

Liste des abréviations

	CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
	CR : Compte-Rendu
	DES : Diplôme d'Enseignement Spécialisé
	DMG : Département de Médecine Générale
	EBM : Evidence Based Medicine
	ECA : Enseignant Clinicien Ambulatoire
	GEAP : Groupe d'Echange et d'Analyse de Pratique
	HPST : Hôpital Patients Santé et Territoires
	MSU : Maître de Stage Universitaire
	PRAT : praticien, stage de niveau 1
	SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé
	SCCA : Situation Clinique Complexe et Authentique

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

REPARTITION DU TRAVAIL

RESUME

INTRODUCTION

MATERIEL ET MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Stage de niveau 1
 - 1.1. Les trois familles les plus abordées par ordre de fréquence
 - 1.2. Les trois familles les moins abordées
2. SASPAS
 - 2.1. Les trois familles les plus abordées
 - 2.2. Les trois familles les moins fréquemment rencontrées
3. Comparaisons stage 1 versus SASPAS

DISCUSSION

1. Ce qui ressort principalement
2. Différences entre les deux groupes
3. Quid du dépistage des cancers mammaires et génitaux ?
4. Forces et faiblesses

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

**Etat des lieux des familles de situations
cliniques abordées au cours des séances de
groupe d'échange et d'analyse de pratique
en stage Praticien de niveau 1 et 2**

Co-auteurs : Julie POSTOLLEC¹, Paul RIBEILL¹

1 : Département de Médecine Générale, UFR Santé, Université d'Angers, Rue
Haute de Reculée, 49045 Angers Cedex 01, France

REPARTITION DU TRAVAIL

Chacun des rédacteurs a recueilli les comptes rendus pour un seul groupe : stage praticien de niveau 1 ou stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé. Il n'y a pas eu d'autre division dans la répartition des tâches.

RESUME

Introduction. Dans le modèle d'apprentissage par compétence, les internes devaient être confrontés durant leur DES à 11 familles de situations. Elles étaient abordées lors des groupes d'échange et d'analyse de pratique (GEAP) mis en place pendant les stages de niveau 1 et 2.

Les objectifs de ce travail de thèse étaient de connaître et de préciser les familles de situations rencontrées puis, de repérer une différence de distribution entre les deux groupes.

Matériel et Méthode. L'étude a été rétrospective, descriptive, issue d'un double codage des comptes rendus des séances de GEAP à partir du descriptif de l'ensemble des familles de situations cliniques. Le recueil de données s'est fait auprès des animateurs des GEAP des départements du Maine et Loire, Sarthe et Mayenne.

Résultats. 604 récits recueillis entre mai 2010 et mai 2016, 587 ont été inclus : 292 pour le stage de niveau 1, 295 pour le Stage de niveau 2. 6 récits ont été inexploitable et 11 exclus pour une absence de codage commun. Il a été retrouvé une prédominance des situations en lien avec des pathologies chroniques (32,9%) contrastant avec une très faible représentation des situations exposées en lien avec des patients de culture différente (1,6%). La répartition des familles est hétérogène pour l'ensemble des deux groupes. Les familles de situation en lien avec des aspects médico-légaux et des patients difficiles sont plus souvent retrouvées dans les stages de niveau 1.

Conclusion. Pour pallier à l'hétérogénéité de distribution des différentes familles de situations cliniques rencontrées, il pourrait être judicieux de thématiser l'ensemble des séances de GEAP, comme cela a déjà lieu lors de certains cours de module A et B.

INTRODUCTION

La formation initiale des médecins généralistes français a été profondément modifiée depuis la création du Diplôme Etude Spécialisé (DES) de médecine générale en 2004 avec notamment la création d'un deuxième stage ambulatoire auprès de médecins généralistes agréés en tant qu'Enseignant Clinicien Ambulatoire (ECA), secondairement requalifiés en 2011 en Maitres de Stage Universitaire (MSU). De plus, suite à l'entrée en vigueur en 2009 de la Loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HSPT) (1), les facultés de médecine se sont vues attribuer « une responsabilité sociale déterminante et doivent garantir aux patients un haut niveau de compétences des professionnels de santé » qu'elles forment (2).

Dans cette optique et sous l'impulsion du Collège Nationale des Généralistes Enseignants (CNGE), un certain nombre de départements de médecine générale dont celui d'Angers ont pris le parti de certifier les compétences de ses diplômés et pour se faire ils ont choisi de changer de paradigme pédagogique : passer de celui d'enseignement à celui d'apprentissage (3). Ce paradigme d'apprentissage se démarque du paradigme d'enseignement des six premières années des études médicales où la formation est essentiellement orientée vers l'acquisition de savoirs disciplinaires. Ainsi s'observe une transposition d'un savoir théorique à son application pratique. « Le paradigme d'apprentissage par compétences s'inspire du cycle de l'apprentissage expérientiel [décrit par D.Kolb], enrichi de l'action de guide, d'éclairage et d'évaluation de l'enseignant » (4)(5). Il permet à l'interne de poursuivre sa

formation à partir de ses propres expériences, il met au travail sa réflexivité définie ainsi par S. Chartier : « action de réfléchir sur soi-même, de se questionner, de questionner le pourquoi et les conséquences de ses actions » (5).

Suite à la mission ministérielle de 2009 dirigée par le Pr Matillon « Evaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé », un groupe national d'experts diligenté par le CNGE en 2013 a défini onze familles de situations représentatives de l'exercice de la médecine générale (2)(6). Elles sont « des familles de situations ou problèmes complexes devant lesquelles l'interne de médecine générale devra avoir été placé au cours de ses trois années de DES afin d'évaluer ses performances et donc ses compétences » (7).

Ce même groupe d'experts a défini six compétences génériques transversales dont l'acquisition et la mobilisation doivent permettre aux futurs médecins généralistes de remplir les missions qui seront leurs. Elles sont définies ainsi : « un savoir-agir complexe, un savoir-intégrer, qui ne peut se développer qu'au contact de situations-problèmes au sein de famille de situations et au travers d'un parcours de développement » (2). Le niveau d'exigence varie selon l'avancement de l'interne dans le DES, véritable filière professionnalisante, aboutissant à terme à une autonomie totale.

Le processus cognitif d'apprentissage des compétences nécessite la confrontation à des situations cliniques complexes et authentiques (SCCA),

rencontrées notamment au cours de la réalisation de stages ambulatoires de type stage chez le praticien (dit de niveau 1 ou PRAT) ou de Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (appelés SASPAS ou stage de niveau 2). Depuis une dizaine d'années au sein du DMG d'Angers une partie de l'enseignement facultaire du DES de médecine générale s'articule autour de Groupe d'Echange et d'Analyse de pratique (GEAP) pour répondre aux exigences de ce nouveau paradigme.

Les GEAP, marque déposée par MG-Form®, ont selon la définition de la Haute Autorité de Santé pour objectif « d'améliorer la pratique médicale autour d'une discussion-réflexion entre pairs et d'analyser ces pratiques en référence à des données de la science de type Evidence Based Medicine » (EBM) (8). L'intérêt des GEAP dans le modèle pédagogique d'apprentissage apparaît incontournable et plébiscité par les étudiants (9) pour l'acquisition des compétences mises en œuvre à travers les différentes familles de situation rencontrées auprès de patientèles provenant de zones géographiques variées.

S. Debris a étudié les groupes de pairs médicaux et caractérise l'analyse des pratiques ainsi : « une démarche qui protège des certitudes et invite à s'extraire du prêt-à-penser, du prêt-à-dire, du prêt-à-croire » (10). Les GEAP ont l'avantage d'une horizontalité des relations au sein du groupe, chacun a la parole, toutes ont le même poids, les internes enrichissent leur pratique des récits amenés, s'inscrivant totalement dans le processus d'auto-formation. Les enseignants présents sont là en tant que facilitateur d'apprentissage en se concentrant sur les besoins de formation exprimés par les internes ou qu'ils

ont pu repérer. Ces séances débouchent sur des recherches bibliographiques abordant des thèmes divers.

Au DMG d'Angers, les GEAP sont au nombre de quatre pour les internes en stage de niveau un et deux pour ceux en SASPAS. Chaque GEAP comporte une douzaine d'étudiants et un ou deux enseignants qui se réunissent huit à douze fois dans le semestre selon le stage concerné. Le choix de la situation clinique complexe à exposer est laissé libre aux internes narrateurs.

La production de comptes rendus de séances à partir des séances de GEAP témoigne de la confrontation des internes aux différentes familles de situations cliniques rencontrées. Toutefois, au décours des stages ambulatoires, l'ensemble des familles de situations est-il abordé ? Le sont-elles avec la même fréquence ? Existe-il des différences entre le stage de niveau un et de niveau deux (SASPAS) ?

L'objectif de ce travail est d'étudier la distribution des familles de situations cliniques spontanément abordées par les internes de médecine générale d'Angers au cours des GEAP, lors des stages ambulatoires de niveau 1 et 2. L'objectif secondaire est de vérifier que l'ensemble des familles de situations est abordé lors de ces GEAP.

MATERIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive et rétrospective, à partir des comptes rendus (CR) de séances de GEAP des SASPAS et des stages ambulatoires de niveau 1 produits par les internes secrétaires de séance entre mai 2010 et Avril 2016. Les auteurs ont contacté par voie électronique les huit enseignants animateurs de séance dans les départements du Maine-et-Loire, Sarthe et Mayenne. Les animateurs de GEAP étaient des Professeurs des Universités (PU), Professeurs des universités Associés (PA), Maîtres de Conférences Associés (MCA) ou chargés d'enseignement-Maitres de Stage Universitaire (MSU).

Les documents ont été collectés par courriel ou sous format papier. Les auteurs ont scanné les documents papiers et stocké l'ensemble via un cloud Onedrive®.

L'analyse a été faite via une grille de codage élaborée à partir des définitions des familles de situations cliniques (7) écrites par C. Attali (annexe 1). Les deux auteurs ont analysé de façon séparée les récits issus des CR puis se sont rencontrés en cours d'analyse pour homogénéiser les résultats. Suite à la première rencontre il est apparu nécessaire de préciser certains critères de codage en se référant aux définitions des sociétés savantes, aux champs lexicaux et à la sémiologie (annexe 2). Chaque récit était codé par au moins

une famille (1, 2, 3...) indiquée par la ou les sous-familles qui la définissent (a, b, c....).

Trois cas de figures se sont présentés :

- Codage totalement identique : « récit indiscutable »
- Codage divergent avec au moins un code commun : « récit discutable »
- Aucun codage commun : « récit exclu », non pris en compte dans les résultats

Les récits avec un codage divergent ont été relus par les deux auteurs, chacun a argumenté sa proposition pour aboutir à un consensus.

Une représentation graphique de la distribution des familles et sous-familles selon leur origine (PRAT, SASPAS) et de l'ensemble des CR a été élaborée à partir du traitement des données par Excel®.

RÉSULTATS

604 récits ont été recueillis, 296 PRAT, 308 SASPAS, dont 6 récits non exploitables pour les raisons suivantes :

- Anecdotes
- Récit émanant de l'animateur de séance, non rencontré par un interne du groupe.
- Récit trop court ou données parcellaires n'apportant pas suffisamment d'éléments exploitables.
- Récits divers ne relatant pas de situation clinique : organisation du cabinet, logistique, questions de fiscalité.

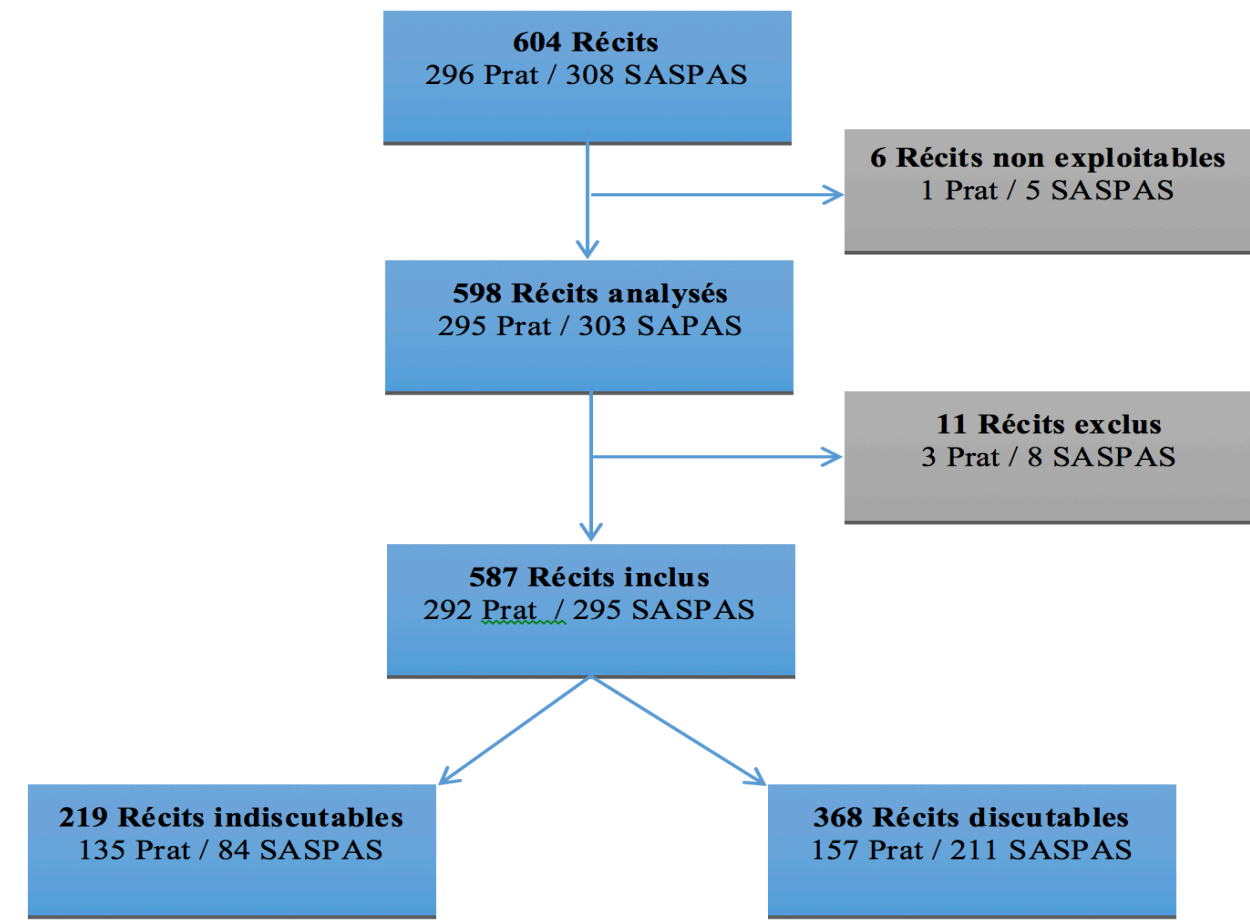


Figure 1 : *Diagramme de flux*

1. Stage de niveau 1 :

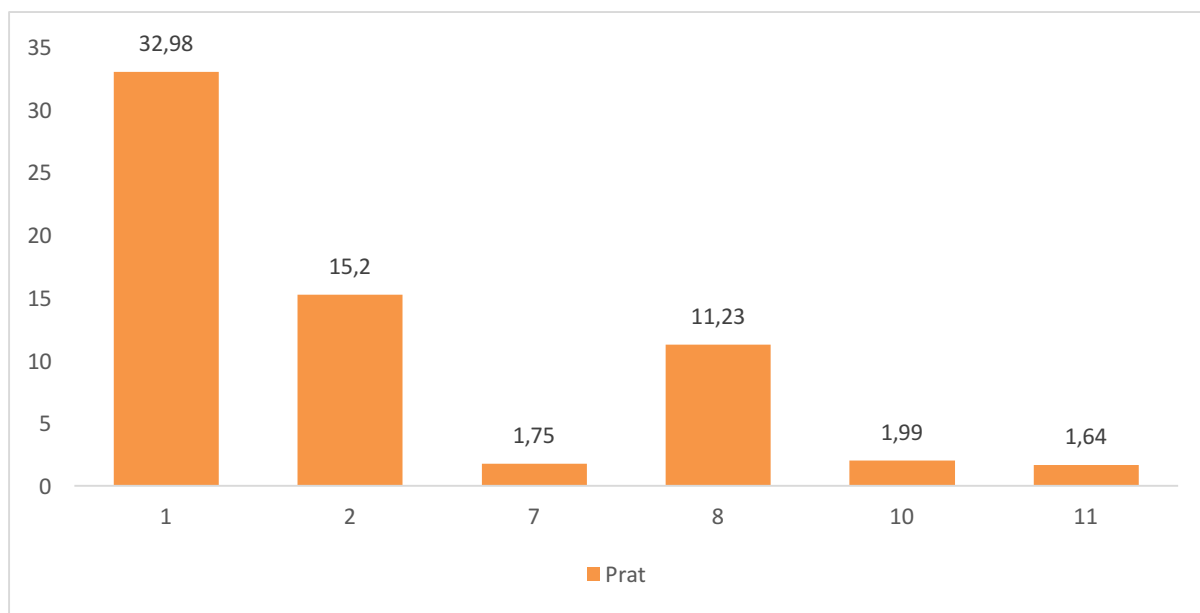


FIGURE 2 : Histogrammes de distribution des trois familles de situations les plus et les moins représentées en stage PRAT

1.1. Les trois familles de situations les plus abordées

On retrouvait par ordre de fréquence :

-la famille n°1 : situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence avec 32.98%. La distribution des sous-familles était la suivante : 1A > 1B > 1F > 1D > 1G > 1E > 1C (cf annexe).

-la famille n°2 : situations liées à des problèmes aigus / non programmés / fréquents / exemplaires avec 15,2%. La distribution des sous-familles était la suivante : 2B > 2A.

-la famille n°8 : Situations dont les aspects légaux, déontologiques et ou juridiques / médicolégaux sont au premier plan avec 11,23 %.

1.2. Les trois familles de situations les moins abordées

On retrouvait par ordre de fréquence :

- la famille n°11 : Situations avec des patients d'une autre culture avec 1.64 %.
- la famille n°7 : Situations de problèmes de santé et / ou de souffrance liés au travail avec 1,75%.
- la famille n° 10 : Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan avec 1,99 %.

A noter que 2 sous-familles n'ont pas été abordées au cours des différents récits recueillis lors du stage de niveau 1. Il s'agit de la 7B en lien avec des situations de patients présentant des problèmes de reconnaissance de pathologies liées au travail (accident de travail, harcèlement et maladies professionnelles) et la 11B concernant des situations de patients migrants voyageurs qui retournent régulièrement dans leur pays.

2. SASPAS :

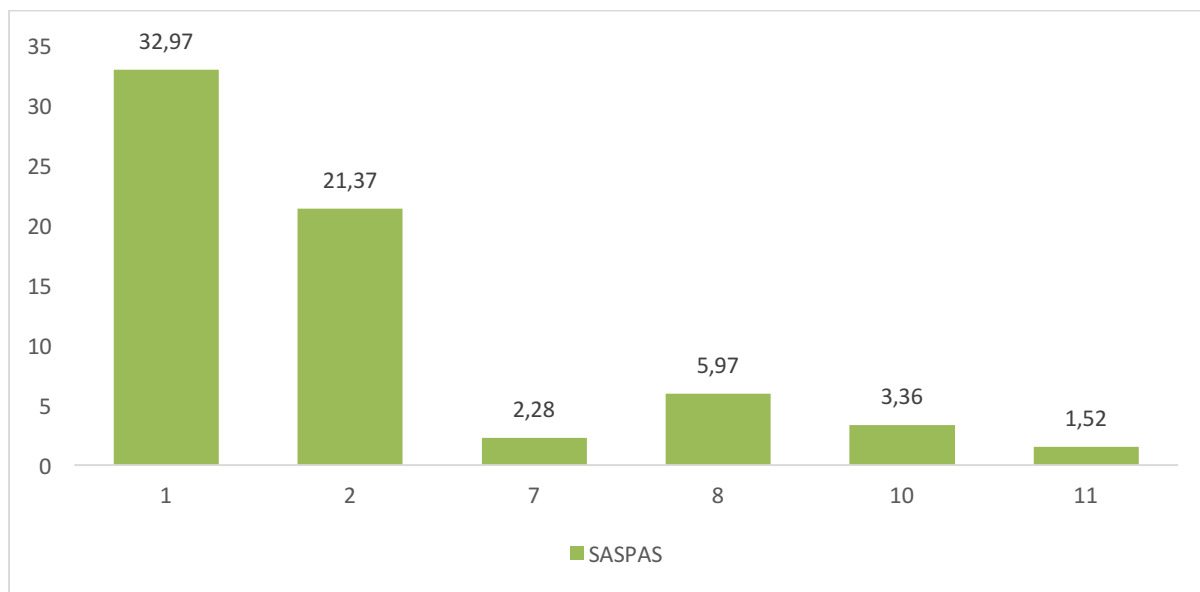


FIGURE 3 : Histogrammes de distribution des trois familles les plus et les moins représentées en SASPAS

2.1. Les trois familles de situations les plus abordées

Elles étaient, par ordre de fréquence :

- La famille n° 1 avec 32,97%. Les sous familles se distribuant comme suit : 1A > 1B > 1D > 1F > 1G > 1E > 1C (cf annexe).
- La famille n° 2 avec 21,34%.
- La famille n° 3 : Situations liées à des problèmes aigus / non programmés / dans le cadre des urgences réelles ou ressenties avec 10,74%.

2.2. Les trois familles de situations les moins abordées

On retrouvait par ordre de fréquence :

- La famille n° 11 avec 1,52%.
- La famille n° 7 avec 2,28%.
- La famille n°10 avec 3.36 %.

On remarque qu'au sein du groupe SASPAS toutes les sous-familles ont été abordées même si certaines fréquences sont extrêmement faibles. Par exemple la sous familles 8E regroupant les situations d'erreurs médicales (en connaissant les différents temps successifs d'une démarche permettant une culture positive de l'erreur) n'est retrouvée que dans 0,11% des sous-familles relevées ou encore, la famille 5F qui aborde des situations de dépistage des cancers mammaires et génitaux en fonction des niveaux de risque de la femme avec une fréquence de 0,22%. Ainsi à l'échelle des différents histogrammes celles-ci ne semblent même pas apparaître.

3. Comparaisons Stage de niveau 1 versus SASPAS :

Au total 1784 sous-familles de situations ont été relevées, 861 en PRAT et 923 en SASPAS. En moyenne, chaque CR comporte 3,0 situations sans différence significative PRAT vs SASPAS. Il ressort une nette prédominance des situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence (famille 1) avec une fréquence de 32,9%, sans différence significative entre les deux groupes. En seconde position on retrouve les familles de situations cliniques en lien avec des problèmes aigus / fréquents / exemplaires avec une répartition significativement différente ($p = 0,0007$) aux

dépend du stage de niveau 1. Les familles les moins représentées sont les mêmes pour les deux groupes à savoir par ordre croissant de fréquence : les familles 11, 7 et 10.

Les situations en lien avec des aspects légaux, déontologiques et ou juridiques / médicolégaux (famille 8) et celles en lien avec des patients difficiles ou exigeants (famille 9) ne sont pas réparties de façon équivalente dans les deux groupes, p respectifs inférieur à 0,0001 et 0,0203.

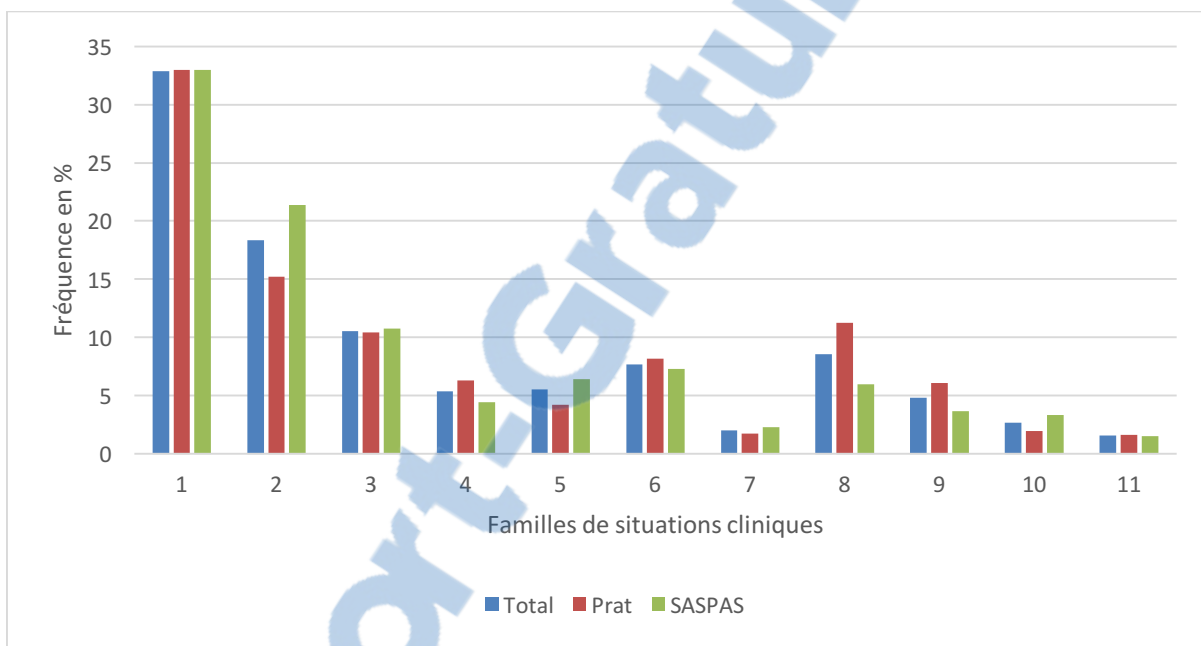


Figure 4 : Fréquence d'apparition des différentes familles de situations cliniques

Famille	PRAT	SASPAS	TOTAL	p
1	282	304	586	0.9343
2	130	197	327	0.0007
3	89	99	188	0.7891
4	54	42	96	0.1074
5	40	59	99	0.1074
6	70	67	137	0.4899
7	15	21	36	0.4237
8	98	55	153	<0.0001
9	52	34	86	0.0203
10	17	31	48	0.0710
11	14	14	28	0.8529

Tableau I : Effectifs des différentes familles selon les groupes, test du Khi2

DISCUSSION

1. Ce qui ressort principalement

Sur l'ensemble des comptes rendus analysés, toutes les familles ainsi que les sous-familles sont abordées mais avec une grande disparité.

On relève dans les groupes PRAT et SASPAS une quasi hégémonie des familles de situations en lien avec des patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence (famille 1), ce résultat pouvait être attendu vu la prévalence des maladies chroniques en France (20% environ) (11). Il n'y a pas de différence significative de répartition entre les deux groupes. Ceci est donc le reflet du besoin qu'ont les internes de partager avec leurs pairs ces consultations parfois difficiles. Sont également compris dans cette famille les problèmes d'addiction et de dépendance et donc les renouvellements de traitements substitutifs stupéfiants qui posent des problèmes d'ordre réglementaire également, leur prescription ne pouvant se faire que dans un cadre précis. La sous-famille la moins représentée ici est celle en lien avec le maintien à domicile de patients souffrant de déficiences motrices, sensibles, cognitives entraînant une perte d'autonomie (sous-famille 1C). On peut penser que les internes n'y sont que peu confrontés, les patients privilégiant les consultations avec leur médecin de famille pour aborder ce genre de problématique nécessitant une connaissance globale de la situation et un investissement au long cours.

Autre famille de situations fréquemment relevée, celle en lien avec des problèmes aigus, non programmés, fréquents, exemplaires (famille 2). Il existe une différence significative entre les deux groupes PRAT et SASPAS, ces derniers les rapportant plus fréquemment. Ce faisant, ils font part de la difficulté qu'il peut y avoir à cette rencontre dans un contexte aigu, sans toujours avoir connaissance du contexte psycho-social. Apparaît aussi une demande de critique ou de validation auprès des pairs de ce qui a été proposé en consultation. L'éventuelle absence de certitude diagnostique est déstabilisante pour ces futurs médecins généralistes qui, en PRAT ou en SASPAS, ont réalisé la plus grande partie de leur cursus en hospitalier avec à disposition des moyens permettant de lever les incertitudes. Concernant la différence entre les deux groupes, l'explication se trouve dans l'organisation des deux stages. Les internes en SASPAS sont d'emblée mis en autonomie et ont donc un plus grand nombre de consultations en solo (à la lecture des CR ce sont celles les plus fréquemment rapportées par les internes). Ils sont seuls physiquement au cabinet, leur maître de stage n'étant le plus souvent pas « dans les murs » ce qui les privent de leur expertise au moment de la consultation. De plus, ils endossent parfois le rôle de remplaçant-like, notamment dans les cabinets de groupe, et reçoivent les patients ayant une demande de consultation rapide qui ne peut être honorée par leur médecin habituel.

Les situations dont les aspects légaux, déontologiques ou juridiques / médicolégaux sont au premier plan (famille 8) font partie de celles rencontrées

plus fréquemment en PRAT et ceci de façon statistiquement significative. On peut y voir la première confrontation de l'interne en tête à tête avec cet aspect de l'exercice et la peur de ne pas avoir satisfait au cadre réglementaire en particulier pour ce qui est des certificats, documents médico-légaux ou assurantiels (sous-famille 8B). Les GEAP semblent être un lieu propice pour aborder les erreurs commises par les internes notamment en stage PRAT. Cela permet une culture « positive » de l'erreur afin d'en analyser la genèse pour éviter sa répétition et mettre en place une prévention primaire ou secondaire. « L'erreur est inhérente aux activités humaines, c'est la non-déclaration qui devient une faute » (13). Les sous-familles en lien avec des situations de désaccords profonds ou de conflits entre les soignants (8C) et avec des situations où la sécurité du patient n'est pas respectée (8D) sont fréquemment relevées. A noter que les cas de désaccord MSU / interne ont été codés 8C. On peut y voir la confrontation d'une formation institutionnelle hospitalière protocolisée à la réalité de l'exercice ambulatoire mais aussi parfois, l'absence de mise à niveau des connaissances de l'une des deux parties.

Les situations liées à des problèmes aigus / non programmés / dans le cadre d'urgences réelles ou ressenties (famille 3) sont rencontrées plus fréquemment et de façon statistiquement significative en SASPAS. Là encore on peut y voir un reflet de l'exercice en solitaire a contrario du stage de niveau 1 où il existe un accompagnement progressif vers le solo. Transparaît aussi l'impact de prendre en charge des situations d'urgence vitale (sous-famille 3A) en ambulatoire, la nécessité d'en débattre avec ses pairs, la peur sous-jacente de l'erreur médicale.

A l'opposé, trois familles sont très peu retrouvées dans les comptes rendus des GEAP PRAT et SASPAS, sans différence significative entre les deux groupes. Tout d'abord, la famille en lien avec des situations de problèmes de santé et / ou de souffrance liés au travail (famille 7). De la même manière que pour la sous-famille 1C, les patients sont probablement plus enclins à consulter le même médecin pour leur suivi. En effet, quelle qu'en soit la nature physique ou psychologique, les problèmes de santé en lien avec le travail sont le reflet de situations complexes où se retrouvent le plus souvent le médecin traitant, la médecine du travail, le patient et son employeur. Il est très probable que les internes y soient plus confrontés qu'il n'y paraît mais qu'ils n'éprouvent pas le besoin d'en discuter en GEAP.

Autres situations peu abordées, celles où les problèmes sociaux sont au premier plan (famille 10). Il est probable que les internes les rencontrent plus souvent que ne le relève cette étude. Néanmoins, on peut penser que les patients abordent moins souvent cet aspect de leur vie avec un praticien inconnu qu'avec leur médecin traitant. Une autre hypothèse est que les internes se détachent difficilement du biomédical et que même s'ils y parviennent, leurs récits ne rendent pas compte de la prise en charge psychosociale qu'ils ont proposée à leurs patients.

De façon similaire, les situations en lien avec des patients d'une autre culture (famille 11) sont peu représentées dans cette étude. Les Pays de la Loire n'étant pas une région de forte immigration (14), il existe un fort biais de

recrutement dans la patientèle selon la localisation du cabinet. De plus, les patients ne maîtrisant pas le français peuvent préférer consulter le MSU si celui-ci est polyglotte. Il se peut que sur certains terrains de stages les MSU ne laissent pas l'interne effectuer ces consultations pour diverses raisons : consultations jugées trop complexes ? Trop chronophages ? Ou nécessité pour le MSU d'honorer ces consultations pour ne pas mettre à mal la relation de confiance le liant avec des patients parfois hors du système de soins ?

2. Différences entre les deux groupes

Une troisième famille est répartie de façon statistiquement différente entre les deux groupes, il s'agit des situations en lien avec des patients difficiles / exigeants qui semblent plus représentées en PRAT qu'en SASPAS. Néanmoins, les effectifs sont trop réduits pour permettre d'en tirer une conclusion.

3. Quid du dépistage des cancers mammaires et génitaux ?

Il est étonnant de remarquer que la sous-famille 5F (situations de dépistages des cancers mammaires et génitaux en fonction des niveaux de risque de la femme) soit si peu retrouvée dans les récits rapportés lors des SASPAS. S'il s'agit simplement d'un faible report en GEAP du fait d'une maîtrise suffisante, il n'est pas nécessaire de s'y attarder. En revanche, cela est plus préoccupant si ce résultat est le reflet de la confrontation des internes avec ces consultations. Le dépistage des cancers du sein par mammographie et des cancers du col de l'utérus par frottis cervico-vaginal font partie intégrante des missions du médecin généraliste. Toutefois, il existe d'autres enseignements dans le cursus

des internes pour répondre à ces problématiques spécifiques de santé publique : un troisième stage de médecine ambulatoire dédié aux soins de la femme et de l'enfant, intitulé Stage Ambulatoire Femme-Enfant (SAFE) et des modules A centrés sur les politiques de dépistages.

4. Forces et Faiblesses

Ce travail est une étude originale sur la formation des internes de médecine générale à Angers. Elle a permis un état des lieux sur une période de six ans et sur les trois départements accueillant des internes en stage. Les résultats apportent des éléments inédits de réflexion en vue d'une éventuelle modification de l'enseignement au DMG d'Angers.

L'une des forces principales de ce travail est le choix fait par les auteurs du double codage. Il a permis de passer de données qualitatives à des données quantitatives et de garantir une analyse plus objective qu'une simple répartition du travail. Les situations en lien avec des maladies chroniques (famille 1), des problèmes aigus / non programmés / fréquents / exemplaires (famille 2), des urgences réelles ou ressenties (familles 3), les spécificités de l'enfant ou de l'adolescent et la génitalité (familles 4 et 5) ont rarement été source de divergence.

Les règles de codage laissent tout de même une place à la subjectivité de chacun des auteurs. Celle-ci prédomine sur les situations en lien avec l'histoire familiale et la vie de couple (famille 6), les problèmes sociaux (famille 10) et

les patients d'une autre culture (famille 11). Cette dernière en particulier a généré de nombreux questionnements entre les deux auteurs. Les définitions des mots « culture », « migrants voyageurs », « installés durablement en France » ne sont pas consensuelles et fait intervenir l'histoire personnelle de chacun.

On peut noter l'association quasi-systématique de deux sous-familles : 1B (situations de patients asymptomatiques qui présentent des facteurs de risques dont le contrôle a montré son efficacité sur la probabilité de survenue d'événements morbides à court, moyen et long terme) et 1D (situations de patients souffrant de problèmes d'addiction, de dépendance et de mésusage de substance psychoactives). En effet deux facteurs de risques sont également des addictions : le tabac et l'alcool. Ce choix de classement a majoré l'effectif de la famille 1 mais correspond à la réalité de la prise en charge de ces patients en médecine générale.

Concernant les familles les moins abordées deux questions se posent : n'ont-elles pas été « vécues » par les internes ou n'ont-elles pas été rapportées ? Il ne faut pas perdre alors de vue que les CR de GEAP ne peuvent être le témoin de toutes les situations vécues par chaque interne mais celui d'une réflexion de groupe sur certaines consultations ou prises en charge mise en avant par les internes orateurs.

L'analyse par sous-famille n'est pas apparue pertinente pour certaines familles vu la faiblesse des effectifs, aucune preuve de différence statistique ne peut en être attendue.

La qualité des CR était très variable, certains récits sont laconiques, courts avec peu de données exploitables ou parcellaires alors que d'autres semblent retranscrire au mot près la discussion au sein du groupe, révélant l'absence de consigne de rédaction spécifique.

CONCLUSION

Toutes les familles de situations sont abordées en GEAP au cours des stages ambulatoires de niveau 1 et 2, néanmoins la répartition des fréquences est hétérogène.

A l'heure d'une réflexion globale engagée au DMG d'Angers sur les modes d'enseignement s'appuyant sur le paradigme d'apprentissage, cet état des lieux peut être un préambule à de nouveaux travaux.

Les auteurs n'ont pas inclus dans leur analyse les recherches bibliographiques issues des GEAP. L'étude qualitative et quantitative de celles-ci pourrait être un témoin indirect des questionnements des internes aux cours de leurs stages ambulatoires et de l'évolution de ceux-ci. On peut penser observer un passage d'un questionnement biomédical à un questionnement biopsychosocial entre les deux stages.

Certaines facultés comme au DMG de Tours ou de Créteil ont mis en place des GEAP thématiques appelées Groupe d'Enseignement Facultaires (9) où les situations rapportées doivent être en lien avec une famille de situation définie à l'avance pour la prochaine séance. Elles existent également à Angers dans les cours de module A et B dispensés lors du stage PRAT mais ne font pas l'objet de traces écrites ni de recherches bibliographiques. La généralisation de cette thématisation permettrait l'approche en GEAP de toutes les familles de situations cliniques au cours du DES.

Il pourrait également être envisagé une randomisation des consultations et une standardisation des récits sur le modèle de certains groupes de pair (15) (16) ou encore des jeux de rôles pour aborder les familles ici sous-représentées. Cela permettrait de se prémunir de la tendance de certains narrateurs à rapporter des "histoires de chasse" ou des situations qu'ils pensent maîtriser leur facilitant la prise de parole en public.

En ce qui concerne la forme, la standardisation des CR permettrait de futurs travaux avec un matériel d'étude plus homogène et, pour les membres du groupe, un support de travail de qualité.

Le rapporteur pourrait, comme il a été retrouvé dans certains groupes, mettre lui-même en exergue les familles abordées, leur décompte au fur-et-à mesure du semestre pourrait faciliter la préparation de la dernière séance par l'animateur et la discussion autour d'un thème peu ou pas abordé.

BIBLIOGRAPHIE

1. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Légifrance.
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
2. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer* 2013;108:148-55.
3. Le Cycle de L'Apprentissage Professionnalisant. DUERMG Créteil. <http://www.authorstream.com/Presentation/Creteil-1231290-je-travaille-ce-qui-me/>
4. Chartier S, Ferrat E, Djassibol M, Bercier S, Compagnon L, Molloreau-Salviato M-L, et al. Mise en œuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétence : difficultés et propositions. *Exercer* 2012;103:169-74.
5. Chartier S, Adeline-Duflot F, Le Breton J, Compagnon L, Bercier S, Ferrat E. La mise en œuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétence : aspects théoriques et retour d'expérience. *Exercer* 2014;111:33-9.
6. Collège National des enseignants généralistes. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes
7. Attali C, Huez J-F, Valette T, Lehr-Drylewicz A-M. Les grandes familles de situations cliniques. *Exercer* 2013;108:165-9.
8. Les groupes d'analyse de pratiques entre pairs. HAS.
<http://www.irbms.com/download/documents/HAS-groupes-analyses-pratique-entre-pairs.pdf>
9. Robert J, Renoux C, Le Goff D, Barbeau L, Pottier A. Les groupes d'enseignement facultaire : un outil adapté à l'approche par compétences. *Exercer* 2016;123:34-41.
10. Debris S. Analyse des pratiques professionnelles dans un Groupe de Pairs : un processus d'autoformation collectif
11. Briançon S, Guérin G, Sandrin-Berthon B. Maladies chroniques. *Doc Fr Adsp.* 2010;72:11-53.
12. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, Guerin MH, Mercier A. ECOGEN: étude des Eléments de la CONSultation en médecine GENérale. *Exercer* 2014;114:148-57.
13. Vallée J, Charles R. Approche pédagogique des erreurs médicales au cours de l'internat de médecine générale. *Exercer* 2008;83 :111-116

14. Situation récente des immigrés dans la région | Insee [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285429#consulter>
15. http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_categorie/272/fichier_grille-analyse-gdp53e80.pdf
16. http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_categorie/272/fichier_manuel-guide-groupe-de-pairsfde8a.pdf

LISTE DES FIGURES

Figure 1 :Diagramme de flux.....	10
Figure 2 :Histogrammes de distribution des trois familles de situations les plus et les moins représentées en stage PRAT.....	11
Figure 3 :Histogrammes de distribution des trois familles de situations les plus et les moins représentées en SASPAS	13
Figure 4 :Fréquences d'apparition des différentes familles de situations cliniques	15

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Effectifs des différentes familles selon les groupes, test du Khi2..... 15

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	VI
RESUME.....	3
INTRODUCTION.....	4
MATERIEL ET MÉTHODES.....	8
RÉSULTATS.....	10
1. Stage de niveau 1	11
1.1. Les trois familles de situations les plus abordées	11
1.2. Les trois familles de situations les moins abordées.....	12
2. SASPAS	13
2.1. Les trois familles de situations les plus abordées	13
2.2. Les trois familles de situations les moins abordées.....	14
3. Comparaisons Stage de niveau 1 versus SASPAS :	14
DISCUSSION	16
1. <i>Ce qui ressort principalement</i>	16
2. <i>Différences entre les deux groupes</i>	20
3. <i>Quid du dépistage des cancers mammaires et génitaux ?</i>	20
4. <i>Forces et Faiblesses</i>	21
CONCLUSION.....	24
BIBLIOGRAPHIE.....	26
LISTE DES FIGURES.....	28
LISTE DES TABLEAUX	29
TABLE DES MATIERES.....	30
ANNEXE 1	I
ANNEXE 2.....	V
ANNEXE 3	VIII

ANNEXES

Annexe 1 :

Grille de codage des familles de situations cliniques	
N°1 : Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence	
A	- situations de patients atteints de pathologies chroniques organiques et psychologiques de toute nature, à tous les âges de la vie.
B	- situations de patients asymptomatiques qui présentent des facteurs de risque dont le contrôle a montré son efficacité sur la probabilité de survenue d'événements morbides à court, moyen et long terme.
C	- situations de maintien à domicile de patients souffrant de déficiences motrices, sensibles, cognitives entraînant une perte d'autonomie. (problèmes locomoteurs, neurologiques, sensoriels)
D	- situations de patients souffrant de problèmes d'addiction, de dépendance et de mésusage de substance psychoactives.
E	- situations de patients présentant des pathologies chroniques très graves, de patients en soins palliatifs et de patients en fin de vie.
F	- situations de patients souffrant de pathologies psychiatriques chroniques ou récurrentes prévalentes. (dépression, anxiété généralisée, troubles bipolaires, psychoses)
G	- situations de patients présentant des douleurs chroniques ou récurrentes.
N°2 : Situations liée à des problèmes aigus / non programmés/ fréquents / exemplaires	
A	- situations de patients présentant des plaintes médicalement inexpliquées / plaintes d'origine fonctionnelle / plaintes somatiques inexpliquées. (le patient présente de nombreux symptômes physiques sans

	explication nette)
B	- situations de patients qui présentent des troubles somatiques, en particulier les pathologies prévalentes de toutes natures, à tous les âges de la vie.
N°3 : Situations liées à des problèmes aigus / non programmés / dans le cadre des urgences réelles ou ressenties	
A	- situations de patients qui présentent des plaintes ou états urgents de nature somatique médicaux: défaillances des fonctions vitales ou risque de défaillances de ces fonctions.
B	- situations de patients qui présentent des plaintes ou états urgents de nature chirurgicale.
C	- situations de patients qui présentent des plaintes du domaine des urgences ressenties.
D	- situations de patients présentant des crises aiguës de nature psychiatriques ou psychiques / ou relationnelle (patient très agressif)
E	- situations de patients présentant des problèmes médico-sociaux aigus nécessitant une réponse rapide.
N°4 : Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent	
A	- situations concernant les nourrissons et les enfants dans les consultations systématiques de surveillance.
B	- situations de parents inquiets des plaintes et symptômes de leur nourrisson.
C	- situations concernant des adolescents sur le plan somatique et psychique, préventif, éducatif et relationnel.
N°5 : Situations autour de la sexualité et de la génitalité	
A	- situations de prescription, suivi, information et éducation pour toutes les formes de contraception en situation commune, à risque, et en situation d'urgence; en abordant la sexualité en fonction du contexte.
B	- situations autour d'un projet de grossesse, suivre une grossesse

	normale dans toutes ses dimensions, de repérer et orienter les grossesses à risque quel qu'en soit le terme.
C	- situations concernant des femmes en périménopause puis en ménopause, analyser avec la patiente les risques et bénéfices des traitements ; d'aborder la sexualité dans ce contexte.
D	- situations de demandes d'IVG dans le cadre réglementaire.
E	- situations de demande programmée ou non d'une femme présentant une plainte indifférenciée dont l'origine gynécologique est probable.
F	- situations de dépistage des cancers mammaires et génitaux en fonction des niveaux de risque de la femme.
N°6 : Situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple	
A	- situations où la dynamique familiale est perturbée.
B	- situations de conflits intrafamiliaux aigus ou pérennes.
C	- situations de violences et d'abus intrafamiliaux actuels ou anciens.
N°7 : Situations de problèmes de santé et/ ou de souffrance liés au travail	
A	- situations de patients présentant des troubles physiques et/ ou psychiques liés directement ou indirectement au travail.
B	- situations de patients présentant des problèmes de reconnaissance de pathologies liées au travail. (accident de travail, harcèlement et maladie professionnelles)
C	- situations de patients posant des problèmes d'aptitude ou de reprise de travail ou d'aptitude à leur poste.
N°8 : Situations dont les aspects légaux, déontologiques et ou juridiques / médicolégaux sont au premier plan	
A	- situations dans lesquelles le secret médical peut être questionné.
B	- situations de demande de certificats ou de documents médico-légaux ou assurantiels.
C	- situations de désaccord profond ou de conflit entre les soignants.
D	- situations où la sécurité du patient n'est pas respectée.
E	- situations d'erreurs médicales, en connaissant les différents temps

		successifs d'une démarche permettant une culture positive de l'erreur.
N°9 : Situations avec des patients difficiles / exigeants		
A	-	situations de patients ou de familles affichant un mode relationnel agressif.
B	-	situations de patients ou de familles dont les demandes sont abusives ou irrecevables d'un point de vue médical, réglementaire, éthique, juridique ou déontologique.
C	-	situations de patients ou de familles pour lesquels toutes les tentatives d'intervention de quelle que nature qu'elles soient, se soldent par des échecs.
N°10 : Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan		
A	-	situations dans lesquelles les problèmes sociaux entraînent des inégalités de santé.
B	-	situations de patients en précarité.
C	-	situations de rupture professionnelle et ou familiale avec risque de désocialisation.
N°11 : Situations avec des patients d'une autre culture		
A	-	situations de patients migrants en situation irrégulière / précaire.
B	-	situations de patients migrants voyageurs. (qui retournent régulièrement dans leur pays d'origine)
C	-	situations de patients et familles d'une autre culture qui sont installés durablement en France.

Annexe 2- Règles de codage – Définitions

Définitions de l'organisation mondiale de la santé :

- Nourrisson : enfant de 0 à 24 mois
- Adolescence : période de la vie comprise entre 10 et 19 ans.

Episode dépressif majeur, définition de l'HAS :

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période, d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., pleure). N.B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

Dépistage :

Action de santé publique de prévention secondaire : vise à l'aide de test(s) adapté(s) à identifier des sujets atteints de la maladie dépistée, au sein d'une population apparemment indemne de cette affection. Il intervient avant que l'apparition de la maladie, alors que le sujet se sent en bonne santé. (F. Séguret Département d'Information Médicale, Bio statistiques et Épidémiologie CHU Montpellier).

Maladie chronique (Définition HCSP 2010), une maladie comporte

les les caractéristiques suivantes :

- 1 - la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer,
- 2 - une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle,
- 3 - un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :

- Une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale

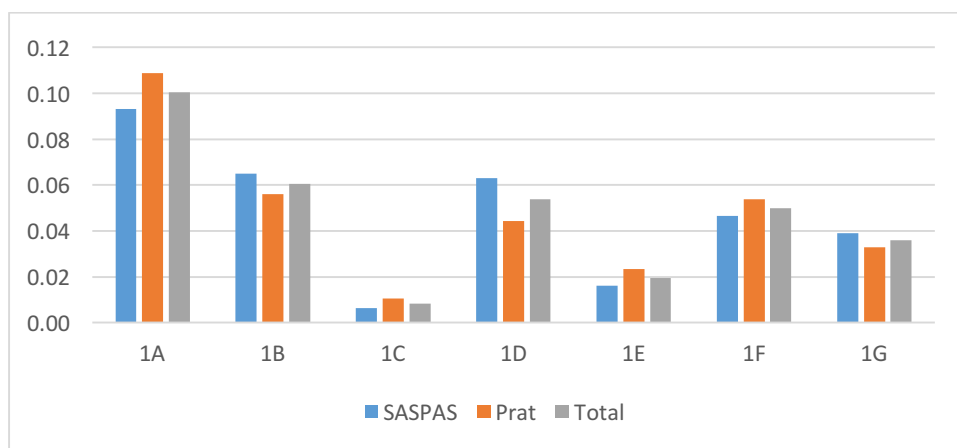
- Une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle
- La nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social. Cette définition s'appuie non seulement sur l'étiologie, qui implique des traitements spécifiques liés à la maladie, mais aussi sur les conséquences en termes de fonctionnement et de handicap, c'est-à-dire de répercussions sur la santé (par exemple les séquelles des accidents.)

Douleur Chronique, (définition de l'HAS décembre 2008) :

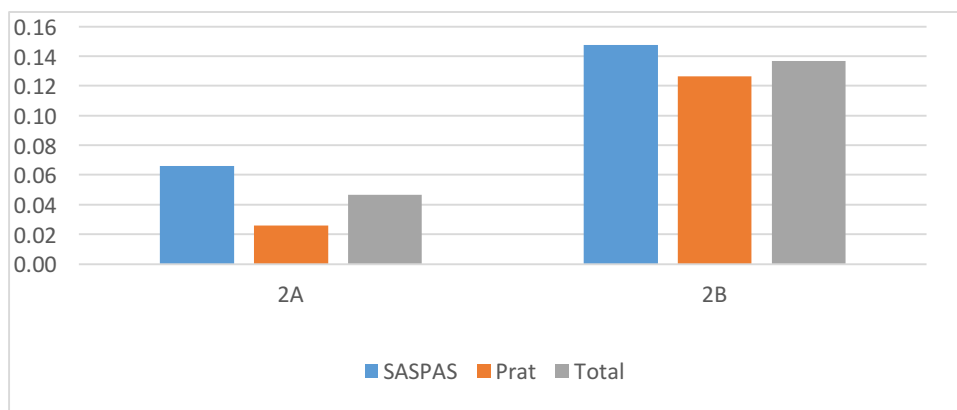
-persistance ou récurrence, qui dure au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de trois mois ; réponse insuffisante au traitement.

-détérioration significative et progressive du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles ou relationnelles du patient ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail.

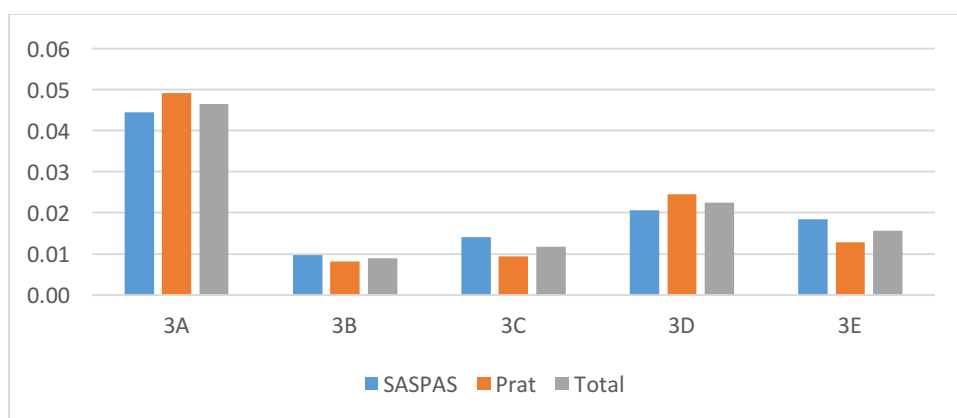
Annexe 3 : Distribution des fréquences des sous-familles de situations :



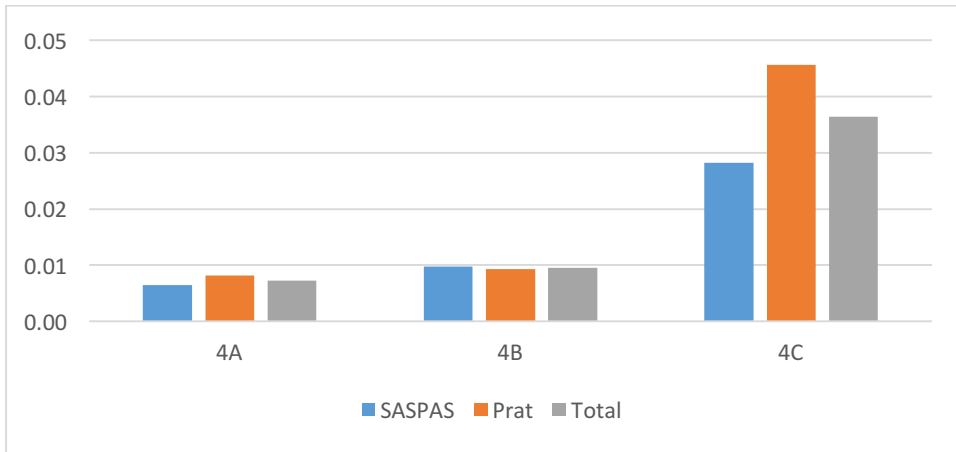
Famille 1



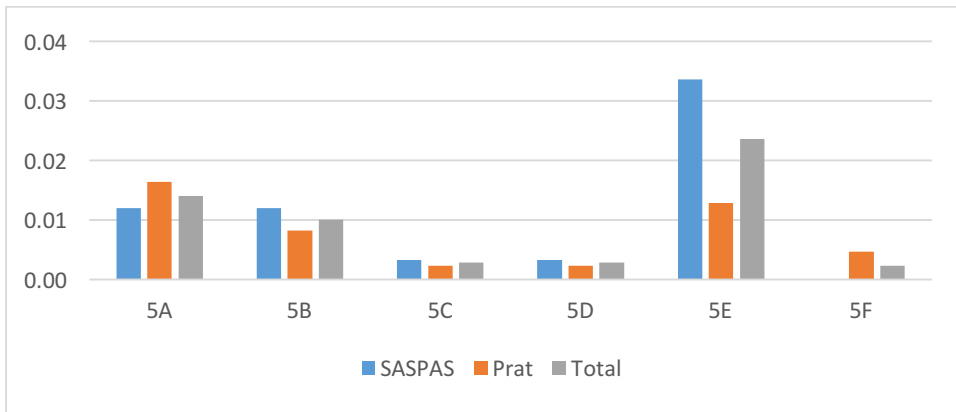
Famille 2



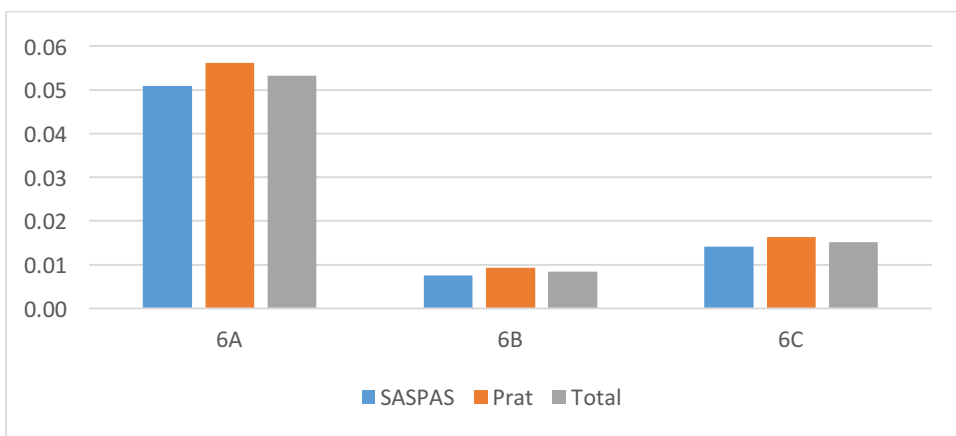
Famille 3



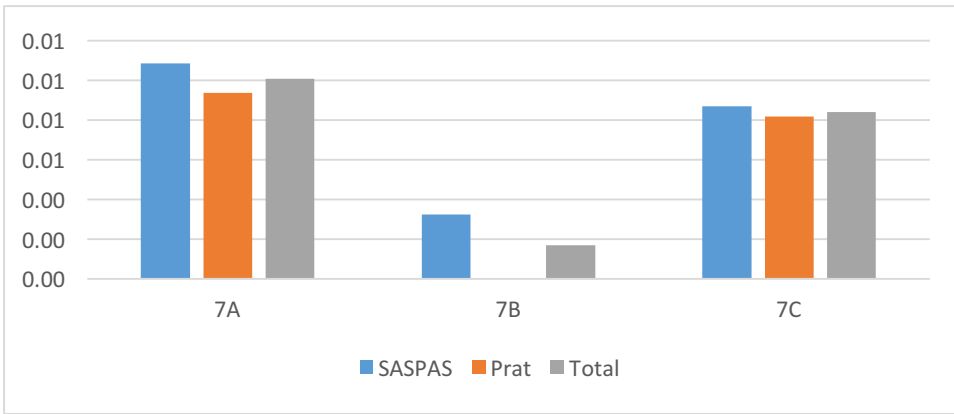
Famille 4



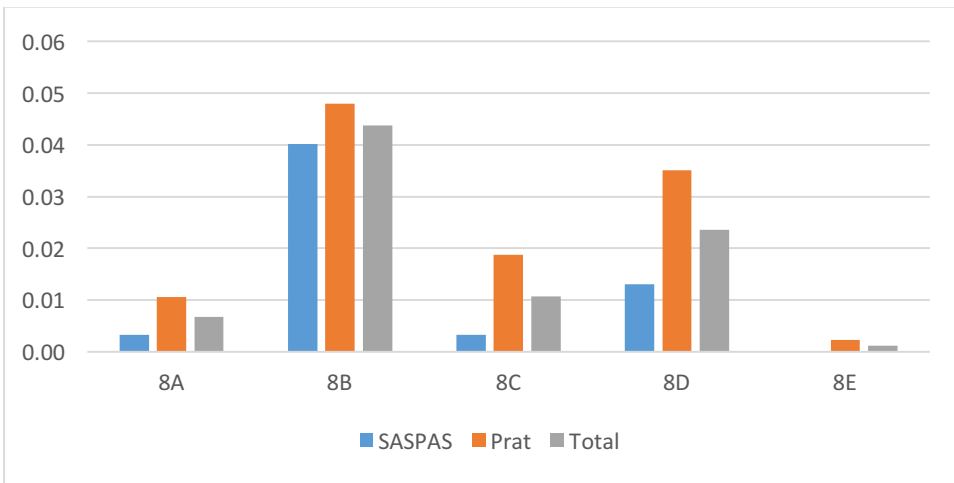
Famille 5



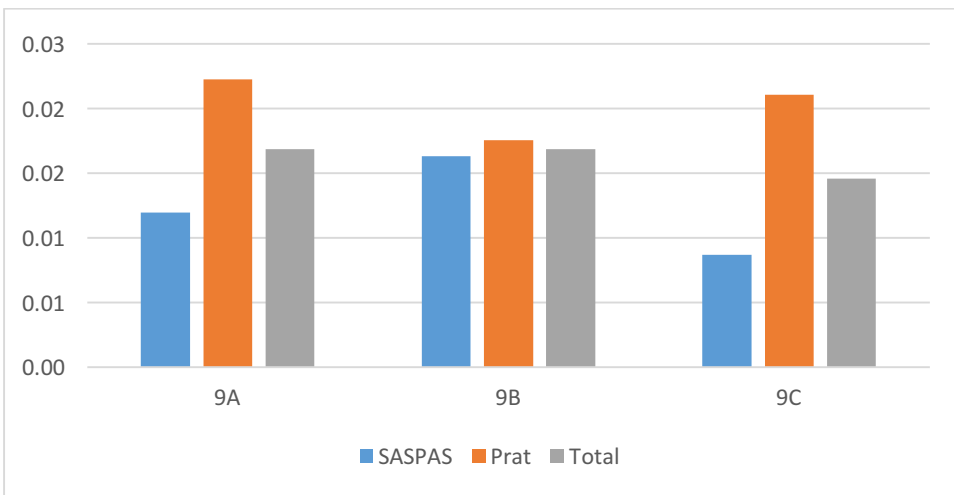
Famille 6



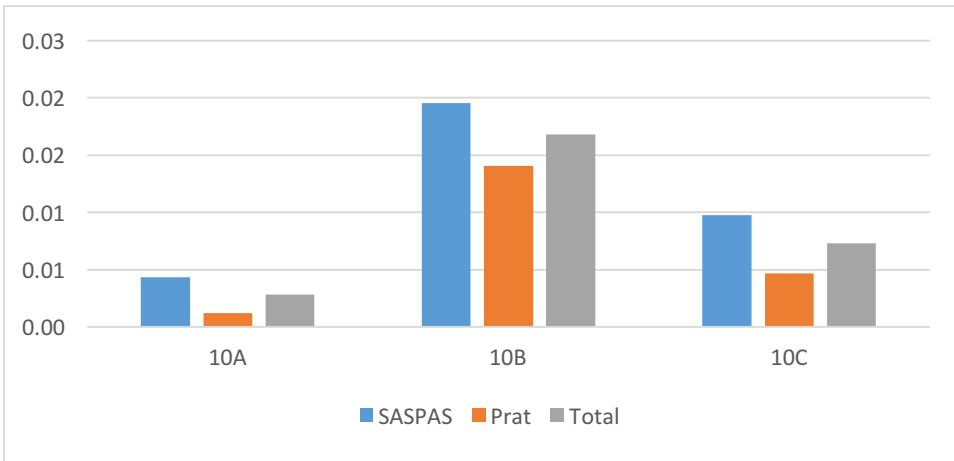
Famille 7



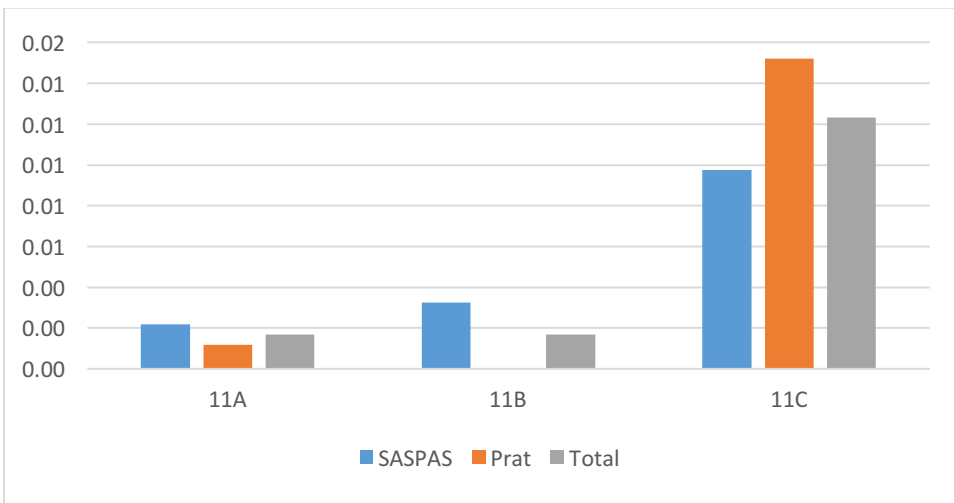
Famille 8



Famille 9



Famille 10



Famille 11

Etat des lieux des familles de situations cliniques abordées au cours des séances de groupe d'échange et d'analyse de pratique en stage praticien de niveau 1 et 2

RÉSUMÉ

Introduction. Dans le modèle d'apprentissage par compétence, les internes doivent être confrontés durant leur DES à 11 familles de situations. Elles sont abordées lors des groupes d'échange et d'analyse de pratique (GEAP) mis en place pendant les stages de niveau 1 et 2.

Les objectifs de ce travail de thèse sont de connaître et de préciser les familles de situations rencontrées puis, de repérer une différence de distribution entre les deux groupes.

Matériel et Méthode. L'étude a été rétrospective, descriptive, issue d'un double codage des comptes rendus des séances de GEAP à partir du descriptif de l'ensemble des familles de situations cliniques. Le recueil de données s'est fait auprès des animateurs des GEAP des départements du Maine et Loire, Sarthe et Mayenne.

Résultats. 604 récits recueillis entre mai 2010 et mai 2016, 587 ont été inclus : 292 pour le stage de niveau 1, 295 pour le Stage de niveau 2. 6 récits ont été inexploitable et 11 exclus pour une absence de codage commun. Il a été retrouvé une prédominance des situations en lien avec des pathologies chroniques (32,9%) contrastant avec une très faible représentation des situations exposées en lien avec des patients de culture différente (1,6%). La répartition des familles est hétérogène pour l'ensemble des deux groupes. Les familles de situation en lien avec des aspects médico-légaux et des patients difficiles sont plus souvent retrouvées dans les stages de niveau 1.

Conclusion. Pour pallier à l'hétérogénéité de distribution des différentes familles de situations cliniques rencontrées, il pourrait être judicieux de thématiser l'ensemble des séances de GEAP, comme cela a déjà lieu lors de certains cours de module A et B. D'autre part, certaines grandes familles de situations cliniques semblent abordées plus fréquemment selon le type de stage concerné. Cette constatation pourrait permettre aux animateurs de séance de modifier le contenu de la séance afin d'aborder avec le groupe une famille moins fréquemment exposée durant le semestre. En utilisant des mises en situations fictives, comme des jeux de rôles, permettrait de rendre plus homogène la distribution des différentes familles.

Mots-clés : familles de situations, GEAP, stage niveau 1, SASPAS

Current situation of the families of clinical situations approached during the group sessions of exchange and analysis of practice in internship level practitioner 1 and 2

ABSTRACT

Introduction. In this skills learning model, interns must be confronted during their DES at 11 situation's families. They are approached during exchange and analysis of practice groups (EAPG) set in internship at level 1 and 2. The study's objectives of this thesis are to know and precise the situation's families encountered, then to detect a difference of distribution between the two groups.

Material et method. The study has been retrospective, descriptive from a double transcription of the reports made from the description of all the families of clinical situations of GEAP reports's sessions. The data collection was made with the GEAP's facilitators of Maine-et-Loire, Sarthe and Mayenne departements.

Results. 604 collected tales between May 2010 and May 2016, 587 were included: 292 for level 1 internship, 295 for level 2 internship. 6 were unexploitable and 11 excluded due to the absence of common transcription. A majority of the situations are linked with chronic pathologies (32,9%) and contrast with a very low representation of the situation explained in linked with patients from different culture (1,6%). The distribution of the situation's families in linked with forensic aspects and difficult patients are more often found at the level 1 internship.

Conclusion. To mitigate the heterogeneousness of distribution of the various families of met clinical situations, he could be sensible to thematize all the sessions of GEAP, like that already takes place during certain courses of module A and B. On the other hand, certain big families of clinical situations seem approached more frequently according to the type of concerned internship. This observation could allow the organizers of session to modify the contents of the session to approach with the group a family less frequently exposed during the half-year. By using fictitious situation scenarios, as role plays, would allow to make more homogeneous the distribution of the various families.

Keywords : situation's families, EAPG, stage level 1, SASPAS