Je le fais systématiquement, je pense que cela fait partie de nos missions d'encourager les équipes, de les rassurer sur leur bienveillance et leur capacité à gérer les patients.

Une question me taraude depuis le début de l'internat : quand je panique, quand je suis stressée, à qui puis-je décemment demander si ce que je fais est bon pour le patient à 3h du matin, si ce n'est à la régulation du SAMU, quand j'ai vraiment un doute ?

Je retrouve dans les demandes des soignants, mon propre besoin de réassurance.

Puis-je appeler le sénior de garde pour être rassurée ?

Qui soigne le médecin qui panique ?

Ne faut-il pas que j'apprenne à me rassurer seule ?

Mais comment se forme-t-on à l'auto-réassurance ?

Un sénior m'interrogeait, « avec les années, l'incertitude est toujours présente dans notre pratique, mais comment apprend-on à y faire face ? ».

En attendant, je rentre chez moi après les gardes avec mes interrogations, mes inquiétudes sur les décisions prises dans la nuit.

Plus tard, le service où j'avais réalisé cette garde à l'époque me rappelle, pour m'annoncer que la famille de Me X, comme je l'appréhendais, a porté plainte au moment de son décès, et que le commissaire en charge de l'enquête souhaite m'auditionner.

Je ne connaîtrai probablement jamais la conclusion de cette histoire. Je pense que la conclusion médicale à laquelle je dois être en capacité de m'en tenir est celle que j'ai notée dans le dossier ce soir-là, après le départ de l'équipe du SAMU.

Cette situation m'a motivée à explorer les pistes pour améliorer les conditions de travail de l'interne en psychiatrie durant la garde de nuit.

Si les internes et les séniors ont beaucoup d'anecdotes sur les gardes difficiles qu'ils ont rencontrées durant leur parcours, il existe peu de données sur le vécu subjectif des gardes.

Cette année je suis satisfaite de voir mis en place le module « Avant-garde » au CHRU de Lille, dispensé à tous les internes de 1^{er} semestre.

C'est une formation d'une demi-journée aux gestes d'urgence les plus rencontrés, sur mannequin ! Quelle chance de pouvoir se former ainsi aux gestes d'urgence, à quand la formation pour « faire-face » ? »

Tilila LAKHSASSI

Interne de psychiatrie 7^{ème} semestre

Université de Lille

Annexe 2 : Courriel transmis par le secrétariat du D.E.S. de la Faculté de Médecine de Lille le 22/03/18 à l'ensemble des internes de psychiatrie inscrits à l'année universitaire 2018/2019

« Chères toutes, chers tous,

Je réalise une étude qualitative, sur le vécu des internes de psychiatrie du Nord-Pas-de-Calais durant les gardes, dans le cadre de la préparation de la thèse de Doctorat. Je souhaite en effet, travailler sur les commodités et les difficultés que vous rencontrez et/ou avez rencontré durant votre parcours, spécifiquement pendant les gardes, dans les Services d'Accueil des Urgences et les EPSM de la région.

Pour se faire, je vous propose que nous nous rencontrions et que nous abordions plusieurs thématiques qui touchent au travail de garde des internes, durant un entretien d'un peu plus d'une heure, dans un lieu qui vous convient.

Ces témoignages sont enregistrés afin que je puisse en extraire des thématiques et exploiter les résultats utiles. Bien entendu, vos témoignages sont anonymes et les lieux, les détails qui pourraient permettre de vous identifier et d'identifier des situations cliniques spécifiques ne seront pas mentionnés dans mon travail. En effet, la finalité est de rédiger à partir de ces entretiens et de la littérature : un « guide de l'interne de garde »; et non pas de stigmatiser ni de pénaliser les lieux de garde ni les équipes qui vous accueillent.

Si cette démarche vous intéresse, n'hésitez pas dès lors à me contacter par téléphone ou par e-mail pour organiser une rencontre. »

Annexe3 : Grille d'entretien

1\ Préambule :

Nous allons mettre de côté la relation qui nous unit déjà, pour que tu puisses répondre de la façon la plus exhaustive possible aux questions. Cet entretien est enregistré. Si tu as des questions, il est possible qu'on interrompe l'échange.

Si tu as besoin qu'on échange sur tes réponses, on peut en parler à la fin de l'entretien.

L'objectif principal est de définir les axes d'amélioration des conditions du travail de garde, en m'inspirant des difficultés et des commodités qui seront mis en évidence lors des échanges avec les internes.

Tes réponses sont bien entendu anonymes. Les informations qui pourraient permettre de t'identifier ou d'identifier une situation clinique spécifique n'apparaîtront pas dans la retranscription de l'échange afin de garantir la liberté d'expression. Aucune question n'est obligatoire, s'il y a des questions auxquelles tu ne souhaites pas répondre, n'hésite pas à me le signifier.

2\ Généralités

- Q1 – Sexe
- Q2 – Quel âge as-tu ?
- Q3 – Combien de semestre(s) as-tu validé ?
- Q4 – Quel est ton rang de classement aux ECN ?
- Q5 – La psychiatrie a-t-elle été un choix ?
- Q6 – En moyenne, combien de garde prends-tu par mois ?
- Q7 – As-tu été externe en psychiatrie ?

3\ Conditions de travail et vécu des gardes

a) Avant la garde

- Q8 – Est-ce qu'il y a des choses que tu fais ou que tu ne fais pas avant de prendre la garde ?
- Q9 – Appréhendes-tu les gardes ?
- Q10 – Comment vis-tu la répartition de garde ?

b) Pendant la garde

- Q10 – Te rappelles-tu d'une garde qui t'a marqué ? Si oui, peux tu me la raconter en insistant sur ce qui t'as marqué ?
- Q11 – Est-ce que les conditions d'accueil sur le site, influencent ton vécu de la garde ?
- Q12 – Comment gères-tu les temps de repos et de repas durant la garde ?
- Q13 – Qu'est-ce qui t'aide durant les gardes et à l'inverse, qu'est ce qui te déstabilise durant les gardes ? (*Quels sont les points positifs et négatifs du travail de garde ?*)
- Q14 – Quel est actuellement l'impact de la séniorisation sur tes décisions ?
- Q15 – As-tu déjà bénéficié de débriefing de fin de garde ?
 - o Si oui, cette démarche t'a-t-elle été profitable ?
- Q16 – Penses-tu que la fréquence des gardes ait un impact sur ton travail en stage ?
- Q17 – Quel est ton vécu de la relation avec les patients durant le travail de garde ? (*Satisfactions, frustrations*)

c) Après la garde

- Q18 - Comment te sens-tu à la suite d'une garde ?
 - o As-tu besoin de décompresser après une garde ?
 - o *Reformulation : As-tu un rituel de « post-garde » ? Si oui, lequel ?*

4) Concernant les différents sites de garde**a) Quel que soit le site de garde**

- Q19 - Est-ce que le terrain de garde influence ton choix du terrain de stage ?

b) Au SAU

- Q20 - Comment te positionnes-tu par rapport aux équipes soignantes des urgences ? Quels sont tes liens avec ces équipes ? Comment gères-tu leurs demandes ?
- Q21 - Comment évalues-tu le poids de tes prescriptions lors des gardes au SAU ?
- Q22 – Comment gères-tu la partie administrative du travail de garde aux urgences ?
 - o Comment gères-tu les situations de négociation avec l'administration quand tu recherches une place pour un patient dit « hors secteur » ?
 - o Comment remplis-tu le dossier médical ? (*Faire préciser : succinctement, exhaustivement, cela prend-il du temps ?*)

c) A l'EPSM

- Q23 - Comment te positionnes-tu par rapport aux équipes d'hospitalisation (*service de psychiatrie et à l'EPSM*) ? *Quels sont tes liens avec les équipes et le poids des prescriptions durant la garde ?*
- Q24 - Comment reçois-tu les demandes des équipes soignantes durant les gardes à l'EPSM ?

5/ Conseils aux internes :

- Q25 – Aurais-tu un ou des conseils à donner à de jeunes internes qui débutent leur internat en novembre ?

AUTEUR : Nom : Lakhsassi

Prénom : Tilila

Date de Soutenance : 10 octobre 2019

Titre de la Thèse : Le vécu de l'interne de psychiatrie de garde. Une étude qualitative dans les Hauts-de-France.

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Médecine

DES : Psychiatrie

Mots-clés : Gardes, étude qualitative, phénoménologie, internes, permanence des soins, urgences, psychiatrie, apprentissage, risques psycho sociaux, repos compensatoire, reponsabilité médicale

Contexte : Il existe peu d'études sur le vécu des gardes chez les internes en psychiatrie. La littérature s'est surtout intéressée aux Risques Psycho Sociaux (surcharge et temps de travail) auxquels sont soumis les étudiants et les médecins. La loi de 2002 de modernisation sociale, rend effectif le repos compensatoire à la suite d'une garde. Une autre difficulté est la charge émotionnelle car le travail de garde se différencie du travail de stage en psychiatrie, par l'apprentissage des situations d'urgence en autonomie. L'objectif de ce travail est de décrire le vécu émotionnel et professionnel des gardes chez les internes en psychiatrie. Les résultats sont présentés dans le but de recueillir des suggestions pour la réalisation d'un guide de garde de l'interne de psychiatrie.

Matériel et Méthode : Une étude qualitative auprès de 15 internes inscrits au DES de psychiatrie de l'Université de Lille a été réalisée entre avril et juin 2019. Des internes en différentes années d'internat ont été interrogés au moyen d'entretiens semi-dirigés. L'analyse de ces entretiens a été réalisée par le logiciel d'analyse N VIVO 12 en utilisant une méthode d'analyse qualitative IPA combinée à un codage multinominal et multithématique.

Résultats : Le travail de garde génère des doutes et un sentiment de solitude. Les internes font face durant la garde aux limites de leurs connaissances et de leurs capacités de gestion des situations et de leur responsabilité médicale. Les situations d'incertitude génèrent des émotions comme de la colère et de la peur. Le manque d'expérience face aux équipes soignantes peut susciter un sentiment d'illégitimité et une demande de collaboration nécessaire lors de la formation en psychiatrie. Pouvoir s'imprégner des repères logistiques avant d'arriver en garde (guide de garde, visite des lieux) atténuerait l'appréhension. Un débriefing de fin de garde avec le senior d'astreinte offrirait l'occasion d'enrichir cet apprentissage. Le travail de garde fragmente la présence en stage et la privation de sommeil répétée est source de fatigue. L'expérience en garde donne le moyen de progresser dans l'apprentissage des responsabilités et dans la prise d'autonomie.

Conclusion : Le travail de garde est essentiel à l'apprentissage de la psychiatrie d'urgence mais place l'interne en difficulté. Certaines mesures d'accompagnement dont un guide de garde permettraient de donner des repères et sensibiliser les internes aux aspects inconfortables de la garde.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre Thomas

Assesseurs :

Monsieur le Professeur François Puisieux

Monsieur le Professeur Guillaume Vaiva

Monsieur le Docteur Dominique Servant