HAL
open science

Les groupes d'analyse de pratiques en 3ième cycle de médecine générale : étude qualitative de leur apport dans la formation à la gestion de l'incertitude diagnostique

Emma Accarier

To cite this version:

Emma Accarier. Les groupes d'analyse de pratiques en 3ième cycle de médecine générale : étude qualitative de leur apport dans la formation à la gestion de l'incertitude diagnostique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01953507

HAL Id: dumas-01953507

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01953507v1

Submitted on 13 Dec 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Faculté de Médecine
Aix*Marseille Université

LES GROUPES D'ANALYSE DE PRATIQUES EN 3ème CYCLE DE MÉDECINE GÉNÉRALE :
Étude qualitative de leur apport dans la formation à la gestion de l'incertitude diagnostique.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 23 Mai 2018

Par Madame Emma ACCARIER

Née le 23 juillet 1990 à Pertuis (84)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur DA FONSECA David	**Président**
Monsieur le Professeur Associé FILIPPI Simon	**Assesseur**
Monsieur le Professeur Associé ADNOT Sébastien	**Assesseur**
Monsieur le Docteur SARRADON Alain	**Directeur**

Faculté de Médecine
Aix*Marseille Université

LES GROUPES D'ANALYSE DE PRATIQUES EN 3ème CYCLE DE MÉDECINE GÉNÉRALE :
Étude qualitative de leur apport dans la formation à la gestion de l'incertitude diagnostique.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 23 Mai 2018

Par Madame Emma ACCARIER

Née le 23 juillet 1990 à Pertuis (84)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur DA FONSECA David	**Président**
Monsieur le Professeur Associé FILIPPI Simon	**Assesseur**
Monsieur le Professeur Associé ADNOT Sébastien	**Assesseur**
Monsieur le Docteur SARRADON Alain	**Directeur**

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :
* aux Etudes : Jean-Michel VITON
* à la Recherche : Jean-Louis MEGE
* aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
* aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
* à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
* pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
* aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :
* 1er cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
* 2ème cycle : Marie-Aleth RICHARD
* 3eme cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
* Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
* DU-DIU : Véronique VITTON
* Stages Hospitaliers : Franck THUNY
* Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
* Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
* Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
* Relations Internationales : Philippe PAROLA
* Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :
* Communication : Laetitia DELOUIS
* Examens : Caroline MOUTTET
* Logistique : Joëlle FRAVEGA
* Maintenance : Philippe KOCK
* Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy

CHAMLIAN Albert
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
FARNARIER Georges
FAVRE Roger
FIECHI Marius

MM FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MILLET Yves
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs
DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs
O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs
P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs
A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs
H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur
W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs
S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs
E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur
P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs
R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur T. MARRIE (Canada)
Sir G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLIN Robert Surnombre
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERDAH Stéphane
BERLAND Yvon Surnombre
BERNARD Jean-Paul
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOTTA/FRIDLUND Danielle
BOUBLI Léon
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHARPIN Denis Surnombre
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
CLAVERIE Jean-Michel Surnombre
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
CURVALE Georges
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELPERO Jean-Robert
DENIS Danièle
DESSEIN Alain Surnombre
DESSI Patrick
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
ENJALBERT Alain Surnombre
EUSEBIO Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAUGERE Gérard Surnombre
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCES Yves Surnombre

FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GORINCOUR Guillaume
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GRILLO Jean-Marie Surnombre
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOFFART Louis
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MARANINCHI Dominique Surnombre
MARTIN Claude Surnombre
MATONTI Frédéric
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier Surnombre
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE *A MI-TEMPS*

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE *A TEMPS PARTIEL*

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (disponibilité)
ANGELAKIS Emmanouil
ATLAN Catherine (disponibilité)
BARTHELEMY Pierre
BARTOLI Christophe
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BERBIS Julie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CHAUDET Hervé
COZE Carole
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DEL VOLGO/GORI Marie-José
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVEZE Arnaud Disponibilité
DUBOURG Grégory
DUFOUR Jean-Charles
EBBO Mikaël
FABRE Alexandre
FOLETTI Jean- Marc
FOUILLOUX Virginie
FROMONOT Julien
GABORIT Bénédicte
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GRISOLI Dominique
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MANCINI Julien
MARY Charles
MASCAUX Céline
MAUES DE PAULA André
MILLION Matthieu
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OLLIVIER Matthieu
OUDIN Claire
OVAERT Caroline
PAULMYER/LACROIX Odile
PERRIN Jeanne
RANQUE Stéphane
REY Marc
ROBERT Philippe
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VALLI Marc
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND/BENHAIM Caroline
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise
BOYER Sylvie
COLSON Sébastien
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
RUEL Jérôme
STEINBERG Jean-Guillaume
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE *4201*

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5405*

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *4501*

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE *5302*

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702*

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE *5103*

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE *5104*

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5404*

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

PIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402*

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503*

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE *4703*

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE *5301*

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION *4404*

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE *5502*

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION *4701*

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE *5203*

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE *4902*

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE *4901*

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
RANQUE Stéphane (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SARLES Jacques (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

'CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE *4802*

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE *5001*

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSPHIE *17*

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE *4402*

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *4804*

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE *5204*

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

A mon président de jury, Monsieur le Professeur David DA FONSECA.
Vous me faites l'honneur de présider ma thèse. Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez pour la médecine générale. J'ai eu la chance de participer aux cours que vous dispensez à la faculté et je vous remercie pour votre dynamisme et l'enthousiasme que vous transmettez à vos étudiants leur donnant l'énergie pour réussir leurs études. Enfin je vous remercie pour votre disponibilité et votre réactivité qui ont facilité mes démarches. Je vous présente mon plus profond respect.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Alain SARRADON.
Vous êtes celui qui m'a appris les fondements de la médecine générale à travers votre regard passionné. Je garderai votre empreinte dans ma pratique et je suis fière de la porter. Merci pour ces discussions sur le trajet des visites à domicile qui m'auront inspirées le sujet de ma thèse. Enfin merci à l'as de la bonne humeur dont on ne se lasse pas.

A mon juge, Monsieur le Professeur Simon FILIPPI.
Je vous remercie de me faire l'honneur de juger mon travail dont vous connaissez bien les thématiques, au sujet desquelles vous êtes impliqué. Vous représentez les médecins généralistes des Hautes-Alpes et faites rayonner leur dynamisme. Je vous remercie pour votre implication dans la formation des futurs médecins généralistes.

A mon juge, Monsieur le Professeur Sébastien ADNOT.
Vous représentez aussi le département universitaire de médecine générale, raison pour laquelle je suis sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de juger mon travail. Je vous remercie pour votre investissement dans l'enseignement de la médecine générale.

A mes proches :

A mes parents, c'est grâce à vous que j'ai réussi ce long et difficile parcours. Papa, je voulais m'occuper de ma famille comme tu l'as fait pour nous, j'admire le médecin et adore le père que tu es. J'espère pouvoir un jour, répondre comme toi à mes enfants quand ils me diront : *« maman j'ai mal ici quand j'appuie »* par : *« alors n'appuie pas »,* parce que je le saurai, qu'il n'y a rien de grave ! Maman, j'ai hérité de ton courage, qui m'a permis d'avancer et de ton âme rêveuse d'artiste, de m'évader. Je te remercie pour cette force que tu m'as donnée et qui me pousse à concrétiser mes projets. Vous serez toujours ma plus grande source d'inspiration dans ma vie personnelle et professionnelle.

A mes frères Gauthier et Etienne, la force et la sensibilité à la fois. Merci pour votre soutien sans faille et cette merveilleuse complicité que nous avons et dont je suis fière. Imaginer la vie sans vous, ça serait comme manger mes pâtes sans parmesan, sans goût. J'espère qu'on continuera encore pendant de longues années à se fabriquer de beaux souvenirs qu'on se racontera les soirs de Noël, avec Robert Miras en fond musical.

A mon Nico, merci d'avoir trouvé les mots pour m'apaiser dans les moments difficiles. Ce travail c'est aussi grâce à toi, car tu as cette extraordinaire capacité qui me pousse à faire ressortir le meilleur de moi-même, dans mon travail comme dans ma vie. J'espère qu'on verra nos échines se courber sous le poids des années, qu'on continuera à solliciter dans notre champ de pommes'terres.

A mes amies « d'adolenfance », Océane, Clem, Anaïs, Annabelle et Justine, je suis heureuse que le temps n'ait fait que renforcer notre amitié là où chez d'autres il ne fait que l'effacer.

A mes amis de la médecine, sans qui mes études auraient eu un goût bien fade. Charlotte, tu as pimenté mon semestre aux urgences ; Eléonore tu as égayé notre stage à l'UHSI avec ton merveilleux sourire au quotidien et m'as soutenue dans les moments difficiles ; Olivier, médecin hyperactif et super papa, que je suis heureuse de compter parmi mes amis ; Claire, merci pour ces rigolades mémorables pendant notre voyage au Vietnam avec Emassi *;* Marine, qu'est-ce qu'on s'est serré les coudes pour cet ECN ; Et enfin, une mention spéciale pour « la Brigade » de gynéco : Mélo, Zoé, Anne-Laure, Charlotte et Steph, un stage mémorable avec des filles inoubliables ; l'esprit d'équipe : c'est nous, l'humour : c'est aussi nous.

A mes maîtres de stage, merci d'avoir participé à ma construction professionnelle : Dr Sarradon, Dr Paczkowski, Dr Guiochon, Dr Escalon et Dr Terraz.

A Charles, qui m'a permis d'effectuer mon tout premier remplacement dans ma vallée.

A mes grands-parents, Mamet ma petite étoile qui veille sur moi, Papet, Michou et Pépé.

A ma marraine, Annie, merci de m'avoir accueillie dans ta maisonnette à Lambesc qui était pour moi un havre de paix et de tranquillité après le tumulte des urgences salonaises, merci pour tes excellents petits plats, merci pour ces six mois.

A ma secrétaire préférée, Steph merci pour ces fous rires, les murs de Laragne s'en souviennent encore.

Enfin, un grand merci à tous ceux qui m'ont plus particulièrement aidé à la construction de cette thèse, Maman pour tes multiples relectures minutieuses ; Gauthier pour ton travail conséquent de mise en page qui t'a pris des journées et pas que à partir de 16h ainsi que pour tes conseils éclairés pour le PowerPoint ; Etienne pour la première mise en page ; Annie et Anaïs mes traductrices en chef ; Aurélie pour tes conseils avisés et pour ta relecture.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 5

MATERIEL ET METHODE 10

1 Type d'étude 10

2 Population et échantillon 10

3 Guide d'entretien et recueil des données 11

3.1 Entretien semi-dirigé 11

3.1.1 Le guide d'entretien 11

3.1.2 Le déroulement 14

3.2 Groupe focus 15

3.2.1 Le guide d'entretien 15

3.2.2 Le déroulement 16

4 Analyse des données 17

RESULTATS 18

1 Population étudiée 18

2 Analyse conceptuelle 20

Partie 1 : La vision des jeunes médecins en situation d'incertitude diagnostique 20

1 Leurs problématiques 21

1.1 Situations cliniques problématiques 21

1.1.1 Prise de conscience de la problématique de l'incertitude 21

1.1.2 Diagnostique de gravité 22

1.1.3 Tableau clinique incomplet ou inconnu 23

1.1.4 Plaintes médicalement inexpliquées 24

1.2 Conflit entre réalité pratique et formation théorique 25

1.2.1 Reformuler la plainte 25
1.2.2 Les standards de la médecine de preuve 29
1.2.3 Champ de compétences limitées 32
1.3 Problématiques inhérentes à la pratique de la médecine 32
1.3.1 Mise à l'épreuve des idéaux 32
1.3.2 Le poids des responsabilités 35
1.3.3 Cerner ses propres limites et celles imposées par l'exercice libéral 36
1.3.4 Solitude 37
1.3.5 Difficultés de communication 38
1.4 Impact émotionnel 40
1.4.1 Les émotions 40
1.4.2 Influence des émotions sur la prise en charge 42
2 Leurs stratégies 43
2.1 Démarche diagnostique en situation d'incertitude 43
2.1.1 Axe principal de la démarche diagnostique 43
2.1.2 Les autres variables 49
2.2 Démarche décisionnelle 54
2.2.1 Temporiser, surveiller 54
2.2.2 Traitement symptomatique 55
2.2.3 Patient décisionnaire 56
2.2.4 Sortir du cadre médecine traditionnelle 56
Partie 2 : Enseignement et Groupes d'Analyse de Pratiques 58
1 Attente des internes vis à vis de leur formation 58
1.1 Désir d'un espace d'échange 58
1.2 Enseignement axé sur les difficultés pratiques 60
1.3 Basculer du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage 62

1.4 Ouverture vers des sciences non médicales 66
1.5 Prise en charge psychologique de l'interne 66
2 L'apprentissage par Groupe d'Analyse de Pratiques 67
2.1 Soutien psychologique 67
2.1.1 Brise la solitude 67
2.1.2 Extériorisation des tensions 69
2.2 Expertise de groupe dans l'apprentissage 71
2.2.1 Cadre formalisé pour une réflexion commune 71
2.2.2 Partage d'expérience 73
2.2.3 Communication 75
2.2.4 Renforcement et actualisation des connaissances 76
2.3 Réappropriation du savoir appliqué à la médecine générale 78
2.3.1 La spécificité de la médecine générale 78
2.3.2 Pont entre pratique et EBM 79
2.3.3 Savoir biomédical enrichi du champ psychosocial 80
2.4 Modalités de mise en place 81
2.5 Vécu du GEDPC actuel 83
2.6 Intérêt pour la pratique future 85
2.6.1 Développement d'un réseau 85
2.6.2 Pont vers un Groupe de Pairs® 86
DISCUSSION 88
1 Forces et limites de l'étude 88
2 A propos des résultats 90
2.1 Méthode d'apprentissage 91
2.2 Champs d'application 95
2.2.1 Transition vers l'autonomie complète du jeune médecin 95

2.2.2 Apprentissage d'un modèle médical complexe et global 98

2.2.3 Canaliser l'impact moral 102

2.2.4 Environnement professionnel et universitaire 104

CONCLUSION 106

BIBLIOGRAPHIE 108

ANNEXES 113

1 Guide d'entretien semi-dirigé 113

2 Guide d'entretien du groupe focus 115

ABREVIATIONS 117

INTRODUCTION

La démarche médicale en médecine générale, telle qu'on nous l'enseigne, est sous-tendue par deux étapes successives : la démarche diagnostique suivie de la démarche décisionnelle. La démarche diagnostique consiste à recueillir les informations, reformuler la plainte brute présentée par le patient, identifier les éléments sémiologiques afin de nommer la situation clinique et éventuellement la faire entrer dans le cadre d'une maladie nosologiquement définie (1).

Cette démarche n'est en réalité jamais linéaire, ces deux étapes sont souvent intriquées, amenant à prendre des décisions en l'absence de diagnostic établi, en un temps restreint avec des moyens techniques limités, en prenant en compte les contraintes environnementales et psychosociales. Selon la Société Française de Médecine Générale (SFMG) 70% des consultations sont des situations non caractéristiques d'une maladie, c'est ce qu'elle appelle : l'incertitude diagnostique (2). L'incertitude est présente à chaque étape de notre raisonnement clinique : diagnostique, thérapeutique, et pronostique (3), mais de l'incertitude diagnostique dépendent forcément les autres, c'est pourquoi dans ce travail nous nous focaliserons sur le temps diagnostique.

Sa gestion fait partie des compétences à acquérir durant l'internat de médecine générale selon le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) (4) et plus largement de celles dictées par la « World Organization of National Colleges of General Practitioners Europe » (WONCA-Europe) :

« Le processus décisionnel pour résoudre des problèmes comporte la capacité à : […] adopter des principes de travail appropriés, comme par exemple une approche par étapes, qui utilise le temps comme outil et qui tolère l'incertitude. » (5)

Le Groupe d'Analyse de Pratiques (GAP) paraissait être un bon outil pour aborder cette compétence puisqu'il permettrait d'enchâsser le concept de l'incertitude diagnostique dans la réalité pratique de l'étudiant. Il est par ailleurs souvent plébiscitée par les internes de médecine générale interrogés au cours de diverses études, tant sur la forme de cet outil pédagogique favorisant l'interactivité et la prise de parole, que sur le fond avec des objectifs d'apprentissage en accord avec leurs attentes (6–9). Le GAP est défini par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme :

« Un petit groupe de professionnels qui se réunissent régulièrement pour analyser des situations cliniques rencontrées dans leur pratique. À partir des problèmes soulevés ou de questions identifiées, les données de littérature scientifique et professionnelle sont prises en compte. Une posture réflexive est alors adoptée, permettant d'établir une liaison entre savoirs et actions, afin d'intégrer les savoirs dans la pratique professionnelle. La « pratique réflexive » amène le professionnel à réfléchir sur sa pratique de manière critique et constructive tout en créant des liens avec les connaissances (scientifiques ou autres) pour analyser l'action pendant qu'elle se déroule ou après qu'elle se soit déroulée » (10).

Diverses appellations sont données à ces GAP en fonction des facultés. A Marseille, il s'agit du module d'enseignement « Groupe d'Echange Développement Professionnel Continu » (GEDPC). Dans l'exercice de la pratique du médecin généraliste ils sont représentés par les Groupes de Pairs® (GdP®). Les GAP constituent un environnement propice au dialogue, où la question de l'incertitude diagnostique est abordée continuellement de manière implicite, du fait de l'essence même du groupe d'échange de pratiques qui vise à analyser et évaluer leurs pratiques professionnelles effectives à partir de cas issus de leur pratique quotidienne.

L'enseignement par GAP est issu du paradigme d'apprentissage dont les principaux fondements font référence à trois grands cadres conceptuels.

La psychologie humaniste incarnée par C. Rogers, où l'apprentissage est centré sur l'apprenant, qui connaît ce qui est nécessaire à son développement. L'enseignant est là pour créer un environnement favorable à son cheminement, aider à clarifier ses buts et avoir une rétroaction intellectuelle et affective (11).

La pédagogie d'adulte, par M. Knowles, dont l'idée est que les connaissances se développent en fonction des situations dans lesquelles les apprenants sont engagés, présente l'expérience comme une des principales ressources dans l'apprentissage à la résolution de problème. Cela s'explique par le fait que *« l'adulte apprenant est fondamentalement une personne impliquée dans un processus de construction sociale et professionnelle, qui devient le moteur essentiel de ses apprentissages »* (11). L'apprenant évolue vers un apprentissage auto-dirigé où la participation de l'enseignant facilitateur devient accessoire (11,12).

La perspective socio-cognitiviste, issue des travaux de Ausubel et Vygotski, postule que l'apprentissage est une activité intentionnelle où l'apprenant sélectionne l'information qu'il traite, en fonction des connaissances antérieures, dans le but de construction de sens, au sein d'un environnement social avec lequel il interagit et qui conditionnera la transférabilité des

connaissances. Il est accordé la même importance aux connaissances déclaratives (théoriques) qu'aux connaissances d'action. Le rôle de l'enseignant médiateur est de fournir une rétroaction sur les connaissances construites, les compétences développées et les stratégies cognitives mises en œuvre pour y parvenir (11,12).

Les principes du paradigme d'apprentissage privilégient donc « la construction de compétences contextualisées appréciées à partir de tâches professionnelles complètes, complexes et signifiantes, en enchâssant l'évaluation au sein des activités d'enseignement et d'apprentissage » (11).

L'origine de ce travail est partie du constat, fait par l'auteure durant sa maîtrise de stage, que ce concept d'incertitude diagnostique, qui paraissait secondaire face à la haute technicité de l'hôpital à la fois sur le plan humain et matériel, repassait sur le devant de la scène en médecine générale. Cela participait, peut-être aussi, au clivage entre pratique hospitalière et ambulatoire.

Mais l'incertitude n'est pas constitutive de la médecine générale, elle est de manière générale inhérente à l'acte cognitif (13) *« tout savoir scientifique est par nature incertain, réfutable, raison pour laquelle nous parlons de données actuelles de la science, et non acquises »* (P. Gallois) (14).

S'agissait-il alors du fait que nos modèles de raisonnement appliqués dans la démarche diagnostique n'étaient pas adaptés à la spécialité de médecine générale exercée en milieu libéral ?

Un outil d'aide à la gestion de l'incertitude diagnostique a été créé par la SMFG dans les années 90, le Dictionnaire des Résultats de Consultation® (DRC®), basé sur les travaux de RN. Braun, médecin généraliste autrichien. En analysant sa pratique, il a pu distinguer quatre classes d'états morbides, dénommés « Résultats de Consultation » selon l'association des éléments sémiologiques : symptôme, syndrome, tableau de maladie et diagnostic certifié. Il a inventé le concept de Résultats de Consultation. Le DRC® permet de caractériser les tableaux cliniques au terme de la consultation et de définir le ou les problème(s) que le praticien estime avoir à résoudre par un langage transversal et international commun, garanti par la correspondance de chaque définition du dictionnaire avec la Classification Internationale des Maladies (CIM-10).

Chaque définition comporte une liste de « risques évitables »[1], nommés « Diagnostiques Critiques » qui représentent la principale source d'angoisse en situation d'incertitude. (15)
Par sa dimension analytique et réflexive, le GAP représente pour la SFMG un outil performant pour la gestion de l'incertitude diagnostique puisque les GdP® peuvent soumettre des propositions de révisions ou de mises à jour qui leur semblent nécessaires, suite à une réunion, pour la révision annuelle du DRC.

Pour comprendre la réelle implication de l'incertitude dans la démarche médicale, elle a été conceptualisée à de nombreuses reprises afin de tenter de l'appréhender sous tous ses angles.
L'approche la plus connue est celle de Fox (1988). Elle propose trois niveaux d'incertitude : niveau 1 *« qui résulte d'une maîtrise incomplète ou imparfaite du savoir disponible »*, niveau 2 *« qui dépend des limites propres à la connaissance médicale du moment »* et niveau 3 *« qui tient à la difficulté pour un praticien donné de faire la part du premier et du deuxième niveau »*.
Naylor le père de l'*« evidence-based medicine »* (EBM)[2] distingue l'incertitude factuelle quand les données scientifiques sont incomplètes ou discordantes, l'EBM offre alors une petite aide dans ces nombreuses zones grises ; de l'incertitude contextuelle, qui correspond aux situations apparemment claires devenant grises quand le clinicien prend en compte les besoins individuels du patient (16).
Plus récemment les travaux de G. Bloy, maître de conférences en sociologie, ont permis de conceptualiser le positionnement des médecins généralistes par rapport à l'incertitude selon deux axes : l'axe horizontal qui correspond à l'incertitude introduite par le niveau de considération de la plainte brute, subjective du patient et l'axe vertical qui correspond à l'incertitude en lien avec le niveau de maîtrise du savoir biomédical. Par construction graphique, quatre quadrants sont mis en évidence : l'incertitude balisée, prégnante, contenue, explorée, et au centre l'incertitude relativisée qui représente l'idéal. (17)

---

[1] Les risques évitables correspondent aux « *symptômes d'une maladie grave dont l'évolution péjorative pourrait être évitée par une intervention médicale urgente adaptée.* »(15)
[2] L'EBM (ou la médecine fondée sur les preuves) se définit comme l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient. L'EBM combine : Les preuves (les données de la recherche), la connaissance du médecin (l'expérience clinique), le choix du patient (ses préférences).

Malgré la richesse littéraire sur le sujet et le fait qu'il s'agisse d'une compétence à acquérir durant l'internat, le concept de l'incertitude est rarement abordé au cours de l'enseignement universitaire. C'est un concept qui prend tout son sens dans la pratique, même s'il possède une réalité théorique faisant du GAP un outil adapté pour l'appréhender. Ce travail n'avait pas pour vocation de donner une nouvelle définition de l'incertitude, mais d'évaluer l'outil qu'était le GAP dans la compréhension de ce concept dans sa globalité, focalisé sur le temps diagnostique, en s'appuyant sur des cadres conceptuels déjà donnés par ces auteurs.

L'impact positif de ces GAP dans le développement professionnel continu et l'évaluation des pratiques professionnelles, ainsi que son intérêt pédagogique, sont maintenant bien connus ; le but de ce travail était d'en évaluer l'intérêt dans la formation à la gestion de l'incertitude diagnostique dans l'enseignement du DES de médecine générale.

MATERIEL ET METHODE

1 Type d'étude

Il s'agissait d'une enquête descriptive qualitative, elle s'inscrivait dans une démarche compréhensive, interprétative visant à donner du sens à une construction mentale qui s'effectue au cours d'une expérience, qu'elle soit cognitive ou affective (18), en prenant en compte la subjectivité de l'individu en situation de vie sociale. Cette enquête a été réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés et d'un groupe focus en s'appuyant sur des expériences vécues.

2 Population et échantillon

La population étudiée était les internes en médecine générale et jeunes médecins généralistes ayant participé à un GAP. Les critères d'échantillonnage étaient les suivants :

- il s'agissait d'internes en médecine générale et jeunes médecins généralistes issus de la faculté de médecine de Marseille,
- les jeunes médecins généralistes devaient avoir fini l'internat depuis moins de quatre ans,
- ils devaient avoir participé à un GAP (GEDPC à la fac, GdP® durant la maîtrise de stage).

Le recrutement a été effectué avec la liste des internes ayant participé au module GEDPC au cours des deux dernières années et par le biais d'internes ayant participé à un GdP ® dans les Hautes-Alpes durant leur maîtrise de stage. La prise de contact était ainsi facilitée, l'enquêtrice y ayant effectué sa maîtrise de stage.

Le groupe focus a été réalisé avec cinq membres d'un GAP autonome, extra-universitaire, qui ont été contactés par l'intermédiaire d'une des internes interviewés, elle-même membre de ce GAP informel. Ils avaient tous participé au module GEDPC et quatre d'entre eux avaient participé à un GdP® durant la maîtrise de stage.

Les personnes ont été contactées par email ou par téléphone.

L'effectif était déterminé par le principe de saturation des données, quand les données recueillies ne permettaient plus l'émergence de nouvelles catégories, l'application du principe était obtenu par un va-et-vient permanent entre la collecte des données, leur analyse et leurs composantes analytiques (19) selon un modèle itératif (Desgagné, 1994 ; Glaser & Strauss, 1967 ;Huberman & Miles, 1991, 1994 ; Rocha-Vieira, 2004).

3 Guide d'entretien et recueil des données

Deux méthodes de recueil des données ont été utilisées, car elles sont complémentaires. L'entretien semi-dirigé permettait de mettre l'accent sur l'individualité de l'enquêté et d'explorer avec plus de finesse son vécu personnel, ses représentations propres ainsi que ses émotions. La méthode du groupe focus permettait quant à elle :

- d'étudier la variété des opinions et sentiments des acteurs sur un sujet donné,
- d'objectiver les facteurs associés aux opinions, en utilisant la dynamique de groupe pour stimuler la parole et faire émerger de nouvelles idées (20).

3.1 Entretien semi-dirigé

L'entretien semi-dirigé issu de l'entretien « non directif » de C. Rogers, était utilisé, initialement, en psychosociologie dans des entretiens cliniques, étendu secondairement au domaine de la recherche. Il consiste à *« s'efforcer de donner au client un miroir verbal qui permet à ce dernier de se voir plus clairement et qui indique en même temps qu'il est profondément compris par un conseiller qui ne fait aucune évaluation de lui ou de son attitude »* (C. Rogers) (21). Le but de l'entretien semi-dirigé était de laisser libre cours à la pensée de l'interviewé en conservant son individualité, sa subjectivité et son opinion, tout en étant encadré par le sujet, cerné par une série de questions ouvertes.

3.1.1 Le guide d'entretien

Il a été élaboré suite à une recherche bibliographique ciblant les thèmes de l'incertitude, de l'enseignement en médecine générale et des GAP. Le but de cet entretien était d'arriver à créer un lien spontané entre ces trois thèmes par une série de questions ouvertes hiérarchisées.

Question1 :

Quelle situation vécue au cours de ta pratique ou lors de ta maîtrise de stage illustre pour toi la notion d'incertitude diagnostique ?

Concernant cette situation clinique que tu viens de me décrire, quelles stratégies as-tu développées pour mieux appréhender cette incertitude ?

C'était une mise en situation pour aborder le sujet avec une expérience vécue concrète, illustrant l'incertitude diagnostique comme fil conducteur pour la suite de l'entretien. La démarche visait à retracer le raisonnement sur son cheminement clinique et faire ressortir les moyens mis en œuvre pour pallier ses doutes, afin d'arriver à l'étape de la prise de décision. Il s'agissait, comme pour la méthode employée dans les GAP, de partir d'un cas concret pour adopter une posture réflexive.

Question 2 :

Quelles émotions as-tu éprouvées face à cette situation clinique d'incertitude ?

De quelle manière ces émotions vont-elles influencer ta prise en charge et ta pratique en général ?

Cette question abordait le versant émotionnel car l'incertitude pouvait-être source de tension psychique provoquant une réaction affective : une émotion. Cerner ses réactions émotionnelles et les nommer permet de mieux les contrôler (3).

Question3 :

Penses-tu que l'EBM participe à une mauvaise tolérance de l'incertitude diagnostique ou au contraire est une solution ?

Notre enseignement repose sur les principes de l'EBM, en conflit avec la dimension subjective apportée par les émotions éprouvées face à une situation d'incertitude, lesquelles influencent inévitablement notre prise en charge. De plus, L'EBM est inversement liée au concept d'incertitude, puisque la démarche décisionnelle repose sur un haut niveau de preuve et donc de certitude. L'EBM est un socle sur lequel s'appuyer, en permettant de cibler les données probantes pour arriver à un diagnostic. Or, nous savons qu'en médecine [générale] nous sommes amenés fréquemment à prendre des décisions dans un contexte d'incertitude en l'absence de preuve (22). La démarche médicale repose sur des preuves mais aussi des déductions et de l'expérience (16). L'EBM constitue une approche factuelle à laquelle manque l'approche contextuelle ; les essais cliniques randomisés reposent sur des groupes de personnes, des populations sorties de leur contexte social, géographique, psychique...etc. L'analyse des pratiques vise à recontextualiser le patient dans son individualité. Le but de cette question était de savoir comment le jeune praticien s'en accommodait.

Question 4 :

Que penses-tu de l'intérêt d'aborder la question de l'incertitude diagnostique au cours de l'enseignement du DES de MG ?

Cette question visait à cerner la place que prenait l'incertitude dans la pratique du jeune médecin. De quelle manière elle interférait ou interagissait dans la démarche clinique. La tolérance de cette dernière faisant partie des compétences à acquérir par l'interne de médecine générale.

Question 5 :

Quels seraient, selon toi, les moyens pédagogiques les plus adaptés pour aborder le thème de l'incertitude diagnostique en médecine générale au cours de notre enseignement ?

Le but de cette question était de cibler le moyen le plus adapté entre le paradigme d'enseignement (enseignement normatif) et le paradigme d'apprentissage, pour aborder ce concept du point de vu des jeunes médecins. Elle permettait de cibler leurs attentes en matière d'enseignement.

Question 6 :

Selon toi, en quoi l'enseignement sous forme de Groupe d'Analyse des Pratiques, serait-il intéressant pour aborder la question de l'incertitude diagnostique ?

L'objectif de cette question était de montrer en quoi cette forme d'apprentissage suscitait de l'intérêt chez les jeunes médecins, pour aborder leurs sujets de préoccupations qui gravitaient autour de l'incertitude diagnostique. Il s'agissait de se détacher de la possible influence de la chercheuse et de sa question de recherche sur l'intérêt présumé des GAP. Enfin cette question pouvait permettre de mettre en évidence un lien, s'il en existait un, entre les possibilités qu'offraient cette forme d'apprentissage et les problématiques citées lors des réponses aux questions précédentes.

Question 7 :

En quoi ta participation au module GEDPC et/ou à un Groupe de Pairs® au cours de ta maîtrise de stage t'a-t-elle donnée envie ou non de participer à un Groupe de Pairs® une fois installé ?

Il s'agissait d'une question plus générale, qui donnait la possibilité à l'interviewé de se libérer de l'influence de la question de recherche qui ciblait l'incertitude diagnostique. Ainsi il avait la

liberté de pouvoir s'exprimer sur l'intérêt, en général, des GAP et pourquoi il se projetait, ou non, dans un GdP®. Cela permettait de voir si, dans les intérêts qu'il citait, on retrouvait celui de la gestion de l'incertitude diagnostique. Auquel cas, cette question validerait la pertinence de la question de recherche et montrerait tout le potentiel d'un GAP, en faisant de lui un outil pédagogique intéressant.

Question 8 :

As-tu d'autres choses à ajouter ?

Pour finir, cette dernière question laissait le champ libre à l'interviewé, en lui permettant d'ajouter de nouvelles idées qui auraient émergées au cours de l'entretien, ou alors des idées qui n'avaient pas pu être évoquées avant.

Le guide d'entretien a été modifié après les deux premiers entretiens pour améliorer la compréhension de certaines questions, en supprimer d'autres redondantes, respectant le principe de l'analyse des données itératives dans une étude qualitative.

3.1.2 Le déroulement

L'entretien débutait par une présentation à l'enquêté du thème général, de la question de recherche, de l'objectif de l'étude, de la raison pour laquelle il était interviewé, de la durée approximative de l'entretien et de la spécification du respect de la stricte confidentialité des propos recueillis qui étaient enregistrés en totalité [3].

La définition d'un GAP par la Haute Autorité de Santé (HAS) était donnée, de plus l'enquêtrice a précisé ce qu'elle entendait par « incertitude diagnostique » [4].

Les entretiens ont été menés soit en face à face, soit par téléphone, soit par vidéo-conférence. L'éventail des possibilités proposées favorisait la participation des personnes recrutées en se libérant des contraintes d'éloignement et techniques.

Dix entretiens ont été réalisés jusqu'à obtention de la saturation des données.

---

[3] Cf Annexe 1

[4] L'incertitude diagnostique : c'est le fait qu'il n'y ait pas de diagnostic de certitude posé à l'issue d'une consultation donnée. Selon la SFMG l'incertitude diagnostique correspond au fait que 70% des consultations sont des situations non caractéristiques d'une maladie nosologiquement définie (2).

3.2 Groupe focus

Il s'agissait d'explorer la complexité d'un groupe représentant une forme de vie sociale, les liens entre les idées et les interactions entre les personnes (23).

La dynamique du groupe permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion où chaque participant expose ses opinions, ses préférences, ses valeurs, en fonction de ses expériences (20). La réunion s'est déroulée dans un contexte de discussion collective où chaque idée pouvait être enrichie par celles des autres, en faisant émerger parfois de nouvelles, amenant à un niveau de réflexion supplémentaire.

Cette méthodologie a été utilisée pour l'entretien avec les cinq internes et jeunes médecins qui ont créé de manière autonome, spontanée et informelle leur propre GAP. Ils étaient habitués à la réflexion en groupe ce qui facilitait le travail de la chercheuse qui animait son premier groupe focus.

3.2.1 Le guide d'entretien

Il a été élaboré suite à une recherche bibliographique sur la méthode du groupe focus et de celle effectuée sur le sujet de recherche. Les questions de relance ce sont appuyées sur la grille d'entretien des entretiens semi-dirigés.

Question 1 :

Quelle situation vécue au cours de ta pratique ou lors de ta maîtrise de stage illustre pour toi la notion d'incertitude diagnostique ?

Il s'agissait de la question « brise-glace » par une mise en situation, où un, ou deux, participant volontaire énonçait le récit d'une situation vécue illustrant l'incertitude diagnostique.

Question 2 :

En quoi les Groupes d'Analyse de Pratiques dans l'enseignement du DES de médecine générale permettraient-ils d'aider à mieux appréhender la gestion de l'incertitude diagnostique dans l'exercice de la médecine générale en milieu libéral ?

Il s'agissait de la question de recherche de l'étude. Le but était de cerner d'emblée le sujet à la lumière des récits exposés précédemment, en laissant le maximum de liberté aux participants pour éviter d'influencer leurs réponses par les questions de la chercheuse.

Des questions de relance étaient prévues, celles du guide d'entretien individuel, qui pouvaient être utilisées si certains thèmes n'avaient pas été abordés ou pour approfondir certaines idées [5].

3.2.2 Le déroulement

La réunion était organisée chez l'enquêtrice à Marseille, dans un environnement convivial.

L'enregistrement était effectué à l'aide d'un dictaphone, parallèlement à un enregistrement vidéo avec une caméra grand angle permettant de filmer l'ensemble des participants, avec leur accord, pour le travail de l'observateur qui était réalisé dans un second temps. La logistique était gérée par une personne extérieure à la réunion, afin que la chercheuse puisse se consacrer pleinement au groupe focus. Elle s'est déroulée en cinq séquences (23).

La première visait à fixer le cadre conventionnel : s'écouter et parler, en respectant le principe de confidentialité, exprimer son point de vue sans critiquer celui des autres.

La deuxième était une présentation de la thèse, son objectif, un rappel de la définition d'un GAP, et ce qu'entendait l'enquêtrice par « incertitude diagnostique ».

La troisième séquence était la question brise-glace.

La quatrième séquence était un tour de table faisant écho aux récits de situations cliniques vécues énoncés dans la troisième séquence.

Et la dernière séquence était la discussion autour de la question de recherche.

[5] Cf Annexe 2

4 Analyse des données

Il s'agissait d'une analyse qualitative utilisant l'approche inductive générale. L'objectif général de l'analyse inductive est de développer un ensemble de nouvelles catégories par le biais du processus de réduction des données à l'intérieur d'un modèle qui résume et donne un sens aux données brutes réduites (18). La chercheuse a choisi ce type d'analyse de données car il n'existait pas de catégories préexistantes dans la littérature portant sur l'objet de l'étude. L'ensemble des données, issues des entretiens, ont été retranscrites manuellement, mots à mots en étant le plus fidèle aux émotions et à la ponctuation. La codification visant à la réduction de ces données et à l'émergence des catégories à partir des segments de texte, a été effectuée à l'aide du logiciel *N'Vivo 11* après plusieurs lectures attentives et approfondies. Il s'agissait d'un processus évolutif mené parallèlement au recueil des données, appelant à une révision et un raffinement permanent des catégories, permettant l'émergence progressive de catégories principales et de l'ensemble du réseau de ces concepts, à un modèle. Les données issues des entretiens individuels et du groupe focus ont été analysées de manière conjointe sur la même grille de codage.

RESULTATS

1 Population étudiée

Quatorze jeunes médecins ont été interviewés sur la période de février à août 2017. Dix d'entre eux ont été interrogés sous forme d'entretien individuel et cinq d'entre eux sous forme de groupe focus. Une des personnes a participé à la fois à l'entretien individuel et au groupe focus.

Recueil des caractéristiques générales et individuelles des participants												
	Quantité	**Sexe**	**Age**	**Externat d'origine**	**Avancement dans le niveau d'étude**	**Maîtrise de stage (MS) effectuée**	**Localisation MS**	**Milieu MS**	**Participation GEPDC**	**Participation Groupe de Pairs®**	**Remplacements déjà effectués**	**Installation libérale envisagée**
E1	1	M	29	Grenoble	Médecin thésé	Oui	Istres	Urbain	Oui	Oui	Oui	Oui
E2	1	F	28	Lyon	Médecin thésé	Oui	Cadenet	Semi-rural	Oui	Non	Oui	Oui
E3	1	M	32	Paris 13	Médecin non thésé	Oui	L'Argentière	Rural	Oui	Oui	Oui	Oui
E4	1	F	29	Marseille	Médecin thésé	Oui	Pontet	Urbain	Oui	Oui	Oui	Oui
E5/F5	1	F	28	Montpellier	Interne	Oui	Dignes Les Bains	Urbain	Oui	Non	Non	Oui
E6	1	F	29	Paris 11	Médecin thésé	Oui	Laragne	Rural	Oui	Oui	Oui	Oui
E7	1	F	28	Grenoble	Médecin thésé	Oui	Seynes Les Alpes	Rural	Oui	Non	Oui	Non
E8	1	F	29	Lyon	Interne	Oui	Martigues	Urbain	Oui	Non	Non	Oui
E9	1	M	28	Grenoble	Interne	Oui	Laragne	Rural	Non	Oui	Oui	Oui
E10	1	F	27	Paris	Interne	Oui	La Bâtie Neuve	Semi-rural	Oui	Oui	Oui	Oui
F1	1	M	26	Montpellier	Interne	Oui	Cadenet	Semi-Rural	Oui	Oui	Non	Non
F2	1	M	32	Marseille	Médecin thésé	Oui	Barcelonnette	Rural	Oui	Oui	Oui	Oui
F3	1	F	32	Marseille	Médecin thésé	Oui	Morières-lès-Avignon	Semi-rural	Oui	Oui	Oui	Oui
F4	1	M	27	Marseille	Interne	Oui	Le Pradet	Urbain	Oui	Oui	Non	Oui

Figure 1: Recueil des caractéristiques générales et individuelles des participants

Les participants avaient en moyenne 28,8 ans, 57% étaient des femmes et 43% des hommes. La maîtrise de stage était effectuée majoritairement en milieu rural et semi-rural. La plupart avait déjà effectué un remplacement en cabinet libéral de médecine générale. Sur les quatorze jeunes médecins interrogés, huit étaient déjà en activité et six étaient encore internes.

Répartition des participants										
	Quantité	Moyenne d'âge	< 30 ans	> 30 ans	Rural et Semi-Rural	Urbain	En activité	Interne	Remplacement Effectué	Remplacement non effectué
Masculin	6	29,00	4	2	4	2	3	3	4	2
Féminin	8	28,75	7	1	5	3	5	3	6	2
Somme	**14**	**28,86**	**11**	**3**	**9**	**5**	**8**	**6**	**10**	**4**
Proportion Masculin	43%		29%	14%	29%	14%	21%	21%	29%	14%
Proportion Féminin	57%		50%	7%	36%	21%	36%	21%	43%	14%

Figure 2: Répartition des participants

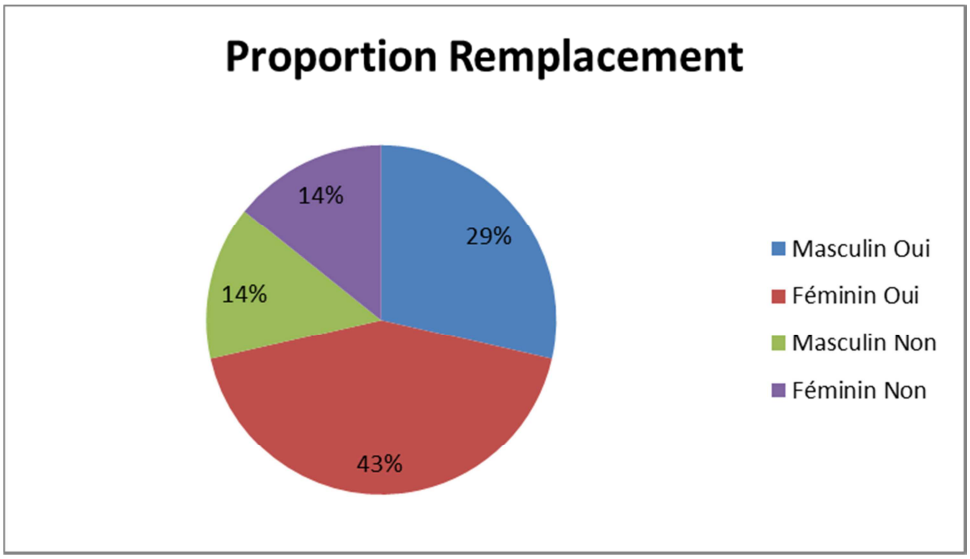

Figure 3 : Répartition des remplacements

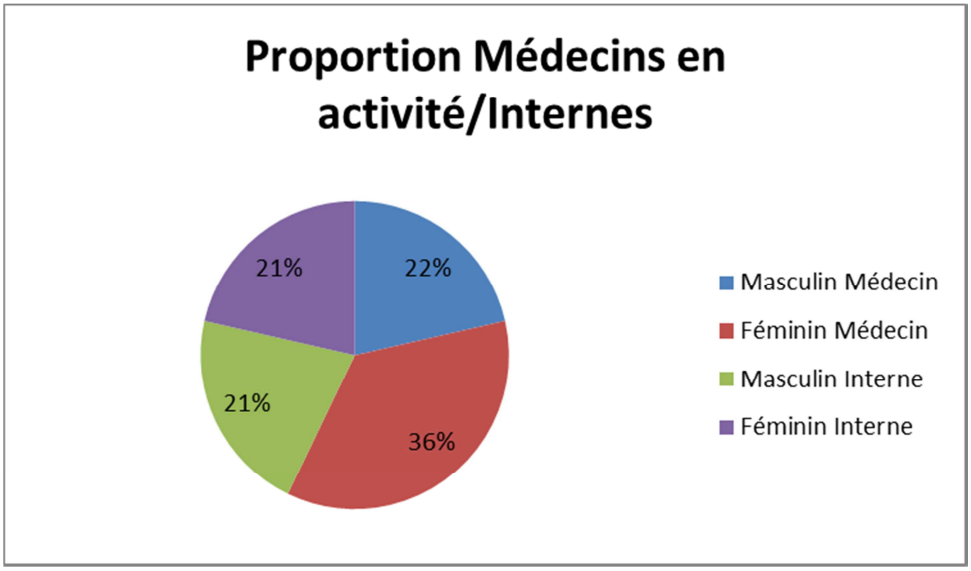

Figure 4 : Répartition des médecins en activité

2 Analyse conceptuelle

L'analyse de l'ensemble des verbatims a permis l'émergence de deux grandes thématiques qui étaient : la vision des jeunes médecins en situation d'incertitude diagnostique avec leurs problématiques et leurs stratégies, et l'apport de l'enseignement par GAP dans ces situations.

Ces deux grandes parties ont été découpées en plusieurs chapitres, les différents chapitres des deux parties se faisaient écho en permanence. La linéarité de la lecture du texte peut rendre difficile la compréhension des liens entre les chapitres, mais en réalité ils sont interdépendants.

La vision des jeunes médecins permettait de prendre toute la mesure de l'intérêt du GAP, avec un lien qui s'est naturellement tissé entre ce dernier et leurs problématiques rencontrées en pratique, en faisant du GAP un élément de réponse pédagogique intéressant quant à la gestion de l'incertitude diagnostique.

Partie 1 : La vision des jeunes médecins en situation d'incertitude diagnostique

Dans cette partie on remarquera que de nombreuses notions, identifiées comme problématiques par les jeunes médecins pour une bonne gestion de l'incertitude, étaient retrouvées dans les stratégies pour y faire face. Pour illustrer cette idée, on peut prendre l'exemple de l'EBM dont une partie du raisonnement implique le recueil de preuves pour étayer un diagnostic, en s'appuyant sur des principes scientifiques établis. L'EBM faisait partie de leurs stratégies face à une situation d'incertitude diagnostique, mais elle devenait problématique en l'absence de preuves. De même la communication était identifiée comme une difficulté, or elle devait être renforcée en situation d'incertitude. Cette relation ambivalente des jeunes médecins avec ces diverses notions était symptomatique à la fois d'un manque d'outils pédagogiques et d'un modèle de raisonnement incomplet ou inadapté. Dans la deuxième partie nous verrons en quoi les GAP, selon eux, permettraient en partie d'apporter une solution pédagogique à cette discontinuité.

1 Leurs problématiques

1.1 Situations cliniques problématiques

1.1.1 Prise de conscience de la problématique de l'incertitude

Il s'agissait avant tout d'une réalité pratique rencontrée pendant l'internat, et notamment au cours de la maîtrise de stage pour la plupart des interviewés, ou au cours d'un GEDPC.

E6 : « L'internat c'est pour te rendre compte que, c'est pour tout remettre en question en fait, c'est pour ça que c'est très très difficile, c'est que t'as appris plein plein de trucs pendant ton externat et t'es un peu en train de désapprendre, 'fin tu découds tous les fils pour les coudre autrement en fait et c'est justement…justement il devrait y avoir un cours entier sur l'incertitude diagnostique, comment l'utiliser pour toi, comment s'en servir, 'fin d'abord l'accepter, d'abord accepter qu'elle existe et après qu'est-ce que t'en fais tu vois, c'est essentiel d'étudier ça. Et après tu t'en rends compte que en maîtrise de stage. »

E5 : « on est globalement bien formés mais encore une fois sur des choses très objectives, très carrées, par contre y'a plein de plaintes qu'on découvre, qu'on découvre en cabinet de médecine générale et qui collent à aucun…à aucun de nos items ou des plaintes qu'on a vu en cours »

E7 : « moi au début dans mes consultations chez le maître de stage j'étais là « *en fait je sais pas trop ce qu'ils ont »* et je trouve que c'est vraiment chez le maître de stage qu'on nous apprend à dire *« bon bah tu vois là c'est pas très grave mais on sait pas ce qu'il a mais de toute façon il va bien il faut juste lui dire les signes de surveillance »* »

F1 : « c'est quand on commence à remplacer chez le prat', 'fin à bosser en cabinet libéral, où y'avait pas d'étape après nous et l'incertitude il fallait qu'elle soit gérée dans le sein de la consult' »

E1 : « Parce que sous cette forme-là [sous-entendu en GEDPC] où vraiment, on parle des difficultés de notre métier, on parle de l'incertitude diagnostique comme ça. Oui ça m'a permis de pointer le doigt sur une problématique que j'avais peut-être pas envisagée avant. »

Cette constatation permet de mettre en évidence, non pas qu'il s'agit d'une spécificité de la médecine générale, mais peut-être qu'ils n'avaient pas les bonnes clefs pour gérer ce genre de

situations en médecine générale et, qui plus est, en exercice libéral.

Selon un des jeunes médecins, pour qui la notion d'incertitude était présente tout au long de notre parcours universitaire, il s'agirait plus d'un problème issu de la confrontation avec le patient pour qui seule la finalité du raisonnement importe et non la démarche.

E3 : « Mais la gestion de l'incertitude diagnostique moi j'ai l'impression qu'elle est quand même un peu abordée, […] ils veulent voir ton raisonnement sur la feuille et pas juste la réponse, alors que les patients eux ils veulent avoir la réponse, si tu peux leur donner. C'est pour ça que c'est un peu différent, c'est qu'on t'apprend toutes tes études à montrer ton raisonnement et à ton patient...ben si en fait tu peux lui montrer mais ça prend un temps fou quoi. »

1.1.2 Diagnostique de gravité

La première catégorie, la plus fréquemment citée par les jeunes médecins pour illustrer des situations d'incertitude, était les diagnostiques de gravité.

Ils faisaient face, soit à un potentiel diagnostique critique face auquel la question était binaire : « urgent/non urgent ? », plus problématique par le stress que la criticité de la situation engendrait, que par l'absence de diagnostic ;

E1 : « je me disais que si je me dis que je pars sur un saignement intracrânien et que il fallait que j'appelle le 15 »

E3 : « c'est pas tellement de pas avoir de diagnostique c'est plutôt de l'urgence, de la gravité de ce que ça pourrait représenter en fait. »

E5 : « J'étais pas trop sûre que ce soit un ulcère qui saigne, parce que c'était de faible abondance, y'avait eu qu'un épisode, y'avait la persistance des douleurs »

E9 : « bon le côté 50 mètres, ce pourquoi le mot 50 mètres m'avait un peu marqué dans mes études et je me dis : *« mais non il ne va pas nous faire une thrombose…»* et puis là je prends mes pouls et à droite je les trouve pas quoi. »

E10 : « C'était une patiente d'une soixantaine d'année qui venait pour une douleur plutôt d'ordre neurologique, du bras droit, avec pas mal d'antécédents, cardio-vasculaires, alors c'était le bras droit c'était pas le bras gauche, donc je suis pas partie sur une cause cardiaque du tout. Mais le truc qui m'embêtait c'était qu'il traînait dans son dossier une ischémie du membre supérieur droit, le truc rarissime. »

soit les situations étaient définies par la négative, c'est-à-dire qu'elles ne représentaient pas un potentiel diagnostic critique. Finalement la question diagnostique devenait secondaire en l'absence de critères de gravité, puisque la finalité était de caractériser le tableau par ce qu'il n'était pas.

F1 : « Oui on sait pas trop là en fait, on sait ce qu'elle a pas »

E4 : « Je me suis pas obstinée, dans le sens où c'était pas une urgence pour moi »

E7 : « je savais toujours pas ce que c'était, mais au moins j'avais écarté le truc qui pouvait avoir un danger par la suite. »

1.1.3 Tableau clinique incomplet ou inconnu

La deuxième catégorie de situations cliniques problématiques faisait référence à des présentations cliniques incomplètes, souvent dans le cadre des consultations précoces par rapport au début de la symptomatologie, où l'absence de recul sur l'évolution du tableau était source d'incertitude. L'exemple phare était celui des consultations de pédiatrie avec des fièvres nues.

E1 : « C'est plutôt que le tableau clinique est incomplet et puis [...] en général quand on a une évolution…là on voit le patient on le connaît pas, on l'a jamais vu, et si on le voit deux fois on a une évolution, on peut dire : il s'aggrave, il est stable, il s'améliore »

E4 : « j'ai pas eu non plus de certitude diagnostique quant au diagnostic, est-ce qu'il avait quelque chose de plus embêtant, ou c'était le début de quelque chose d'autre, parce qu'il n'avait jamais eu de problème de ce type-là, ou si c'est simplement une intoxication alimentaire »

E6 : « Vu que tu arrives très précocement dans les symptômes…déjà l'inquiétude des gens les amène à consulter très tôt et ça c'est pourvoyeur d'une grosse incertitude pour toi. »

E6 : « C'est qu'en fait même si ta fièvre au début elle est bien tolérée par l'enfant et que donc a priori c'est pas grave l'incertitude elle est quand même présente parce qu'il peut survenir au moment où tu les fais rentrer chez eux des signes de gravité qui étaient pas là au début tu vois. »

F2 : « ton incertitude diagnostique tu l'as, elle est là, parce que tu vas lui dire : *« bah pour l'instant il a une fièvre depuis moins de 24h, moi j'ai rien de probant »* »

Ou encore des tableaux cliniques inconnus parce que l'ensemble de la symptomatologie ne rentrait dans aucun cadre nosologique connu, ou qu'ils chevauchaient plusieurs cadres à la fois, empêchant de donner un diagnostic formel.

E7 : « Je trouvais pas de facteur déclenchant évident et que l'histoire était un peu foireuse [..] mais j'avais du mal à savoir, à l'écarter cliniquement et à me dire bah c'est pas ça c'est autre chose sachant que l'autre chose je savais pas si c'était musculaire, il y avait rien qui rentrait vraiment dans un cadre. »

E8 : « C'est un patient 81 ans qui venait juste pour toux fébrile, et en fait à l'examen clinique y'avait pas de signe auscultatoire particulier ou pulmonaire, par contre le monsieur avait une…avait un ictère cutanéo-muqueux franc et une sensibilité en hypochondre droit, sans que le patient se soit plaint de signes digestifs »

E9 : « Une dame d'une cinquantaine d'années qui vient me voir et effectivement elle avait une amyotrophie de la joue pas d'autres symptômes »

1.1.4 Plaintes médicalement inexpliquées

La troisième catégorie de situations cliniques problématiques correspondait aux *plaintes médicalement inexpliquées* qui sont les symptômes somatiques auxquels le médecin ne peut attribuer une pathologie organique, correspondants aux *troubles à symptomatologie somatique* du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux V[6] (DSMV).

E2 : « 26 ans pas d'antécédents particuliers, sauf un accident de la voie publique il y a environs 3 ou 4 ans, euh pour lequel elle avait eu un trauma costal et de la rate [...] Suite à ça en fait elle garde un fond douloureux globalement permanent de l'hémicorps gauche [...] cette douleur se majore […] Cliniquement à l'effleurage elle a mal, donc y'a vraiment une hyper-esthésie et du coup partout où je la touche elle a mal. En dehors de ça j'ai aucun signe objectif de quoi que ce soit [...] j'y ai réfléchi encore cette semaine, j'ai toujours pas d'idée, j'ai même pas d'idée sur les

[6]Les personnes ayant un trouble à symptomatologie somatique présentent de façon caractéristique des symptômes somatiques banals et multiples entraînant une détresse ou une altération significative de la vie quotidienne bien que dans certains cas un seul symptôme sévère, le plus souvent douloureux, soit présent. Ces symptômes peuvent être spécifiques (une douleur localisée) ou relativement non spécifiques (la fatigue). Ces symptômes représentent parfois des sensations ou de inconforts corporels normaux qui n'ont habituellement pas de signification pathologique sérieuse. Des symptômes somatiques sans explication médicale évidente ne sont pas suffisants pour faire ce diagnostic. La souffrance de la personne est authentique, qu'elle soit ou non explicable médicalement. (DSMV)

examens que je pourrais lui proposer, parce que j'ai vraiment vraiment pas d'idée diagnostique. »

E5 : « soit ses plaintes sont somatiques et qu'il arrive pas à mettre les bons mots dessus et du coup on va louper des choses plus facilement, soit ce ne sont pas des substrats organiques mais méritent quand même qu'on s'y attache, qu'on s'y attarde. »

E7 : « Mais je trouve que ça arrive quand même fréquemment en médecine générale où c'est pas grave, la personne va bien, mais je peux pas lui dire ben oui c'est ça exactement. »

1.2 Conflit entre réalité pratique et formation théorique

1.2.1 Reformuler la plainte

Il était parfois difficile de mettre en relation les connaissances théoriques avec une plainte brute énoncée par le patient. Tout le travail était de décoder cette plainte profane. Par exemple, il est très rare qu'un patient se présente en consultation et nous dise : *« Voilà docteur, j'ai une hémianopsie latérale homonyme. »*

E5 : « parce qu'il va tourner les choses d'une manière qui correspond pas à ce qu'on apprend dans les livres ou qui n'est pas un symptôme bien défini et que du coup on va moins l'écouter alors que, soit ses plaintes sont somatiques et qu'il arrive pas à mettre les bons mots dessus et du coup on va louper des choses plus facilement »

L'examen physique pouvait être flou, avec peu de signes objectifs probants. Rien d'aussi caractérisé que dans les livres où l'entre-deux n'existe pas : soit le symptôme est présent soit il est absent. En pratique si, par exemple la percussion lombaire est négative pendant la consultation, mais pourtant il y a deux heures le patient avait des douleurs lombaires gauche ; il est apyrétique mais cette nuit il s'est senti fiévreux. C'est ça l'entre-deux, et il faut composer avec, improviser, c'est là que l'expression *« l'art de la médecine »* prend tout son sens.

F2 : « Bon du coup je la réexamine bien, là, je lui ébranle les fosses lombaires. Une fois elle a mal à droite, une fois elle a mal à gauche, tu sais pas trop. Je me dis *« oh pétard est-ce que finalement elle fait pas une pyélo ? »*. Je lui palpe tout le rachis, je lui percute tout le rachis et elle commence à avoir mal quand je percute le sacrum... »

E7 : « en fait la médecine générale c'est jamais pareil quoi, donc il y a toujours une nouvelle présentation et des nouvelles présentations bah...où on arrive un peu à improviser ou à donner quelque chose pour que ça se passe bien et on revoit les gens si ça va pas quoi. »

E8 : « le fait que le joli cas clinique comme dans les bouquins est malheureusement très rare »

1.2.1.1 Objectivation des symptômes

De nombreux symptômes étaient difficilement objectivables soit parce que par définition ils étaient subjectifs, correspondant à de sensations éprouvées par le patient, non quantifiables, telle que la nausée par exemple ; soit parce que ces signes n'étaient pas présents au moment de la consultation, par exemple la fièvre qui pouvait être fluctuante. Fallait-il alors les prendre en compte dans le tableau clinique ?

E1 : « et j'arrivais pas à objectiver le signe parce que je le l'avais pas vu, enfin la nausée ça se mesure pas et puis je l'avais pas vue vomir, j'étais un peu coincé »

F1 : « L'argument là pour l'instant c'est que la patiente elle est venue se plaindre de quelque chose qui lui va pas. Et c'est à peu près la seule chose objective parce qu'en fait les symptômes dont elle se plaint moi je les ai pas objectivés. Ou quasiment aucun, donc là tu rentres dans un deuxième niveau d'incertitude, c'est la gestion du symptôme subjectif. »

F3 : « Donc moi je la vois au cabinet, donc moi à chaque fois que je l'ai vue, j'ai jamais objectivé la fièvre, elle me dit que vraiment ça évolue par pic fébrile [...]Là ça a duré deux jours, elle est retournée travailler puis plus rien. Là elle revient me voir, à nouveau asthénie, pic fébrile, vomissements, arthralgies ! »

Et quand le tableau était dominé par des symptômes subjectifs ou des signes non objectivables, qui souvent, se répétaient dans le temps, le jeune médecin se sentait souvent démuni. Il tentait alors de rationaliser le problème et trouver une explication par la multiplication d'examens complémentaires et d'avis spécialisés[7] ou laisser faire l'évolution naturelle pour ensuite reconsidérer éventuellement le problème à distance.

F3 : « En fait du coup ce qui est intéressant c'est que à un moment donné y'a une autre incertitude qui va se rajouter, c'est que à un moment donné moi je me suis même posée la

[7] Cf Partie 1, Chapitre 2. Leurs stratégies

question : *« est-ce que c'est vrai ce que…qu'elle a de la fièvre ? »*, 'fin du coup je me suis dit, parce qu'en fait à chaque fois qu'elle vient elle me demande un arrêt de travail et du coup je me suis aussi dit : *« est-ce que finalement c'est vrai tout ça, tout ce qu'elle me décrit? »* »

F1 : « Parce que moi de l'examen clinique que tu me décris, une patiente ou un patient qui a des symptômes non reproductibles, non objectivables avec une plainte un peu globale, bah moi intuitivement j'ai plutôt tendance à laisser un peu couler quoi. »

1.2.1.2 Frontière physiologique-pathologique, non urgent- urgent

En lien direct avec le chapitre précédent, après avoir reformulé et objectivé la plainte, il convenait d'en mesurer la pathogénicité et l'urgence. Il pouvait être difficile de visualiser la frontière parfois floue séparant le fonctionnement physiologique de l'état pathologique, et par extension d'en apprécier le degré d'urgence.

Les deux notions fondamentales mises en jeu étaient celles de l'organicité et de la gravité, avec lesquelles le jeune médecin allait devoir composer. Elles conditionnaient le niveau d'intervention, dans un tempo plus ou moins rapide.

E3 : « Oui, c'était aussi d'évaluer l'impact de la pathologie, fin du symptôme et euh...voir si y'avait lieu de, de soit l'hospitaliser en urgence, sinon temporiser pour essayer de comprendre ce qu'il se passait, oui voilà, et d'aboutir à un diagnostic éventuel »

E5 : « Des fois j'ai aucune réponse aux douleurs des gens, mais je pense qu'il y a des réponses. Je sais juste pas, moi avec mes connaissances qui sont juste purement axées sur des pathologies et des pathologies graves. Parce que globalement on apprend à repérer le grave ou l'urgent. »

E10 : « ce qui est difficile à gérer c'est d'arriver à éliminer les causes urgentes, ou pas, pour pas forcément s'emballer devant chaque suspicion diagnostique de, de choses graves. Ou au contraire, pas passer à la trappe un truc qu'il faut éliminer. »

E10 : « déjà y'avait l'urgence qui m'avait mis assez mal à l'aise, on n'a pas trop l'habitude de ça en cabinet surtout quand on débute, donc ça j'ai peut-être…c'est le truc que j'ai peut-être moins bien géré, d'arriver à échafauder ma stratégie pour que ça aille vite et que ce soit efficace pour le patient, parce que l'objectif c'était de pas traîner. »

F5 : « si on sait pas si c'est pathologique ou pas »

F5 : « Est-ce que il y a pas une maladie inflammatoire qui commence ou qui se traduirait que par ça. Ça on peut pas le savoir, et du coup est-ce que si la patiente le vit bien comme ça, avec des épisodes plus ou moins espacées pourquoi pas laisser tomber, n'empêche que si en fait c'est une maladie inflammatoire sous-jacente, est-ce que ça vaut pas le coup de la trouver plus tôt pour intervenir plus tôt. »

1.2.1.3 Champ psycho-social et environnemental

La construction de leurs hypothèses diagnostiques dépendait de tout un panel de variables non biomédicales, tels que le champ psycho-social, l'environnement familial et culturel. Variables avec lesquelles les jeunes médecins n'avaient pas l'habitude de composer puisque ne faisant pas partie des référentiels sur lesquels ils s'appuyaient pour étayer leur diagnostic.

Elles prenaient, parfois même, une place prépondérante dans la démarche décisionnelle et pouvaient devenir envahissantes devenant alors des facteurs de confusion.

E2 : « Là c'est une dame un peu trop souriante à mon goût, qui rigole, qui a un rire un peu amotivé, enfin, vraiment une présentation psy particulière »

E3 : « c'est pour ça que c'était un peu complexe, il ne comprenait pas tout, et du coup dans ma réflexion y'avait aussi cette notion-là, je savais pas s'il était entouré »

E7 : « Parce qu'il y a des gens même si il faut y aller ils veulent pas aller à l'hôpital. »

F1 : « Deuxième niveau d'incertitude c'est : gestion du symptôme subjectif et dans ce cas-là tu rentres aussi dans un cadre qui pour moi je trouve est embêtant pas au sens péjoratif mais parce que c'est compliqué à gérer d'arriver à rentrer dans la subjectivité de la personne […] et là y'a pas trop d'arbre décisionnel tout fait quoi. »

F2 : « ok elle est méditerranéenne mais…parce qu'elle est méditerranéenne je la sens pas quoi »

Ces variables étaient d'autant plus difficiles à appréhender que le jeune médecin n'avait pas la vision globale du médecin traitant.

F4 : « Si t'es juste médecin généraliste à un instant t ou si t'es médecin de famille quoi, y' a une grosse différence. »

F5 : « Il me semble aussi que ta difficulté venait aussi du fait que tu la connaissait pas cette dame ? »

1.2.2 Les standards de la médecine de preuve

L'EBM concerne à la fois l'enseignement et la pratique de la médecine. Une méthodologie permettant de baliser le parcours en s'appuyant sur des sources fiables quand le doute rend le terrain instable. Cela permet de limiter les erreurs et d'uniformiser les prises en charge. Les preuves sont issues d'études systématiques, type essai clinique randomisé, d'où sont issues nos recommandations et conférences de consensus. Ces données sont ensuite intégrées à l'expérience clinique du médecin en évitant toute interprétation intuitive, et aux choix du patient. Le lien entre « preuves », « connaissances du médecin » et « choix du patient » était parfois difficile à faire en pratique notamment dans des situations d'incertitude, d'autant que les preuves étaient souvent absentes. Cette difficulté pouvait être responsable d'une scission entre les standards de la médecine de preuve et la réalité pratique.

F2 : « en tout cas, je pense…moi les premières sensations que j'avais au début d'interne c'est que les cours on les connaît, déjà quand on voit les patients, on voit que ce qu'il y a dans les cours c'est pas reproductible, petit a petit b, et que après il faut faire, il faut arriver à gérer tout un côté non médical de la personne »

F1 : « Et puis d'interne on devient médecin et on se retrouve à gérer des patients, en situation sociale. C'est-à-dire des gens, des êtres humains dans la vie de tous les jours, et là on se met à confronter nos outils objectifs et reproductibles à [...] la subjectivité singulière du patient, alors que le principe même de l'EBM par exemple c'est d'enlever tous les critères subjectifs pour objectiver un effet thérapeutique spécifique. Le principe des grilles nosographiques c'est de prendre les trucs reproductibles, objectifs, pour définir les maladies. Et donc là on se retrouve à faire une espèce de grand écart et il faut qu'on fasse le pont qui va nous permettre de passer de l'un à l'autre, et des outils d'objectivation on en a plein mais les outils de travail de cette subjectivité en situation sociale dans la formation on n'en n'a pas. »

E6 : « C'est pendant l'internat que tu vas déconstruire un peu le schéma justement *evidence-based medicine* pour reconstruire un schéma qui est plus basé sur le folklore de plein de choses quoi. »

Certains des jeunes médecins interrogés avaient parfois le sentiment, que de raisonner uniquement par la médecine de preuve, réduisait la complexité de la plainte afin de faire rentrer le patient dans une case nosologiquement définie. Au risque d'entrer dans une quête infernale

du diagnostic ou inversement de nier l'existence de la plainte sous prétexte qu'elle ne s'intégrait pas dans un cadre. L'imposante EBM était alors source de zones d'ombre dans lesquelles le patient allait errer.

E5 : « je pense que c'est très insuffisant parce que finalement on apprend à formuler des choses de manière extrêmement précises avec des termes qui sont extrêmement objectifs, parce que il faut que ce soit reproductible et parce que ça nous aide, ça nous aide dans notre raisonnement, mais finalement pour la communication avec le patient, c'est pas forcément évident, et on peut le couper de tout un pan de ses plaintes en fait. »

E6 : « J'pense que à la fois l'EBM elle crée des...elle crée des zones grises […] et à la fois c'est quand même la base de, c'est quand même la base de l'apprentissage »

Ce mode de raisonnement pouvait donner l'impression que le point d'orgue était celui du diagnostic, qui ne tolérait pas l'incertitude comme finalité et qui rimait alors avec échec.

E1 : « Et puis nous quand on se retrouve de l'autre côté du tableau on a envie que tout le monde rentre dans toutes les cases et en fait personne rentre dans les cases, et du coup ben l'EBM ça devient un obstacle parce que on a envie de donner une réponse claire nette et précise à une personne en face alors qu'en fait ben déjà on n'est pas capable »

E4 : « Ben c'est que des fois on n'a pas…y'a pas que des consultations en médecine comme on l'apprend à la faculté ou comme aussi dans les livres, c'est vrai que des fois on a des situations qu'on peut pas classer. On peut pas être aussi rigoureux que le voudrait cette méthode ou je sais pas comment expliquer mais on peut pas toujours être aussi rigoureux que ça et ça peut entraîner plus une frustration »

E5 : « Non je pense que pour ce qui est du côté médical on nous apprend un bon raisonnement, un raisonnement qui est avec des arbres diagnostiques qui laissent assez peu de place à une quelconque incertitude »

Le processus évolutif de la démarche diagnostique se faisait en interaction permanente avec le patient qui n'avait pas forcément le même schéma de raisonnement. Si ce n'était pas l'adhésion à la prise en charge qui l'emportait, c'était parfois l'incompréhension.

E5 : « Euh voilà, je pense que, je pense qu'on peut louper des choses en raisonnant que par *l'evidence-based medicine* […]. A l'adapter et à communiquer avec les gens, en sortant de ce

cadre-là. Il faut que ça reste je pense, notre base de réflexion, mais il faut pas oublier, ben que les gens ils raisonnent pas comme toi quoi. »

E6 : « Nous on était vraiment là-dedans, dans *l'evidence-based medicine*, dans l'analyse un peu unifocale d'un phénomène, juste à te dire qu'en fait c'est chiant parce qu'il se passe toujours ça, toujours ça, mais si t'essayes de l'expliquer d'un autre angle, en fait je pense que voir les choses d'un angle non médical ça pourrait nous aider tu vois, parce qu'en face de nous on va pas soigner que des médecins qui pensent comme nous. »

F2 : « L'incertitude persiste, mais mine de rien la démarche fait qu'on élimine des choses. On répond pas à la question, et je pense qu'on répond pas à la question de la patiente, parce qu'elle doit toujours se dire *« pourquoi j'ai de la fièvre de temps en temps, un peu des vomissements, un peu des arthralgies ? »* »

Et finalement les jeunes médecins avaient le sentiment de ne pas avoir été préparé à ce genre de situations, auxquelles la méthodologie classique ne serait pas applicable.

E6 : « Ah non non non ! Ça favorise l'incertitude ! Ça c'est sûr ! 'Fin, je...j'pense qu'on nous apprend le noir, le blanc et puis quand tu te retrouves dans le gris : *« ah m**** on fait du noir ou on fait du blanc là ? » (Rires)* [...] il y a plein de zones grises, on nous apprend jamais qu'il en existe »

E10 : « quand ce raisonnement-là n'aboutit pas à quelque chose que je souhaite, 'fin qui me satisfait, j'aimerais pouvoir avoir une autre stratégie qui puisse, qui puisse apporter...'fin au lieu d'essayer de creuser dans ma démarche, […] je pense que j'aimerais pouvoir aborder la question d'une autre manière, et ça on nous l'apprend pas forcément. »

De la même manière ils ressentaient un hiatus entre la formation hospitalière et la pratique. La formation hospitalière étant le reflet de cet EBM.

E1 : « dans des services hospitaliers où on peut appliquer quasiment à tous nos patients l'EBM, de toute façon ce qui n'est pas dans nos cadres d'EBM et ben c'est le médecin généraliste qui va se dépatouiller avec ça »

E7 : « à l'hôpital on va pousser, je trouve, un peu loin les examens. Alors que au final le traitement sera le même quoi, et je pense que, je sais pas si on a du mal avec l'incertitude diagnostique à l'hôpital mais j'ai l'impression qu'on veut pas quoi, faut qu'on sache. »

E6 : « C'est pas la vie hospitalière avec tout plein de trucs pour essayer de trouver tous les symptômes que t'as appris à l'externat, c'est juste qu'en fait l'être humain qui est en face de toi, c'est tellement complexe qu'on peut pas, on peut pas le résumer avec tout ce qu'on a appris pendant l'externat. »

1.2.3 Champ de compétences limitées

Les jeunes praticiens avaient parfois l'impression que la source de leurs incertitudes venait de connaissances biomédicales limitées. Soit parce que les demandes auxquelles ils faisaient face en médecine générale différaient de celles rencontrées jusque-là ; soit suite à une maîtrise incomplète du savoir dans certains domaines médicaux, la maquette des stages de l'interne en médecine générale ne pouvant pas contenir de façon exhaustive l'ensemble des spécialités.

E4 : « la dermato c'est ce qui me pose problème »

E5 : « Des fois j'ai aucune réponse aux douleurs des gens, mais je pense qu'il y a des réponses. Je sais juste pas, moi avec mes connaissances qui sont juste purement axées sur des pathologies et des pathologies graves. »

Et de manière plus générale, cette incertitude était liée à la réalité intrinsèque de la médecine, et de toute science en fait, selon laquelle les connaissances sont bornées mais le savoir à acquérir est sans limites.

E7 : « ça nous arrivera forcément quoi parce que soit on n'a pas connu le truc et on sait pas comment faire, ou soit c'est parce que bah que le corps humain il a quinze mille facettes et que *(Rires)* toute façon il y aura toujours un nouveau truc ! »

1.3 Problématiques inhérentes à la pratique de la médecine

1.3.1 Mise à l'épreuve des idéaux

L'image du médecin sans faille, qui pose des diagnostics et qui ne doute pas, peut paraître archaïque mais était toujours bien présente dans l'esprit des jeunes médecins.
Cet idéal était à la fois une rigueur qu'ils s'imposaient, mais qui leur semblait aussi être imposée par les institutions et la société.

F1 : « cette incertitude angoissante, on va la gérer, toi tu vas la gérer très bien parce que t'es médecin t'en a vu plein et tu sais que c'est pas grave »

E3 : « nous on a toujours appris à répondre bien à une question alors que du coup quand on sait pas, on a l'impression d'être dans l'erreur quoi, dans la manière qu'on a d'apprendre, je parle pas forcément en médecine, mais dans notre société c'est toujours une manière…faut bien répondre à la question et si tu sais pas y répondre t'as l'impression d'avoir mal fait ton travail. »

E8 : « On en parle entre nous, mais en parler entre internes, c'est différent dans le sens où nous c'est normal encore de pas savoir parce que on est interne mais que un jour on saura tout. »

E9 : « Dans cette idée d'incertitude je trouve que on n'aborde pas du tout le fait que…'fin on nous apprend une médecine qui paraît sans faille, pour des médecins qui paraissent sans faille aussi »

Il s'agissait aussi d'une exigence venant des patients.

E7 : « Ouais après je sais que mon premier remplacement j'avais tendance à dire : *« je sais pas »* trop vite, et il y a une patiente qui m'a vraiment envoyé bouler en me disant que j'étais médecin que j'avais pas le droit de pas savoir »

Cet idéal du diagnostic que le jeune médecin s'imposait, ou qui lui était imposé, stimulait la réflexion et était un véritable moteur pour étayer les suspicions diagnostiques en situation d'incertitude. Il était le but vers lequel le médecin devait tendre même s'il ne constituait pas une fin en soi.

E3 : « Non cette réflexion là je la prouve constructive quoi, même si t'arrives pas à aboutir à un diagnostic systématiquement, et puis quand t'y arrives, c'est le Graal. »

F1 : « Non ça me va pas, dans le sens où j'ouvre une case d'un quelque chose qui est potentiellement embêtant ou grave, où, une fois que t'es dans la case tant que t'es pas allé au bout ça me convient pas. »

Il était aussi remis en question, car s'il stimulait la réflexion, il pouvait pousser parfois trop loin les investigations, dépassant alors les intérêts du patient. La difficulté était d'arriver à poser des limites en ayant une attitude plus pragmatique dans ce genre de situation.

F5 : « moi j'avoue que je suis toujours partagée entre le besoin de, de trouver un cadre nosologique précis et l'intérêt que ça va représenter pour le patient, d'abord, ce qu'on va lui proposer après, en quoi il est gêné, et l'anxiété que les recherches vont générer »

F1 : « La question c'est : *« est-ce que on est certain qu'il y a quelque chose à faire ou est-ce que on est certain qu'il n'y a rien à faire ? ».* C'est pas tant la question du diagnostic en fait. »

La mise en échec de cet idéal diagnostique était susceptible d'entraîner un sentiment de frustration.

E4 : « on peut pas toujours être aussi rigoureux que ça et ça peut entraîner plus une frustration »

E4 : « des fois il faut gérer aussi l'incertitude face au patient, […] par rapport au patient il faut savoir le gérer, et par rapport à nous même, de pas être trop frustré, c'est vrai savoir que des fois on n'aura pas de diagnostic on n'aura peut-être pas de retour aussi parce que les patients on ne les reverra pas »

E7 : « Après c'est pas mal d'avoir je pense aussi des cours sur ça pour en avoir parlé quoi, pour pas arriver frustré quand tu débutes et tu te dis : *« p***** ! En fait j'en sais rien ! » (Rires).* »

E8 : « la frustration déjà de pas pouvoir donner un diagnostic au patient, de pas l'aider »

Cette frustration était souvent associée à un sentiment d'échec et à l'impression d'être dans l'erreur.

E2 : «je suis sortie quand même un peu insatisfaite de cette consultation parce que j'ai pas de diagnostic et que du coup parce que j'ai pas de diagnostic et ben je sais pas vraiment comment l'aider, et comment faire pour y arriver. »

E2 : « moi ça me place toujours dans une position un peu délicate, l'impression d'être inutile en fait, je sais pas, de pas avoir rendu service en fait parce que j'ai pas un diagnostic »

E3 : « nous on a toujours appris à répondre bien à une question alors que du coup quand on sait pas on a l'impression d'être dans l'erreur quoi »

E6 : « c'est des consultations là tu sors t'es pas content, t'es pas content de toi, tu te dis : *« m**** j'ai pas aidé, puis de toute façon je pouvais pas et puis voilà. »* […] C'est un peu de la mise en échec tu vois ? »

La finalité était la remise en question de ses propres compétences, elle était bénéfique car elle stimulait l'envie de se perfectionner, de remettre en cause le savoir acquis pour l'actualiser. Mais elle pouvait aussi susciter une remise en question de sa propre personne et devenir à ce moment-là déstabilisante.

E9 : « Ouais les connaissances sont remises en cause à ces moments-là. »

E2 : « tu peux vite avoir un problème de confiance en toi, avoir une mésestime de ton travail »

E5 : « Je reporte mon agacement sur le patient, alors que c'est...alors que je me déçois moi-même quoi. »

E2 : « j'ai déjà eu des demi-journées où j'avais plusieurs patients à la chaîne où je savais pas et clairement ça rend...ça rend, comment dire, où ça crée chez moi en tout cas une grosse remise en question, de mes capacités, de ce que je veux en fait, enfin, *« est-ce que je suis bon médecin, pas bon médecin ? »* »

E9 : « ça passe par l'incertitude, du coup de la remise en question de soi et du coup de l'inquiétude. »

1.3.2 Le poids des responsabilités

Le poids des responsabilités était parfois lourd à porter, et ce fardeau était traîné jusque chez soi en dehors de l'environnement professionnel.

E1 : « comme la probabilité qu'il fasse quelque chose de grave est faible, ça me dérange du coup de l'envoyer aux urgences, et puis d'un autre côté je me dis que si je passe à côté d'un diagnostic de gravité ben j'aurai ses séquelles sur la conscience donc ça me…c'est stressant. »

E1 : « enfin je me sentais plus sûr de moi en tant qu'interne parce que je savais que j'avais un parachute derrière moi tout le temps quoi qu'il arrive, alors que maintenant, ben c'est plus compliqué quoi. »

E5 : « c'était plutôt : inquiétude en ma responsabilité devant quelque chose qui est potentiellement grave. »

E6 : « C'est marrant parce que du coup j'avais répertorié un peu dans les Hautes-Alpes les mecs qui faisaient partie de GdP® et pas partie de GdP®, tu te dis : *« […] lui il fait pas partie de GdP® ! Mais il fait comment en fait ?! (Rires) Qu'est-ce qu'il fait ? Il a sa femme qui est médecin et il en parle tous les soirs avec sa femme ?! »*

E9 : « moi je sais que je repense, souvent à…alors surtout le soir quand tu te couches, à ces

situations-là, le truc qui t'es resté, qui t'es resté là. »

Ce poids était en partie responsable de cette peur de l'erreur et de l'enjeu médico-légal qu'ils représentaient.

E7 : « Quand je sais pas, j'ai peur de passer à côté d'un truc quoi »

E6 : « des fois tu dis bon pff t'as un sentiment clinique mais quand c'est pas du 100 % sûr, alors euh au cas où tu te plantes vaut mieux pour te couvrir avoir fait une écho, demander un avis à un ORL, et euh…euh…fait un bilan sanguin, pour conforter ton sentiment premier, qui était que l'enfant ça allait bien »

E7 : « ça permet pour le médico-légal d'être *tac tac* [gestuelle représentant un carré] mais c'est quand même dur à appliquer je pense en médecine générale... »

1.3.3 Cerner ses propres limites et celles imposées par l'exercice libéral

Une des difficultés en situation d'incertitude diagnostique était de cerner ses propres limites, qu'elles soient intellectuelles ou matérielles, pour savoir quand adresser son patient à un confrère tout en restant dans une démarche de recherche active.

E3 : « de savoir où je pouvais intervenir, où est-ce qu'elle était ma limite, c'est toujours la question, la question qui est, je pense primordiale en ville quoi, savoir ce que tu peux faire toi et ce pour quoi il faut passer la main »

E7 : « j'avoue que je sais pas ce qu'on fait donc j'ai dit à la maman honnêtement que je préférerais qu'elle revoit un médecin donc je l'ai remis avec le docteur E., je lui ai dit *« il a l'habitude d'en voir »* [sous-entendu : des scolioses] »

E9 : « l'idée d'une urgence, à partir du moment où t'y a pensé et que de toi même tu peux pas vérifier. »

Et plus spécifiquement les limites imposées par l'exercice libéral, concernant la mise en balance du maintien à domicile avec l'hospitalisation.

E3 : « alors la question c'était ça, est-ce que je le fais hospitaliser d'emblée ou est-ce que je temporise à domicile. »

E7 : « c'est une nouvelle présentation mais qui peut avoir un caractère un peu urgent il faut quand même prendre les bonnes décisions si la personne elle peut rester à la maison ou aller à

l'hôpital. »

A ces questions d'orientation de prise en charge, s'ajoutait la difficulté de la prise de décision en un temps restreint,

E7 : « je pense qu'après ça vient avec l'expérience mais c'est difficile de prendre une décision rapide et bien quoi. »
E10 : « c'est d'arriver à savoir : quelles sont les choses, quels sont les diagnostics graves ? Est-ce que je peux les éliminer avec certitude ? […] Si je peux pas les éliminer, est-ce que j'ai suffisamment d'arguments pour aller les rechercher en urgence ? Rapidement, plus ou moins rapidement ? »

et la disponibilité qu'imposait ces cas souvent compliqués.

E1 : « j'ai pris mon temps même si j'allais prendre du retard sur les autres consultations »
E7 : [au sujet d'une patiente en maison de retraite] « j'ai appelé le neurologue de garde avec qui on a discuté et il a dit bah ouais c'est quand même mieux qu'elle ait une surveillance hospitalière […] et ça m'a pris quand même pris tout mon après-midi. »
F2 : « Je vois une dame en visite à domicile, à un moment où je devais pas faire de visite »

1.3.4 Solitude

Le poids de la solitude se faisait sentir dans ces moments d'incertitude où le jeune praticien se retrouvait seul devant son patient. Durant son cursus, majoritairement hospitalier, le médecin en formation avait l'habitude de trouver appui auprès de ses jeunes confrères, ses chefs et l'équipe paramédicale. Apprendre à gérer la solitude, c'était aussi de savoir à qui ils pouvaient s'adresser en cas de doute.

E1 : « c'est que…les premières fois où on se retrouve tout seul : *Soupir…* »
E6 : « 'fin très honnêtement moi je procrastine un petit peu l'installation en cabinet […] mais *(Soupir)* franchement, s'installer, avec toutes les difficultés administratives etc. je pense que le sentiment de solitude est un petit peu intense quoi. »
F3 : « parce que en fait moi je me rends compte ça fait presque 4 ans que je remplace et que cette incertitude quand j'ai commencé à remplacer elle m'a beaucoup pesé. Parce qu'en fait d'un coup tu te retrouves seul en cabinet, quand t'as été interne et que t'étais à l'hôpital, t'as

pas appris à te retrouver vraiment tout seul devant un patient, au début c'est dur…c'est dur, c'est fatigant. »

F5 : « gérer la solitude alors qu'on n'est pas du tout habitué, moi dès que j'ai un doute je demande bah à l'infirmière d'abord ou je demande au *spé'* s'il faut, à mon chef s'il faut, à l'hôpital on se laisse une heure, ou un jour et puis on va revoir, c'est pas possible en cabinet »

1.3.5 Difficultés de communication

Les jeunes médecins manquaient parfois de mots pour caractériser la situation incertaine et souffraient d'un manque d'outils de communication pour avoir un discours intelligible et compréhensible par le patient.

E2 : « j'ai pas un diagnostic et du coup je peux pas donner une réponse très claire au patient, qui est souvent demandeur de choses claires »

E5 : « Voilà, tout ce qui est du domaine de leur vie, je sais pas encore l'aborder avec les gens. »

E6 : « Quand je vois en face de moi, des gens très sûrs d'eux, euh je deviens très très nulle *(Rires)*. Je perds mes moyens quoi. Je perds mes moyens, je, euh, j'arrive plus à répondre, je bégaye, je bafouille, j'suis pas très claire […]. Ça dépend vraiment de la personne que j'ai en face de moi. Quand j'arrive à très sereinement expliquer mon incertitude […], fin tu vois j'allie facilement les gens à mon raisonnement »

E7 : « je voyais que mon discours il était pas assez fort et que ça marchait pas quoi »

E7 : « Je sais qu'avant je donnais trop d'explications quand je savais pas et je me suis dit que c'était pas bon parce que ça...ça m'engouffre dans un truc où...en fait je laisse une porte ouverte et ils posent plein de questions et après comme je sais pas ce qu'ils ont ! *(Rires)* […] Mais c'est difficile d'avoir la bonne parole tout de suite ou de rassurer très bien tout de suite»

Ce manque de clarté fragilisait l'alliance thérapeutique et une situation d'incertitude, apparemment non problématique pour les jeunes médecins, pouvait le devenir pour le patient.

E5 : « Et des fois ça, y'a des patients qui comprennent notre incertitude, et des fois ça marche pas, ça marche pas parce que l'angoisse est trop grande, ou parce que le patient, intellectuellement a besoin de connaître la cause de son mal même si il est pas intense même si...il a besoin de mettre des mots derrière, une cause derrière, un dysfonctionnement derrière et pour ça on n'a pas forcément de réponse. »

E6 : « Mais ça dépend vachement de la personne que t'as en face de toi parce que t'as plein de gens qui sont capables de comprendre tout à fait tu vois, et t'as des gens qui arrivent soit avec déjà des certitudes et qui demandent à être rassurés et qui demandent à avoir quelqu'un de très sûr de soi en face, là tu sens que tu peux pas, tu peux pas trop, t'as pas trop de marge de manœuvre, et tu peux pas leur expliquer *« voilà j'suis pas sûre de moi »*. »

F2 : « L'incertitude elle vient je pense de la question de la mère à la fin : *« mais finalement il a quoi ? »* […] Ton incertitude elle est là et effectivement à la fin tu vas dire à la mère *: « pour l'instant moi je sais pas c'est le début, c'est une incertitude »*, mais pour moi l'incertitude c'est elle qui la pose, moi ça me pose pas de problème. »

Parfois les patients arrivaient avec une demande très ciblée pour laquelle une réponse claire était attendue, alors que justement le médecin était dans l'impossibilité de le faire. La difficulté était d'arriver à se positionner face à ça.

E4 : « la patiente voulait un diagnostic formel, moi j'ai pas pu lui dire formellement que c'était une allergie. »

E5 : « Elle, elle était en demande vraiment juste d'antalgiques. »

E6 : « Ils viennent avec une seule question est-ce que c'est l'appendicite ou pas ? »

E8 : « rien qu'avec le cas du début où le monsieur vient pour une toux et moi je lui trouve un ictère. Donc je veux prendre en charge son ictère et sa douleur abdo alors que lui veut qu'on soigne sa toux uniquement »

Ou au contraire, la demande du patient pouvait être difficile à cerner, la plainte initiale pouvait cacher la vraie problématique.

F3 : « En fait du coup ce qui est intéressant c'est que à un moment donné y' a une autre incertitude qui va se rajouter, c'est que à un moment donné moi je me suis même posé la question : *« est -ce que c'est vrai ce que…qu'elle a de la fièvre ? »* […] parce qu'en fait à chaque fois qu'elle vient elle me demande un arrêt de travail »

1.4 Impact émotionnel

1.4.1 Les émotions

1.4.1.1 Les différentes émotions

L'angoisse était l'une des émotions prédominantes dans ces situations d'incertitude diagnostique.

F1 : « En fait ce que tu dis [En parlant à F2], 'fin ce qu'on disait tous les deux, c'est que l'incertitude en soit elle est problématique que parce ce qu'elle est…elle génère une angoisse. » E9 : « l'angoisse, si c'est quelque chose de maîtrisé ça peut être quelque chose...alors le stress plutôt que l'angoisse parce que l'angoisse c'est déjà quelque chose qui t'as bouffé, pour moi, euh du coup te faire perdre un peu tes moyens »

Elle résultait souvent d'une confusion émotionnelle où étaient mises en tension plusieurs émotions, notamment : la crainte et la compassion.[8]

E1 : « sur ce genre de situation y'a quand même pas mal de stress et d'angoisse parce que d'un côté y'a le…on a envie de satisfaire le patient, c'est à dire que, le patient je pense pas qu'il a envie de se retrouver aux urgences et comme la probabilité qu'il fasse quelque chose de grave est faible, ça me dérange du coup de l'envoyer aux urgences, et puis d'un autre côté je me dis que si je passe à côté d'un diagnostic de gravité ben j'aurai ses séquelles sur la conscience »

La crainte était l'autre émotion la plus mise en avant sous les termes de « peur », de « stress ». Elle était ressentie, à la fois comme négative de par sa participation à une mauvaise tolérance de la situation, mais aussi, comme un moteur dans la prise en charge. Elle pouvait être liée à de mauvaises expériences personnelles, la crainte de voir, de nouveau, une situation se reproduire faisant augmenter le seuil de vigilance.

E3 : « parce qu'il y avait la crainte des complications... »

[8] « Compassion et crainte de déloyauté oscillent et inclinent à des décisions hésitantes, à des paroles balbutiantes. Plus une décision à prendre est contre-nature, plus elle nous oblige à nous faire violence, plus elle engendre d'angoisse, et, partant, de risques de maladresses verbales, de discordes, d'agressivité mutuelle et d'erreurs décisionnelles. L'angoisse qui résulte de cette confusion émotionnelle ne peut pas se « gérer » comme on le dit parfois. On peut gérer un compte en banque mais on ne peut pas gérer des émotions. » (24)

E5 : « Je suis flippée, c'est peut-être très subjectif mais j'ai vu un peu des céphalées […], j'ai vu plusieurs découvertes de tumeurs cérébrales aux urgences, ou dans mon entourage [...] bon rien à voir mais j'ai loupé une hémorragie, une hémorragie méningée aux urgences à Avignon euh bon...ça avait rien à voir avec la consult' mais bon ça reste en tête. »
E7 : « Quand je sais pas j'ai peur de passer à côté d'un truc quoi »
E3 : « ben oui c'est positif aussi le stress »
E9 : « le stress ça peut-être quelque chose de positif, du coup de te stimuler un petit peu et puis après d'augmenter un peu l'estime de toi quand t'as réussi quelque chose, ça fait du bien aussi je trouve »

Il y avait aussi la colère face à l'incompréhension,

E5 : « euh dans l'autre cas il y a eu un peu d'agacement au début parce que...parce qu'en fait j'y croyais pas ! J'y croyais pas, elle était trop peu algique pour moi »

la compassion face à l'impuissance.

E5 : [En parlant des troubles fonctionnels intestinaux] « Et puis sinon de la compassion, ben on est désolé pour eux, ils ont mal, la plupart du temps on écoute mais le médecin y peut rien »

Malgré une toile de fond qui était dominée par la crainte et l'angoisse, un sentiment de satisfaction en surimpression dynamisait la prise en charge.

E3 : « y'a quand même cette, ce, ce questionnement de diagnostic qui est quand même assez intéressant aussi c'est satisfaisant d'avancer sur un souci, en tout cas d'éliminer les choses graves »
E8 : « Quand les personnes viennent avec des symptômes sur lesquels on n'arrive pas forcément à mettre un nom notamment toutes les viroses hivernales, on n'a forcément des diagnostics précis mais on va traiter les symptômes et là on va améliorer le confort, et là y'a pas forcément de frustration. »

1.4.1.2 Transfert d'émotions

Les émotions sont volatiles, se transfèrent du patient au médecin et inversement. La difficulté était de contrôler cet échange et d'en faire une force pour guider la consultation sans se laisser submerger.

E1 : « si je me dis que je pars sur un saignement intracrânien et que il fallait que j'appelle le 15 et pour le SAMU et je me disais *« cette pauvre patiente elle a…on est à Istres l'hôpital est loin ça doit faire un gros truc, est-ce que ça vaut le coup de l'affoler ? »* »

E4 : « la maman était inquiète parce qu'elle savait pas ce qu'avait l'enfant, donc elle m'a un peu transmis son inquiétude au début »

E7 : « c'est la même chose pour la réassurance en fait, parce qu'avant je pense que comme je doutais intérieurement ça se sentait et maintenant j'arrive à trouver des techniques »

E1 : « réassurer et se réassurer puisque quand on voit que le patient il a bien compris, on est plutôt rassuré de le laisser partir même si on est dans le doute »

E3 : « les patients, ils viennent pour avoir ton expertise, donc si tu trouves que la situation est préoccupante, il faut savoir leur transmettre. Donc euh…oui oui, c'est important pour la prise en charge »

1.4.2 Influence des émotions sur la prise en charge

Ces émotions allaient avoir une influence sur la prise en charge et sur la tolérance de cette incertitude diagnostique. De manière positive, en renforçant le lien médecin-patient qui allait favoriser l'adhésion du patient à la prise en charge, ou au contraire, en étant déstabilisantes jusqu'à parfois induire en erreur.

E3 : « le stress ça génère donc un dialogue qui s'installe avec le patient, où lui il voit un petit peu toute ta…ton inquiétude quant à la question qu'il se pose, bon ben déjà lui il était inquiet par rapport à ce symptôme, mais du coup ça favorise une prise en charge, 'fin une adhésion à la prise en charge. »

E4 : « momentanément c'est vrai quand j'ai vu l'inquiétude de la maman, l'inquiétude qu'elle m'a transmise ça m'a un petit peu fait perdre…je sais pas…peut-être mon sang froid et le recul que j'ai pour examiner un enfant, c'est à dire que je me suis un peu embrouillée »

F2 : « je regarde l'ECBU et je me dis, *« oh p***** m**** y'a pas de leuco ! »* […] entre midi et deux je montre le bilan à l'autre remplaçant qui était dans le cabinet. Il me fait : *« Ah ouais, elle a un gros syndrome inflammatoire ! »* et il lit la leucocyturie et il fait : *« Ah oui ben, t'as vu tous les globules blancs qu'elle a…c'est bon tu sais qu'elle a une pyélo ! »*. C'est une pyélo... Et en fait j'avais mal lu les…en fait la première ligne moi j'ai vu que c'était les leucocytes en fait c'était les hématies […] je me suis fait flipper, 'fin j'étais incertain… »

Elles influençaient aussi la prescription d'examens complémentaires.

E5 : « plus je suis inquiète plus je vais être invasive, euh...plus je suis agacée, moins je vais l'être. Ça se retrouve à peu près dans toutes mes consult'. »

E7 : « Ben c'est sûr que j'ai tendance à plus les surveiller que je ferais plus d'examens si je suis stressée alors peut-être qu'en fait c'est juste que j'ai pas l'expérience clinique à me dire : *« bah non ça c'est pas grave on peut attendre »* »

2 Leurs stratégies

2.1 Démarche diagnostique en situation d'incertitude

2.1.1 Axe principal de la démarche diagnostique

2.1.1.1 Démarche médicale linéaire

La démarche diagnostique employée suivait une logique rigoureuse, constante entre les différents interviewés. Il s'agissait principalement d'un raisonnement hypothético-déductif correspondant à une démarche analytique de vérification systématique des hypothèses.

E4 : « j'ai repris vraiment l'anamnèse, j'ai essayé de développer toutes les étiologies possibles, vraiment comment on a appris durant l'internat ou durant l'externat. J'ai éliminé voilà, les urgences, […] après par contre si je vois des fois que ça m'embête, je demande éventuellement un avis à un spécialiste d'organe. »

E9 : « y'a déjà plein de petits tiroirs qui s'ouvrent et d'autres qui se ferment, et après avec mon examen clinique, […], 'fin c'est pas toujours comme ça, normalement y'a juste un truc à la fin qui reste. »

F4 : « Ben moi je pense que la méthode diagnostique purement clinique au début elle est relativement simple. On va tous procéder à peu près de la même manière je dirai. »

F1 : « Les outils qu'on nous donne c'est : on apprend le fonctionnement du corps humain, la physiologie, puis la physiopathologie, puis du coup des symptômes des syndromes et des maladies. Et la démarche intellectuelle scientifique de ce truc c'est d'arriver à définir des cadres nosographiques objectifs. C'est-à-dire des choses reproductibles qui fait que quand t'as tous ces symptômes réunis ça veut dire en gros que ça c'est telle maladie et donc le, la conséquence

c’est le traitement »

L’objectif, dans une situation d’incertitude, était dans un premier temps de cibler l’essentiel pour se laisser secondairement du temps pour une réflexion plus approfondie.

E10 : « j’ai essayé l’éliminer au maximum, les causes, la cause grave »

E2 : « Non parce que dans ces situations-là globalement j'essaie toujours de me rattacher aux critères un peu d'urgences et me mettre un peu à distance effectivement du dossier pour essayer de mieux comprendre »

E5 : « j’avais aucun critère d’urgence en fait, on n’est plus dans l’urgence. »

E7 : « Mais finalement je sais pas trop ce qu'elle a quoi. Mais j'ai écarté le truc qui pouvait être potentiellement grave et dis de faire des choses simples »

F2 : « ceci dit son cas à elle entre guillemets il n’y a pas de notion d’urgence, de grave pas grave, donc effectivement ça peut être géré sur le temps. »

F5 : « parce qu’intellectuellement on s’en fout de savoir si c’est tel ou tel virus. Globalement, ce qu’on veut savoir c‘ est toujours si c’est grave ou pas »

Il fallait se recentrer sur des faits objectifs afin de suivre une seule trajectoire pour éviter de s’éparpiller.

E4 : « un examen clinique qui est normal pour moi sur le moment c’est rassurant »

E7 : « Ma dame qui avait 450 de CRP, bah la prochaine fois je me dis *« bon bah il faut se fier à la clinique quoi »* si la clinique allait bien bah à la biologie on s'en fout un peu et je m'affole moins quoi et je sais que pour la prochaine fois ça sera différent quoi. »

F1 : « il y a quand même des critères objectifs, c’est facile entre guillemets. »

Les jeunes médecins rappelaient l’importance d’un dossier médical bien tenu dans ces situations complexes, notamment pour faciliter la prise en charge ultérieure.

E3 : « c'est pour ça qu'il faut avoir un dossier bien tenu je pense, […] en tout cas pas mettre énormément de choses dedans, avoir au moins une, un résultat de consultation comme ils disent en médecine générale »

F3 : « parce qu’en plus je sais…le médecin que je remplace n’a pas tout noté dans le dossier donc j’ai pas tout, donc elle doit revenir me voir… »

Cette démarche linéaire s'inscrivait dans un parcours balisé par l'EBM qui permettait d'apporter un cadre à un tableau aux limites rendues floues par la situation d'incertitude diagnostique.

E3 : [En parlant de l'EBM] « c'est une main courante que tu rattrapes quand tu as un peu perdu le fil de...des motifs de consultation »

E5 : « On nous apprend à étayer nos suspicions nos hypothèses et puis que c'est globalement bien de pas faire les choses tout seul dans son coin et de toute manière il faut s'appuyer sur la science, et c'est aussi ça que demandent les patients »

E9 : « parce que pour moi on a besoin d'être guidé parce que voilà, d'avoir des choses posées sur des faits et sur des preuves sinon chacun ferait un petit peu ce qu'il veut dans son coin »

Cette méthodologie donnait aussi le sentiment d'agir dans les règles permettant d'être plus serein face au risque médico-légal à l'aire d'une société qui paraissait plus procédurière.

E7 : « ça donne des schémas quoi et que ça oriente […] et puis ça permet pour le médico-légal d'être *tac tac* [gestuelle représentant un carré] mais c'est quand même dur à appliquer je pense en médecine générale… »

2.1.1.2 Recherche des données actuelles de la science

Les jeunes médecins insistaient sur l'importance de maintenir une dynamique réflexive en recherchant des données actuelles de la science, que ce soit pour enrichir ses connaissances personnelles, pour avancer sur un cas clinique ou encore pour se rassurer.

E1 : « en général, soit quand le patient est là je vais me renseigner, soit si je sais que je l'ai reconvoqué avec un examen complémentaire, ça me permet d'abord une semaine pour potasser un peu le sujet »

E2 : « souvent je cherche le soir ou je cherche quand j'ai un moment »

E3 : « je pense ce qui est le plus dommageable c'est pas l'incertitude diagnostique c'est d'arrêter de se poser des questions »

E10 : « Et donc, et donc j'espère que au fur et à mesure que je croiserai des situations difficiles j'irai m'informer et alors soit en collègues, soit dans des articles voilà, soit dans des revues etc. Pour arriver à clarifier ma prise en charge, pour que je sois pas mal à l'aise, 'fin voilà que une situation ne se reproduise pas à l'identique au cours de ma pratique. »

E1 : « je me souviens avoir relu des choses que je connaissais déjà, mais je, c'est juste pour me

rassurer, et ça m'a rien apporté, ça m'a pas aidé à modifier…ni modifier ni choisir la prise en charge, c'était à visée, pour me déstresser en fait »

Cette démarche d'actualisation des connaissances était issue du paradigme EBM, qui stimulait la réflexion, puisque la quête de preuves était permanente pour aiguiser leur sens scientifique et trouver des réponses.

E3 : « ça incite encore à réfléchir, à chaque fois tu vois le patient sur : *« tiens ben là, je l'ai pas mis dans une case encore »*, à chaque fois t'essayes de retourner un petit peu les antécédents pour voir si t'as pas loupé quelque chose. »

F1 : « Non ça me va pas dans le sens, où j'ouvre une case d'un quelque chose qui est potentiellement embêtant ou grave ou, une fois que t'es dans la case tant que t'es pas allé au bout ça me convient pas »

La principale source d'information mentionnée était internet. Les autres sources envisagées une fois installé étaient l'abonnement à une revue scientifique et la participation à un GdP®.

E1 : « je suis allé me renseigner sur internet »

E8 : « Google, je pense que internet ça peut être un outil aussi qui peut nous aider maintenant. »

E9 : « tu mets des stratégies en place qui sont : retrouver...donner une réponse à cette incertitude, donc ça peut être par aller regarder sur internet, des choses comme ça. »

E7 : « je sais pas comment je fonctionnerai après si j'aménagerai une demi-journée où je fais des recherches […] je pense que c'est pour ça que c'est bien les Groupes de Pairs® et les groupes d'échanges quoi, parce qu'on s'apporte sur un cas clinique un truc précis et la personne elle a recherché les derniers trucs et que je trouve que c'est pas mal pour échanger, apprendre et se tenir au courant de ce qui se fait quoi […] Moi je pense que je m'abonnerai à un truc où je sais que la source et fiable et qu'ils ont fait le travail pour moi quoi parce que moi je me revois pas faire de la biblio tout le temps quoi je l'ai fait une fois pour ma thèse et je le referai pas *(Rires).* »

2.1.1.3 Explorations paracliniques

Les examens complémentaires jalonnaient le parcours en situation d'incertitude diagnostique par nécessité, parfois aussi en partie dans un but anxiolytique, ou pour satisfaire au principe de précaution dans un souci médico-légal[9].

E3 : « j'ai fait plusieurs examens complémentaires, avec à chaque fois une consultation pour essayer de faire le point »

E6 : « des fois tu dis bon : *Soupir,* t'as un sentiment clinique mais quand c'est pas du 100 % sûr, alors euh au cas où tu te plantes vaut mieux pour te couvrir avoir fait une écho, demander un avis à un ORL, et euh…euh…fait un bilan sanguin, pour conforter ton sentiment premier, qui était que l'enfant ça allait bien »

E6 : « Quand j'suis pas sûre de moi ben j'vais, j'vais faire plein d'examens ! *(Rires)* »

E8 : « on a décidé de revoir le patient rapidement, en lui faisant faire ben des examens...euh en fait en multipliant les examens complémentaires. »

E10 : « j'ai appelé tout de suite en fait un cardiologue pour qu'il me fasse une échographie. »

F2 : « L'épisode est passé en fait, elle avait quand même fait l'ECBU qui était négative et l'écho qui était normale, l'épisode est passé, elle est revenue au mois de juin, parce qu'elle a eu à nouveau un épisode de fièvre […] Finalement il a fini par la scanner, un scan TAP, y'avait rien ! A la bio y'avait un petit syndrome inflammatoire […] Y'avait une sérologie de LYME douteuse »

E7 : « mais j'ai fait une troponine le lendemain matin mais tu te dis il faut pas, je joue un peu avec le feu quoi, ça va elle était négative... »

E7 : « mais si je suis inquiète je vais donner une prise...des fois une prise de sang pour me laisser le temps de réfléchir et de me dire bah *« qu'est-ce que ça pourrait être d'autre ? »* et je reconvoque le patient si j'ai loupé quelque chose »

E1 : « je sais que je l'ai reconvoqué avec un examen complémentaire, ça me permet d'abord d'avoir une semaine pour potasser un peu le sujet, potasser un peu le sujet entre temps et avoir une réponse à lui donner avec les résultats de son examen »

Ils étaient néanmoins conscients d'un possible dérapage dans l'excès.

E9 : « prescrire des fois en trop certains examens »

F5 : « on est médecin on n'est pas juste scientifique, et déontologiquement, j'ai pu voir des

[9] Cf Partie 1, Chapitre 1.3.2 Le poids des responsabilités

internistes qui cherchaient à tout prix sur un truc présupposé d'il y a 20 ans et qui faisaient des examens en pagaille, et des biopsies du corps entier et là je la trouve nocive cette pseudo incertitude. »

2.1.1.4 Avis d'un confrère

L'une des stratégies majeures était de s'entourer de confrères. Il y avait l'aide apportée par les confrères d'une spécialité différente.

E2 : « je me fais aider par des confrères alors très très facilement, j'ai le coup de fil facile, je n'hésite pas à appeler les services »

E3 : « entre temps j'avais discuté avec l'urologue »

E4 : « je demande éventuellement un avis à un spécialiste d'organe. »

F3 : « Il l'a même envoyé chez le cardio pour éliminer une endocardite, y'avait rien. »

F5 : « Après je pense que moi sur ces questions-là je suis complètement incompétente, du coup je l'adresse aussi, ça me permet de me décharger de l' incertitude sur : *« est-ce que je fais bien de faire faire tous ces examens si la personne est pas trop gênée quoi »* »

Il y avait aussi le soutien d'un pair. Par exemple le maître de stage, lors du stage chez le praticien et du Stage Ambulatoire en Soins Primaires (SASPAS), l'un des autres médecins du cabinet, les co-internes ou encore les amis.

E1 : « j'ai appelé mon maître de stage pour savoir ce qu'il en pensait »

E2 : « Moi avec les médecins que je remplace, on a un carnet de correspondance, on s'écrit beaucoup, donc on échange beaucoup par écrit, sur des situations cliniques compliquées ou bien on se voit entre midi et deux »

E4 : « j'en rediscute avec des amis, parfois avec des amis généralistes aussi, si généralement 'fin, ou alors j'attends un retour des médecins que je remplace »

E7 : « j'échange beaucoup quand même avec les autres collègues pour voir ouais qu'est-ce que elles, elles auraient fait quoi »

E7 : « Moi je sais que des fois ça m'arrive de rappeler mon ancien maître de stage, même si je suis plus avec lui. »

F2 : « La journée se passe là, et entre midi et deux je montre le bilan à l'autre remplaçant qui était dans le cabinet. »

F4 : « en fait inconsciemment on a créé des groupes au sein des stages, si on était 4 on a créé un groupe de parole de 4 et on a essayé de résoudre un petit problème qu'on avait dans la journée, mais sans se rendre compte vraiment qu'on avait créé un groupe de pairs quoi »

Souvent la démarche était bonne et la discussion avec les confrères répondait juste au besoin d'être rassuré, d'être conforté dans sa démarche qui souvent n'était pas balisée par des consensus.

E10 : « Quand t'es vraiment coincé quoi, voilà de pouvoir appeler quelqu'un de plus expérimenté, 'fin voilà, ou quelqu'un qui puisse te conforter dans ta prise en charge. »
E7 : « Je pense qu'il y avait une part de moi qui avais besoin d'être rassurée […] je sais pas si c'est le prolongement de l'interne qui fait que on a encore besoin de dire *« oui c'est bon tu as bien pensé » (Rires)*. »
E7 : « quand on est en maîtrise de stage là je trouve que c'est différent parce que j'ai un doute je vais voir mon chef quoi et il me dit quoi faire et je fais ça quoi et c'est vrai que la réponse elle est directe et on se pose pas 46 000 questions. Après c'est plus quand j'ai remplacé, […] je sais que il y a des situations bah où j'avais des doutes ou que c'était un peu urgent et qu'on était super loin des hôpitaux je pouvais pas envoyer tout le monde bah ça m'arrivait souvent d'appeler le 15 juste pour discuter et je leur ai pas forcément envoyés les gens »
E9 : « Je sais que du coup j'étais en maîtrise de stage, j'ai demandé à A. de vérifier si lui aussi il ne trouvait pas ses pouls, effectivement il m'a dit *« ben je les trouve pas »*, bon bah, le fait d'avoir aussi deux avis, après je sais pas comment je me serais comporté si j'avais été seul à ce moment »
F4 : « Mais au final ça a été, la réponse que tu attendais en fait, en fait t'as réconforté dans ta prise en charge »

2.1.2 Les autres variables

Trois autres variables venaient assouplir l'axe rigide de la démarche diagnostique développée dans le chapitre précédant, quand les faits objectifs manquaient, d'autres moins palpables intervenaient : les déterminants non biomédicaux, l'intuition et la relation médecin-patient qui faisaient le lien avec l'ensemble de la démarche.

2.1.2.1 Intégration des données psychosociales et environnementales au biomédical

Les jeunes médecins semblaient être plus attentifs à l'environnement psychosocial quand les signes objectifs étaient manquants, conscients de l'importance des facteurs non biomédicaux dans leur démarche médicale et des limites de la démarche linéaire précédemment décrite. Ils insistaient sur la variabilité inter-individus, empêchant une application mécanique des connaissances qui devaient être adaptés à chaque individu, unique par essence, en faisant toute leur complexité. Il y avait aussi l'influence du contexte dans lequel la situation se déroulait, comme dans l'exemple donné par un des interviewé, où l'appel un peu insistant d'une patiente pour une visite à domicile alors qu'elle consultait habituellement au cabinet, pouvait être un signal d'alarme sans pour autant qu'il s'agisse d'un critère de gravité sur le plan biomédical.

E6 : « C'est pas la vie hospitalière avec tout plein de trucs pour essayer de trouver tous les symptômes que t'as appris à l'externat, c'est juste qu'en fait l'être humain qui est en face de toi, c'est tellement complexe qu'on peut pas, on peut pas le résumer avec tout ce qu'on a appris pendant l'externat. »

E6 : « y'a plein d'autres déterminants dans la consultation qui sont pas des déterminants médicaux qui font faire que tu vas prendre une autre décision qui est souvent pas la décision qu'on t'aurait préconisée si t'avais été un ordinateur quoi »

E7 : « le corps humain il a quinze mille facettes et que *(Rires)* toute façon il y aura toujours un nouveau truc quand c'est pas…donc euh....et puis en plus je pense qu'il y a une part bien psychique qui joue sur beaucoup de monde, […] on peut pas mettre tout le temps vraiment les choses dans des cases quoi. »

F2 : « tant qu'elle vit sa vie de tous les jours finalement elle est pas...en tout cas pour moi cette incertitude-là me va quoi. »

F1 : [En parlant à F3] : « j'ai l'impression qu'en fait les choses objectives qui t'ont consciemment ou peut-être plus inconsciemment fait prescrire cet examen et c'est ça qu'il faut je pense essayer de se rappeler tout le temps, quand on a des doutes, c'est que t'as quand même une dame qui appelle , en insistant en disant qu'elle est pas bien, en insistant en disant « je viendrai pas au cabinet » et que t'as mis en place tout ce qui fallait pour ne pas y aller et que malgré ça t'as quand même dû aller la voir, donc je pense que de façon inconsciente je pense que c'est…plus que la clinique, c'est ces arguments-là qui t'ont fait prescrire la, les examens. »

2.1.2.2 Intuition, sentiment clinique et expérience

L'intuition[10], intimement liée au sentiment clinique, fait suite à un raisonnement par analogie suivant un cheminement intellectuel inconscient, instinctif, qui serait le fruit de nos connaissances, réflexions et expériences. Cette démarche intuitive venait compléter la phase de raisonnement analytique, une façon de conforter l'orientation diagnostique privilégiée et de se rassurer, en apportant les éléments manquants qui ne pouvaient pas être apportés par une démarche rationnelle.

F1 : « c'est intéressant parce que j'ai l'impression que ce qui t'as fait gérer le cas correctement c'est plus un ressenti un peu inconscient que des symptômes objectifs quoi. »
E3 : « t'as toujours un diagnostic principal auquel tu penses si t'as de l'intuition »
E4 : « des fois on le sent, des fois quand il y a quelque chose qui va pas on a plusieurs signes et même l'intuition »
E4 : « c'est que l'intuition on l'appelle aussi, 'fin pour moi c'est l'état général […] c'est la phase de l'examen pré-clinique je pense »
E5 : « Si j'y crois pas à la base, j'ai envie de rien faire, même si des fois j'ai pas d'arguments médicaux stricts »
E9 : « Ouais la réassurance en tout cas derrière, le fait de te dire *« bah j'avais senti ça comme ça, j'ai fait ça comme ça, et effectivement c'est ça. »* effectivement tu peux monter un petit peu ton estime de toi et avoir un peu de réassurance sur ça »

L'expérience clinique jouait un rôle majeur puisqu'elle est impliquée, par définition, dans le raisonnement intuitif. Elle permettait de prendre de la distance par rapport aux cadres préconçus.

E1 : « mais du coup je pense que c'est plus l'expérience des…de ce genre de situation, peut-être que si c'était à refaire je gèrerai différemment »
E7 : « Je pense que c'est juste que moi je m'en sers [En parlant des protocoles, de l'EBM] et que je fais autre chose aussi quoi, quand y'a pas la réponse dedans. Grâce à toutes ces études et ces trucs qu'on nous a appris quoi, donc ça sert pour les appliquer après c'est juste que…de

[10] « La capacité intuitive consiste à percevoir des éléments contextuels et à les agencer de manière adaptative pour trouver une solution nouvelle dans un programme préétabli ou dans une situation répétitive » R. Jouvent, professeur de psychiatrie et directeur du centre Émotion du CNRS à la Salpêtrière, Paris.

rajouter après avec l'expérience. »

E2 : « soit ça répond à un cadre et dans ce cas et bien effectivement je suis contente parce que ma consult' elle a…elle trace, que c'est évident, et que du coup la conduite à tenir je la connais […] soit mon patient…enfin ça colle pas tout à fait bien, mais du coup je pars de cette base pour essayer d'un peu édulcorer la prise en charge pour qu'elle corresponde au mieux possible au patient. »

E4 : « j'ai qu'une expérience qui est d'un an ou deux ans de remplacements mais des fois on commence à sentir un petit peu les trucs »

Ce raisonnement intuitif, par analogie, permettait d'improviser dans une situation incertaine s'opposant presque à la médecine fondée sur les preuves.

E7 : « des nouvelles présentations bah...où on arrive un peu à improviser »

E2 : « c'est juste qu'il faut arriver à sortir de ce cadre parce que parfois effectivement la situation elle est pas toute noire, elle est pas toute blanche, elle est plutôt grise même, et que il faut arriver à ouvrir son esprit, son imagination pour avancer un peu différemment »

E9 : « Après tu peux pas, 'fin pour moi la médecine, tu peux pas arriver à la classifier, à l'ordonner complètement, […] et du coup je penses que le juste milieu il est a pas se croire au-dessus de tout ça et de se guider au maximum, mais aussi être humble, 'fin être humble et aussi d'avoir un regard là-dessus et de se dire que ça peut pas tout guider, forcément y'a des choses où ça sera un peu des chemins de traverse pour arriver à un résultat quand même. »

2.1.2.3 Relation médecin-patient

Il fallait arriver à construire une relation médecin-patient solide, fruit d'un travail intense de communication, d'écoute et d'échange, dans le but de favoriser l'adhésion à une prise en charge parfois complexe dans ces situations d'incertitude.

E10 : « je pense que la relation médecin malade elle est vraiment prépondérante en médecine générale »

E9 : « pour l'incertitude ça passe aussi là-dessus, le message que tu vas…ce que tu vas envoyer à ton patient et ce que tu vas prendre aussi au niveau de ton patient, au niveau communication, c'est super important. »

F1 : « Oui au tout début, justement tout le boulot de communication il est d'arriver à

transmettre le : *« y'a effectivement quelque chose mais quand je vous dis c'est pas grave c'est pas que c'est rien, c'est que le fait que j'intervienne ou pas ne changera pas l'évolution qui sera à priori bonne ».* […] Et dans ce cas-là, une fois…dès que tu dis ça, le traitement à appliquer c'est de faire passer ça. Ce qui est un traitement en soit. »

E5 : « je pense que expliquer aux gens participe de...que la compréhension que les gens ont de leur propre corps et de leur propre douleur participe à leur façon de le vivre bien ou mal. Et que si ça reste obscur chez quelqu'un qui est à la base inquiet, ça va pas, ça va pas arranger la sauce »

Chacun avait ses propres outils de communication pour renforcer cette alliance.

E6 : « Ouais alors après des fois j'écris des conseils aussi surtout quand il y a les...surtout quand y'a des barrières de langues ou des gens j'suis pas sûre qu'ils aient très bien compris »

E7 : « je demande aussi à mes collègues comment ils font quoi, je leur dis: *« toi tu leur dis quoi quand t'en sais rien ? »* et je trouve que c'est bien aussi de partager là-dessus. »

E2 : « je dis ouvertement au patient que je sais pas, ça me décharge, et je le dis ouvertement, en général je dis *« je sais pas mais je vais chercher »* »

E6 : « Je leur dis: *« voilà je suis pas une technicienne et la médecine c'est pas une science sure à 100 % »* »

E7 : « j'essaie de pas forcément le dire tout de suite [que je ne sais pas] je rassure la personne et après je me renseigne et si bah j'ai dit un truc qui était faux bah je les rappelle et je dis j'ai réfléchi on va faire comme ça ou...après si je sais pas et que clairement je sais pas et je dis : *« ben je sais pas mais on va chercher et on verra ce que vous avez. »* »

E3 : « quand t'as l'adhésion du patient dans ta réflexion, ça c'est intéressant aussi »

E6 : « fin voilà mon gros truc c'est d'essayer d'allier les parents à ma décision. »

L'écoute était une dimension majeure de cette relation médecin-patient, elle pouvait même être un acte thérapeutique en soi.

E2 : « y'a des patients qui m'ont dit, pas forcément en parlant de moi mais qui m'ont dit : *« moi j'ai bien aimé ce médecin parce qu'il m'a écouté ».* Et en fait il vont pas retenir le diagnostic forcément il vont juste retenir le fait que le médecin a écouté et que du coup a répondu à leur plainte. Ils s'en foutent un peu d'avoir un diagnostic en fait, et ça je trouve que c'est hyper

important et on nous éduque pas assez dans ce sens en fait, sur l'écoute du patient. »

E5 : « Je pense par contre que c'est insuffisant dans les cas où c'est pas somatique pur, je pense qu'il y a tout un travail d'écoute »

F4 : « Est-ce que elle a d'autres attentes ? Est-ce que elle a d'autres questionnements ? Est-ce que elle, comment elle vit ça ? Parce que le fait de pas savoir ce qu'elle a, est-ce qu'elle est anxieuse davantage ; est-ce que ça la fragilise ? […] elle ce qu'elle pense de son état. »

2.2 Démarche décisionnelle

2.2.1 Temporiser, surveiller

Une fois l'urgence éliminée la stratégie était de temporiser, pour se donner un temps de réflexion. Cela permettait de laisser la pathologie évoluer pour son propre compte laissant apparaître progressivement de nouveaux signes venant compléter le tableau, ou au mieux, évoluer vers une guérison spontanée.

E1 : « en général quand on a une évolution…là on voit le patient on le connaît pas, on l'a jamais vu, et si on le voit deux fois on a une évolution, on peut dire : il s'aggrave, il est stable, il s'améliore, ça donne un peu, ça donne un peu, ça aide quand même un peu à orienter le diagnostic ou à savoir si on va laisser le temps faire son effet et on pense que ça va guérir avec le temps. »

E3 : « voir si y'avait lieu de, de soit l'hopitaliser en urgence, sinon temporiser pour essayer de comprendre ce qu'il se passait »

E7 : « C'est laisser aussi... se donner du temps »

F2 « ceci dit son cas à elle entre guillemets il n'y a pas de notion d'urgence, de grave pas grave, donc effectivement ça peut être géré sur le temps »

F2 : « Et effectivement l'incertitude, l'incertitude elle est peut-être pas réglée à cette consult' là mais tu lui dis : *« de toute façon, voilà on se donne encore deux, trois jours pour la fièvre, deux, trois jours pour voir s'il y a des symptômes qui apparaissent plus que d'autres et on se revoit ».* Peut-être que du coup l'incertitude diagnostique elle va tomber à la consult' d'après, à 72h »

L'attitude générale des jeunes médecins était de proposer une surveillance par un suivi, ou du moins, de laisser la porte ouverte à une nouvelle consultation en se rendant disponible.

E1 : « Ben plutôt d'être dans une attitude de rassurer le patient, d'expliquer les signes de gravité, de le reconvoquer si…il faut lui expliquer quand est-ce qu'il faut revenir ou reprendre un contact médical. »

E2 : « je reconvoque le patient aussi, ça permet de lui expliquer que je temporise mais que je le perd pas de vue, je veux le revoir »

E4 : « la médecine on peut jamais être sûr à 100 % et que par contre si ça venait à s'aggraver ou si elle avait d'autres symptômes qu'elle n'hésite pas à reconsulter, pour qu'on voit un petit peu comment ça évolue. »

E6 : « Enfin voilà tu vois et soit je leurs dis, en gros mon incertitude, je leur dis de reconsulter, ou de téléphoner. »

E8 : « je vais peut-être reconvoquer plus facilement les gens au début »

E7 : « il y a des gens quand je suis pas trop sûr j'ai tendance à les rappeler, quoi si j'ai un doute diagnostique je les rappelle pour savoir comment ils vont »

F4 : « toute façon proposer un suivi dans ces cas-là »

E1 : « Une surveillance par une tierce personne. »

2.2.2 Traitement symptomatique

En plus du suivi qui était proposé dans le chapitre précédent, pour montrer qu'ils n'étaient pas passifs dans l'acte de surveillance, l'action sur la problématique était symbolisée par la mise en route d'un traitement symptomatique.

E2 : « J'ai mal et je veux une solution pour ça. Donc j'ai essayé de me concentrer là-dessus, sans pour autant, en essayant de m'écraser un peu sur le diagnostic. »

E7 : « Mais finalement je sais pas trop ce qu'elle a quoi. Mais j'ai écarté le truc qui pouvait être potentiellement grave et dis de faire des choses simples, un traitement antalgique, un repos et de voir à distance »

E8 : « Quand les personnes viennent avec des symptômes sur lesquels on n'arrive pas forcément à mettre un nom notamment toutes les viroses hivernales, on n'a pas forcément des diagnostiques précis mais on va traiter les symptômes et là on va améliorer le confort »

2.2.3 Patient décisionnaire

Dans ces situations d'incertitude diagnostique, l'évolution était incertaine. La tentation était parfois de laisser le patient décider. Par exemple avec la réalisation d'ordonnances différées, pratique minoritaire, qui permettaient de couvrir plusieurs éventualités quand il était impossible de trancher à l'instant t de la consultation. Généralement, l'optique était de laisser le choix au patient entre diverses options de prise en charge, respectant ainsi ses préférences, principe issu de l'EBM. Les propositions devaient évidemment toutes être acceptables du point de vu bénéfice/risque. Le médecin devait pouvoir affirmer ses positions en ayant une attitude claire sur la conduite à tenir, sans quoi le risque était d'affaiblir la relation de confiance.

E5 : « je lui prescris une imagerie cérébrale, en lui laissant le choix de la passer ou non, je lui ai donné un délai »

E6 : « la réalisation d'ordonnance différées, c'est une technique pour pallier à l'incertitude je pense »

F1 : « Moi j'aime pas me décharger de mon boulot sur les patients, mais en même temps j'aime pas non plus...'fin j'aime bien si qu'ils décident eux-mêmes. […] . Mais je laisserai le choix, en fait je considère que si je laisse le choix au patient c'est que toutes les options que je lui ai proposées sont acceptables, à propositions égales […]. Mais par contre je considère que c'est à moi de juger si les différentes options sont équivalentes, si j'estime qu'il en a une qui est meilleure, je vais plutôt faire pencher la personne sur cette solution-là. »

F4 : « c'est-à-dire que si on n'est pas clair avec lui en lui disant : *« tu fais ça ça ça et tu reviens le tant »* et qu'on lui laisse peut-être trop le choix, peut-être aussi qu'il va se dire : *« euh…c'est qui ce guignol ?! » »*

2.2.4 Sortir du cadre médecine traditionnelle

Pour finir, certains des jeunes médecins ressentaient l'envie de sortir du cadre de la médecine traditionnelle quand celle-ci n'apportait pas de réponse.

E5 : « qu'on trouve d'autres solutions qui sont pas forcément médicales pures. »

F4 : « Parce que là on est dans l'incertitude diagnostique mais est-ce que on est dans ce qu'il faut lui proposer d'autre ? Parce que dans ce cas-là on peut dire, on est deux à pas comprendre ce qu'il se passe, peut-être que ces douleurs que vous avez elles peuvent être prises en charge par des intervenants qui ont une formation que nous nous n'avons pas. Vous pouvez par

exemple aller voir un ostéopathe, voir si c'est peut-être quelque chose qui est déplacé en intercostal ou des choses comme ça. Voir comment elle réagit si elle va chez un ostéopathe deux fois, trois fois, quatre fois, est-ce que ça va mieux. »

Partie 2 : Enseignement et Groupes d'Analyse de Pratiques

L'intérêt des GAP se dessinait déjà dans les attentes des jeunes médecins vis à vis de leur formation. Ces attentes étaient en lien avec une partie des problématiques posées par l'incertitude diagnostique, à laquelle ils n'avaient pas su répondre, malgré l'élaboration de stratégies qui manquaient d'outils pour être applicables.

La gestion de l'incertitude diagnostique s'appuyait sur des stratégies échafaudées au fil des années. Les fondements reposaient sur trois points : l'apprentissage de normes rigoureuses issues des données actuelles de la science, la pratique clinique et enfin l'expérience personnelle. Trois points qui façonnent notre construction professionnelle.

Les GAP pourraient être le ciment de cette construction, comblant les lacunes et apportant au jeune médecin les éléments supplémentaires donnant à la médecine générale toute sa spécificité.

1 Attente des internes vis à vis de leur formation

1.1 Désir d'un espace d'échange

De manière générale, dans le discours de ces jeunes médecins, on ressentait un besoin important de partage et d'échange, présentés comme des clefs dans la gestion de l'incertitude. Probablement l'héritage d'un enseignement hospitalier où l'échange est la base du fonctionnement, sous forme de staffs, de présentations d'article, de Revues Morbi-Mortalité (RMM), etc. On les retrouvait dans une moindre mesure en libéral avec les récits authentiques de situations complexes (RSCA) et la participation pour certains à un GdP® au cours de leur maîtrise de stage. Malgré cela, il persistait le sentiment que ce cadre d'expression était assez réduit, notamment en dehors de l'hôpital.

E2 : « parfois je me dis qu'il faudrait certainement des moments où les gens peuvent parler en fait et c'est d'ailleurs ce que j'avais retenu de ces GEDPC parce que […] on sentait que les internes avaient besoin de parler en fait, avaient juste besoin de s'exprimer sans pour autant répondre à un cadre »

E6 : « C'est important aussi, 'fin le mode DPC [sous-entendu GEDPC] c'est vraiment bien. Tu vois si y'a des trucs comme ça entre interne ça pourrait être sympa aussi, des espèces de

groupes un peu tutorat par région tu vois. Si on était obligés, tu vois supervisés par un mec, faire un DPC entre interne tu vois ça pourrait être intéressant aussi. »

E7 : « Moi je pense que ça m'aurait plu ouais d'avoir des minis groupes de pairs, qu'on échange un peu »

E8 : « Je pense que au début ben de la pratique ça va nous arriver souvent […] 'Fin ces groupes de pairs je trouve que justement ça peut apporter, dans ces situations-là [En parlant de l'incertitude diagnostique], une aide précieuse, de pouvoir en discuter avec des gens quoi »

E9 : « D'exorciser un peu ça ? [En parlant de l'incertitude et l'anxiété qu'elle génère] Et ben la coloc, tu parles un peu avec les copains qui peuvent comprendre, […] et t'essayes de te rassurer un petit peu comme ça avec le savoir un peu de chacun quoi. »

F4 : « Il se trouve que nous on nous l'as proposé pendant notre semestre aussi. De faire des RSCA, on a quand même baigné dedans, c'est quelque chose qu'on a appris, quelque part découvert aussi, le fait d'être un peu obligé de le faire. »

Le but d'un espace d'échange était de pouvoir tirer un enseignement de certaines problématiques qui s'imposaient aux jeunes médecins.

E9 : « Et moi du coup c'est plus sur le sentiment d'échec [En parlant de sa thèse] qui est une idée partie du coup de cette incertitude et dans la même idée de pouvoir en faire quelque chose, et ça passe justement par-là, par l'échange et par plein de choses. »

En l'absence d'un espace d'échange, quelques jeunes médecins ont eu l'idée de créer de manière informelle leur propre GAP en s'inspirant du modèle déjà bien connu du GdP®. En l'adaptant à leur pratique, pour qu'il réponde à leurs attentes.

Une des jeunes médecins parlait de créer un réseau virtuel où les internes d'un même département pourraient s'échanger leurs cas cliniques.

E5 : « Après on a monté un groupe avec quelques copains mais on essaye de pas se baser sur la forme SFMG[11], qui nous paraît assez...trop rigide, et surtout pas adapté à notre pratique actuelle »

F4 : « Nous on a fait ce groupe de pairs au moment où on s'est rendu compte, que nous, on en avait besoin »

[11] Société Française de Médecine Générale, à l'origine des Groupe de Pairs®.

E7 : « ou soit on se dit ben on fait un peu le même principe aussi avec les internes quoi par exemple tous les internes du 05 ils ont un réseau où ils s'envoient des petits cas cliniques »

1.2 Enseignement axé sur les difficultés pratiques

L'incertitude diagnostique faisait partie des difficultés découvertes pendant la pratique notamment en cabinet de médecine générale. Problématique au sujet de laquelle les jeunes médecins auraient aimé avoir une réflexion au cours d'un enseignement théorique pour améliorer leur façon de l'appréhender et l'accepter pour ne pas la vivre comme un échec.

E4 : « Bah c'est pas une mauvaise idée parce qu'on y sera forcément confronté [sous-entendu à l'incertitude] et quand on sort de l'externat, l'internat, on pense qu'on aura toutes les réponses aux questions et en fait des fois on les a pas, et des fois il faut gérer aussi l'incertitude face au patient, […], c'est vrai savoir que des fois on n'aura pas de diagnostic, on n'aura peut-être pas de retour aussi parce que les patients on ne les reverra pas, […] oui ça serait intéressant de l'appréhender le plus tôt possible. »

E5 : « Ben j'aimerais qu'on m'enseigne comment pallier ce problème justement, comme baliser le parcours du patient que tu fais sortir de chez toi sans être certain, euh comment je sais pas moi, comment mesurer ton degré d'incertitude aussi vis à vis de la gravité ou sur l'urgence parce que des fois c'est très impalpable et c'est pas très satisfaisant intellectuellement de se baser juste sur une intuition »

E6 : « justement il devrait y avoir un cours entier sur l'incertitude diagnostique, comment l'utiliser pour toi, comment s'en servir, 'fin d'abord l'accepter, d'abord accepter qu'elle existe et après qu'est-ce que t'en fais tu vois, c'est c'est essentiel d'étudier ça. Et après tu t'en rends compte que en maîtrise de stage, tu t'en rends compte que en maîtrise de stage ! »

E7 : « mais après c'est vrai que on nous apprend moyen quand on sait pas trop en fait, quand c'est entre les deux quoi, parce que souvent c'est un peu quand même toujours un peu noir ou blanc quoi, soit c'est ça, soit c'est pas ça, […] et en médecine générale c'est quand même souvent entre le milieu, c'est un peu gris quoi, c'est pas noir ou blanc quoi. »

E7 : « je trouve que ça on l'apprend dans la pratique et pas forcément dans les études, ils nous apprennent pas trop à gérer bah justement qu'est-ce qu'on dit quand on sait pas ce qu'il a quoi »

E9 : « Dire qu'on n'est pas des pas des surhommes, que bah la médecine c'est pas une science complètement, complètement, complètement scientifique, si c'est scientifique mais qui est pas vrai...qui peut pas être recommandée sur tout. »

L'appréhender en tant qu'étudiant, c'était pouvoir mieux la gérer en tant que futur praticien en exercice. Apprendre à se libérer de l'anxiété paralysante qu'elle pouvait parfois entraîner.

E2 : « si seulement on pouvait nous apprendre des moyens à gérer notre anxiété et les difficultés rencontrées en consultation, notamment celle-là, l'incertitude diagnostique, ça permettrait de travailler sur vraiment la confiance que l'on a en nous et d'être plus facilement capable de gérer des situations de ce type »

E9 : « y'a forcément des zones d'ombre, et cette incertitude qui est là, et le fait de se mettre de œillères je trouve que c'est d'autant plus difficile de...on le vit d'autant plus difficilement quand on arrive face au truc quoi, parce que tu sors de ton hôpital où c'est *« comme ça comme ça »* [sous-entendu carré], alors même si c'est pas autant tracé mais quand même c'est en tout cas ce qu'on t'apprend, et de pas t'apprendre à gérer ça…ou en tout cas, 'fin si te donner des armes pour gérer ça je trouve ça... »

E9 : « Donc avoir une formation qui est peut-être...alors orientée peut-être un peu plus sur travailler l'écoute, sur aussi recevoir l'information et sur arriver aussi à se protéger soi face à cette incertitude. »

L'accent était mis, par un jeune médecin, sur des situations complexes par leur contexte socio-environnemental plutôt que médical, fréquemment rencontrées en médecine libérale en milieu rural. La piste pédagogique de l'apprentissage de la gestion des facteurs contraignants non biomédicaux paraissait être importante, dans une situation d'incertitude où la difficulté résidait plus sur la mise en place pratique de la stratégie diagnostique que sur la finalité diagnostique.

E3 : « on était à un peu, a 20km de l'hôpital quand même, du coup en montagne, donc ça, ça fait quand même…pas vraiment du stress mais euh…c'est des choses que t'apprends pas à gérer dans les bouquins d'urologie quoi »

Même si les jeunes médecins étaient conscients que cette problématique de l'incertitude s'atténuait au fil des années de pratique clinique, une approche pédagogique était attendue afin que la réalité pratique soit moins abrupte.

E2 : « je pense qu'il faut vraiment être pratique et aider vraiment les internes à être plus libres à la sortie et être moins dans la…en tout cas au moins apprendre à gérer l'anxiété que l'on peut avoir au début de son activité, parce que très clairement il faut pas se leurrer, on n'a pas l'expérience, […] c'est très long de créer une expérience de médecin »

E9 : « Moi je suis pas partisan de : *« plus tu te prends une claque plus t'en retiens quelque chose »* »

F3 : « Et là petit à petit j'arrive, je me rends compte que j'ai un peu plus de distance avec cette incertitude et je pense que c'est pas mal quand t'es interne de pouvoir appréhender un peu tout ça et te dire que ben oui en fait y'a plein de cas où euh, où euh c'est pas comme dans les livres, c'est différent et tu sais pas toujours, ben c'est pas grave tu revois le patient. Au départ quand tu sais pas, tu dis oui mince je sais pas, je suis nul, ben du coup après tu apprends à te dire non tu sais pas parce que tous les cas se ressemblent pas »

1.3 Basculer du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage

En ce qui concerne la réponse pédagogique à la gestion de l'incertitude diagnostique, les jeunes médecins mettaient en balance deux paradigmes, à savoir : l'enseignement normatif, et le paradigme d'apprentissage. Selon eux, elle tendrait à basculer du côté du paradigme d'apprentissage dont sont issus les RSCA, les GAP dont le GEDPC, qui favoriseraient la création d'objectifs personnels d'apprentissage ancrés dans une réalité pratique, à la défaveur de l'enseignement normatif qui n'aurait pas sa place dans l'enseignement d'une compétence aussi pratique que représente l'incertitude diagnostique.

Il était mis en avant le cadre plus intimiste du GAP avec ce côté « libérateur » de la parole qui n'était pas retrouvé dans des formes d'enseignement plus classiques. Cette libération de la parole était favorisée par l'absence de rapport hiérarchique type enseignant-enseigné, où le médecin pouvait s'exprimer et pas seulement l'étudiant. Il donnerait l'opportunité inédite de pouvoir exprimer ses opinions plus librement, et d'aborder le délicat sujet de l'incertitude diagnostique sans se sentir jugé.

E3 : « nous on a toujours appris à répondre bien à une question alors que du coup quand on sait pas on a l'impression d'être dans l'erreur quoi […]. Là c'est sûr qu'un groupe de pairs pour

ça, ça laisse tomber ce côté de pression, même sociale en fait, qui s'exerce sur celui qui sait pas répondre précisément à la question qu'on lui pose, et de ce point de vue là, ça permet d'aborder les questions avec plus de sérénité quoi, et peut-être même d'entendre les différents points de vue, en ayant la possibilité même de les critiquer alors que dans une forme d'enseignement magistral c'est pas possible »

E4 : « j'ai jamais parlé en cours magistral alors qu'en groupe de pairs j'ai spontanément parlé une fois ou deux »

E7 : « c'est pas mal le truc de GEDPC parce que du coup on peut discuter en petits groupes […] chacun peut donner son opinion quoi, parce que en amphithéâtre je sais pas si ça serait peut-être un peu trop scolaire les gens écouterait un petit peu moins. »

F4 : « Et du coup c'est, ça reste, y'a une certaine dynamique puisque y'a six séances, alors que a contrario quand on a la séance de groupe ensuite qu'on est dispatché dans les petites salles et qu'on discute y'a ce jugement, parce qu'on se connaît pas, parce que y'a pas eu cette familiarité. »

F4 : « y'a de la rivalité entre l'intervenant seul face au groupe et le groupe ensemble quoi, le groupe de pairs, c'est complètement différent. »

E3 : « puisque tout le monde est sur un pied d'égalité »

E4 : « C'est ça on est en petit comité déjà, puis après c'est aussi le fait qu'on soit confrères confrères, voilà qu'on soit interne, généraliste de 40 ans »

E8 : « après ben je trouve que ces groupes de pratique c'est bien parce que si on se revoit plus, tu vois, plus souvent, […] surtout pour les gens si ils sont un peu timides, tu vas plus oser à parler si tu connais un peu plus les gens ou tu vois, si tu es en plus en petits groupes restreints. »

Cette forme d'enseignement participatif améliorerait le niveau d'attention car les cas exposés seraient ancrés dans leur réalité, au sujet de laquelle ils pourraient interagir.

E4 : « Ben c'est plus concret, on peut...ben c'est un meilleur moyen parce qu'on peut en discuter avec nos confrères, alors qu'en cours magistraux généralement voilà c'est, l'échange il est plus souvent à sens unique, alors dans les groupes de pairs au bout du compte on est entre confrères, on peut en discuter, on peut échanger et c'est un bien meilleur moyen de

communication et de diffusion vraiment de, des informations entre nous. »

E5 : « En plus je pense aussi que cet enseignement arrive à un moment où les cours magistraux on en a un peu globalement tous marre et qu'on a atteint un peu les limites. Euh donc voilà, un enseignement actif, participatif en petits groupes, je pense que c'est, je pense que c'est mieux. »

E6 : « Mais, oui effectivement l'intérêt c'est d'impliquer tout le monde, d'impliquer tout le monde dans l'enseignement. Parce que le nombre de fois où tu vas te pointer en cours : *« […] Ça va être trop nul c'est sur la communication en médecine générale (rires). »* »

E7 : [Au sujet de la forme d'enseignement par GAP] « ben moi je trouve qu'elle est intéressante parce que ça facilite l'échange. En plus on part sur des cas qui sont concrets et pas abstraits, qui nous ont posés des difficultés et du coup moi...après moi, c'est moi qui fonctionne comme ça mais je sais que si c'est abstrait ça me parle pas, pas j'écoute pas »

F3 : « dans une forme d'enseignement plus classique, t'es passif, t'attends, t'écoutes ton cours quand t'as le prof qui parle, tu te vois pas à sa place, tu t'imagines pas, alors que, quand on discute de cas on y est, c'est nous, c'est nous dans la vrai vie, donc ça prend sens. »

F4 : « Et c'est comme mettre en balance le groupe de module où on est 70 dans amphithéâtre et où l'intervenant nous dit, je veux que ce soit interactif…on est 70 ! »

Le GAP serait plus adapté pour aborder des notions comme celles de l'incertitude et de la communication qui auraient besoin d'être illustrées par des situations de la vie quotidienne, pour en saisir toute l'importance et se sentir concerné.

E6 : « Je pense qu'en fait la, pour des trucs un peu plus subtils que sont les sujets abordés en médecine générale : la communication, l'incertitude et tout ça il faut quand même être en petit groupe quoi, sinon vite tu te sens pas concerné »

E6 : « ils ont un discours qui est trop en rupture avec notre fac, notre externat et notre mode d'enseignement habituel tu vois […] ils te donnent donc les piliers de la médecine générale, la marguerite les machins tu vois, c'est des trucs que moi j'ai utilisé après dans mon raisonnement de thèse tu vois, mais au début quand il nous a sorti ça je me suis dit*, « mais qu'est-ce que je fais là quoi ?! Qu'est-ce que je fais là ?! »* Alors je pense que le mode amphi il est pas adapté du tout pour se sentir concerné et pour 'fin tu vois parce qu'il faut quand même faire un peu preuve de maturité un peu de temps en temps tu vois, je pense qu'un groupe avec un partage

de pratique, c'est quand même beaucoup plus adapté au niveau de la forme ouais. »

E10 : « A mon avis il faut vraiment que ça soit en petits groupes pour pouvoir intégrer cette notion-là d'incertitude diagnostique, dans toute sa spécificité. A mon avis ça serait pas mal, sous forme de groupe avec des mises en situation. »

F2 : « C'est dur de faire un cours magistral sur l'incertitude quoi. Effectivement ça va être plus sur des choses qui te sont arrivées, que tu vas pouvoir en discuter, et effectivement c'est pas en prenant le micro devant 70 personnes que tu vas dire *« alors moi j'ai eu une petite mémé qui été en fin de vie, je savais pas quoi faire »* ».

Les sujets traités seraient plus en adéquation avec les attentes et les demandes des étudiants, contrairement à l'enseignement classique où il n'y avait qu'une seule direction, celle qui était imposée par l'enseignant.

F4 : « Est-ce qu'on a envie ce jour-là d'avoir ce topo sur ce sujet-là »

Les jeunes médecins qui avaient formé leur propre GAP avaient ce désir d'un apprentissage qui ne soit plus axé uniquement sur *ce qu'il faut savoir*, mais aussi sur *ce qu'ils voudraient apprendre*, ciblé sur les difficultés pratiques, au moment où elles se présentaient.

F1 : « Oui et le sujet comme tu dis, nous on propose les sujets de travail en fonction de ce qui nous a posé des difficultés. Donc intervient au moment où on a besoin, et on fait un tour de table : *« Tiens, toi t'en es où ? Qu'est-ce qui te…à ben tiens qui veut bosser là-dessus ? Ben la fois d'après ça serait bien de faire ça* », et du coup bah tous les sujets qu'on travaille, on en tire vraiment quelque chose quoi. »

Un des jeunes médecins rappelait que ce type d'échange existait déjà sur certains terrains de stage.

F4 : « ça existe déjà d'ailleurs dans certains, dans certains stages quoi. [...] Moi là en PMI ben y'a toutes les PMI de Marseille, y'a des dialogues quoi, y'a pas uniquement des cours...ça existe déjà un petit peu. […] Nous on est une dizaine là et je suis ravi à chaque fois d'y aller. »

1.4 Ouverture vers des sciences non médicales

Pour les jeunes médecins, l'analyse des pratiques devrait se faire sous différents angles et pas seulement à travers le prisme de la médecine, la problématique de l'incertitude diagnostique étant multifactorielle, divers domaines devraient être exploités.

E6 : « Nous on était vraiment là-dedans, dans *l'evidence-based medicine*, dans l'analyse un peu uni focale d'un phénomène […], en fait je pense que voir les choses d'un angle non médical ça pourrait nous aider tu vois, parce qu'en face de nous on va pas soigner que des médecins qui pensent comme nous. »

E6 : « Je pense un cours sur l'incertitude, l'incertitude diagnostique voilà avec comme source, des sources, je pense plus sociologiques »

E9 : « enfin orienter un peu plus de psychologie au niveau de la fac, et un petit peu de communication aussi. […] Ouvrir un petit peu plus au niveau des sciences humaines, globalement ouais. »

1.5 Prise en charge psychologique de l'interne

Comme on l'a vu dans la première partie, l'incertitude diagnostique était source d'angoisse, elle pouvait provoquer un sentiment d'échec qui risquait d'altérer la confiance en soi et en ses connaissances. Une solution pédagogique à cette souffrance psychologique parfois envahissante était attendue par les jeunes médecins.

E2 : « c'est un truc que j'ai toujours ressenti effectivement, en tant qu'interne, d'être un peu mal d'une situation X ou Y, que ce soit diagnostique ou autre d'ailleurs, et de pas forcément avoir pu l'exprimer. »

E2 : « il faut beaucoup travailler pour avoir une grande expérience et maîtriser beaucoup de choses mais, on sous-estime la partie psychologique et tout le travail que l'interne doit faire sur lui pour être un médecin un peu costaud psychologiquement. »

F2 : « je pense que effectivement je pense que y' aurai un truc où finalement on peut être aussi assez isolé en tant qu'interne et s'autoflageller »

E9 : « Pour moi c'est, justement devancer la chose ça fait que, parce qu'il y en a certains qui d'eux-mêmes vont se dire : *« attends je suis pas bien avec tout ça je vais essayer d'en faire quelque chose »* et puis t'en a d'autres qui face à l'incertitude vont entériner le truc, entériner

le truc, entériner le truc et soit arrêter leur pratique, soit devenir pas bien face à ça, soit se mettre une balle dans le caisson. Je pense que désamorcer, donner des armes pour désamorcer ça, ça sera jamais simple, mais au moins ça te permet de te dire, déjà de te dire que c'est normal, […] c'est normal de se remettre en question mais en faire quelque chose de bénéfique, du coup d'avoir eu les armes avant pendant les études. »

2 L'apprentissage par Groupe d'Analyse de Pratiques

L'incertitude était une problématique plurifactorielle comme on l'a vu dans la première partie, la réponse à la gestion de cette dernière était donc multiple. Diverses stratégies furent mises en place par les jeunes médecins pour tenter de l'appréhender. Le mode de raisonnement par l'EBM en faisait partie mais il présentait quelques failles, notamment dans la prise en compte des facteurs non biomédicaux qui faisait aussi partie des stratégies. D'autres techniques se mettaient en place de manière naturelle avec l'expérience personnelle. Mais elles n'étaient pas suffisantes car la créativité de l'esprit s'épuise, nourrie par sa seule propre expérience, responsable d'un appauvrissement de ses schémas de réflexion. Voici en quoi l'analyse des pratiques sous forme de groupes permettait de répondre point par point à l'ensemble des problématiques rencontrées et de remettre en question leurs stratégies déjà instaurées.

2.1 Soutien psychologique

2.1.1 Brise la solitude

Le thème de la solitude a pris une place majeure durant ces entretiens. Il s'agissait d'une solitude intellectuelle, très présente quand le jeune médecin était enclin au doute. Dans ces situations, il réalisait instinctivement une remise en question de ses connaissances, responsable d'un sentiment de solitude face à ses questionnements. La configuration de l'exercice libéral participait à ce sentiment. Les GAP permettaient de réfléchir sur ces problématiques dont ils réalisaient qu'elles étaient en fait, communes, donnant une unité au groupe, brisant la solitude.

E2 : « Parce que ça permettrait de se rendre compte qu'on n'est pas tout seul, qu'on est quand même, enfin, que tous les gens autour de la table vivent ce genre de situation »

E4 : « C'est intéressant parce que déjà on voit qu'on n'est pas les seuls à avoir des incertitudes

diagnostiques »

E5 : « les groupes balint ça m'intéressait avant, toujours dans l'optique de pas se retrouver seul face à ses propres angoisses et ses propres incertitudes. »

E6 : « A ben c'est un peu une séance de psychothérapie ! *(Rires)* C'est que t'as l'impression d'être assez seul dans ton délire pendant toute ta semaine, tout ton mois, etc. Et puis en fait tu débriefes, tu parles aux autres, et puis en fait tu te rends compte qu'on est tous face aux mêmes questions et je pense que ça aide à prendre un peu de recul dans ta pratique. »

E8 : « Déjà c'est dire qu'effectivement on n'est pas tout seul à se retrouver dans ces situations-là. »

E9 : « Là, tu te sens en groupe face à des situations où tu peux parler de toi, et finalement tu te rends compte que y'a pas que toi dans ton coin qui se pose ces questions et qui est face à cette incertitude. […] C'est pas toi qui a un problème, c'est justement le problème de tout le monde et en général on arrive mieux à gérer ça. »

F4 : « Mais du coup c'est juste que là, ça crée l'occasion pour les personnes qui sont isolées et ça casse cet isolement quoi. »

Une interviewée faisait remarquer l'importance du SASPAS[12] qui aidait à appréhender cette notion d'incertitude. En effet, au cours de ce stage ambulatoire de niveau deux (après la maîtrise de stage chez le médecin généraliste), l'étudiant avait une autonomie plus grande, le responsabilisant face à des situations où il devait résoudre, seul, les problématiques qui se présentaient à lui ; tout en maintenant un échange permanent avec le maître de stage qui accompagnait la transition de l'étudiant à praticien. On retrouverait cet échange dans les GAP qui permettraient d'évoluer dans sa pratique.

F3 : « Ben oui, parce que c'est vrai que tu te sens, tu te sens seule. Après bon c'est vrai que moi j'ai eu un SASPAS, donc tu peux en parler avec, avec les prat', tout ça. […] Parce que si t'es seul dans ton coin et que en plus t'as personne pour en parler…ça crée quand même un sentiment d'isolement où tu te dis comment je vais arriver aller de l'avant, changer, 'fin pas forcément changer, mais trouver d'autres pistes, tout seul dans mon coin. Ça ouvre d'autres perspectives

[12] « L'objectif premier du stage est le perfectionnement de vos compétences existantes et l'acquisition de compétences manquantes. Les objectifs sont de vous mettre en situation de résoudre les problèmes posés en soins primaires, de vous permettre de théoriser secondairement afin d'acquérir de nouvelles connaissances, et de vous faire bénéficier d'une rétroaction par la supervision de vos enseignants généralistes universitaires (MSU). »(25)

[En parlant du GAP]. »

2.1.2 Extériorisation des tensions

Comme on l'a vu dans le première partie, l'impact émotionnel de ces situations d'incertitude diagnostique était important, et les tensions négatives avaient besoin d'être extériorisées. L'une des attentes majeures vis-à-vis du GAP était la possibilité qu'il donnerait pour extérioriser les tensions. Elle était apportée par la dimension « échange » venant de l'essence même du groupe, qui complétait l'aspect purement « analyse des pratiques cliniques ». Le GAP était vu parfois comme une véritable thérapie les rassurant sur leurs angoisses et leurs doutes, puisqu'ils étaient universels.

E3 : « Déjà ça dédramatise l'incertitude diagnostique et en faisant prendre conscience que tout le monde la connaît et tout le monde y est confronté, et puis du coup ça permet de voir les différentes manières d'aborder cette question »

E4 : « ça me rassure de voir qu'il y en a qui ont les mêmes doutes que moi, et en même temps les aînés peuvent donner des conseils, parfois même des internes aussi mais y'a un échange pour essayer de progresser je trouve. »

E6 : « Et puis t'es seul face à un patient, et justement t'as pas peur pour prendre une décision, tu dois prendre une décision vite vite, puis le soir tu rentres chez toi et tu te dis, *« pourquoi j'ai fait ça ? »* et que t'as personne avec qui débriefer là-dessus je pense que, une réunion d'équipe derrière ça te permet aussi de poser tranquillement les choses, et puis prendre du recul sur ta pratique quoi. »

E7 : « j'aime bien échanger après il y a aussi une part de moi qui est stressé donc ça me déstresse de parler de mes cas cliniques »

F4 : « ça permet de faire des groupes de pairs qui sont plus ou moins imposés, ou en tout cas qui rentrent dans notre formation, ça permet de créer cette occasion, […] à s'ouvrir aux autres concernant leurs doutes parce que ça c'est pas évident du tout non plus. Et le fait d'être quelque part obligé par notre formation à dévoiler ses inquiétudes et cette incertitude qu'on a ben ça permet de se rendre compte qu'on en a tous quoi. »

F1 : « Parce que la gestion de l'incertitude, la travailler en groupe, déjà ça permet de la verbaliser et de se sentir plus à l'aise »

Cette dimension affective du GAP permettrait de dépasser les préoccupations en rapport avec le domaine biomédical pur, pour s'attacher à la sensibilité propre du médecin.

E1 : « Ben ça permet de parler en fait, […] enfin pas que vraiment de parler de médecine, de cas cliniques »

E4 : « ça m'avait rassuré de voir qu'effectivement y'avait ces endroits où on pouvait déjà parler de choses difficiles, on vient pas seulement énoncer un diagnostic, des fois on peut aussi discuter de cas qui nous ont posés problème, hors cas clinique qu'on va énoncer, voir effectivement de mieux savoir gérer le doute, c'est vraiment un échange qui est confraternel »

E9 : « Créer une idée de groupes de pairs sur les différents stages […] Ça peut être mettre des vrais temps de paroles dans les stages parce que, alors c'est très beau ce que je dis aussi, c'est sûr que c'est difficile de trouver du temps aussi avec les chefs pour arriver à faire tout ça, mais avoir de vrais moments où on peut communiquer, parce que finalement selon les endroits où tu passes c'est pas toujours le cas. »

E5 : « la dimension juste humaine, le soutien psychologique et de confraternité en fait »

E2 : « ça résulte effectivement du module qu'on avait eu, c'est que je pense que les groupes de pairs on devrait déjà en avoir en tant que, enfin on devrait en avoir beaucoup plus en fait, et ça devrait être imposé […] d'avoir un débrief et ça participerait à la prise en charge psychologique de l'interne »

E1 : [En parlant du GEDPC] : « Ben ça permet de parler en fait, ça permet de parler parce que on se rend compte que ben, on a l'impression qu'on partage mais en fait euh…avoir un moment vraiment dédié à parler un peu ben…aussi de ses angoisses cliniques, […] de qu'est-ce qu'on a ressenti face au patient ? Ben c'est la première fois qu'il y avait un temps dédié à ça quoi »

Il donnerait la possibilité de déposer ce lourd fardeau du « médecin sans failles », imposé par nos propres exigences et celles de la société, le temps d'une soirée ;

F4 : « Je pense que ce qui est très bien c'est de se rendre compte que tout le monde peut avoir à un moment, des moments de faiblesse, que ça peut arriver à tout le monde, et ça va jouer un rôle très important dans le caractère anxieux de cette incertitude quoi, parce que c'est vrai que comment est-ce que tu vas dormir la nuit »

F4 : « ça peut permettre de se rendre compte que voilà on peut pas sauver tout le monde quoi

quelque part. »
E5 : « Euh je trouve ça bien aussi parce que ça nous rappelle que, qu'on n'est pas censés être infaillible et que ce genre d'échanges existe pour nous aider et pas juste pour réapprendre des trucs par cœur. »
F5 : « pour se rassurer d'abord, pour dire que on…des doutes tout le monde en a, tout le monde les gère de manière différente, des erreurs on en fait tous »

de replacer sa propre estime à son juste niveau, en valorisant son savoir et en n'imputant pas systématiquement à ses incertitudes un manque de connaissance.

E2 : « Qui permettrait effectivement de se dire […] moi j'ai apporté telle information, on dirait que les gens l'ont pris donc c'est super si les gens ont l'air réceptifs à ce que j'ai pu dire, c'était que finalement ma pensée elle n'était pas finalement si...sans intérêt »
E4 : « on peut oser plus prendre la parole et nous aussi c'est nos doutes, parce que des fois on pense que nos doutes sont pas légitimes parce qu'on n'a pas toutes les connaissances alors qu'en fait des fois on a des doutes qui sont légitimes »
E8 : « D'en parler dans des groupes et de voir que des médecins pratiquant nous rassurent en nous disant que c'est normal et de voir que même après 30 ans de pratique ils ont encore des incertitudes diagnostiques, ça rassure pour le futur en se disant *« bon bah je sais pas tout, c'est pas parce que je suis nul mais parfois c'est difficile quoi »* »
F3-4 : [En parlant des GAP]
« -ça permet d'éviter de se dire, je suis pas fait pour ça,
-J'ai été nul.
-De s'auto dévaloriser, et sans personne qui est là pour dire : *« mais non ! Qu'est-ce que tu dis ? Moi est-ce que tu crois que j'aurais pu faire mieux ? »*. Voilà y' a d'autres personnes en face qui appuient la démarche. »

2.2 Expertise de groupe dans l'apprentissage

2.2.1 Cadre formalisé pour une réflexion commune

La réflexion à plusieurs était souvent spontanée dans des situations délicates, puisque les internes étaient habitués à un travail collectif, avec les « co-internes », les « chefs » et l'équipe

paramédicale[13]. Le GAP serait l'extension extrahospitalière de ces échanges dans un cadre formalisé. Le groupe apporterait son expertise sur des situations cliniques en mutualisant les connaissances.

E3 : « Parce que t'as un staff à l'hôpital, finalement c'est le but des staffs, c'est de créer du lien entre les spécialités pour avancer sur les patients, et là c'est un peu pareil sauf que nous on est seuls, donc ça, ça fédère, ouais, en plus ça a une sorte de vocation fédératrice entre les pairs »

E10 : « Dans la mise en situation on va essayer de t'apporter des clefs, et dans le GEDPC, 'fin le groupe de pairs on va, 'fin chacun va venir avec ses clefs à lui et s'enrichir mutuellement, donc c'est ça, c'est surtout ça je pense. »

E7 : « puis après moi je trouve ça cool d'échanger et de... parce que on a eu chacun…je trouve qu'en plus l'internat de médecine générale on fait pas tous les mêmes stages, on n'a déjà pas fait tous les mêmes stages pendant l'externat, et qu'on a chacun des compétences un peu différentes dans chaque truc quoi. »

E6 : « le mode présentation de cas clinique et analyse tu vois des enjeux qui se sont posés dans la consultation tu vois, […] ben déjà pour voir ce que t'as fait, ce que l'autre aurait fait et puis pour analyser des moments où t'as pas été sûr de toi qu'est-ce que t'en fais, quelles stratégies t'as employées etc. »

F4 : « on parle des cas qui nous ont posés problèmes, et on se rend compte qu'il n'y a pas une seule solution aussi »

F1 : « Donc là, la stratégie dans ce cas là pour gérer l'incertitude c'est de demander un avis, ou d'en parler comme toi [En parlant à F3], dans ces réunions-là. Hier soir on en a parlé, et on a conclu qu'on n'en savait pas plus. »

Le principe de ces réunions de GAP est qu'elles se déroulent à distance des situations cliniques rencontrées, donnant toute sa force à la dimension « analyse de pratiques ». Pour les jeunes praticiens interrogés, cela offrirait le recul nécessaire pour plus d'objectivité, en dehors d'un éventuel conditionnement émotionnel qui pouvait biaiser le jugement, dans le but d'effectuer une rétroaction.

E2 : « ça permettrait aussi d'avoir un regard peut-être un peu plus objectif sur les situations qu'on a vécues, un petit peu à postériori d'avoir un peu plus de recul, par l'aide des différents

[13] Cf Partie 1, Chapitre 2.1.1 Axe principal de la démarche diagnostique, Avis d'un confrère

internes ou autres intervenants qui pourraient eux aussi s'exprimer sur la situation clinique. »

E3 : « c'est toujours enrichissant, puis ouais ça permet toujours de voir qu'on s'obstine dans une direction et que c'est pas forcément la seule, ou de mettre en lumière des points sur lesquels on n'est pas assez rigoureux. »

E4 : « c'est intéressant aussi parce qu'après on voit la méthodologie qu'on peut essayer de mettre en place pour euh…pour ne pas rester dans l'incertitude. C'est à dire que derrière on voit qu'on peut retravailler dessus, essayer de comprendre, et c'est intéressant de se poser sur le cas de la consultation après la consultation. »

E6 : « ça te permet de prendre du recul sur la consultation parce que tu dois présenter un cas après, 'fin tu travailles un peu sur le cas, puis t'y reviens un peu, tout ça, puis après tu fais une analyse collective. »

E8 : « Et aussi parce que les autres peuvent nous apporter des connaissances supplémentaires, parce que sur le moment, avec un regard extérieur il va penser à autre chose ou parce que ne connaissant pas le patient, parce que peut-être que nous en étant trop proches on n'a pas vu une certaine partie de la clinique, de l'histoire, du moins, de la maladie. Lui il va peut-être poser des questions qui vont nous faire réfléchir apporter des nouveaux éléments. Donc c'est vraiment une réflexion de groupe pour : et se déculpabiliser, et apporter des connaissances supplémentaires. »

F2 : « ça permettrait de relativiser et de prendre du recul sur la prise en charge si on en parle »

2.2.2 Partage d'expérience

Outre l'aspect d'expertise scientifique, le partage d'expérience revêtait un intérêt particulier, puisqu'il permettait de parler de situations qui n'avaient pas de réponse dans les livres ni dans la littérature scientifique, ou de trouver des alternatives plus adaptées. La diversité des pairs, au sein du GAP, était vue comme enrichissante, par la présence à la fois d'internes ayant eu différents terrains de stage, de semestres différents et d'un éventuel enseignant-tuteur du GAP plus âgé donc plus expérimenté.

E2 : « Voilà, on sait tous que en médecine il n'y a pas qu'un seul chemin qui mène à Rome, c'est utile aussi de s'inspirer, enfin moi je m'inspire beaucoup de la façon dont mes confrères prennent en charge leurs patients, je suis pas toujours d'accord mais des fois ça me donne des idées pour aborder les problèmes de façon différente après. »

E8 : « Pour pouvoir en discuter à plusieurs, pour avoir plusieurs… pour vraiment être plusieurs à partager les expériences. »

E9 : « Et ouais le côté expérience, c'est sûr qu'un premier semestre, versus un *fin de cursus*, t'as pas le même regard avec du positif dans les deux et du négatif dans les deux. »

E9 : « des clefs pour des situations, des situations voilà qui ont été vécues, qui du coup, personne n'avait mis des stratégies en place et deux semaines, un mois, trois mois après je me retrouve dans la même situation, un tel avait fait ça, et c'est des clefs que tu peux utiliser derrière »

E7 : « tu as aussi l'avis de personnes un peu plus expérimentées, qui ont déjà eu le cas et qui peuvent t'expliquer […] En fait de nous montrer qu'il n'y a pas forcément qu'une direction. Que on a aussi le temps d'attendre, moi j'ai bien aimé ouais les partages, les retours, puis tu apprends aussi des autres cas cliniques que les autres présentent. »

Pour une des internes interrogées, la relation médecin-patient est tellement riche en médecine générale qu'il fallait pouvoir la partager.

E10 : « le propre du spécialiste c'est d'apporter une réponse à une question donnée, et donc a priori la réponse est assez standardisée quoi et la relation médecin-malade bien sûr elle existe et elle est présente, mais y'a pas ce même rapport entre le médecin et un patient qui peut exister en médecine générale. Donc le vécu d'un médecin à un autre en fonction d'une situation en médecine générale je pense que c'est beaucoup plus large que dans la plupart des spécialités, d'où l'intérêt de pouvoir le partager. »

Ça serait aussi le lieu idéal pour faire profiter ses pairs de ses diverses expériences professionnelles, y compris dans d'autres domaines que la médecine occidentale, à l'aire d'une ouverture de plus en plus importante à des médecines alternatives, ou du moins, non occidentales.

F5 : « en réunissant des idées, en donnant des idées, en donnant des idées d'exploration, des idées d'autres prises en charge, parce qu'en fait y'a plein de domaines dans lesquels on connait rien, moi je connais rien en médecine alternative. »

2.2.3 Communication

Le GAP était perçu comme un outil qui favorisait l'apprentissage des subtilités de la communication : par la diffusion orale d'informations entre pairs ayant fait l'objet d'un remaniement synthétique issu d'un travail effectué en amont et par l'échange de méthodes de communication employées par les pairs.

E2 : « ça résulte effectivement du module qu'on avait eu [sous-entendu le module GEDPC], c'est que je pense que les groupes de pairs on devrait déjà en avoir en tant que, enfin on devrait en avoir beaucoup plus en fait, et ça devrait être imposé et parce que je pense qu'il y a beaucoup de gens qui doivent avoir des difficultés à communiquer à l'oral »

E6 : « C'est toujours pas mal de reformuler une consultation […] tu montres un peu ton esprit de synthèse »

E9 : « Parce que c'est quelque chose qui permet de communiquer relativement facilement, en tout cas sur les GdP® que j'ai pu faire, avec des gens qui du coup se connaissent, arrivent plus simplement à mettre des mots sur une situation qu'ils ont vécue. C'est quelque chose aussi qu'on peut faire en tant qu'étudiant et du coup prendre ce réflexe derrière, en tant que praticien derrière »

F3 : « Ce que ça apporte c'est sur la, la relation médecin-patient en fait, quand tu entends d'autres personnes te dire comment eux ils feraient, comment ils gèreraient c'est vrai que ça te donne des pistes et tu te dis oui c'est vrai que je devrais peut-être essayer d'adopter un peu plus cette attitude dans la communication, ou dans la relation. »

F1 : « Mine de rien dans un groupe de pairs, t'apprends aussi à communiquer et ça pareil, on sait pas. Moi je suis…maintenant que je retourne à l'hôpital, je suis flippé de voir qu'on parle tous de façon stéréotypée des patients ou des cas […] Et du coup, donc je suis content d'avoir un autre, un autre outil de travail qui me permet de faire le pont avec ça »

Un interne interrogé insistait sur l'importance que ces réunions se déroulent sur plusieurs séances pour développer une unité dans le groupe, qui renforcerait les liens et stimulerait la parole.

F1 : « Ouais mais, apprendre à communiquer sur l'incertitude ou sur les choses subjectives et difficiles à verbaliser je pense que ça prend du temps, et faire une séance avec un groupe de gens que tu reverras pas...'fin y'a qu'à voir, nous les premières séances on a mis 1 ou 2 séances

à se rencontrer, à voir comment on allait animer la discussion, à se donner la parole, les envies de chacun, être sûrs qu'on répondait aux envies de tout le monde, et apprendre à communiquer entre nous, sans juger, être sûrs que tout le monde était à l'aise. »

F1 : [En parlant de l'intérêt de GAP sur plusieurs séances] « se mettre au diapason, d'être d'accord qu'on parle de la même chose, apprendre à vraiment s'écouter, s'entendre et définir de quoi on parle. Ça, ça prend un peu de temps je pense. D'être sûr que les mots qu'on emploie ont le même sens pour tout le monde, tout bêtement. »

2.2.4 Renforcement et actualisation des connaissances

La recherche de données actuelles de la science faisait partie des stratégies évoquées par les jeunes médecins interrogés pour pallier les situations d'incertitude dans la partie 1 de cette étude. Par définition, l'une des exigences d'un GAP est de s'appuyer sur les meilleures données issues des études scientifiques dans l'optique de respecter le paradigme EBM. Le GAP répondait donc à cette nécessité d'actualiser et de renforcer ses connaissances pour faire face à l'incertitude.

E3 : « c'est une forme de transmission du savoir, de remise en question un petit peu du savoir systématique, parce que faut préparer son cas, faut se poser des questions dessus, il faut, donc ça fait déjà faire un travail de recherche très actif […], après ça t'amène déjà plein de questions qui sont pas forcément liées avec le cas clinique que tu dois présenter, et pour ça c'est bien, parce que ça fait marcher les méninges différemment de ce que tu fais avec tes patients »

E5 : « c'est un bon moyen d'avoir accès à la science aussi. »

E10 : [En parlant de l'intérêt des GAP] : « Bah la remise en question de sa pratique »

Un des intérêts mis en avant était de pouvoir diminuer la charge de travail de recherche par la mise en commun des connaissances apportées par chacun.

E6 : « sur le plan purement médical, scientifique, c'était assez intéressent la dimension biblio aussi. Tu sais que il y avait toujours un petit point biblio sur un sujet, ça c'est cool parce que du coup la biblio c'est un peu *« moins t'en fais moins t'as envie d'en faire »*, donc quand les autres ils le font pour toi t'es content ! Et puis derrière tu peux plus facilement aller lire toute seule les trucs, et puis finalement ça te remet à jour sur des trucs »

E7 : « je pense que c'est pour ça que c'est bien les groupes de pairs et les groupes d'échanges

quoi, parce qu'on s'apporte sur un cas clinique un truc précis et la personne elle a recherché les derniers trucs et que je trouve que c'est pas mal pour échanger, apprendre et se tenir au courant de ce qui se fait »

F1 : « C'est la mise en pratique de ces connaissances théoriques, et ces connaissances théoriques, mine de rien, elles nous pèsent tous un peu, on a toujours l'angoisse *: « est-ce que je suis au point, est-ce que je suis pas au point ? »*, ça change tout le temps donc je pense que aussi le groupe de pairs il permet de, de diluer un peu la charge de travail de ce côté-là pour pouvoir se consacrer plus facilement à la partie qui nous intéresse de la médecine quoi. »

En plus de mutualiser l'effort de recherche, un accent était mis sur l'aspect « ludique » de la recherche d'informations.

E3 : « c'est une manière de faire une formation continue très ludique et beaucoup moins contraignante que de lire des revues le dimanche soir »

E7 : « on recherche ensemble l'information je trouve ça beaucoup plus ludique que d'aller chercher seul l'information »

L'assimilation de ces nouvelles connaissances serait facilitée par le fait qu'elles s'intégreraient dans un cadre pratique, une situation vécue. Cela permettrait de se projeter dans sa propre pratique et de saisir tout l'intérêt de ces nouvelles données. Il s'agissait d'ailleurs d'une des raisons pour laquelle les jeunes médecins souhaitaient basculer du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage, pour avoir une participation active dans leur formation.

E5 : « Sachant que la manière la plus efficace, 'fin la plus pertinente et constructive pour moi c'est : *« voilà j'ai eu un problème en consultation, j'ai fait ça, du coup je me suis mise à jour et j'ai lu ça. »* »

E3 : « Ça permet de, j'ai l'impression, qu'on intègre certaines choses plus facilement que face à un bouquin »

E4 : « dans un groupe de pairs c'est plus concret et on assimile plus rapidement je trouve. »

E8 : « ça facilite l'échange en plus on part sur des cas qui sont concrets et pas abstraits, qui nous ont posé des difficultés »

2.3 Réappropriation du savoir appliqué à la médecine générale

2.3.1 La spécificité de la médecine générale

La participation à un GAP serait une façon de pouvoir aborder en partie la spécificité de la médecine générale, en associant les connaissances générales à des situations particulières vécues en ambulatoire et en analysant des situations nouvelles découvertes pendant le stage chez le praticien. Toutes ces inconnues faisant le lit des incertitudes, dont le flot pourrait être ralenti si chacun apportait une part de son expérience et de son savoir personnel.

E5 : « Je pense que c'est le moyen le plus direct […] de se mettre à jour y compris au niveau connaissances et puis d'avoir une vision de toutes les choses bénignes ou passagères qu'on n'apprend pas à la fac justement. »

E10 : « Je pense que ça serait une manière d'aborder justement toutes les questions, voilà en fait de, 'fin justement de motifs de, 'fin tous les motifs de consultation un petit peu particuliers qui peuvent être spécifiques à la médecine générale qu'on retrouve pas du tout dans le reste de nos stages, sauf les maîtrises de stage justement. Je pense que ça serait une bonne manière d'aborder la spécificité de la médecine générale justement. »

E10 : « En faisant parler différentes personnes d'un groupe on risque d'avoir plus le, de plus montrer la réalité des différentes pratiques de médecine générale que si tu as un médecin qui vient parler, 'fin t'expliquer comment faire, […] y'a pas de réponse parfaite devant une incertitude diagnostique et que c'est important de pouvoir laisser s'exprimer les médecins et les internes qui sont des médecins, 'fin voilà, qui seront bientôt installés »

F1 : « c'est une fois que tu t'es émancipé du…de l'obligation de connaissances théoriques, qui est le minimum de base, tu peux commencer à rentrer dans une dimension justement plus, 'fin plus propre à la *med gé* et celle qui me plaît moi, et le fait de se réunir en groupe, c'est bah voilà, moi, pour moi, c'était vraiment le moteur qui m'a, mené à faire ce groupe. [En parlant du GAP autonome] »

2.3.2 Pont entre pratique et EBM

Une des problématiques soulevée par l'incertitude diagnostique était cette difficulté à faire le lien entre le bagage théorique et l'apprentissage pratique[14], encore plus perceptible en exercice libéral. Le GAP était perçu comme un moyen de lisser les irrégularités ressenties lors du passage de l'un à l'autre.

E5 : « Après on a monté un groupe avec quelques copains […] Et le but était aussi pour nous d'apprendre à adapter nos connaissances purement médicales à notre pratique »
E7 : « les *reco'*[15] elles peuvent apporter une solution, […] l'*evidence-based medicine*, mais c'est bien aussi de savoir avec l'expérience que chacun peut partager et...et de voir comment on fait en fait, je trouve que l'expérience de la personne en plus des *reco'* est aussi importante quoi »

L'analyse des pratiques donnait la possibilité d'exploiter ces zones grises qui n'avaient pas de place dans l'EBM, et de laisser s'exprimer des critères plus subjectifs, du moins non-biomédicaux, entrant inévitablement dans la démarche réflexive.

E6 : « ce qui pourrait compléter l'EBM c'est complètement l'analyse des pratiques […] d'analyser ta propre pratique et d'analyser ton incertitude c'est ce qui fait que tu vas anticiper plein de trucs. […] 'Fin voilà c'est comme ça que tu seras jamais attaqué et l'on t'en voudra pas de te tromper, par contre on est obligé de se tromper, on n'est jamais, on n'est jamais dans des trucs blancs ou noirs et on est toujours en zones grises »
F1 : « l'EBM aujourd'hui, qui est un outil plein de bon sens hein, y'a pas de souci là-dessus, c'est des outils qui, qui ne visent qu'à objectiver les choses reproductibles, et donc on arrive […] à l'internat, en gros notre bagage c'est ça, c'est des outils dont tous les modes intellectuels de création sont dans l'objectivation des choses reproductibles. Et puis d'interne on devient médecin et on se retrouve à gérer des patients, en situation sociale. […] Et des outils pour aiguiser notre sens clinique de la gestion de l'histoire individuelle du patient confronté à ces cadres objectifs, bah dans la formation concrètement on n'en n'a pas je pense. Et le groupe de pairs, pour moi, c'est une façon de, de trouver un outil pour travailler ça. »
F1 : « Mais une fois que toi t'es médecin en cabinet face à ton patient, et ben tous les critères subjectifs que t'as mis de côté dans ce travail pour isoler l'effet spécifique ils reviennent […] Tu

[14] Cf Partie 1, Chapitre 1.2 Conflit entre réalité pratique et formation théorique
[15] Les recommandations

pars d'un cas singulier pour aller vers des grandes cohortes ça c'est le travail aller que fait l'EBM et c'est un outil pertinent pour ça, mais que pour ça, et le travail retour, et ben pour moi on n'a pas d'outils pour faire ce chemin-là, et le groupe de pairs est à mon sens un des outils qui permet de faire ce chemin retour. »

2.3.3 Savoir biomédical enrichi du champ psychosocial

Dans la même idée que le chapitre précédant, le GAP permettrait de prendre conscience de la dimension humaine indéfectible de la relation médecin-patient, et par la même, de prendre en compte le patient dans son ensemble dans une approche bio-psycho-sociale. Cela faisait partie des stratégies développées par les jeunes médecins dans la démarche diagnostique en situation d'incertitude[16] sans avoir vraiment les moyens de le faire, endigués par un schéma de réflexion trop strict.

E3 : « en plus ça a une sorte de vocation fédératrice entre les pairs et puis, et comme y'a un aspect local, ça permet de mettre le doigt sur la particularité un peu de la population »

E6 : « le fait d'analyser des consultations dans des termes plus humains tu vois. »

F1 : « c'est ce qu'on a dit tout à l'heure, mais c'est une question de confrontation de subjectivités : celle du patient, celle du médecin, celles des autres pairs autour de nous »

F2 : « je pense que les groupes de pairs pendant les, pendant l'internat ou à cette époque-là, ça commence à faire la transition […] les groupes pairs ça permet de nous dire, comment on les gère humainement, médicalement mais pas de façon académique, si on se dit que « académique » c'est « dans les livres », et ça nous prépare au fait de gérer des humains quoi, et que effectivement la médecine c'est pas des maths où quand t'as 4 briques, ben t'as 4 briques et si t'en rajoute 2, ben ça t'en fait 6 »

F3 : « Donc bon le côté théorique moi ça me va très bien puisque ça me motive à revoir un peu certaines pathologies mais surtout c'est vrai que parler du côté pratique c'est surtout sur le côté…ce que ça apporte c'est sur la, la relation médecin-patient en fait, quand tu entends d'autres personnes te dire comment eux ils feraient, comment ils gèreraient c'est vrai que ça te donne des pistes et tu te dis : *« oui c'est vrai que je devrais peut-être essayer d'adopter un peu plus cette attitude dans la communication, ou dans la relation. »* »

[16] Cf Partie 1, Chapitre 2 Leurs stratégies, Les autres variables

2.4 Modalités de mise en place

Contre toute attente beaucoup de jeunes médecins interviewés ont proposé spontanément des modalités de mise en place de GAP pour la faculté de Marseille, en prenant exemple sur ce qu'il se faisait déjà avec le GEDPC, ou sur d'autres facultés, en fonction de leurs envies et de leurs attentes.

Certains proposaient, par exemple, des GAP tout au long de l'internat, avec un même groupe fixe pour garantir la collégialité et la familiarité qui étaient nécessaires à la libération de la parole.

E1 : « créer un groupe de pairs déjà, dès le premier semestre, […] et ça permet de se faire déjà…pendant les 3 années d'internat, de se donner l'habitude de discuter avec ses futurs…ses confrères, et de prendre l'habitude de parler de ses problèmes, comme ça, ça pourrait être une idée, et puis quelque chose qui est encadré, même de loin par la fac, ou il faut juste remettre à la fin un compte rendu de réunion »

E2 : « il ne faut pas non plus être trop utopique mais clairement je pense que pour que les gens puissent parler il faut qu'ils soient très peu nombreux sinon ils ne parlent pas, donc il faudrait faire des groupes, comme des travaux pratiques là, comme on était en GEDPC. Alors je sais pas la fréquence mais, mon utopie ça serait de dire tous les 1 mois ½ – 2 mois après il faut voir si ça serait réalisable mais ce qui est sûr c'est qu'il faudrait une fréquence bien définie. »

F1 : « Donc une séance en amphi où tu fais des sous-groupes 1 fois...je pense que t'as pas le bénéfice...t'arrives pas au niveau du bénéfice du groupe de pairs quoi. Après d'un autre côté je pense aussi que les groupes de pairs au bout de 1 an, 2 ans, 3 ans, c'est bien de changer de personnes et de pas s'encroûter dans un truc, où on finit par se connaître, se ressembler, on fait tous la même chose, mais ça c'est d'autres problèmes qui peuvent venir plus tard mais, mais je suis pas sûr que ça puisse fonctionner rien qu'en divisant l'amphi en sous-groupes en 1 séance quoi. »

Ils proposaient que les GAP soient en rapport avec les terrains de stage avec un changement tous les semestres, pour avoir une formation en fonction des attentes du moment. Une formation plus concrète et responsabilisante permettant d'entretenir le lien avec la médecine générale même pendant les stages hospitaliers.

E9 : « Mais sur cette idée de prendre du coup des internes de différents semestres mais qui

régulièrement, sur 6 mois en tout cas, se réunissent, chapeautés par un médecin, et tout ça qui tourne tous les 6 mois »

F1 : « ça serait peut-être plus pertinent de dire, ben on a six mois, six items, […] et de le faire fonctionner comme un groupe de pairs, où on part des *reco*'. C'est ce que je disais tout à l'heure voilà, c'est s'émanciper du devoir de compétences, qui est là qui est nécessaire, pour passer à ce qui est intéressant, au niveau…qui pour moi est le niveau de formation qu'on attend de l'internat quoi. »

F4 : « des groupes par semestre, par type de semestre quoi, qu'on soit en pédiatrie...ça permettrait de faire un suivi sur un semestre, une fois par mois, au lieu de faire...quand t'es en cours de pédiatrie, de faire un module sur la psychiatrie quoi ! Tu baignes dedans donc t'as envie d'apprendre, t'as envie de te perfectionner »

Ou encore pendant et après la maîtrise de stage, une fois que la problématique de l'incertitude diagnostique avait été touchée du doigt.

F4 : « Nous on a fait ce groupe de pairs au moment où on s'est rendu compte que nous, nous on en avait besoin […] Quand on est chez le praticien c'est le moment où on se rend compte vraiment de la problématique […] Et donc est-ce que il faut le faire avant ou après avoir été confronté à l'incertitude ? C'est, c'est une question que je me pose encore. Je sais pas si il faut être formé au groupes de pairs avant, est-ce qu'on en tirera vraiment un bénéfice, ou est-ce que il faut attendre d'avoir été confronté au problème pour créer ces groupes de pairs »

E1 : « quand on est en maitrise de stage au sein des différents, des différents départements, on peut le faire mais peut-être être directement immergé dans un vrai GEDPC [Sous-entendu groupe de pairs] ou un GdP® local »

E7 : « je trouve que ouais c'est...il faut aborder ça une fois qu'on a un peu…qu'on s'est rendu compte qu'on a un problème avec quoi [Sous-entendu avec l'incertitude diagnostique] et du coup peut-être que pendant la maîtrise de stage ça serait chouette de faire des minis groupes de pairs entre internes ou genre que ça soit chapeauté par un médecin quoi »

Ces GAP pourraient être encadrés de près ou de loin par un médecin enseignant.

E1 : « juste sur le premier il y a un enseignant qui vient guider, donner les objectifs, expliquer comment va se remplir la trame qu'on va devoir rendre à l'issue de la réunion, et que après ce

soit en autonomie, l'organisation, ce sera peut-être plus convivial et parce que la peut-être que le cadre un peu rigide de l'enseignement et que ben du coup, le regard un peu de l'enseignant va... »

E9 : « chapeautés par un médecin »

Il y avait une forte volonté de généraliser cet enseignement à l'ensemble des internes de médecine générale.

E2 : « ça résulte effectivement du module qu'on avait eu, c'est que je pense que les groupes de pairs […] ça devrait être imposé et parce que je pense qu'il y a beaucoup de gens qui doivent avoir des difficultés à communiquer à l'oral, c'est pas forcément évident, enfin je veux dire si on te force pas je pense, on est un peu jeunes, et du coup c'est pas forcément une évidence que ce genre de chose ça peut être important pour nous, mais ça devrait à mon sens être obligatoire »

E8 : « A Lyon par exemple ils sont obligatoires, ils sont répartis aléatoirement par petits groupes de 5 ou 6 et chaque semestre ils ont au moins un groupe comme ça. Et après si le groupe fonctionne ils peuvent en faire d'autres de leur propre initiative. »

E1 : « soit sur la base du volontariat où les internes ils choisissent eux même quels sont leurs, quel est leur groupe de pairs ; ou d'être sur quelque chose de plus formalisé »

E4 : « Du module GEDPC, faudrait qu'on y passe tous en plus des groupes de pairs, pour vraiment appréhender aussi, ben de façon théorique peut-être cette incertitude. »

2.5 Vécu du GEDPC actuel

De manière générale l'apprentissage sous forme de GAP représenté par le GEPC avait été apprécié par les jeunes médecins interrogés.

E5 : « juste en participant à ces 2 séances, moi je me suis sentie après coup rassurée, j'avais appris des choses concrètes et puis c'était chouette juste d'en parler et puis je sais pas, on se sent moins seul je trouve, on se rend compte que les autres doutent aussi. »

E7 : « j'avais bien aimé le groupe GEDPC parce que du coup ça permettait d'échanger de voir que bah finalement on peut pas non plus tout quoi, tu vois de toujours de dire à la fin de la consultation ben ouais il y a un diagnostic un traitement et puis ça va marcher et puis c'est pas

vrai. »

E8 : « j’aurai tendance à dire que ça module a été le plus utile de tous les modules de DES de médecine, ‘fin c’est celui qui m’a rendu le plus de service à moi. »

Néanmoins ils mettaient en évidence quelques limites, faisant apparaître leur motivation pour enrichir et améliorer ce type d’enseignement. Ils signalaient, par exemple, le nombre réduit de séances, l’accès limité au module à seulement quelques internes, ou encore le côté trop théorique.

E2 : « y'a qu'une ébauche là, le GEDPC c'est très bien mais, c’est une ébauche de ce qu'il faudrait faire après »

E1 : « peut-être plus sous une forme tout au long de l'internat avec le même groupe de pairs qui se réuni pendant 6 semestres d'affilés, comme ça, ça crée, ben comme dans un vrai groupe de pairs, peut-être une, peut-être quelque chose de plus convivial comme ben nous on s'est vu que 3 fois ponctuellement sur un semestre, on n'avait pas de lien forcément, c'était un peu trop artificiel »

F1 : « Ouais mais, apprendre à communiquer sur l’incertitude ou sur les choses subjectives et difficiles à verbaliser je pense que ça prend du temps, et faire une séance avec un groupe de gens que tu reverras pas... »

E2 : « à mon sens c'est pas que ça m'a rien apporté de plus, mais c'est vrai que ça reste malgré tout quand même relativement très théorique, après en même temps il faut bien nous apprendre la façon dont se fait un groupe de pairs et c'est juste que là, à nouveau, j’avais trouvé ça un peu trop protocolaire »

E4 : « mais il n’est pas assez popularisé ce module-là, peut-être parce qu’il était pour un petit nombre de personnes, en fait il devrait être obligatoire ce module-là. »

E8 : « je pense qu’effectivement il faudrait qu’ils mettent plus en avant ce module qui est vraiment intéressant et qui justement ouvre à tout ça. Parce que personne connaît, quand j’en parle des GdP®, personne n’est au courant. C’est vraiment très peu connu. »

2.6 Intérêt pour la pratique future

2.6.1 Développement d'un réseau

Une ébauche de réseau se forme pendant l'internat, notamment avec les praticiens hospitaliers qui nous ont formés. Ce réseau permettait de solliciter l'avis de confrères plus facilement, il s'agissait évidemment d'une stratégie pour la gestion de l'incertitude diagnostique.[17]

E7 : « j'ai appelé docteur F. avec qui j'étais en stage avant » E9 : « du coup j'étais passé aux urgences [Sous-entendu en stage], j'ai pu appeler, leur dire, voilà présenter un peu la chose derrière quoi, et du coup avoir un retour aussi derrière quoi. »

Les jeunes médecins voyaient le GAP comme une possibilité pour étoffer ce réseau. La plupart imaginait des GAP qui seraient en fonction des terrains stages[18]. D'ailleurs bien souvent les premiers remplacements s'effectuent autour du lieu d'internat ou de la maîtrise de stage, le réseau développé alors, faciliterait les premiers pas du médecin remplaçant.

Se sentir entouré par un réseau était un moyen d'apaiser le sentiment de solitude qui émergeait des situations d'incertitude [19] et de se sentir épaulé par ses confrères dans des moments de doute.

E6 : « ça te crée un réseau, tu te rends compte un peu comment sont les gens, c'est marrant quoi tu vois, et puis ils partagent plein de trucs, ils partagent ouais voilà, leurs carnets d'adresses. » E8 : « Les rencontres aussi, le réseau, dans le sens où moi je vais m'installer dans une région où je connais pour le moment pas grand monde. » F5 : « dans la formation c'est…c'est, nous apprendre à manipuler un outil [En parlant du GAP] qui va forcément nous servir plus tard […], donc se rassurer, comme tu l'as dit, gérer la solitude alors qu'on n'est pas du tout habitué, […] gérer la solitude c'est aussi, […] à qui on va s'adresser quand on a un doute, dans quel délai, ce genre de truc…comment on va demander nos avis. »

[17] Cf Partie 1, Chapitre 2.1.1. Axe principal de la démarche diagnostique
[18] Cf Partie 2, Chapitre 2.4 Modalités de mise en place
[19] Cf Partie 1, Chapitre 1.3.4. Solitude

Enfin, il permettrait aussi de créer du lien entre les pairs, qui étaient un soutien important dans ces situations d'incertitude diagnostique.[20]

E3 : « Parce que t'as un staff à l'hôpital finalement c'est le but des staffs c'est de créer du lien entre les spécialités pour avancer sur les patients, et là c'est un peu pareil sauf que nous on est seul, donc ça, ça fédère, ouais, en plus ça a une sorte de vocation fédératrice entre les pairs »
E10 : « ça contribue quand même à créer ton réseau entre *prat*' même si tu vas pas forcément, spécifiquement, avoir besoin d'eux sur le plan professionnel parce que, parce qu'il sont de la même spécialité que toi, mais en terme de soutien professionnel je pense que c'est hyper important »
E4 : « le côté confraternel du groupe de pairs, que si c'est agréable de se réunir le soir, ou entre midi et deux entre collègues, de prendre ce temps vraiment pour rencontrer ses confrères qu'on voit jamais en fait »

2.6.2 Pont vers un Groupe de Pairs®

L'apprentissage par GAP s'est révélé être une ouverture pour l'éventuelle participation future à un GdP® une fois les jeunes médecins installés. L'incertitude diagnostique était une réalité pratique quotidienne qui concernait l'ensemble des praticiens quel que soit leurs degrés d'expérience. De plus les GAP couvraient un large champ d'applications, comme on l'a vu dans cette deuxième partie, ce qui représentait un élément supplémentaire motivant l'intégration dans un GdP®.
Le module GEDPC était un tremplin qui ouvrait la voie à ce type de réflexion de groupe. La participation à un GdP® au cours de la maîtrise de stage potentialisait cette envie d'en intégrer un, en montrant toute l'étendue réelle, sur le plan pratique, de ses champs d'application.

E1 : « c'est que cette incertitude diagnostique on y est confronté tous les jours […], enfin il faut qu'on trouve des réponses à ses questions quand on n'y arrive pas tout seul, […] si on sait pas qu'il y a des GdP® qui existent, on n'a peut-être pas forcément l'idée d'en créer un ou de juste de se renseigner et de se rendre compte qu'il existe un GdP® là où on est. »
E1 : « si j'avais pas fait ce module j'aurai pas su que ça existait, j'aurai pas eu envie de participer à un GdP® »
E4 : « ça m'a donné envie effectivement de participer à un GdP®, […] et moi ça m'avait rassuré

[20] Cf Partie 1, Chapitre 2.1.1. Axe principal de la démarche diagnostique

de voir qu'effectivement y'avait ces endroits où on pouvait déjà parler de choses difficiles, on vient pas seulement énoncer un diagnostic, des fois on peut aussi discuter de cas qui nous ont posés problème, hors cas clinique qu'on va énoncer, voir effectivement de mieux savoir gérer le doute. »

E10 : « Alors ça m'a donné envie d'abord parce qu'il y a une certaine émulation je trouve […] s'intéresser à mieux aborder différents aspects de notre pratique »

E3 : « ça te maintient un pied dans l'étrier de l'étudiant en fait quelque part et rien que pour ça je trouve que c'est très positif. »

E8 : « ces GdP®, je connaissais pas ces groupes-là, et ça m'a donné effectivement envie de me renseigner lors de mon installation future, de voir autour de moi si des GdP® existent. »

Les jeunes médecins pensaient que le fait d'être familiarisés le plus tôt possible avec l'analyse des pratiques sous forme de groupes de pairs était un moyen d'en promouvoir l'intérêt dans son application professionnelle, et donc de donner envie de l'intégrer dans sa pratique courante. Et même pourquoi ne pas perpétuer certains groupes mis en place à la faculté au-delà de l'internat, comme cela s'est déjà vu.

E1 : « je sais plus qui m'avait raconté que justement ces, dans ces groupes de pairs, qui se faisaient sur les 3 années d'internat, y'a des gens qui continuaient à se réunir par habitude même s'ils ne s'étaient pas installés au même endroit, et ça pouvait...qui poursuivaient la tradition de ce groupe de pairs au-delà de l'internat »

E5 : « Je pense que c'est une pratique qui va se généraliser dans les années à venir parce qu'on a été plus sensibilisé, qu'on a été éduqué autrement qu'on veut plus d'une pratique isolée tout seul dans notre coin »

E9 : « C'est quelque chose aussi qu'on peut faire en tant qu'étudiant et du coup prendre ce réflexe derrière, en tant que praticien »

DISCUSSION

1 Forces et limites de l'étude

Le choix de la méthode analytique s'est porté sur l'analyse inductive générale parce qu'elle se prêtait bien à l'analyse de données provenant d'objets d'étude à caractère exploratoire, pour lesquels il n'existait pas de modèle préexistant (18). En effet l'originalité de cette étude était de mettre en lien, au travers du vécu de jeunes médecins, l'outil pédagogique qu'était le GAP avec la gestion de l'incertitude diagnostique ; deux thématiques qui, à la connaissance de la chercheuse, n'avaient pas été reliées jusqu'à présent. La démarche très linéaire de cette méthode a facilité le travail de la chercheuse débutante, mais risquait de limiter la démarche compréhensive qui avait pour but de faire émerger le sens explicatif global des données collectées. (18)

En ce qui concerne la pertinence de l'étude, les sujets qui constituaient l'échantillon ont été sélectionnés au regard de l'objectif de recherche et de la possibilité de comparaison entre eux comme le mentionnent Savoie-Zajc (2000) et Pirès (1997). Ils étaient tous liés par la pertinence de leurs caractéristiques, faisant référence au caractère unique de l'objet de l'étude en ayant participé à un GAP et effectué leur maîtrise de stage ; et différents quant à leur parcours universitaire et professionnel dans le but d'obtenir un échantillon diversifié pour établir une comparaison porteuse de sens.

Le recrutement a été effectué à l'aide de la liste des internes ayant participé au module GEDPC, fournie par un enseignant, et des jeunes médecins ayant participé à des GdP®, dans le même département que la chercheuse pour faciliter la prise de contact. Il s'agissait d'internes ou de médecins thésés, ou non, volontaires ; on pouvait donc supposer que leur degré d'implication était supérieur à d'autres, mais cela ne présupposait en rien de leur avis sur la question de recherche.

Au sujet de la fiabilité, deux méthodes de recueil des données ont été utilisées pour pallier les interférences -biais- induites par l'une des méthodes en effectuant une triangulation (26). Dans l'entretien semi-dirigé, la pré-structuration risquait d'orienter un discours ou être responsable d'une mauvaise compréhension par l'interviewé, même si le cadre intérieur a fait l'objet de restructurations avec l'aide du directeur de projet (27). Le risque était d'autant plus important que la chercheuse était inexpérimentée dans les techniques d'entretien et le lien, parfois préexistant entre l'intervieweur et l'interviewé, rendait l'intersubjectivité inévitable, pouvant

induire un biais de recueil et d'interprétation des données. Les compétences de la chercheuse dans les capacités relationnelles, d'écoute et de respect aidaient en partie à contrebalancer ce manque de compétence professionnelle et technique. De plus, la triangulation avec la méthode du focus groupe a permis de réduire ces interférences. Les membres du groupe avaient l'habitude d'interagir ensemble ce qui a permis une remarquable fluidité de la discussion, avec un respect immédiat du contrat de communication énoncé en début de réunion[21], facilitant nettement la tâche de la chercheuse qui animait son premier groupe focus. Pour pallier l'absence physique de l'observateur au cours du groupe focus, une personne neutre avait été mandatée pour filmer avec une caméra grand angle, l'ensemble de la réunion. Son rôle consistait à gérer tous les aspects techniques et les éventuelles déconvenues. La qualité des images et du son, ainsi que la possibilité pour l'observateur de revisionner certains passages plusieurs fois, ont permis de compenser son absence.

Un autre élément, s'ajoutant à la stabilité de la collecte des données, était l'obtention de la saturation des données après le huitième entretien qui permettait de parer aux limites de chaque dispositif (entretien semi dirigé et groupe focus) (19). Pour rappel, la saturation est atteinte *« lorsque aucune donnée suffisamment nouvelle ne ressort des derniers entretiens ou observations pour justifier une augmentation du matériel empirique. On dira dans ce cas que l'échantillon est représentatif en ce qui concerne les processus sociaux »* Pourtois et Desmet (1997).

L'objectivité dans cette étude était limitée par la présence d'un seul chercheur, qui empêchait la réalisation d'un double codage entachant la validité interne de l'étude. La vérification de la clarté des catégories par le directeur de thèse a permis de faire contrepoids sans pour autant arriver à un équilibre. De plus le codage a été effectué à l'aide du logiciel *N'Vivo 11*, ce qui limitait drastiquement la possibilité de perte de données, et permettait une vue d'ensemble en navigant facilement d'un verbatim à un autre (19).

[21] Cf Annexe 2

2 A propos des résultats

Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'intérêt des groupes de d'analyse des pratiques (GAP) dans l'enseignement du DES de Médecine Générale dans la formation à la gestion de l'incertitude diagnostique. La thématique était double abordant celle de l'incertitude diagnostique et celle des GAP. Le questionnaire, volontairement progressif, s'articulait autour de ces deux thématiques et de deux grandes idées qui gravitaient autour de l'incertitude diagnostique, à savoir l'impact émotionnel et l'EBM. Ces deux idées, retrouvées dans la littérature, faisaient d'elle toute sa problématique dans sa gestion (16,28). On remarquera que dans le groupe focus, l'ensemble de ces idées ont été abordées spontanément, sans avoir eu recours, à aucun moment, aux questions de relance. Cela a permis à postériori de confirmer la pertinence de la grille d'entretien. La chercheuse a choisi d'aborder la question de recherche en ciblant, premièrement, la vision des jeunes médecins en situation d'incertitude diagnostique avec leurs problématiques et leurs stratégies, pour secondairement mettre en exergue tout le potentiel qu'offraient, selon eux, les GAP dans ces situations, en essayant le plus possible de faire émerger ce lien de manière spontanée. Là où le sujet était risqué, c'était qu'avec cette thématique double, le discours s'oriente préférentiellement vers l'une des deux thématiques. L'engouement inattendu sur le questionnement de l'incertitude diagnostique a été tel qu'il fut parfois difficile pour la chercheuse, novice, de les recentrer sur le sujet du GAP. La durée moyenne des entretiens était de 42 mn, les données récoltées ont donc été très denses. On sentait que les jeunes médecins avaient envie de s'exprimer, même si la discussion s'attardait parfois trop longuement sur la problématique inhérente à l'incertitude ; d'une certaine façon cela reflétait leur besoin d'outils pour sa gestion, et l'échange en représentait un bon moyen.

La limite était floue entre les problématiques et les stratégies mises en place par les jeunes médecins. Les deux s'interpénétraient, rendant d'autant plus difficile pour eux la clarification de ces situations complexes d'incertitude. A titre d'exemple, la communication était une problématique majeure dans l'incertitude diagnostique, mais elle représentait une des stratégies à mettre en place pour améliorer sa gestion. Ou encore l'EBM, qui était à la fois une problématique et une stratégie. Ce qu'on retrouvait, en fait, dans ce travail, était un manque flagrant d'outils pour arriver à connecter cet ensemble. L'outil proposé était le GAP, tant dans sa dimension groupe, que dans sa dimension analyse de pratique, il répondait quasiment point par

point aux difficultés exposées dans la première partie. De plus, il répondait à une volonté des étudiants d'un changement dans l'enseignement pour une transition vers le paradigme d'apprentissage.

2.1 Méthode d'apprentissage

Le GAP est issu d'une méthode d'apprentissage où les connaissances sont construites en fonction des questionnements des étudiants, en rapport à des situations authentiques, en interaction avec leurs pairs et leurs professeurs. Ces derniers sont à la fois facilitateurs de l'apprentissage et apprenants. L'évaluation, l'enseignement et l'apprentissage font partie d'un même processus mené conjointement. Contrairement au paradigme d'enseignement où la transmission du savoir est pyramidale, dans une relation enseignant-enseigné, généralement sous forme de cours magistraux, où l'enseigné reçoit passivement les informations sur lesquelles il sera à postériori évalué (11).

Il s'agit d'une méthode pédagogique reconnue, appliquée depuis 2002 dans de nombreuses facultés françaises sous l'impulsion du CNGE (12) et outre-Atlantique. Au Canada, les cadres conceptuels du paradigme d'apprentissage sont une référence en matière d'enseignement (29,30).

Une méthode pédagogique issue du paradigme d'apprentissage, le « *peer-mentorship* », mentorat par les pairs, notamment sous forme de groupes, a beaucoup été à l'étude dans de nombreux pays anglo-saxons, tels que le Canada, les États-Unis, l'Australie, en post-doctorat (*postgraduate*). Il s'agit d'une forme de mentorat en alternative à la relation dyadique pure qu'offre le schéma traditionnel du tutorat, souvent pratiqué dans ces pays, où un senior supervise le cursus universitaire du jeune médecin. Le mentorat par groupe de pairs, outre son attrait pour les jeunes médecins, apporte d'excellents résultats en terme d'apprentissage des compétences, de satisfaction et de soutien sur le plan professionnel et universitaire (31–34). De plus, il permet d'accompagner la transition de l'étudiant au praticien diplômé en activité (35). Il faut savoir que le cursus des études médicales dans le système anglo-saxon est radicalement différent du cursus français, puisque la spécialisation s'effectue après quatre années d'études sanctionnées par le diplôme de « *Doctor of Medicine »* (MD) (36).

De même le « *peer-teaching* » en pré-doctorat (*undergraduate*) est une forme assez répandue d'apprentissage dans les pays anglosaxons. Au Royaume-Uni cette forme d'enseignement et ses

bénéfices ont été officiellement reconnus par la « *General Medical Council* » (GMC). Aux États-Unis, dans une étude menée en 2010 portant sur 130 écoles de médecine, 99 (76%) utilisent l'enseignement sous forme de « *peer-teaching* » (37). Une revue de la littérature sur le « *peer-teaching* » portant sur des études venues des cinq continents, indique que l'enseignement sous cette forme est équivalent en terme de résultats sur les objectifs d'apprentissage à une forme plus conventionnelle d'enseignement (38).

La qualité de l'apprentissage par les pairs ne fait pas de doute, à la fois par ce que montrent ces études, mais aussi par ce que nous montre la pratique. En effet, des responsabilités importantes sont assumées quotidiennement par les internes, même par les plus jeunes, et ce, la plupart du temps de manière remarquable. De la même manière, les jeunes médecins pourraient tout à fait assumer une part plus importante de responsabilités en ce qui concerne leur apprentissage, ce qui favoriserait l'acquisition d'une autonomie réflexive, et donnerait la satisfaction aux internes de faire partie intégrante de leur propre formation. A l'image de l'étudiant-médecin performant, l'étudiant-enseignant devrait avoir toute sa place.

Le désir émis, par les jeunes médecins, d'une nouvelle forme d'enseignement, s'intégrait parfaitement dans l'aire des grandes réformes du DES. En effet la réforme du troisième cycle des études médicales met l'accent entre autres sur le côté pédagogique (39) :

« Art. 5. – L'utilisation de méthodes pédagogiques innovantes dans le cadre d'une approche par compétences et adaptées aux caractéristiques des étudiants concernés est encouragée. Sont notamment privilégiés : […]

– l'apprentissage en contexte professionnel réel sur la base de séances de débriefing avec rétroaction ;

– les groupes d'échanges de pratiques et de confrontation-débat. »

Plusieurs freins ont été identifiés à la mise en place de ces GAP en médecine générale dont les principaux sont :

« le ratio enseignant/étudiants est jusqu'à dix fois plus faible que pour les autres spécialités » ce qui limite les capacités pédagogiques des Départements Universitaires de Médecine Générale (DUMG) selon l'InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) (40).

Et le manque de moyens financiers dont souffre le DUMG de la faculté de médecine de Marseille, probablement en lien avec des restrictions budgétaires bien plus globales qui frappent le domaine de la santé.

Face à ces mêmes difficultés financières, l'Université d'Australie du Sud, a étudié l'intérêt du « *peer-teaching* » sur le plan pédagogique mais aussi économique, aucune preuve sur son intérêt en termes de coût-bénéfice et coût-efficacité n'a été retrouvé dans la littérature, même si cette solution paraît économiquement viable (41). A l'Université Caroline d'Est aux États-Unis et celle de Toronto au Canada, le gain financier d'un mentorat par groupe de pairs est bien réel et effectif. (32,33). En plus du manque de moyens financiers, la forme de mentorat par groupes de pairs circonvient à des difficultés telles que le manque de tuteurs, et les limitations et incohérences induites par la perspective d'un seul tuteur. (32)

On sait pourtant que ce type d'enseignement est globalement apprécié par les étudiants français. Un travail de thèse réalisé en 2009, sur l'adéquation entre les enseignements proposés par le DES de médecine générale à Paris VI et les attentes des étudiants, met en évidence que les groupes de pairs répondent aux attentes de 87,5% des étudiants (6). Sur la même lignée, l'analyse du ressenti des internes vis-à-vis de l'enseignement théorique du D.E.S. de Médecine Générale à Amiens (2014) par L. Ricard, montre que les internes plébiscitent les Groupes d'Echange de Pratiques (GEP) à l'unanimité et souhaitent qu'ils prennent plus de place dans leur enseignement, voire même, qu'ils remplacent la totalité des cours dispensés (7). Le ressenti pour les GEP de Tours est tout aussi positif (8). L'avis est plus nuancé dans d'autres études, par exemple au sujet des Groupes d'Entraînement à l'Analyse des Situations Professionnelles (GEASP) à la faculté de Nice, la satisfaction générale est de 56%. L'auteur explique ces résultats comme étant plutôt le reflet d'un désir d'aménagement que le rejet de la méthode. Les internes interrogés proposent une réflexion conjointe entre enseignant et étudiants sur les objectifs d'apprentissage, ainsi qu'une plus grande flexibilité sur les sujets abordés à l'image des GdP®, atténuant le côté scolaire et infantilisant difficile à accepter en 3ème cycle (42). Ces mêmes idées se retrouvent dans l'étude sur le ressenti des internes de médecine générale de la faculté de Poitiers à propos des Groupes d'Echange et d'Analyse des Pratiques pour Internes (GEAPI). De plus, selon eux, la pleine mesure de l'intérêt de ces groupes ne pouvait se sentir qu'après la maîtrise de stage (43). Ce qui, d'ailleurs, ne devrait plus être un frein depuis la mise en place de la réforme du 3ème cycle, selon laquelle la maîtrise de stage s'effectuera au cours de la première année. Pour les internes de la

faculté de médecine de Paris Île-de-France-Ouest, participants aux Entretiens Collectifs Monitorés (ECM), la nuance se voit en fonction des années d'étude. Les étudiants de troisième année valorisent ce type d'enseignement en voyant un intérêt dans l'acquisition d'une autonomie et de l'esprit critique qui en découle, ceux de deuxième année ont un avis plus mitigé mais commencent à en comprendre l'intérêt, quant à ceux de première année, ils recherchent un enseignement plus directif (12).

Ce qui ressort globalement de ces travaux, c'est l'aspect très positif qu'offrent ces échanges réflexifs sur des situations vécues, une volonté d'autonomie plus importante dans le fonctionnement et le choix des sujets abordés, pour un travail moins scolaire. Le moment le plus approprié paraît être après ou pendant la maîtrise de stage. Ils devraient être évolutifs en fonction de l'année d'étude. Ces objectifs pédagogiques sont superposables aux résultats de notre étude, pour une meilleure gestion de l'incertitude diagnostique.

Un travail dirigé par Y. Brabant, maître de conférences associé de médecine générale à la faculté de Poitiers, portant sur l'état des lieux de ce type d'enseignement en médecine générale dans les facultés de France est actuellement en cours ; il pourra compléter l'ensemble de ces résultats et donner des pistes pratiques pour l'amélioration ou la mise en place des GAP.

L'incertitude est une compétence à acquérir par les internes de médecine générale selon le CNGE et la WONCA. Cette compétence appartient à la famille de compétences « premiers recours, urgences ». Dans un travail de recherche sur la compréhension et l'adhésion à la notion de compétence des internes en médecine générale, illustré par la compétence de « savoir agir en situation d'incertitude », la discussion entre confrères est le moyen qui ressort préférentiellement pour l'acquisition de cette compétence. Pour l'auteur, il s'agit d'un élément supplémentaire, allant dans le sens d'une volonté d'un travail entre pairs, d'échange de pratiques, en cohérence avec le mode de développement professionnel des médecins généralistes. (44)

Pour le département de médecine générale de l'Université catholique de Louvain, un des objectifs justement de ce type d'apprentissage basé sur l'échange sous forme de GAP cible clairement son intérêt dans l'acquisition de la compétence à la gestion de l'incertitude : *« Instaurer une écologie dans une pratique débutante de M.G. [Médecin Généraliste], en particulier - apprendre à gérer l'incertitude et l'angoisse du jeune médecin - par une gestion adéquate de sa pratique, apprendre à avoir du bien-être dans sa pratique. »* (45)

Dans un article, rédigé par des acteurs internationaux de la médecine générale, qui traite de la gestion de l'incertitude comme une compétence essentielle à acquérir par les médecins généralistes, diverses approches sont proposées, notamment celle du groupe de pairs, qui fait partie des outils à prendre en compte pour la gestion de cette dernière (46).

Pourtant, on remarque que des difficultés persistent quant à l'acquisition de cette compétence, mises en lumière par cette étude, confirmant les résultats d'autres travaux. Une thèse illustre particulièrement bien cette idée, elle porte sur les principales thématiques et difficultés rencontrées dans les RSCA des étudiants de médecine générale marseillais (2015), l'incertitude est classée en cinquième position sur dix-neuf autres problématiques. Les deux premières difficultés concernent la communication et l'alliance thérapeutique (47). Ces deux compétences étaient intimement liées à la notion d'incertitude dans notre travail, puisque leur maîtrise participait à sa bonne gestion. Les GAP et leurs vastes champs d'application permettaient d'améliorer ces compétences et par la même, la gestion de l'incertitude.

2.2 Champs d'application

Parce que l'incertitude était multifactorielle et parce que les stratégies développées étaient incomplètes ou souffraient d'un manque d'outils pour être applicables, la gestion de cette incertitude diagnostique était une véritable problématique dont la maîtrise nécessitait des compétences accrues dans de multiples domaines, auxquels les larges champs d'application des GAP pouvaient apporter leur contribution. Cette dernière partie montre à quel point les résultats obtenus dans cette étude font écho aux données de la littérature.

2.2.1 Transition vers l'autonomie complète du jeune médecin

Les champs d'application des GAP sont très vastes, en ayant pris exemple sur la gestion de l'incertitude diagnostique, on s'est rendu compte qu'ils abordaient une multitude de thématiques qui lui étaient rattachée, démultipliant son intérêt et sa force dans l'enseignement.
Suite à la réforme du 3ème cycle, l'organisation du cursus des études médicales a été modifié, avec en médecine générale l'apparition de deux phases (48) :
« La phase 1 : dite phase socle, correspond à l'acquisition des connaissances de base de la spécialité et des compétences transversales nécessaires à l'exercice de la profession. »

« La phase 2 : dite phase d'approfondissement, correspond à l'acquisition approfondie des connaissances et des compétences nécessaires à l'exercice de la spécialité suivie. »

Il existe une troisième phase pour les autres spécialités :

« La phase 3 : dite phase de consolidation, correspond à la consolidation de l'ensemble des connaissances et des compétences professionnelles nécessaires à l'exercice de la spécialité ».

Troisième phase qui ne concerne pour l'instant pas la médecine générale en raison de capacités pédagogiques limitées en terme de moyens humains et du manque de terrains de stage en ambulatoire ne permettant pas l'instauration d'une quatrième année (40).

On pourrait tout à fait imaginer que le GAP fasse partie de la phase socle, comme outil d'appropriation de la spécialité de médecine générale, et de la phase d'approfondissement comme outil de préparation à la transition d'étudiant à praticien diplômé. Voire même dans la continuité, s'inscrire dans un suivi post-doctorat dans l'optique d'une future phase de consolidation. C'est d'ailleurs ce que proposent MicMillan et al. dans leur étude (35), avec la création d'un *« journal-club »* entre pairs, ils organisent des réunions pour aider à conduire la transition des jeunes diplômés pour une pratique indépendante. Ils ont remarqué qu'au cours de leurs réunions trois thèmes sont récurrents, dont celui de la « navigation en eaux-troubles » *(« navigating uncharted waters »)* faisant référence aux situations nouvelles et inconnues auxquelles les jeunes praticiens doivent faire face. Ce thème, associé aux deux autres, révèle, en fait, « le curriculum caché » *(« hidden curriculum »)* de l'enseignement universitaire, sujets non abordés durant leur cursus, dont le jeune médecin a besoin pour devenir un praticien averti et indépendant. A travers les groupes de pairs, il est donc possible d'avoir une visibilité sur les futures situations auxquelles les jeunes médecins seront confrontés et donc de pouvoir développer des outils pour gérer ces situations. Le but étant d'anticiper certaines situations d'incertitude, problématiques en début d'exercice, par le biais du partage d'expérience. Dans une étude sur un programme collaboratif de mentorat par groupes de pairs à l'Université du Massachusetts, les jeunes médecins interrogés voient à travers ce groupe, l'opportunité d'acquérir de nouvelles compétences pour gérer des problèmes qui ne s'étaient pas posés auparavant (32).

Comme on l'a vu dans nos résultats, la dimension réflexive qu'offrait les GAP était un élément de réponse supplémentaire à la gestion de cette incertitude diagnostique. Par la mise en commun du savoir, le partage d'expérience et la recherche de nouvelles connaissances, ils ouvrent vers

une autonomie réflexive favorisée par le partage entre pairs où la réflexion n'est pas subordonnée par un supérieur, ni au mode de pensée automatique en arbre diagnostique, héritage de l'EBM. A l'image de l'interne qui soigne et apprend à soigner en même temps, le but des GAP est de rendre autonome les jeunes médecins dans leur formation en étant acteurs de leur propre développement professionnel et intellectuel (49). La réflexivité n'est pas innée, elle s'apprend, et il s'agit du niveau d'enseignement attendu en 3ème cycle des études médicales. Il s'agit d'effectuer une rétroaction sur ses actes et de s'autoévaluer, d'analyser les différents aspects essentiels mis en jeu dans une situation, à savoir, les données retirées, les modèles explicatifs et identifier les relations de causes à effets, pour ensuite créer un mode alternatif de fonctionnement (50). Pour Driessen et al. l'enseignant doit conduire l'étudiant dans ce cycle pour le pousser à avoir un regard analytique sur ses propres actions. Il s'agit de l'exacte démarche dans un GAP où l'expertise de groupe remplace l'enseignant et s'affranchit des côtés négatifs de la relation dyadique entre un tuteur et un étudiant, parfois vécue comme un « mariage arrangé » (33).

Comme il est souligné dans une étude qui décrit un programme pilote de mentorat par groupe de pairs, réalisé au sein du département de psychiatrie de l'Université de Toronto, la capacité réflexive développée dans ces groupes d'échange entre pairs permet une meilleure capacité d'adaptation face à des situations inconnues, nouvelles, rencontrées en pratique (33). La réflexion de groupe apporte de nouveaux modes de compréhension faisant émerger de nouvelles idées qui seront appliquées spontanément dans de futures nouvelles situations. Cette dynamique réflexive est favorisée par l'absence d'échelle hiérarchique permettant la libre circulation des idées dans un environnement ressenti comme plus sécuritaire (33). Une étude prospective et comparative, sur des internes en anesthésie-réanimation, suggère fortement qu'un apprentissage par groupe d'échange de pratique améliore le raisonnement clinique (51).

L'objectif est d'arriver à développer un mode réflexif adapté à la médecine générale. Aborder les problèmes cliniques par l'angle de vue du futur médecin généraliste permet d'en apprécier toute sa spécificité. Cela pourrait ainsi diminuer ce clivage entre le modèle hospitalier et ambulatoire, responsable des situations d'incertitudes favorisées par une différence de pratique, impliquant des modes de résolutions des problèmes différents. Les GAP permettent donc de transposer l'activité hospitalière de l'interne à celle de l'activité libérale. Dans la thèse de A. Pailloux sur les GEP de Tours, ils permettent de développer une « vision ambulatoire » pour les étudiants en stage hospitalier (8).

L'accomplissement du jeune médecin passe aussi par sa capacité à développer avec son patient une relation solide et stable. Il était parfois difficile, pour les jeunes médecins, dans des situations d'incertitude d'entretenir ce lien quand ils manquaient d'arguments solides. Dans notre étude, le GAP nourrissait le lien en développant des techniques de communication simplement par l'échange entre pairs en s'entraînant à l'oral à manier le verbe avec verve devant un « public » compréhensif, et aussi, en s'échangeant de manière plus directe des outils à utiliser dans ces situations. Le travail effectué en amont des séances permettait de développer un esprit de synthèse, atout nécessaire pour une bonne communication. Le lien entre communication et incertitude est bien connu et décrit dans divers travaux sur la typologie de l'incertitude. Pour Beresford (1991) *« l'incertitude personnelle »* correspond *« aux attentes inconnues et aux difficultés de communication par rapport à une autre personne »*. Hami-Sutton et al. l'ont renommée *« l'incertitude communicationnelle »* qui correspond à *« l'incapacité du médecin à communiquer de manière efficace et atteindre une décision partagée avec le patient »* (13). On retrouve là les principales difficultés exposées par les jeunes médecins dans leurs RSCA et dans notre étude, à savoir la communication et l'alliance thérapeutique (47).

La formation sur la communication n'est pas qu'une espérance que placent les jeunes médecins dans ces GAP, c'est le ressenti effectif des internes ayant bénéficié de ce type d'enseignements (8) y compris sur la communication non-verbale (43). Pour les jeunes médecins ayant créé leur *« journal-club »*, le mentorat par groupe de pairs aide à résoudre des problèmes de communication avec le patient, ou entre confrères, par l'apprentissage de stratégies de communication optimales (35).

2.2.2 Apprentissage d'un modèle médical complexe et global

« The more complex the particular, the greater the uncertainty, and a sick patient is a very complex organism. » (52)

IR. McWhinney

Pour nos jeunes médecins, le GAP donnait l'opportunité de se réapproprier le savoir acquis pour l'appliquer de manière plus spécifique à la médecine générale. Il permettait de faire des ponts entre la réalité pratique, l'EBM et le champ psycho-social.

L'intégration des données psycho-sociales et environnementales au contexte biomédical faisait en fait partie de ce programme d'étude « caché », décrit par MicMillan et al. (35), dévoilé dans

les GAP. Elle faisait partie des difficultés rencontrées par les jeunes médecins en situations d'incertitude, tout en étant à la fois un élément de réponse à sa meilleure gestion. Par ailleurs, il s'agit d'une exigence du Ministère de l'Enseignement Supérieur, issue de l'Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées (39):

« *Art. 2. – Lors de la phase 1 dite phase socle, l'étudiant acquiert des connaissances de base spécifiques à la spécialité suivie et construit un premier niveau socle des compétences nécessaires à l'exercice de la profession. A l'issue de la phase socle : 1°l'étudiant inscrit dans une spécialité médicale ou chirurgicale est capable : […]*

– d'analyser, de poser un diagnostic et de prendre en charge un patient dans sa globalité, en prenant notamment en compte les principales données épidémiologiques ;

– d'intégrer les déterminants de santé, y compris les aspects psychosociaux, culturels et spirituels dans sa pratique ;

– d'intégrer le concept d'exposome et les facteurs environnementaux pouvant avoir un impact sur la santé dont la violence »

Pour IR. McWhinney la vision « *mécanistique »* en médecine générale est en cause, il faut se rappeler qu'un organisme a des capacités que les machines n'ont pas, telles que *« la croissance, la régénération, la guérison, l'auto-gestion et le dépassement de soi »*. Il dit ceci qui illustre parfaitement cette vision globale : *« Le point sur les individus est que leur comportement ne peut pas uniquement être expliqué ou prédit par les lois générales de la science. Le fait que la loi s'appliquera ou non à un individu en particulier dépendra de son histoire, du contexte, ou de son environnement »* (52).

Cette difficulté dans l'approche holistique du patient reposerait en partie sur le mode de raisonnement linéaire appliqué dans la démarche diagnostique. On retiendra de notre travail que le mode de raisonnement principal reposait sur une démarche « hypothético-déductive » avec sa triade « hypothèses, indices, confirmation ». Pour JN Bailly et al. il s'agit d'une méthode souvent utilisée par les étudiants novices (53). Deux autres types de démarche étaient mis en évidence, issus de cette dernière : la démarche « exhaustive » qui visait à envisager toutes les possibilités dans un principe de précaution, participant souvent à entretenir l'incertitude plutôt qu'à être source de réponse, et la démarche « algorithmique » qui visait à rationaliser la problématique en raisonnant par exclusion par un système de démarche binaire.

Cette difficulté de vision globale du patient est déjà abordée dans le travail de recherche de M. Dias et R. Pouchain, au sujet des *symptômes médicalement inexpliqués*, dont le but était d'identifier les déterminants à leur prise en charge. Les modèles médicaux appliqués dans la démarche réflexive font partie de ces déterminants. Pour ces auteurs, le modèle linéaire dit « biomédical », qui prédomine dans la démarche diagnostique des jeunes médecins, est en inadéquation avec la nécessité d'une approche holistique du patient dans des situations pour lesquelles l'interaction avec le milieu psycho-socio-environnemental est forte. Ces situations complexes, où le niveau d'incertitude est élevé, imposent donc une approche par un modèle complexe dit « biopsychosocial » (54).

Un autre déterminant à la prise en charge de *symptômes médicalement inexpliqués* est celui de la gestion de l'incertitude. M. Dias et R. Pouchain concluent que *« la formation médicale influence le niveau de tolérance, ne prépare pas les futurs généralistes à une pratique où l'incertitude n'est plus l'exception mais la règle »*. Cette formation pousse à avoir une posture axée principalement sur le suivi des standards scientifiques, qui laisse peu de place pour l'intégration de données psychosociales dans la réflexion.

S'il s'agit alors d'un échec de l'enseignement du modèle biopsychosocial, comme se questionnent les auteurs (54), qui met en difficulté les jeunes médecins face à la gestion de l'incertitude diagnostique, il paraît d'autant plus important de s'orienter vers une autre méthode d'apprentissage, inscrivant le patient dans un système complexe dans lequel il évolue et avec lequel il interagit.

C'est ce qu'on fait certaines facultés en intégrant le paradigme d'apprentissage dans l'enseignement, notamment sous forme de GAP. C'est l'exemple de la faculté de médecine de Clermont-Ferrand, où la prise en compte de ce modèle bio-psycho-social est clairement ciblé dans les objectifs du Groupe d'Entraînement et d'Analyse des Situations Professionnelles (GEASP) pour le développement des compétences de médecin généraliste (55).

Cette vision globale du patient s'acquiert aussi en prenant du recul avec la médecine de preuves et cette croyance qu'elle véhicule que la science est porteuse de certitude (14). L'outil EBM est indispensable pour la gestion de l'incertitude diagnostique en accord avec une conduite de bonne pratique, la difficulté est de savoir stopper la quête du diagnostic quand l'ensemble des preuves valables ont été recherchées sans apporter de réponse (46).

Dans le paradigme EBM, trois systèmes entrent en jeu et s'interpénètrent pour aboutir à la décision médicale : « l'expérience pratique et clinique », « les préférences du patient » et « les données actuelles de la science » (53). On s'aperçoit dans ce travail, qu'en situation d'incertitude, le système des « données actuelles de la science » prédomine au dépend des deux autres, les données de la science apparaissant comme inébranlables. Est-ce parce l'expérience, pratique et clinique, pauvre du médecin novice, ne permet pas de s'appuyer dessus ? Ou parce les situations d'incertitude rendent difficiles la prise en compte des préférences du patient alors que le médecin lui-même est incertain, et qu'il s'agit d'une façon de garder le contrôle sur la situation ? Tout ceci crée un déséquilibre dans le trépied EBM pouvant expliquer, en partie, la relation ambivalente qu'entretenaient les jeunes médecins en situation d'incertitude avec elle. Peut-être que ce modèle difficilement applicable en début de pratique pourrait être rééquilibré par l'interaction avec les pairs pour se nourrir de l'expérience clinique et pratique des confrères, permettant secondairement de laisser plus de place aux préférences du patient une fois les deux autres systèmes rééquilibrés. Le but est de rester cohérent avec le fait que l'homme est en interaction permanente avec son environnement, influencé par ses croyances et ses modes de vie, permettant une meilleure concordance avec les schémas intellectuels des patients tout en respectant nos principes scientifiques. Le GAP, comme on l'a vu dans notre étude, raisonnait avec l'EBM, parce que l'analyse des pratiques fait référence aux données actuelles de la science, tout en les contextualisant dans des situations où les preuves sont manquantes, en prenant compte des données subjectives, utilisant les expériences de chacun dans divers domaines. L'expertise de groupe apportait un regard critique sur les actions de jeunes médecins, ainsi que des connaissances supplémentaires pour effectuer une analyse fine, en accord avec les données actuelles de la science. Tout en étant dans une dynamique perpétuelle de remise en question de leurs connaissances et de leurs pratiques, elle permettait de prendre conscience des limites de chacun, de celles imposées par la pratique, et plus généralement de la science.

« Clinical medicine seems to consist of a few things we know, a few things we think we know (but probably don't) and lots of things we don't know at all » (16)

CD. Naylor

2.2.3 Canaliser l'impact moral

Diverses émotions ont été éprouvées dans ces situations d'incertitude diagnostique. La compassion, émotion en réaction à la souffrance du patient, permettait d'orienter la prise en charge dans le respect de l'avis du patient. La colère parfois, et surtout l'angoisse et la crainte, problématiques par leur ambivalence, étaient à la fois un frein et un moteur dans la progression de la démarche diagnostique. Il se peut que ces deux dernières émotions aient été prépondérantes de part des cas cliniques énoncés, davantage orientés sur des potentiels diagnostics de gravité, préoccupation majeure du jeune médecin dans notre travail. Quoi qu'il en soit, ces émotions étaient bien présentes, elles pouvaient agir sur la prise en charge de manière positive ou négative d'où leur ambivalence. Elles amenaient à adopter une conduite scientifique rigoureuse rassurante, en collant de manière la plus stricte aux recommandations, au détriment parfois de l'intégration d'autres variables. Elles poussaient à rechercher de l'aide auprès de ses confrères à la fois sur le plan pratique et émotionnel, et renforçaient le lien médecin-patient. Mais l'impact psychologique de ces émotions était parfois difficile à gérer, faisant du besoin d'une soupape de sécurité pour extérioriser les tensions, une problématique majeure.
La prise en charge de l'impact émotionnel de l'incertitude est devenue alors une évidence pour l'apprentissage d'une meilleure gestion à l'incertitude. Dans notre étude, le GAP permettait de canaliser leurs émotions, par la libération de la parole, par sa dimension confraternelle diminuant le sentiment de solitude, et celle d'expert scientifique pouvant apporter des réponses à leurs doutes. Tout le travail était ensuite de comprendre ces émotions pour pouvoir avancer avec elles et non contre elles. Pour P. Le Coz (2009), l'angoisse s'apparente à un système d'alarme qui se déclenche quand aucune solution satisfaisante n'a été trouvée. Elle incite à des conduites adaptatives pour éviter des erreurs, notamment en s'ouvrant à la collégialité : *« Il teste auprès d'eux [les confrères] la solidité des arguments qui lui sont venus à l'esprit. Ce faisant, il s'efforce d'éviter d'abandonner la décision à la spontanéité de ses émotions immédiates. S'il se repliait sur lui-même, il amenuiserait ses possibilités de réviser ses émotions par de nouvelles émotions »*.

Dans un travail de recherche sur la validation psychométrique et culturelle du *« Physicians' Reaction to Uncertainty »* (PRU), questionnaire qui permet d'étudier les réactions affectives des médecins face à l'incertitude et les mécanismes mis en place pour y faire face, les résultats orientent vers la nécessité de former les étudiants à gérer l'incertitude en consultation, sur le

plan pratique et psychologique. Cela diminuerait leur angoisse lors de leurs premières décisions. D'autre part, ce travail montre que la tolérance face à l'incertitude est variable en fonction du degré d'expérience des médecins (3). D'où l'intérêt du partage d'expérience au cours des GAP, le partage d'expérience était retrouvé dans notre étude comme un moyen de gestion de l'incertitude diagnostique et de l'angoisse qu'elle générait. D. Guenter et al. proposent de se préoccuper des émotions des jeunes étudiants face à des situations d'incertitude, afin d'être conscients de ces émotions, de les nommer et de mettre en évidence les facteurs qui les suscitent. Le but étant d'avoir une conduite plus appropriée dans ces situations en se recentrant sur les connaissances, la relation avec le patient et le raisonnement clinique (56). Dans un travail de thèse sur la gestion de l'incertitude en médecine générale, il a été mis en évidence de façon significative que les personnes participant à un GdP® ressentent globalement moins souvent anxiété et stress (57). Dans le travail de A. Pailloux sur les GEP, leur impact sur le bien-être psychologique est évident. L'évacuation du stress passe par la parole, favorisée par la cohésion rassurante du groupe, mettant à l'aise et permettant ainsi d'augmenter la confiance qu'ont les jeunes médecins en eux et en leur pratique, tout en diminuant le sentiment de solitude. (8)
Ce gain émotionnel et psychologique dans les groupes de pairs d'étudiants outre atlantique se retrouve aussi (35), à travers leur fonction sociale avec la naissance de relations interpersonnelles à long terme, qui réduit la sensation d'isolement et ragaillardit le moral (33).

L'anticipation négative dans des situations d'incertitude diagnostique était liée à la peur de l'erreur et à l'influence des mauvaises expériences en rapport à des échecs ou erreurs diagnostiques. Elle pouvait être responsable d'une altération de jugement et d'un manque de discernement de la part du jeune médecin dans des situations apparemment similaires. Ces situations d'incertitude générant de l'angoisse pouvaient être vécues de manière radicalement différente par des praticiens n'ayant pas eu la même expérience négative. D'où l'intérêt de l'échange avec d'autres praticiens qui aiderait à apporter un éclairage dans ces zones grises créées par l'ombre imposante de la mauvaise expérience.
Dans un travail de thèse de C. Savage sur le vécu des médecins généralistes face aux retards ou erreurs de diagnostic, il est apparu important de développer la création de groupes d'échanges de pratique axés sur l'écoute du ressenti du médecin (58).

Ces situations d'incertitude diagnostique étaient responsables bien souvent d'un sentiment de solitude sur lequel les jeunes médecins ont beaucoup insisté. En ambulatoire, il n'y avait pas cette union hospitalière entre internes rassurante. Le jeune médecin peut pourtant interagir avec son maître de stage, mais il ne lui exposera pas forcément toutes ses faiblesses et ses doutes, susceptibles d'être assimilés par l'étudiant à un manque de connaissance ou de professionnalisme. Peut-être s'agit-il de l'influence d'un vieux cliché issu d'un système d'éducation médicale traditionnel qui continue à véhiculer cette idée que l'incertitude serait la manifestation de l'ignorance, de la faiblesse et de l'échec. C'est ce qu'avance JN. Bailly (2017), pour lui, il faut donc établir une pédagogie innovante pour développer des stratégies permettant d'affronter cette incertitude, plutôt que de la subir (53). Dans notre travail, le GAP permettait de recréer cette unité entre internes, en discutant de problématiques dans lesquelles chacun se reconnaissait. Cela permettait de briser les clichés issus de l'éducation médicale traditionnelle et la solitude par son soutien à la fois intellectuel et émotionnel.

2.2.4 Environnement professionnel et universitaire

Les GAP répondaient parfaitement à la gestion de l'incertitude diagnostique et leurs intérêts, en pratique, dépassaient cette seule application. La construction du futur environnement professionnel du jeune médecin débute sur les terrains de stage hospitaliers et ambulatoires. En effet, la création d'un réseau de confrères d'une autre spécialité et de pairs, commençait pendant l'internat. Il était d'autant plus aisé de solliciter l'avis d'une personne connue dans un situation d'incertitude potentiellement déstabilisante. Dans la même idée, il était plus facile de solliciter l'avis d'un confrère dont on savait qu'il était réputé pour sa disponibilité, ses compétences, en faisant d'elle une personne ressource. Les jeunes médecins voyaient dans le GAP la possibilité de s'échanger leurs contacts, donnant ainsi le moyen aux jeunes médecins d'étoffer leur carnet d'adresse.

Dans cette idée, les internes participant aux GEAPI de Poitiers ont proposé de faire intervenir des acteurs de réseaux de soins qui existent dans leur région. Par exemple ils citent le réseau « atlantique diabète » ou encore l'Hospitalisation à Domicile (HAD) (43).

Selon nos jeunes médecins interrogés, les GAP, durant la formation des internes, représenteraient un véritable tremplin pour la participation future à un GdP®, qui permettrait

d'entretenir cette interaction entre pairs, devenue un réflexe chez les jeunes médecins pour l'amélioration des leurs pratiques. Cette impulsion pour la participation à un GdP® se retrouve aussi chez les internes bénéficiant de l'enseignement par GEP à la faculté de Tours (8). De plus, le GdP® est un modèle validé par la HAS pour le Développement Professionnel Continu (DPC) (59), et bien évidemment la SFMG en fait la promotion puisqu'elle est dépositaire de la marque. D'où l'intérêt d'encourager ce type d'échange le plus tôt possible dans la formation du jeune médecin généraliste.

L'enseignement par GAP pourrait renforcer les liens entre le DUMG et les étudiants en les impliquant de manière active dans leur formation en faisant d'eux leurs propres formateurs. Les rôles d'animateur et de secrétaire de groupe (chargé de faire un rapport de la séance), s'ils sont confiés aux internes, pourraient susciter des vocations dans l'enseignement, du moins un intérêt pour la médecine universitaire. C'est ce qu'on constate avec le groupe de *« peer-mentoring »*, mis en place à l'Université du Massachussetts pour accompagner les jeunes médecins au cours de leur carrière universitaire, il renforce leurs liens avec les institutions et leurs envies de poursuivre leur activité au sein de la faculté de médecine. (32)

CONCLUSION

La problématique de l'incertitude diagnostique en médecine générale est multifactorielle. Sa gestion fait appel à de multiples domaines dont l'étendue des champs d'application des GAP en recouvre une grande partie, tant au niveau intellectuel qu'émotionnel. Les résultats de ce travail montrent que les GAP répondent aux attentes des internes vis-à-vis de leur formation. Ils s'inscrivent dans l'aspiration à une forme d'enseignement participatif où l'étudiant est au centre du processus d'apprentissage, suivant la dynamique de la nouvelle réforme du DES de médecine générale.

Au niveau intellectuel, premièrement, les GAP accompagnent la transition de la posture d'étudiant vers celle de praticien. Elle s'effectue d'abord, par l'acquisition d'une autonomie réflexive permettant d'adapter ses schémas préconçus à de nouvelles situations, en s'accommodant de l'incertitude, tout en s'accordant sur les principes scientifiques fondateurs des recommandations de bonne pratique. Cette transition nécessite ensuite l'apprentissage de nouvelles méthodes de communication, favorisé par le travail de groupe et par l'esprit de synthèse développé lors de la préparation des cas cliniques. Enfin, les GAP abordent les problèmes cliniques sous l'angle de la médecine générale, permettant d'en apprécier toute sa spécificité. Ils développent ainsi un mode réflexif adapté à la médecine générale, condition essentielle à l'accomplissement du jeune médecin généraliste lorsqu'il est confronté à des situations inconnues.

Deuxièmement, les GAP favorisent l'apprentissage d'un modèle médical complexe et global. Ce modèle est nécessaire à la bonne compréhension de l'ensemble des déterminants mis en jeu dans une situation d'incertitude diagnostique, dont la bonne gestion figure dans les compétences à acquérir selon le CNGE et la WONCA. Il intègre les données bio-psycho-sociales, quand le réflexe est parfois de les séparer pour réduire la complexité de la plainte en situation d'incertitude. La compréhension de ce modèle global est permise par la capacité des GAP à apporter une trêve au conflit entre réalité pratique et théorique, en inscrivant l'apprentissage dans le contexte de la réalité pratique de l'étudiant. Le groupe est là pour fournir, au jeune médecin, une rétroaction intellectuelle sur sa pratique et lui faire prendre conscience de ses limites et de celles de la science, tout en lui permettant d'être acteur de cette démarche analytique de sa propre pratique et de l'intégrer dans son raisonnement.

Au niveau émotionnel, les GAP aident à canaliser l'impact moral des émotions quand leur flot devient difficile à contrôler dans une situation d'incertitude. Ils apportent un soutien au jeune médecin qui ressent un sentiment de solitude face à ses doutes et ses angoisses. En effet, la compréhension de ses émotions est une condition majeure pour pouvoir se recentrer sur la situation clinique, l'analyse de ses déterminants et la relation avec le patient.
L'intérêt des GAP pourrait dépasser le cadre universitaire. Il permet au futur praticien de préparer son entourage professionnel par la découverte des potentiels acteurs de son réseau de soin, qu'il pourra solliciter en cas de doute. Il inciterait à la participation à un GdP® encouragée par les institutions. Enfin, il pourrait permettre un suivi en post-doctorat, en référence à la phase de consolidation des autres spécialités, dans le cadre d'une autonomie supervisée.

Nos résultats suggèrent que les GAP, dans l'enseignement du DES de Médecine Générale, représentent donc un bon outil pour la formation à la gestion de l'incertitude diagnostique et dépassent même ce premier objectif.
L'étape suivante consisterait à conduire un projet pilote de GAP au sein de la faculté de médecine de Marseille en s'inspirant des modalités de mise en place proposées dans ce travail et de celles issues de nombreux autres travaux déjà disponibles. Il serait donc nécessaire, pour l'inscrire dans un projet pédagogique fiable et validé, de réaliser une étude afin de prendre en compte le point de vue des enseignants.

BIBLIOGRAPHIE

1. Société Française de Médecine Générale. La démarche médicale en médecine générale [Internet]. [cité 9 nov 2017]. Disponible sur: http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_home/3/fichier_demarche-medicale-en-mgd28c9.pdf

2. Chouilly J, Jouteau D, Ferru P, Kandel O, Thomas Desessarts Y. Abrégé de gestion de l'incertitude diagnostique [Internet]. Société française de médecine générale. [cité 9 nov 2017]. Disponible sur: http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_home/888/fichier_abrege-incertitude-diagnostique-vfff4be.pdf

3. Leroux V. Validation culturelle et psychométrique française du PRU Physicians' Reactions to Uncertainty scales, questionnaire américain de mesure des réactions affectives des médecins face à l'incertitude. [Thèse d'exercice]. [Brest, France]: Université de Brest – Bretagne occidentale; 2015.

4. Collège National des Généralistes Enseignants. Maquette du DES de médecine générale [Internet]. 2016 [cité 15 nov 2017]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/2016_MATRICE_MAQUETTE_DES_MEDECINE_GENERALE_version_finale.pdf

5. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille [Internet]. 2002. Disponible sur: http://www.woncaeurope.org/content/france-la-definition-europeenne-de-la-medecine-generale-%E2%80%93-medecine-de-famille

6. Dahan B. Evaluation de l'adéquation des enseignements proposés dans le DES de médecine générale à Paris VI avec les attentes des étudiants [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université Pierre et Marie Curie; 2009.

7. Ricard L. Enseignement théorique du DES de Médecine Générale à Amiens: Ressenti des internes [Thèse d'exercice]. [Amiens, France]: Université de Picardie Jules Vernes; 2014.

8. Pailloux A. Les Groupes d'Echange de Pratique en 3ème Cycle de Médecine Générale: Impact Ressenti par les Internes sur leur Attitude Professionnelle [Thèse d'exercice]. [Tours, France]: Université François Rabelais; 2013.

9. Morin C, Blondy D, Borrel M, Vi Bui T, Croixmarie F, Fontaine E, et al. Groupes d'échanges de pratique Développement professionnel continu des Internes en DES de Médecine Générale de l'Université Paris Descartes. Médecine. févr 2012;8(2):77 84.

10. HAS. Développement Professionnel Continu, Staffs d'une équipe médico-soignante, groupes d'analyse de pratiques [Internet]. 2017 [cité 10 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/staff_gap_fiche_technique_2013_01_31.pdf

11. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? Pédagogie Médicale. août 2003;4(3):163 75.

12. Jami A, Saint-Lary O, Bernard E, Saunier de almeida A, Lefranc-Morin C, Ouazana A. Perceptions et représentations des internes de médecine générale à l'égard d'un outil pédagogique issu du paradigme d'apprentissage. Pédagogie Médicale. févr 2012;13(1):27 37.

13. Hamui-Sutton A, Vives-Varela T, Gutiérrez-Barreto S, Leenen I, Sànchez-Mendiola M. A typology of uncertainty derived from an analysis of critical incidents in medical residents: A mixed methods study. BMC Med Educ [Internet]. déc 2015 [cité 12 juin 2017];15(1). Disponible sur: http://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-015-0459-2

14. Gallois P. Gérer l'incertitude de la pratique médicale. Médecine. 2010;6(3):124–126.

15. Ferru P, Gabillard G, Kandel O. Dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale-Révision 2010. Documents de recherche en médecine générale. 2010;(66 70):299.

16. Naylor CD. Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine. The Lancet. 1995;345(8953):840–842.

17. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. Sci Soc Santé. 2008;26(1):67.

18. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. Rech Qual. 2006;26(2):1–18.

19. Mukamurera J, Lacourse F, Couturier Y. Des avancées en analyse qualitative: pour une transparence et une systématisation des pratiques. Rech Qual. 2006;26(1):110–138.

20. Moreau A, Dedianne M-C, Letrilliart L, Le Goaziou M-F, Labarère J, Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. Rev Prat-Médecine Générale. 15 mars 2004;18(645):382 4.

21. Rogers CR. The Nondirective Method as a Technique for Social Research. Am J Sociol. 1945;50(4):279 83.

22. Utard G. Evidence-Based Medicine, la médecine fondée sur les preuves, tutoriel [Internet]. biu santé paris descartes. 2014 [cité 13 juin 2017]. Disponible sur: http://www.biusante.parisdescartes.fr/ressources/pdf/medecine-formation-ebm-tutoriel-biusante.pdf

23. Marty L, Vorilhon P, Vaillant-Roussel H, Bernard P, Raineau C, Cambon B. Recherche qualitative en médecine générale : expérimenter le focus group. Exercer. 2011;22(98):129 35.

24. P. Le Coz Place de la réflexion philosophique dans la décision médicale. Bull Académie Natl Médecine. 24 févr 2009;

25. Département Universitaire de Médecine Générale. Carnet de SASPAS ou stage de niveau 2 [Internet]. 2015. Disponible sur: https://medecine.univ-amu.fr/sites/medecine.univ-amu.fr/files/diplome/carnet_saspas_definitif_version_09_15.pdf

26. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84(19):142–5.

27. Martel V. L'inédite portée de la méthodologie qualitative en sciences de l'éducation: réflexion sur les défis de l'observation et de l'analyse de la vie cognitive de jeunes apprenants. Rech Qual. 2007;440–460.

28. Ghosh AK. On the challenges of using evidence-based information: The role of clinical uncertainty. J Lab Clin Med. août 2004;144(2):60 4.

29. Département de médecine familiale et de médecine d'urgence. Les enseignements en médecine familiale [Internet]. Université de Laval faculté de médecine. [cité 19 févr 2018]. Disponible sur: http://www.fmed.ulaval.ca/les-programmes-detudes/etudes-en-medecine/residences-etudes-medicales-postdoctorales/residence-en-medecine-familiale/enseignements/

30. Département de médecine de famille et de médecine d'urgence. Le cadre conceptuel [Internet]. Université de Montréal faculté de médecine. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: https://medfam.umontreal.ca/etudes/residence-en-medecine-famille/approche-pedagogique/cadre-conceptuel/

31. Files JA, Blair JE, Mayer AP, Ko MG. Facilitated Peer Mentorship: A Pilot Program for Academic Advancement of Female Medical Faculty. J Womens Health. juill 2008;17(6):1009 15.

32. Pololi LH, Knight SM, Dennis K, Frankel RM. Helping medical school faculty realize their dreams: an innovative, collaborative mentoring program. Acad Med. 2002;77(5):377–384.

33. Moss J, Teshima J, Leszcz M. Peer Group Mentoring of Junior Faculty. Acad Psychiatry. 1 mai 2008;32(3):230 5.

34. Bussey-Jones J, Bernstein L, Higgins S, Malebranche D, Paranjape A, Genao I, et al. Repaving the road to academic success: the IMeRGE approach to peer mentoring. Acad Med. 2006;81(7):674–679.

35. MacMillan TE, Rawal S, Cram P, Liu J. A journal club for peer mentorship: helping to navigate the transition to independent practice. Perspect Med Educ. oct 2016;5(5):312 5.

36. Fulbright. Les études de médecine aux Etats-Unis [Internet]. Fulbright, Comission Franco-Américaine d'échanges universitaires. 2016 [cité 14 mars 2018]. Disponible sur: http://fulbright-france.org/sites/default/files/medecins2016.pdf

37. Soriano RP, Blatt B, Coplit L, CichoskiKelly E, Kosowicz L, Newman L, et al. Teaching Medical Students How to Teach: A National Survey of Students-as-Teachers Programs in U.S. Medical Schools: Acad Med. nov 2010;85(11):1725 31.

38. Hill A, Yu, Wilson, Hawken, Singh, Lemanu. Medical students-as-teachers: a systematic review of peer-assisted teaching during medical school. Adv Med Educ Pract. juin 2011;157.

39. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine [Internet]. Legifrance. [cité 19 févr 2018]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/4/21/MENS1712264A/jo/text

40. ISNAR-IMG. La Réforme du troisième cycle des études médicales en trois minutes [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.isnar-img.com/reforme-troisieme-cycle-etudes-medicales-trois-minutes-presque/

41. Secomb J. A systematic review of peer teaching and learning in clinical education. J Clin Nurs. mars 2008;17(6):703 16.

42. Augier C. Groupes d'entraînement à l'analyse de situations professionnelles [Thèse d'exercice]. [Nice, France]: Université Nice Sophia Antipolis; 2007.

43. Duronea C. Ressenti des internes de Médecine Générale de la faculté de Poitiers à propos des GEAPI Enquête auprès de vingt-trois internes de TCEM 2 [Thèse d'exercice]. [Poitiers, France]: Université de Poitiers; 2014.

44. Bideau C. Compréhension et adhésion à la notion de compétence des internes de T2 et T3 de médecine générale à la faculté Paris-Sud en 2014 et 2015 : illustration avec la compétence « Savoir agir en situation d'incertitude ». [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université Paris Sud; 2016.

45. UCL/SGSI. Séminaires de pratique accompagnée [Internet]. Université catholique de Louvain. 2018 [cité 21 févr 2018]. Disponible sur: https://uclouvain.be/cours-2017-wmege3030.html

46. O'Riordan M, Dahinden A, Aktürk Z, Ortiz JMB, Dagdeviren N, Elwyn G, et al. Dealing with uncertainty in general practice: an essential skill for the general practitioner. Qual Prim Care. 2011;19(3):175.

47. Castelli V. Principales thématiques et difficultés de l'interne exprimées dans les Récits de Situations Complexes Authentiques en 2012 et 2013 à Marseille [Thèse d'exercice]. [Marseille, France]: Université Aix-Marseille; 2015.

48. 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.

49. Cohen-Scali J, Séguret P, Lambert P, Amouyal M. Les groupes d'échanges de pratiques tutorés pendant l'internat de médecine générale : modalités pratiques, pertinence pédagogique et perspectives pour l'enseignement. exercer. 2013;24(107):126 30.

50. Driessen E, Tartwijk J v., Dornan T. The self critical doctor: helping students become more reflective. BMJ. 12 avr 2008;336(7648):827 30.

51. Compère V, Abily J, Moriceau J, Gouin A, Veber B, Dupont H, et al. Residents in tutored practice exchange groups have better medical reasoning as measured by script concordance test: a controlled, nonrandomized study. J Clin Anesth. août 2016;32:236 41.

52. McWhinney IR. William Pickles Lecture 1996. The importance of being different. Br J Gen Pr. 1996;46(408):433–436.

53. Bailly J-N, Gocko X, Charles R. Le raisonnement et la décision en médecine, la médecine fondée sur les preuves. avr 2017;(132):189 203.

54. Dias M, Pouchain R. Les symptômes médicalement inexpliqués, étude qualitative des déterminants à leur prise en charge par les jeunes médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Marseille, France]: Université Aix Marseille; 2015.

55. Département de Médecine Générale de Clermont Ferrand. Les GEASP [Internet]. [cité 22 févr 2018]. Disponible sur: http://dmg-clermontferrand.fr/le-tutorat/

56. Guenter D, Fowler N, Lee L. L'incertitude clinique Aider nos étudiants. Can Fam Physician. 2011;57(1):123–125.

57. Pince M. Gestion de l'incertitude en médecine générale: Etude quantitative en Corrèze [Thèse d'exercice]. [Limoges, France]: Université de Limoges; 2013.

58. Savage C. Vécu des médecins généralistes face aux retards ou erreurs de diagnostic [Thèse d'exercice]. [Lille]: Université Droit et Santé-Lille 2; 2014.

59. HAS. Décision n°2017.0083/DC/SA3P du 28 juin 2017 du collège de la Haute Autorité de santé portant adoption de 8 fiches décrivant 8 méthodes de développement professionnel continu [Internet]. 2017 [cité 10 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-07/dir32/dc_2017_0083_fiches_methodes_de_dpc_cd_2017_06_28_vd.pdf

ANNEXES

1 Guide d'entretien semi-dirigé

Questionnaire individuel

Recueil des caractéristiques générales et individuelles des participants :

1. Age ?
2. Sexe ?
3. Faculté d'externat ?
4. Avancement dans le niveau d'étude ?
5. Maîtrise de stage effectuée ? Lieu ? Milieu rural ou urbain ?
6. Participation au module GEDPC ?
7. Participation à des Groupes de Pairs® ?
8. Remplacements effectués en cabinet libéral de médecine générale ?
9. Installation en milieu libéral envisagée ?

Guide d'Entretien

Présentation à l'enquêté :

Thème général :

Dans le cadre d'une thèse de Diplôme d'Enseignement Supérieur (DES) de médecine générale, étude qualitative à propos l'enseignement du DES de médecine générale sur la faculté Aix-Marseille

Question de recherche :

Les Groupes d'Analyse de Pratiques dans l'enseignement du DES de médecine générale permettent-ils d'aider à mieux appréhender la gestion de l'incertitude diagnostique dans l'exercice de la médecine générale en milieu libéral ?

Définitions :

Dans le terme « Groupe d'Analyse de Pratiques » on englobe le GEDPC et les Groupes de Pairs®. Dont la définition de la HAS est :

Il s'agit d'un petit groupe de professionnels qui se réunissent régulièrement pour analyser des situations cliniques rencontrées dans leur pratique. À partir des problèmes soulevés ou de questions identifiées, les données de littérature scientifique et professionnelle sont prises en compte. Une posture réflexive est alors adoptée, permettant d'établir une liaison entre savoirs et actions, afin d'intégrer les savoirs dans la pratique professionnelle. La « pratique réflexive » amène le professionnel à réfléchir sur sa pratique de manière critique et constructive, tout en créant des liens avec les connaissances (scientifiques ou autres) pour analyser l'action pendant qu'elle se déroule ou après qu'elle se soit déroulée.

L'incertitude diagnostique : *c'est le fait qu'il n'y ait pas de diagnostic de certitude posé à l'issue d'une consultation donnée. Selon la SFMG, l'incertitude diagnostique correspond au fait*

que 70% des consultations sont des situations non caractéristiques d'une maladie nosologiquement définie.

L'evidence-based medicine (EBM) : *la médecine fondée sur les preuves en français, se définit comme l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient, L'EBM combine : Les preuves (les données de la recherche) La connaissance du médecin (l'expérience clinique) Le choix du patient (ses préférences).*

Objectif :
Évaluer l'intérêt des Groupes d'Analyse de Pratiques dans l'enseignement du DES de Médecine Générale dans la formation à la gestion de l'incertitude diagnostique.

Pourquoi cet interviewé :
Pour sa participation au module GEDPC et/ ou à un Groupes de Pairs®.

Durée :
~ 40mn

Enquêtrice :
Interne en médecine générale de la faculté de médecine de Marseille.

Conditions d'enregistrement :
« L'entretien sera enregistré si tu acceptes bien sûr, mais il reste parfaitement confidentiel. Tes coordonnées ne seront pas enregistrées. Il restera complètement anonyme. Je ne t'appellerai pas par ton nom tout au long de notre interview. »

Trame des questions :
1.1. Quelle situation vécue au cours de ta pratique, ou lors de ta maîtrise de stage, illustre pour toi la notion/concept d'incertitude diagnostique ?
1.2. Concernant cette situation clinique que tu viens de me décrire, quelles stratégies as-tu développées pour mieux appréhender cette incertitude ?
2.1. Quelles émotions as-tu éprouvées face à cette situation clinique d'incertitude ?
2.2. De quelle manière ces émotions vont-elles influencer ta prise en charge et ta pratique en général ?
3. Penses-tu que l'evidence-based medicine (EBM) participe à une mauvaise tolérance de l'incertitude diagnostique ou au contraire est une solution ?
4. Que penses-tu de l'intérêt d'aborder la question de l'incertitude diagnostique au cours de l'enseignement du DES de médecine générale ?
5. Quels seraient, selon toi, les moyens pédagogiques d'aborder le thème de l'incertitude diagnostique en médecine générale au cours de notre enseignement ?
6. Selon toi, en quoi l'enseignement sous forme de Groupe d'Analyse des Pratiques, serait-il intéressant pour aborder la question de l'incertitude diagnostique ?
7. En quoi ta participation au module GEDPC et/ou à un Groupe de Pairs® au cours de ta maîtrise de stage t'a-t-elle donné envie ou non de participer à un Groupe de Pairs® une fois installé ?
8. As-tu d'autres choses à ajouter ?

2 Guide d'entretien du groupe focus

1ère séquence : Cadre

Cadre conventionnel fixé par l'animatrice :
– écouter, exprimer ce que vous avez à dire, entendre et respecter la logique des autres participants ;
– respecter le principe de confidentialité : rien de personnel ne doit sortir de ce groupe ;
– ne pas porter d'appréciation positive ou négative sur ce que disent les autres ;
– donner son point de vue.

2ème séquence : Présentation thèse

Objectif :
Évaluer l'intérêt des Groupes d'Analyse des Pratiques (GAP) dans l'enseignement du Diplôme d'Enseignement Supérieur (DES) de Médecine Générale, dans la formation à la gestion de l'incertitude diagnostique.

Définitions :
Dans le terme « Groupe d'Analyse de Pratiques » on englobe le GEDPC et les Groupes de Pairs®. Dont la définition de la HAS est :
Il s'agit d'un petit groupe de professionnels qui se réunissent régulièrement pour analyser des situations cliniques rencontrées dans leur pratique. À partir des problèmes soulevés ou de questions identifiées, les données de littérature scientifique et professionnelle sont prises en compte. Une posture réflexive est alors adoptée, permettant d'établir une liaison entre savoirs et actions, afin d'intégrer les savoirs dans la pratique professionnelle. La « pratique réflexive » amène le professionnel à réfléchir sur sa pratique de manière critique et constructive, tout en créant des liens avec les connaissances (scientifiques ou autres) pour analyser l'action pendant qu'elle se déroule ou après qu'elle se soit déroulée.
L'incertitude diagnostique : *c'est le fait qu'il n'y ait pas de diagnostic de certitude posé à l'issue d'une consultation donnée. Selon la SFMG, l'incertitude diagnostique correspond au fait que 70% des consultations sont des situations non caractéristiques d'une maladie nosologiquement définie.*

Pourquoi ces interviewés :
Pour leur participation à un Groupe d'Analyse de Pratique.

Durée :
80 à 120 mn

Enquêtrice :
Interne en médecine générale de la faculté de médecine de Marseille.

Conditions d'enregistrement :

« L'entretien sera enregistré si vous acceptez bien sûr, mais il reste parfaitement confidentiel. Vos coordonnées ne seront pas enregistrées. Il restera complètement anonyme. Je ne vous appellerai pas par votre nom tout au long de notre interview. »

3ème séquence : Question brise-glace

Un, ou deux, participant volontaire fait le récit d'une situation vécue.
L'animatrice intervient peu, seulement pour les inviter à développer certains moments du récit.

Quelle situation vécue au cours de ta pratique ou lors de ta maîtrise de stage illustre pour toi la notion d'incertitude diagnostique ?

4ème séquence : Tour de table

Un tour de table « d'écho », sans discussion ni échange.
Chaque participant exprime ce que le récit lui a évoqué.

5ème séquence : La discussion

L'animatrice fait débattre les participants autour de la question de recherche.

En quoi les Groupes d'Analyse de Pratiques dans l'enseignement du DES de médecine générale permettent-ils d'aider à mieux appréhender la gestion de l'incertitude diagnostique dans l'exercice de la médecine générale en milieu libéral ?

Questions de relance :
1.1. Quelle situation vécue au cours de ta pratique, ou lors de ta maîtrise de stage, illustre pour toi la notion/concept d'incertitude diagnostique ?
1.2. Concernant cette situation clinique que tu viens de me décrire, quelles stratégies as-tu développées pour mieux appréhender cette incertitude ?
2.1. Quelles émotions as-tu éprouvées face à cette situation clinique d'incertitude ?
2.2. De quelle manière ces émotions vont-elles influencer ta prise en charge et ta pratique en général ?
3. Penses-tu que l'evidence-based medicine (EBM) participe à une mauvaise tolérance de l'incertitude diagnostique ou au contraire est une solution ?
4. Que penses-tu de l'intérêt d'aborder la question de l'incertitude diagnostique au cours de l'enseignement du DES de médecine générale ?
5. Quels seraient, selon toi, les moyens pédagogiques d'aborder le thème de l'incertitude diagnostique en médecine générale au cours de notre enseignement ?
6. Selon toi, en quoi l'enseignement sous forme de Groupe d'Analyse des Pratiques, serait-il intéressant pour aborder la question de l'incertitude diagnostique ?
7. En quoi ta participation au module GEDPC et/ou à un Groupes de Pairs® au cours de ta maîtrise de stage t'a-t-elle donné envie ou non de participer à un Groupes de Pairs® une fois installé ?
8. As-tu d'autres choses à ajouter ?

ABREVIATIONS

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DES : Diplôme d'Enseignement Supérieur

DPC : Développement Professionnel Continu

DRC® : Dictionnaires des Résultats de Consultations

DUMG : Départements Universitaires de Médecine Générale

EBM : Evidence-Based Medicine

ECM : Entretiens Collectifs Monitorés

GAP : Groupes d'Analyse de Pratiques

GEDPC : Groupe d'Échange Développement Professionnel Continu

GEP : Groupe d'Echange de Pratiques

GEAPI : Groupes d'Echange et d'Analyse des Pratiques pour Internes

GEASP : Groupe d'Entraînement à l'Analyse des Situations Professionnelles

GMC : General Medical Council

GdP® : Groupes de Pairs®

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

MD : Doctor of Medicine

MS : Maîtrise de Stage

PRU : Physicians' Reaction to Uncertainty

RSCA : Récits Authentiques de Situations Complexes

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

SFMG : Société Française de Médecine Générale

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

RÉSUMÉ

Contexte : La démarche médicale est sous-tendue par les étapes diagnostiques et décisionnelles intriquées amenant à prendre des décisions en l'absence de diagnostic établi, en un temps restreint avec des moyens techniques limités, en prenant en compte les contraintes environnementales et psychosociales.

Objectif : Évaluer l'intérêt des Groupes de d'Analyse de pratiques (GAP) dans l'enseignement de Médecine Générale dans la formation à la gestion de l'incertitude diagnostique.

Méthode : Il s'agissait d'une enquête descriptive qualitative utilisant l'approche inductive générale, réalisée auprès d'internes en médecine générale et jeunes médecins généralistes ayant participé à des GAP, à partir d'entretiens semi-dirigés et d'un groupe focus, conduits jusqu'à saturation des données.

Résultats : 14 jeunes médecins ont été interviewés de février à août 2017. L'analyse de l'ensemble des verbatims a permis l'émergence de deux grandes thématiques que sont la vision des jeunes médecins en situation d'incertitude diagnostique et l'apport de l'enseignement par GAP dans ces situations. Un lien s'est naturellement tissé entre le GAP et les problématiques rencontrées en pratique, faisant du GAP un élément de réponse pédagogique intéressant quant à la gestion de l'incertitude diagnostique, par son soutien psychologique, son expertise de groupe et son abord de la spécificité la médecine générale.

Conclusion : La gestion de l'incertitude diagnostique en médecine générale fait appel à de multiples domaines, recouverts par les larges champs d'application des GAP, à la fois au niveau intellectuel et émotionnel. Ils accompagnent la transition de l'étudiant vers l'autonomie complète du praticien par l'acquisition d'une autonomie réflexive, l'apprentissage de méthodes de communication et des aspects qui caractérisent la médecine générale. L'apprentissage se fait à travers un modèle médical complexe permettant une approche holistique du patient dans un environnement sécuritaire, favorisant le soutien psychologique du jeune médecin.

Mots-clefs : médecine générale, incertitude diagnostique, groupes d'analyse de pratiques, groupes de pairs, groupes d'échanges de pratiques, enseignement.

ABSTRACT

Context : Medical proceedings are the basis of diagnostic and decisional steps, leading to make decisions without settled diagnosis, in a very short time with limited technical means, taking into account the environmental and psychosocial pressure.

Objective : In order to estimate the interest of Practice Analysis Groups (PAG) in the teaching of the General Practitioner's Diploma in the training to the managing of diagnostical uncertainty.

Method : It is about a qualitative descriptive investigation using a general inductive approach, made among house physicians in general practice and young general practitioners, who had already taken part in PAG, from semi guided interviews and from a focus group, all led to data saturation.

Results : 14 young doctors were interviewed from February to August 2017. The analysis of this data made 2 major themes emerge : the vision of young doctors in a situation of diagnosis uncertainty and the importance of teaching through PAG in these situations. A natural link between PAG and the problems met in real practice has emerged and made of PAG an interesting pedagogical tool as far as the managing of diagnosis uncertainty is concerned, through its psychological support, its group experience, and its approach of the general practice specificity.

Conclusion : The managing of diagnosis uncertainty in general practice is linked to many fields in the context of PAG, both on the intellectual and the emotional levels. They contribute to the student's steps to a complete autonomy as a general practitioner through a mastering of a reflexive autonomy, the learning of communication skills and the aspects that characterise general practice. This mastering is made through a complex medical scheme allowing a holistic approach of the patient in a reassuring environment promoting a psychological support.

Key words : general practice, diagnosis uncertainty, practice analysis groups, peer groups, practice exchange groups, teaching.