



HAL
open science

Quelles sont les familles de situations abordées dans le cadre des GEASP (Groupes d'entraînement à l'analyse de situations professionnelles) par les internes de médecine générale de la Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand promotion ECN 2015-2018 ?

Iulian Gabriel Stancu

► To cite this version:

Iulian Gabriel Stancu. Quelles sont les familles de situations abordées dans le cadre des GEASP (Groupes d'entraînement à l'analyse de situations professionnelles) par les internes de médecine générale de la Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand promotion ECN 2015-2018 ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02072532

HAL Id: dumas-02072532

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02072532>

Submitted on 19 Mar 2019

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.

**UNIVERSITÉ DE CLERMONT-FERRAND I
FACULTÉ DE MÉDECINE**

THÈSE POUR OBTENIR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTORAT EN MÉDECINE

par

STANCU Iulian Gabriel

Présentée et soutenue publiquement le 20 septembre 2018

**QUELLES SONT LES FAMILLES DE SITUATION ABORDEES
DANS LE CADRE DES GEASP
(Groupes d'entraînement à l'analyse de situations professionnelles)
PAR LES INTERNES DE MEDICINE GENERALE
DE LA FACULTE DE MEDICINE DE CLERMONT FERRAND
PROMOTION ECN 2015-2018**

Président : Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur UFR de médecine et des Professions Paramédicales

Membres du jury :

- Monsieur Jean Etienne Bazin, Professeur UFR de médecine et des Professions Paramédicales
- Monsieur Jean Marc Garcier, Professeur UFR de médecine et des Professions Paramédicales
- Monsieur Alexandre Lautrette, Professeur UFR de médecine et des Professions Paramédicales
- Monsieur Gilles Tanguy, Médecin Généraliste Montel-de-Gelat

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine
: **BERNARD** Mathias

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTRICE GENERALE DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **GUINALDO** Olivier
: **HENRARD** Pierre

: **PEYRARD** Françoise
: **ESQUIROL** Myriam



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BEGUE René-Jean - BELIN Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel -
BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques -
CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - COULET Maurice -
DASTUGUE Bernard - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK
Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE
Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges -
MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - Mme MOINADE Simone - MM. MOLINA
Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PLAGNE Robert - PLANCHE
Roger - PONSONNAILLE Jean - Mlle RAMPON Simone - MM. RAYNAUD Elie - REY Michel

- Mme RIGAL Danièle - MM. RISTORI Jean-Michel - ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre
- SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT
Philippe - TOURNILHAC Michel - TURCHINI Jean-Pascal - VANNEUVILLE Guy - VENRIES
DE LA GUILLAUMIE Bernard - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. BACIN Franck - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles -
CHAMOIX Alain - DAUPLAT Jacques - DEMEOCQ François - DETEIX Patrice - IRTHUM
Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis - LESOURD Bruno - LUSSON JeanRené -
PHILIPPE Pierre - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. ESCHALIER Alain	Pharmacologie Fondamentale Option Biologique
M. CHAZAL Jean	Anatomie - Neurochirurgie
M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
Mme LAFEUILLE Hélène	Bactériologie, Virologie
M. LEMERY Didier	Gynécologie et Obstétrique
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENNAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale

PROFESSEURS DE

1ère CLASSE

M.	DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière

PROFESSEURS DE

2ème CLASSE

Mme	CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
Mme	KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M.	TCHIRKOV André	Cytologie et Histologie
M.	CORNELIS François	Génétique
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M.	POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M.	CANAVESE Fédérico	Chirurgie Infantile
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire

Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. COSTES Frédéric	Physiologie
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie - Neurochirurgie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne
M. CAMBON Benoît

Médecine Générale
Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine

Bactériologie Virologie

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition
Mle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mle MIRAND Andrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle COSTE Karen	Pédiatrie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
Mle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème CLASSE

Mme PONS Hanaë

Biologie et Médecine du Développement
et de la Reproduction

Mme CASSAGNES Lucie

Radiologie et Imagerie Médicale

M. JABAUDON-GANDET Matthieu

Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale

M. LEBRETON Aurélien

Hématologie

M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences - Neuropharmacologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. TANGUY Gilles	Médecine Générale
M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Gilles Clément

Mes plus profondes et respectueuses reconnaissances pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury. Je vous remercie pour votre compréhension et de votre disponibilité au cours de mes études.

Merci pour le temps que vous passez au service des étudiants, pour nous apporter une formation de qualité, et transmettre combien la médecine générale est une specialité médicale noble et passionnante. Je vous témoigne ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur Jean Etienne Bazin

Pour l'honneur que vous me faites en apportant à ce travail votre jugement, soyez assuré de mes plus sincères et respectueux remerciements.

Monsieur le Professeur Jean Marc Garcier

Mes plus sincères remerciements pour avoir accepté de juger ce travail. Vos connaissances me seront précieuses.

Monsieur le Professeur Alexandre Lautrette

Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans mon jury de thèse. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

Monsieur le Docteur Gilles Tanguy, Directeur de thèse

Vous avez accepté de me soutenir et de m'accompagner tout au long de ce travail. Je vous remercie pour votre gentillesse, votre patience et vos conseils. Cela a été un plaisir de travailler avec vous. Recevez ma sincère gratitude.

A mes proches

A Silvia mon épouse

Pour toutes ces années où tu m'as soutenue, sans faille. Pour ton amour, ta présence, ton écoute et bien sûr ta patience ! Tu es l'épaule sur laquelle je m'appuie, tu m'es si précieux... Merci pour tout, je t'aime.

A ma Maman pour ton amour et ton soutien durant toute ma vie. Merci pour les valeurs que tu m'as transmises. Sans toi rien n'aurait été possible.

A mon Papa pour ton soutien et aide quand j'ai eu besoin. J'espère que tu me regardes du ciel et que t'es fière de moi.

A mes enfants, Mario et Matias pour votre patience et pour votre compréhension. Excusez-moi que je n'ai pas été plus de temps avec vous.

Pour finir, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont participé à ma formation, mes maîtres de stages, les médecins généralistes ou spécialistes du CH Montluçon et mes co-internes.

Tables des matières

Glossaire	12
A. Contexte	13
A.1. Organisation générale de l'internat de médecine générale et dispositif pédagogique	13
A.2. Organisation du cursus à CLERMONT-FERRAND	13
A.3. Les GEASP.....	14
A.4. Déroulement d'une séance de GEASP.....	15
A.5. Les familles de situations de soins	17
B. Matériels et méthodes	19
B.1. Type d'étude	19
B.2. Critères d'inclusions	19
B.3. Critères d'inclusions	19
B.4. Recueil des données	19
B.5. Analyse et encodage	20
a-Remplissage.....	20
b-Formules Excel® utilisées	21
C. Resultats	22
C.1. Aperçu global de comptes rendus de GEASP déposées sur ENT	22
C.2. Les familles de situation clinique, abordées dans le cadre des G.E.A.S.P par les IMG de la faculté de médecine de Clermont Ferrand promotion ECN 2015-2018	24
C.3. Différences sur l'ensemble du cursus des 3 ans pour la promotion. Choix des stages.....	26
C.4. Situation comparative entre les groupes D et G	28
C.5. Exemple de l'évolution des situations abordées au sein d'une meme groupe sur les 3 ans.	30

C.6. Les situations cliniques détaillées promotion 2015-2018 (sous-familles)	32
C.7. Ouverture d'un nouveau chapitre – des situations non classées dans les 11 grandes familles.....	34
D. Discussions	35
D.1. Situation de comptes rendus de GEASP ou traces déposées sur ENT	35
D.2. Les grandes familles de situations cliniques promotion 2015-2018	36
D.3. Les grandes familles de situation cliniques . Situation comparative entre les trois ans.....	37
D.4. Situation comparative entre les groupes D et G et intra groupe	39
D.5. Les situations cliniques détaillées promotion 2015-2018 (sous-familles)	40
D.6. Ouverture d'un nouveau chapitre – des situations non classées dans les 11 grandes familles.....	40
E. Conclusion	43
Bibliographie	44
Annexes	45
SERMENT D'HIPPOCRATE	64
SERMENT D'HIPPOCRATE	65

Glossaire

DES - diplôme d'études spécialisées

GEASP - Groupes d'entraînement à l'analyse de situations professionnelles

RSCA - Récit de situation complexe authentique

GEP - Groupes d'échange de pratique

ENT - Espace Numérique de Travail

ECN – Examen Classant National

IMG - Interne de médecine générale

CNGE- Collège national des généralistes enseignants

A. CONTEXTE

A.1. Organisation générale de l'internat de médecine générale et dispositif pédagogique

Le décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales (1) a transformé la médecine générale en spécialité. Le diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale a été officiellement mis en place par l'arrêté du 22 septembre 2004 (2). Seuls les étudiants ayant reçu une formation spécifique de trois ans en médecine générale sont désormais habilités à exercer la spécialité.

Depuis 2010 à Clermont Ferrand, la formation des internes de médecine générale (IMG) repose sur un dispositif d'apprentissage dit par « compétences » (3) plus adapté à la professionnalisation, en phase avec le contexte européen de formation médicale. Le collège national des généralistes enseignants (CNGE) a établi un référentiel métier (3) listant les compétences à acquérir et les familles de situation de soins, auxquelles un interne doit savoir faire face en fin de cursus. Ces documents aident les départements de MG à concevoir la formation des internes.

Ces choix pédagogiques, centrés sur l'apprenant, nécessitent la mise en place d'un tutorat individuel et de groupe. L'évaluation des acquis s'appuie sur la tenue d'un portfolio numérique.

A.2. Organisation du cursus à CLERMONT-FERRAND

Durant la période de notre étude, Il s'organisait selon 2 grands axes.

Une formation pratique sur 3 ans pleins, répartie en 6 stages de 6 mois (un stage hospitalier au titre de la médecine adulte, un stage au titre de la médecine d'urgence, un

semestre au titre de la pédiatrie et gynécologie, un semestre libre, un semestre praticien premier niveau et un semestre selon le projet professionnel de l'interne) ;

Et un enseignement théorique dit hors stage d'environ 200 heures réparti en .

Enseignements obligatoires :

- Les G.E.A.S.P (Groupes d'entraînement à l'analyse de situations professionnelles) ;
- Les séances de tutorat individuel ;
- Les ateliers d'enseignement dirigé
- La formation médico-sociale (Assurance maladie) ;
- La journée de l'inter professionnalité ;
- Les Journées Universitaire de Médecine Générale en Auvergne (J.U.M.G.A) (1 par an)
- Le Forum de l'installation.

Et enseignements facultatifs :

- Anthropologie de la santé et études qualitatives ;
- Conception des travaux de recherche et de thèse et formation à la rédaction médicale.

Afin de mieux cerner la nature du « matériel » analysé dans notre travail, il est nécessaire de revenir sur les GEASP, leurs objectifs et leur organisation.

A.3. Les GEASP

Ils s'inspirent des groupes d'échange de pratique ou groupes de pairs® (4), bien connus dans le domaine de formation médicale continue. , Ils sont proposés aux internes dans la

plupart des facultés de médecine avec des objectifs voisins, sous des dénominations très diverses (Annexe 1)

Cependant les étudiants ne sont pas stricto sensu entre pairs.. Le groupe est tutoré par un ou des enseignants qui ont pour tâche l'animation et la supervision du groupe. Leur posture est une posture dite " basse" de facilitation et non d'expertise.

A Clermont Ferrand, la méthode des GEASP s'inspire plus précisément de ce proposait Patrick ROBO dans les années 2000 pour la formation des enseignants de l'éducation nationale. (5).

Le moniteur animateur du GEASP est aussi le tuteur des internes du groupe et les suit individuellement durant 3 ans.

Il valide les travaux déposés dans les portfolios et participe à la validation du cursus de l'interne.

Sa tâche est à la fois formative et certifiante.

Les groupes sont constitués selon les promotions de 8 à 12 internes.

A.4. Déroulement d'une séance de GEASP.

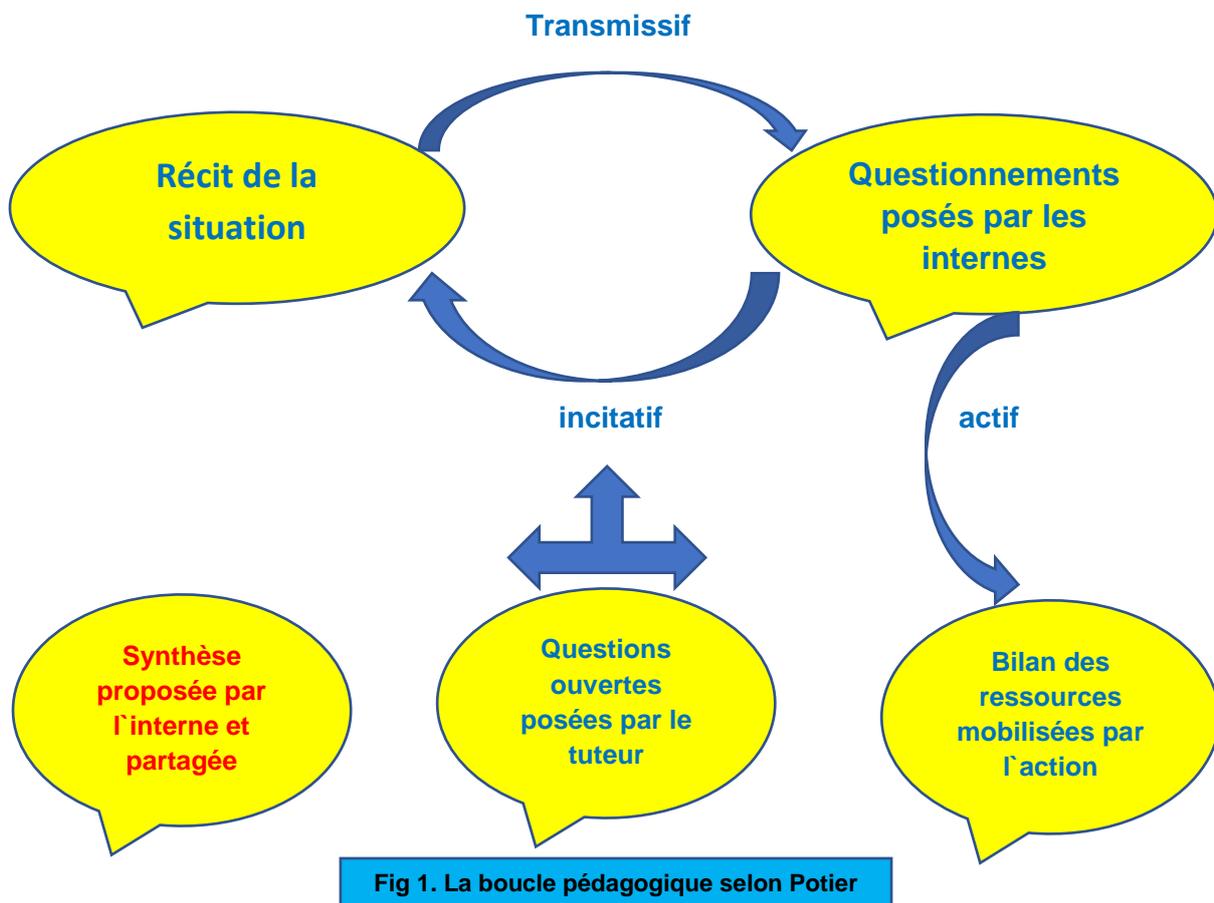
Quelques jours avant le GEASP, il est demandé à chaque interne de déposer « son cas » en ligne sur l'Espace Numérique de travail (ENT).

En début de séance chaque interne présente, en quelques mots le cas vécu qui lui a posé des problèmes (professionnel ou émotionnel). Puis le groupe vote afin de choisir quels cas seront discutés. (Entre 2 et 4 par GEASP – 3 en moyenne).

L'interne dont le cas a été choisi, fait alors une présentation longue de la situation. A la fin de la présentation chacun peut intervenir en posant à l'orateur des questions ouvertes dites « d'éclaircissement ». Ceci afin de travailler dans un premier temps exclusivement sur l'analyse. Les prises de paroles pour proposer d'emblée des solutions sont régulées par l'animateur. Dans un second temps chaque interne peut proposer à l'exposant des idées ou des solutions liées au problème présenté. Le tuteur a un rôle important dans l'animation, Il veille à ce que les échanges entre internes respectent les règles de respect mutuel, de bienveillance. Il ne se positionne pas en expert et si les opinions au sein du groupe sont contradictoires, il propose à l'interne orateur ou à quiconque le souhaite, d'approfondir la question et de faire une recherche bibliographique. Cette recherche sera présentée via un diaporama lors de la prochaine séance. L'interne orateur est au final encourager à exprimer au groupe ce qu'il retient des propositions faites par ses pairs. Le tuteur enseignant peut être amené à orienter les choix des cas à discuter, en cas de redondance, ou de situations trop éloignées de la pratique généraliste. Durant la séance un interne tient le rôle de secrétaire. Il ou elle a pour tâche de rédiger un compte-rendu des échanges. Ce sont ces comptes rendus que nous avons analysés (exemple en annexe 2).

Cette modalité pédagogique permet un style actif centré sur l'apprenant où l'animateur facilite le débat entre les internes. L'animateur a un rôle de guide. Il encouragea les internes a poser leur propre question, à réfléchir plutôt qu'à obtenir des réponses immédiates. Même si cette « posture basse » de l'animateur est discutée dans certaines études. (5)

Nous avons reproduit ici le schéma de Potier et collaborateurs (6) synthétisant la "boucle pédagogique" mise en oeuvre lors des séances.



A.5. Les familles de situations de soins

Proposer un plan de formation cohérent, nécessitent d'exposer les IMG à un maximum de situations cliniques typiques de leur futur métier.

Dans cette optique le CNGE à élaboré, à partir d'un consensus non formalisé d'experts, tous enseignants de médecine générale, un référentiel métier, listant les familles de situation auxquelles doit savoir faire face un interne de médecine générale compétent. (4) et (annexe 3)

Cette liste des grandes familles de situations de soins (annexe 3) est une liste de situations cliniques types permettant de repérer les tâches à réaliser pour assurer correctement le métier de médecin généraliste (7). Après 9 ans d'étude l'interne doit être en capacité de gérer ces situations (au nombre de onze), c'est à dire de poser un diagnostic global de la situation, d'élaborer un projet d'intervention négociée avec le patient, d'effectuer un suivi rapproché, d'assurer la continuité de la prise en charge et puis d'effectuer un suivi différé dans le temps (7).

La durée relativement brève du DES de médecine générale, et la réalisation de stages au 2/3 hospitaliers (hors du contexte ambulatoire), amènent à s'interroger sur « l'exposition » des internes aux situations de soins. L'objectif de ce travail est donc d'évaluer, dans cette optique, un des dispositifs pédagogiques clefs du DMG.

Notre travail a pour objectif principal de répondre à la question suivante :

Quelles sont les familles de situation clinique, abordées dans le cadre des G.E.A.S.P par les IMG de la faculté de médecine de Clermont Ferrand promotion ECN 2015-2018 ?

Secondairement de repérer

S'il existe des différences sur l'ensemble du cursus des 3 ans?

S'il existe un lien entre le choix des stages et les situations abordées ?

S'il existe des différences inter groupes chaque année?

S'il existe une évolution au sein d'un même groupe sur les 3 ans ?

Au sein des grands familles quelles sont les sous-familles plus abordées ?

B. MATÉRIELS ET MÉTHODES

B.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive et rétrospective à partir des comptes-rendus des séances de séances de GEASP de la promotion 2015-2018.

B.2. Critères d'inclusions

Après une analyse croisée par deux lecteurs, seuls sont retenus les comptes rendus relatant les « cas cliniques discutés » par le groupe.

B.3. Critères d'exclusion

Des comptes rendus qui relate uniquement des :

- récit trop court ou données parcellaires n'apportant pas suffisamment d'éléments exploitables ;
- récits divers ne rapportant pas de situation clinique : organisation du cabinet, logistique, questions de fiscalité ;
- discussions autour de la réalisation des RSCA, des vignettes et du mémoire.

B.4. Recueil des données

Pour pouvoir répondre aux questions c'était nécessaire avoir accès aux toutes les comptes rendus de GEASP.

Avec l'accord de tous les tuteurs a été approuvé l'accès sur l'espace ENT, dédié pour les GEASP. Les comptes rendus des GEASP pour tous les groupes ont été téléchargée, en représentant le matériel pour la thèse. Si les comptes rendus n'ont pas été réalisées, les traces déposées par les internes ont été téléchargées et stockés.

La première lecture a eu l'objectif d'exclure les comptes rendus non éligibles et d'établir le matériel.

La deuxième lecture a été une analyse croisée, réalisée par les deux lecteurs en lisant tous les comptes rendus, séparément, groupe par groupe, en identifiant les familles de situations cliniques pour chaque cas.

Après l'analyse d'une groupe les deux lecteurs ont eu un entretien pour identifier et corriger les différences entre les deux analyses.

A été décidé d'analyser 19 GEASP du 21 en total.

B.5. Analyse et encodage

La deuxième lecture était consacrée, aussi, à la remplissage de la grille avec les familles de situation cliniques retrouvées.

a. Remplissage

L'investigateur principal (l'interne) a créé un fichier Excel pour chaque groupe (Annexe 4).

Le tableau Excel a été créé :

- les lignes - les situations de famille ;
- les colonnes les GEASP.

Dans chaque cas on a trouvé une ou plusieurs familles de situation. Chaque famille de situation identifiée a été noté avec 1. L'investigateur principal a inséré un commentaire dans chaque case, en écrivant le prénom de l'interne qui a décrit la situation. Pour l'exactitude de l'analyse, l'investigateur principal a convenu avec le directeur de thèse d'avoir un entretien pour chaque groupe pour vérifier l'analyse. Si plusieurs internes ont abordé la même sous-famille de

situation on a encodé en mettant le numéro de fois (2,3, etc), et en notant les noms des internes (Annexe 5) pour faciliter l`analyse croisée.

A la fin de chaque année a été crée une colonne pour le total année et a la fin des trois années une colonne pour le grand total. (Annexe 7)

Le total de chaque année sera utilisé pour la situation comparative dans le même groupe, pour evaluer la progression (ou non), mais aussi pour la situation comparative entre les groupes (Annexe 6). Le grand total sera utilisé pour le total de la promotion 2015-2018.

b. Formules Excel® utilisées

➤ *La fonction SOMME*

➤ *La fonction POURCENTAGE [%]= $\frac{X}{Y} 100$*

X = le nombre de cas trouvé pour une situation de famille

Y = total situations de familles par an (pour un groupe ou pour tous les trois années)

➤ *Insert COLUMN or LINE AREA CHART* utilisé pour les graphiques (choix de stage, situation totale de situation de famille pour la promotion et situation comparative entre les trois années)

C. RESULTATS

Nous avons choisi d'exposer les resultats en presentant des tableaux et figures afin de faciliter la comprehension.

C.1. Aperçu global de comptes rendus de GEASP déposées sur ENT

Groupe/ GEASP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
A				X															
B																			
C			X							X	X								
D					X														
E									X										
F					X		X	X									X		
G																			
H																			

	Compte rendu de GEASP
	Traces déposées sur ENT
	Rien
X	Non contributif

Tableau 1 – Aperçu global de comptes rendus de GEASP déposées sur ENT.

On peut noter la disparité du nombre des comptes rendus déposés entre 17/19 pour groupe D et 8/19 pour les groupes A et B.

Diagramme de flux de compte rendus

Comme le diagramme de flux ci desous le montre, nous avons pu utiliser 61.84% des comptes rendus de GEASP (94 / 152).

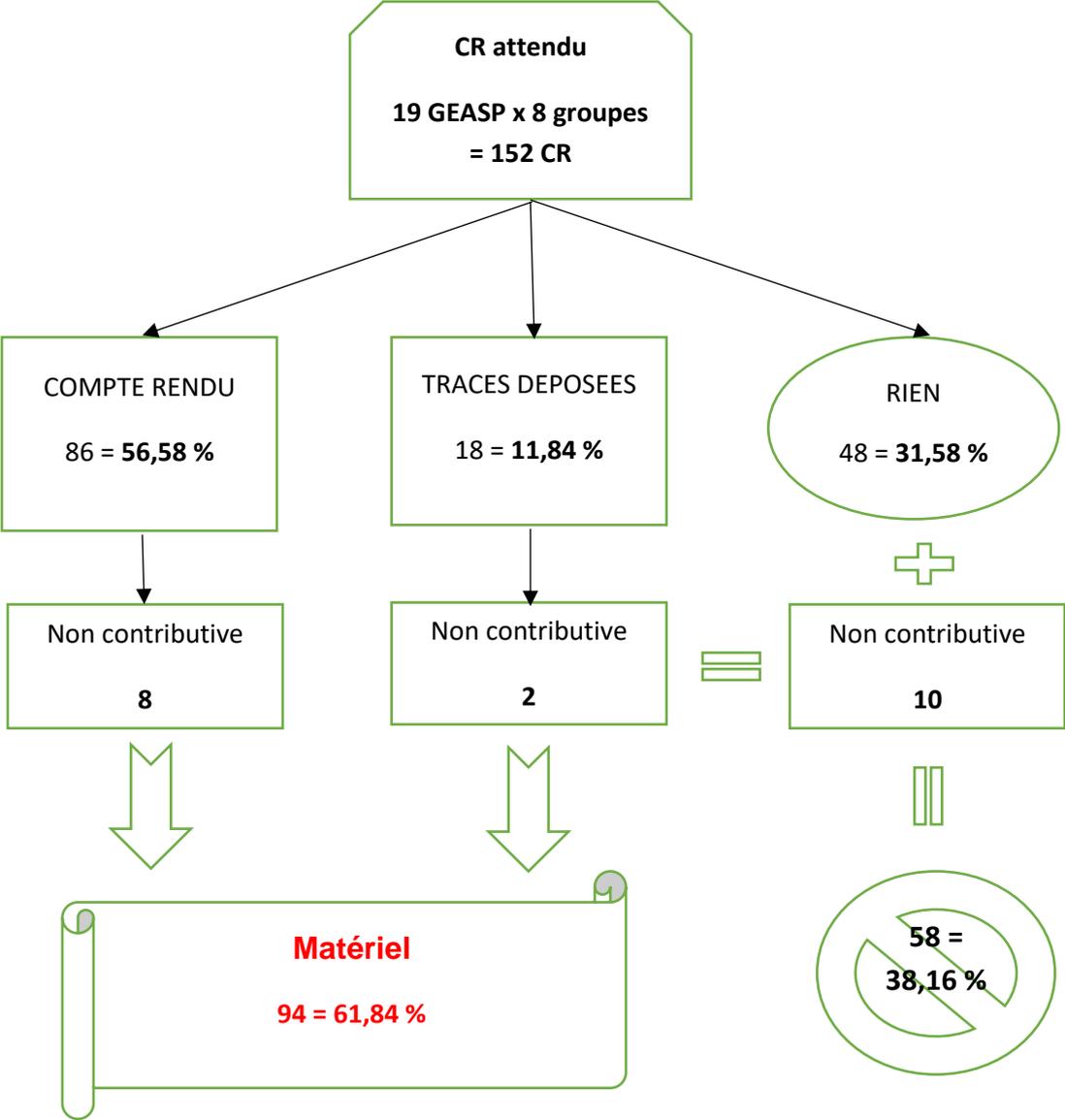


Fig. 2 – Diagramme de flux de compte rendus

C.2. Les familles de situation clinique, abordées dans le cadre des G.E.A.S.P par les IMG de la faculté de médecine de Clermont Ferrand promotion ECN 2015-2018

Notre travail montre que toutes les familles de situations cliniques ont été abordées par les internes de la promotion 2015-2018 avec une fréquence entre 1.12% et 20.37%.

	Grandes familles de situations cliniques	TOTAL % PROMOTION
1	Patients souffrant de pathologies chroniques poly morbidité à forte prévalence	20,37
2	Situations liées à des problèmes aigus/ non programmé/ fréquents / exemplaire	9,13
3	Situations liées à des problèmes aigus/ non programmé/ dans le cadre des urgences réelles	18,26
4	Situations autour de problèmes de sante concernant les spécificité de l'enfant et de l'adolescent	9,55
5	Situation autour de la sexualite et de la genitalite	6,88
6	Situation autour de problemes lies a l'histoire familiale et a la vie de couple	5,62
7	Situations de probleme de santé et/ou de souffrance liées au travaille	1,13
8	Situations don't les aspects legaux, deontologique et ou juridiques / medico-legaux sont au premier plan	15,17
9	Situations avec des patients difficiles/exigeants	8,85
10	Situations ou les problemes sociaux sont au premier plan	1,68
11	Situations avec des patients d'une autre culture	3,36

Tableau 2 - Grandes familles de situations cliniques

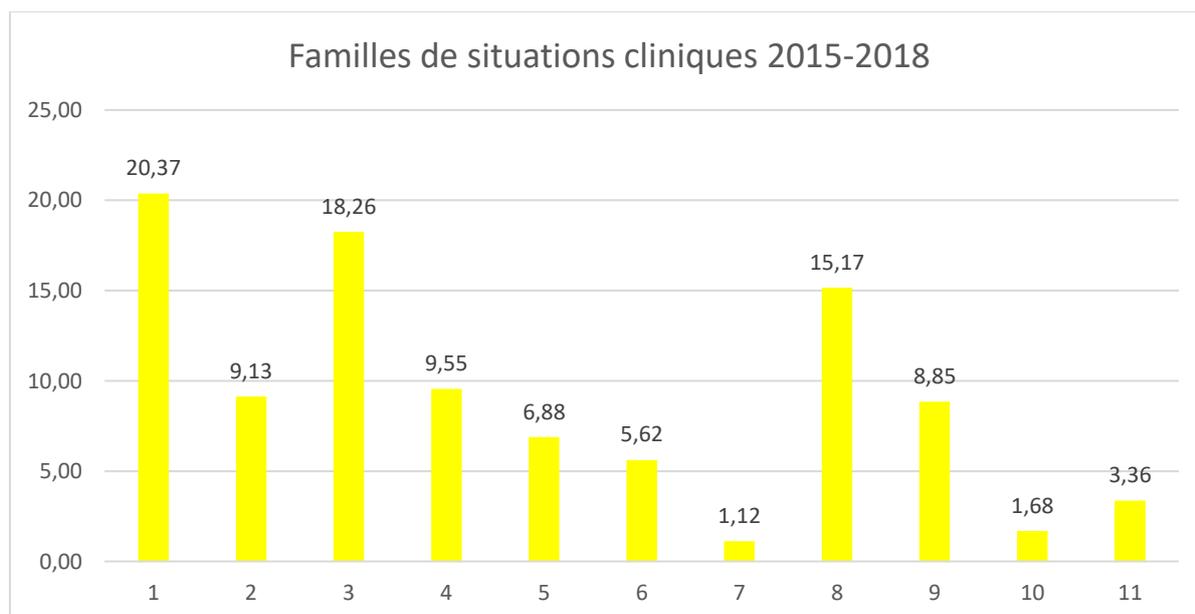


Figure 3 - Grandes familles de situations cliniques

En ordre décroissant 2015-2018 les grands familles de situations clinique sont les suivantes:

Les grands familles de situations clinique	%
1	20,37%
3	18,26%
8	15.17%
4	9,55%
2	9,13%
9	8,55%
5	6,88%
6	5,62%
11	3,36%
10	1,68%
7	1,12%

Tableau 3 - Les grands familles de situations clinique promotion 2015-2018

C.3. Différences sur l'ensemble du cursus des 3 ans pour la promotion

Grandes familles de situations cliniques	1ere année	2eme année	3eme année
	%	%	%
1	24,31	17,65	13,39
2	8,56	10,50	8,04
3	16,30	21,85	16,96
4	6,08	12,18	15,18
5	4,14	9,66	9,82
6	5,80	5,04	9,82
7	0,00	2,52	1,78
8	20,16	9,24	11,60
9	12,15	4,20	8,03
10	0,83	2,52	2,68
11	1,65	4,62	6,23

Tableau 4 - Les grandes familles de situation cliniques . Situation comparative entre les trois ans

Dans la figure 4 on peut constater la tendance de décroissance pour la première famille de situations 1 (Patients souffrant de pathologies chroniques poly morbidité à forte prévalence) du 24,31% -> 17,65% -> 13,36%.

La famille de situations 4 (Situations autour de problème de sante concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent) a une évolution de croissance progressive de la première la dernière année (6,08%--> 12,18%--> 15,18%) et aussi la famille de situation 5 (Situation autour de la sexualité et de la génitalité) (4,14% -> 9,66% -> 9,82%).

Même si pour la promotion 2015-2018 toutes les familles de situations cliniques ont été abordées, dans la première année la famille 7 (Situations de probleme de santé et/ou de souffrance liées au travaille) n'a pas été abordée par les IMG.

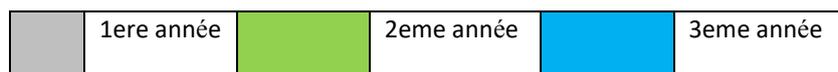
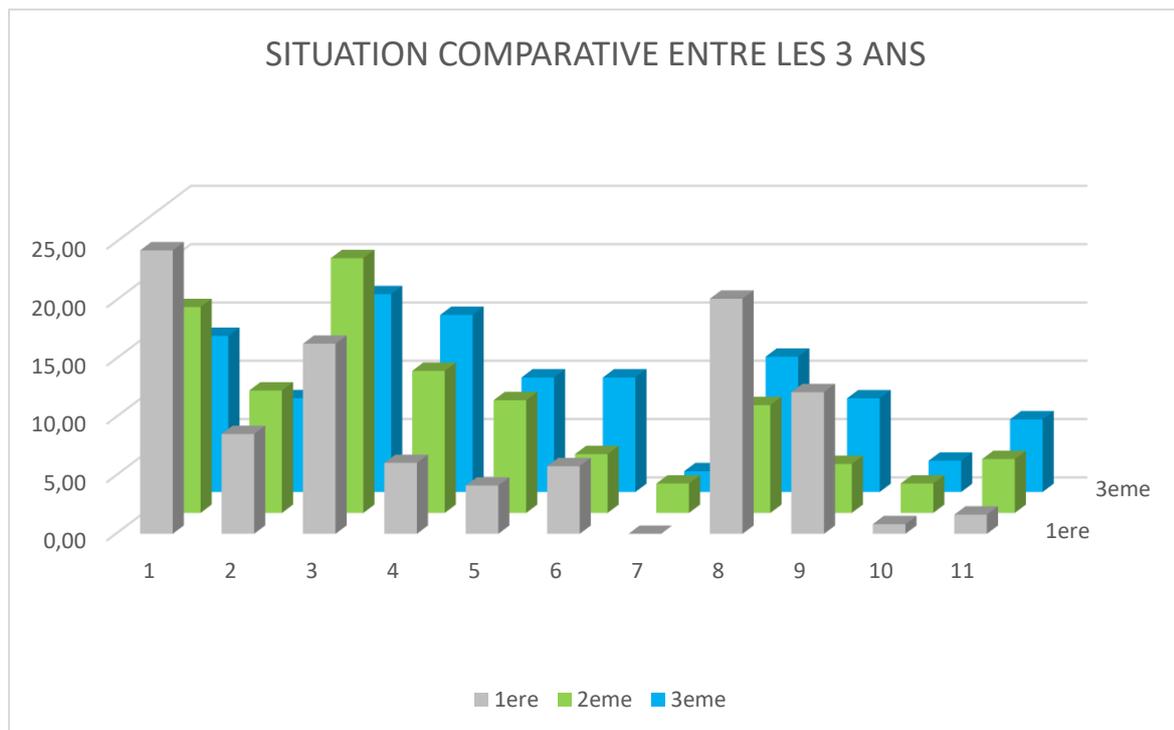


Figure 4 – Situation comparative entre les trois ans

Choix des stages

En partant de l’hypothèse que les familles de situations abordées ont été influencées par les stages effectuées par les internes, une situation du choix de stage a été réalisée.

STAGE / ANNÉE	1	2	3	TOTAL
GYNECO-PEDIA	12	33	39	84
URGENCES	33	45	16	94
PRAT/SASPAS	31	57	54	142
MED POLYVALENTE	96	34	44	174

Tableau 5 – Choix de stage internes 2015-2018

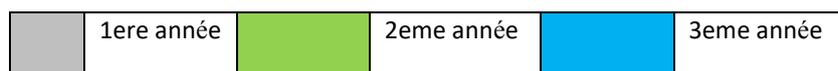
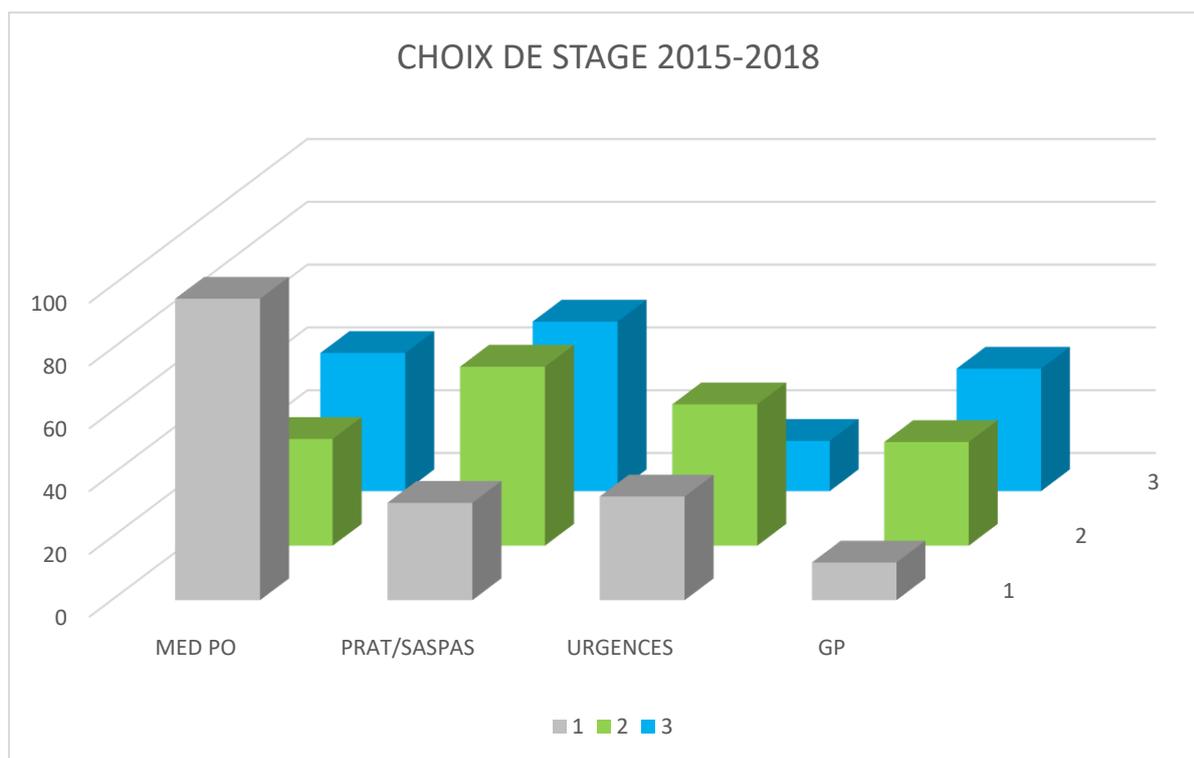


Figure 5– Choix des stages

C.4. Situation comparative entre les groupes D et G

Nous rapportons ici uniquement la comparaison entre les groupes D et G parce que nous n'avons pas assez de matériel exploitable concernant les autres groupes (Tableau 1), les deux groupes ont le même nombre de compte rendus.

Grandes familles de situations cliniques	Groupe D %	Groupe G %
1	17,7	21,71
2	7,08	6,20
3	19,48	18,60
4	13,27	8,53
5	6,20	10,08
6	7,96	6,20
7	0,89	0
8	13,27	14,73
9	9,73	8,52
10	0	1,55
11	4,42	3,86

Tableau 6 – Situation comparative groupe D/groupe G

Dans le tableau 6, 7 et la figure 6 on peut constater qu'il n'y a pas une différence importante entre les deux groupes.

Les premières 5 familles de situations abordées par les deux groupes ont été :

Groupe	fam	%	fam	%	fam	%	fam	%	fam	%
D	3	19,48	1	17,7	8	13,27	4	13,27	9	9,73
G	1	21,71	3	18,60	8	14,73	5	10,08	4	8,53

Tableau 7 - Les premières 5 familles de situations abordées par les groupes D et G

Le groupe D n'a pas abordé la famille 10 (« Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan ») et le groupe G n'a pas abordé la famille 7 (« Situations de problème de santé et/ou de souffrance liées au travail »)

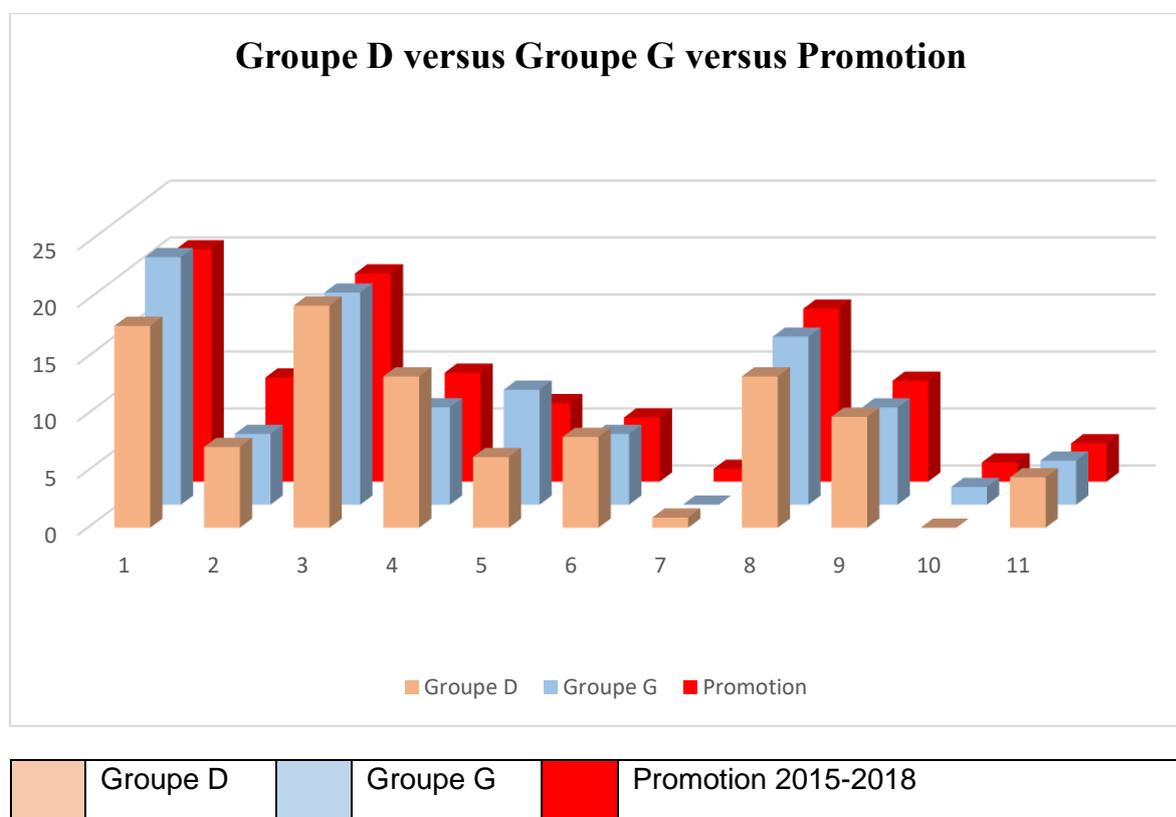


Figure 6 – Situation comparative entre les groupes D et G et total promotion

C.5. Exemple de l'évolution des situations abordées au sein d'une même groupe sur les 3 ans

Exemple du groupe D

Grandes familles de situations cliniques	1ere année %	2eme année %	3eme année %
1	23,53	21,95	7,9
2	5,88	9,76	5,26
3	14,71	24,40	18,42
4	2,94	17,07	18,42
5	2,94	7,32	7,9
6	5,88	7,32	10,52
7	0	0	2,63
8	20,59	7,32	13,16
9	23,53	0	7,9
10	0	0	0
11	0	4,88	7,9

Tableau 8 – Situation comparative 2015-2018 groupe D

Le tableau 8 et la figure 7 montrent des différences importantes entre les trois ans au sein de groupe D.

Les internes ont choisi en première année plus la médecine polyvalente et les urgences (Tableau 8). Les familles de situations prépondérantes ont été la 1 (« Patients souffrant de pathologies chroniques poly morbidité à forte prévalence »), 9 (« Situations avec des patients difficiles / exigeants »), 8 (« Situations dont les aspects légaux, déontologique et ou juridique / médico-légaux ») et 3 (« Situations liées à des problèmes aigus/ non programmé/ dans le cadre des urgences réelles »).

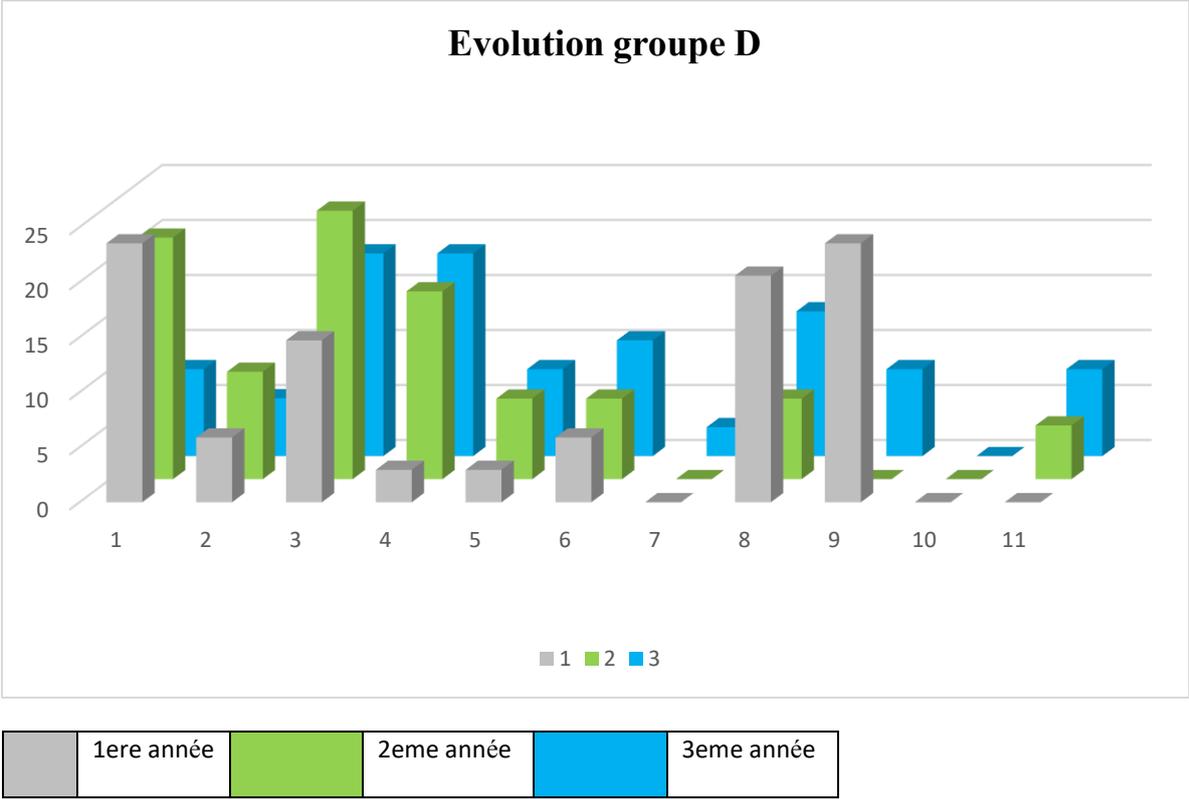


Figure 7 – Situation comparative 2015-2018 groupe D

C.6. Les situations cliniques détaillées promotion 2015-2018 (sous-familles)

A été réalisé un tableau pour les sous-familles (Annexe 8) pour évaluer si les sous-familles plus abordées par les IMG sont les mêmes comme les grandes familles abordées.

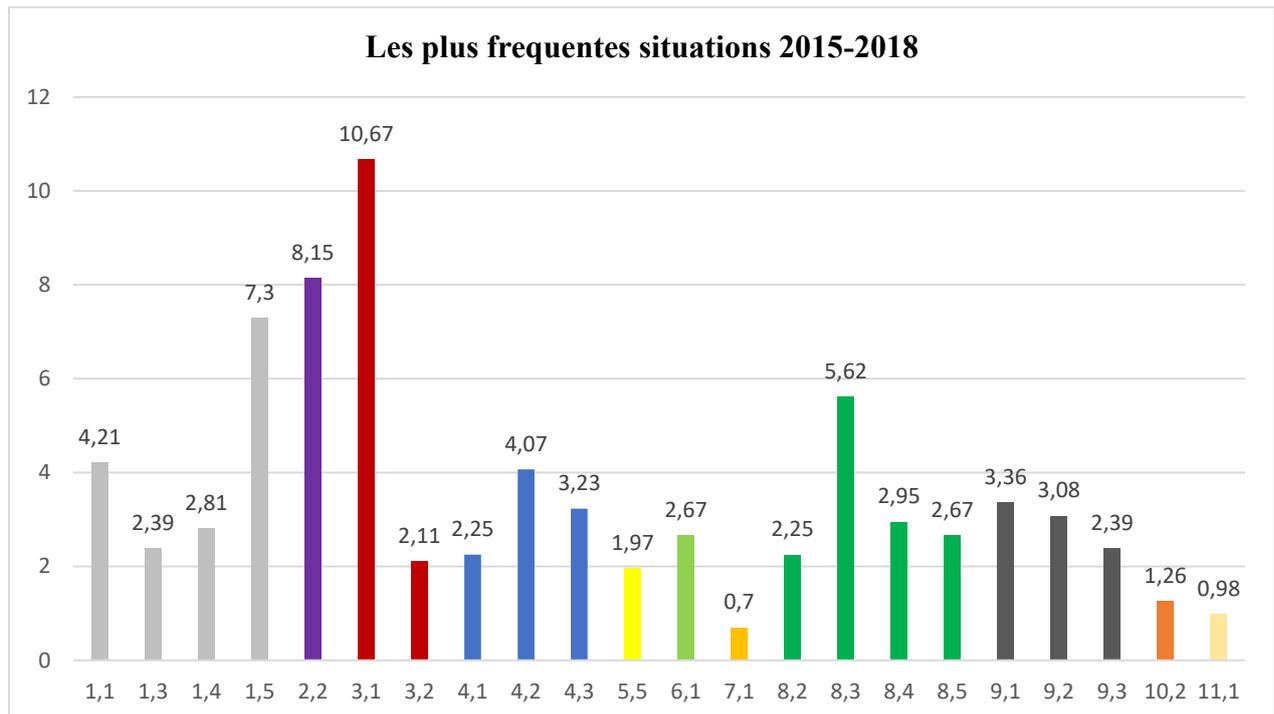


Figure 8– Les plus fréquentes sous-familles abordées par les internes dans chaque grand famille. Promotion 2015-2018

Les 5 premières sous-familles (Annexe 8 et Figure 8) sont :

10,67% « Des situations de patients qui présentent des plaintes ou états urgents de nature somatique médicaux : défaillances des fonctions vitales ou risque de risque de défaillances de ces fonctions »

8,15% « Des situations de patients qui présentent des troubles somatiques, en particulier les pathologies prévalentes de toutes natures, à tous les âges de la vie »

7,30% « Des situations de patients présentant des pathologies chroniques très graves, des patients en soins palliatifs et de patients en fin de vie »

5,62% « Des situations de désaccord profond ou de conflit entre les soignants »

4,21% « Atteints de pathologies chroniques organiques et psychologiques de toute nature tout âge de la vie »

C.7. Ouverture d'un nouveau chapitre – des situations non classées dans les 11 grandes familles

L'investigateur principal a trouvé plusieurs situations non classées dans les 11 familles des situations cliniques. Avec l'accord du directeur de thèse on a réalisé et analysé la famille 12 - Situations non répertoriées.

Dans notre recherche on a trouvé 171 cas clinique qui ne correspondaient pas au tableau de 11 grandes familles. (Annexe 7).

12 - Situations non répertoriées	171
Gestion des propres émotions de l'interne	44
Accepter le refus de traitement de patient	25
Problème de confiance des patients avec l'interne	10
Gérer une consultation en couple	9
Il faut partager la vie privée de médecin avec les patients ?	2
Aspect éthique de traiter ou pas un patient en fonction de son état ou sa demande	21
Gérer une consultation avec un patient difficile ou sa famille	31
Organisation du travail au cabinet	1
Posture face au rapport hiérarchique	10
Conflit éthique du soignant	2
Communiquer avec les patients et leurs familles	10
Comportement du médecin	4
Il faut soigner le médecin ses proches ?	2

Tableau 9 – Situations non répertoriées

D. DISCUSSIONS

D.1. Situation de comptes rendus de GEASP ou traces déposées sur ENT

Une situation des comptes rendus de GEASP et des traces déposées a été réalisée. On a décidé de faire l'étude sur 19 GEASP (21 totale dans 3 ans) pour raison d'avoir le temps de finir en temps la thèse. On a attendu de trouver 152 comptes rendus, mais juste 86 comptes rendus ont été déposés. A été réalisée une dossier des traces déposées par les IMG avant chaque GEASP sur ENT et on a identifié des traces pour 18 GEASP.

Selon le critère d'exclusion on a trouvé 8 comptes rendus et 2 traces déposées non exploitables.

Après la première lecture on a identifié 94 des GEASP contributives et 10 non exploitables, en arrivant à la conclusion que les comptes rendus ou traces déposées contributives ont été 61.84% des GEASP (94 / 152).

On a constaté aussi qu'entre les groupes de GEASP il y a une variabilité au rapport de comptes rendus déposés. Il est donc difficile à faire une comparaison fiable entre tous les groupes. Seule les comptes rendus des groupes D et G était comparable.

D.2. Les grandes familles de situations cliniques promotion 2015-2018

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

Plus souvent les IMG ont abordées la famille de situations clinique 1 „Patients souffrant de pathologies chroniques poly morbidité à forte prévalence” 20,37%. Comme sous-famille, le plus souvent on a trouvé : „Des situations de patients présentant des pathologies chroniques très graves, des patients en soins palliatifs et de patients en fin de vie ». Mais toutes les 7 sous-familles ont été abordées.

Autre famille de situations fréquemment relevée celle en lien avec « des situations liées à des problèmes aigus/ non programmé/ dans le cadre des urgences réelles” 18,26% avec une prevalence de la sous-famille : „Des situations de patients qui présentent des plaintes ou états urgents de nature somatique médicaux - défaillances des fonctions vitales ou risque de risque de défaillances de ces fonctions ».

La maquette pour la médecine générale contient la médecine polyvalente, urgences, gynécologie, pédiatrie et stage praticien première niveau (+/- SASPAS). En tenant compte que les stages hospitaliers plus souvent choisis ont été cardiologie, neurologie, gériatrie, médecine interne, dermatologie, c'était attendu que la famille 1 sera fréquemment relevée. Les IMG ont été confrontées avec cette famille de situation (maladies chroniques), aussi dans le cadre de stage au cabinet (diabète, insuffisance cardiaque, dysthyroïdie) ou dans le cadre des visites au domicile (ou EHPAD). Le stage au cabinet a été choisi le plus souvent après la médecine polyvalente.

La fréquence des situations abordées de la famille de situations 2 peut-être expliqué par le choix du stage d'urgence.

La conclusion et que les internes de médecine générale de la faculté de médecine de Clermont Ferrand promotion ECN 2015-2018 ont abordé dans le cadre des Groupes d'Entraînement à l'Analyse des Situations Professionnelles (G.E.A.S.P) toutes les familles de situation clinique et en plus dans la situation détaillée on a pu constater que toute les sous-familles ont été abordées.

D.3. Les grandes familles de situation cliniques . Situation comparative entre les trois ans.

En partant de l'hypothèse que les familles de situations abordées ont été influencées par les stages effectuées par les internes, une situation du choix de stage a été réalisée.

On peut constater que dans la première année n'a pas été abordée la famille de situation 7 – « Situations de problème de santé et/ou de souffrance liées au travail ». Cette situation peut être expliquée que le stage au cabinet a été choisi moins en 2015 qu'en 2016 et 2017.

Dans la figure 5 on peut constater la tendance de décroissance pour la première famille de situation (**1**= Patients souffrant de pathologies chroniques poly morbidité à forte prévalence) et même tendance pour le choix du stage Médecine polyvalente.

L'évolution de la deuxième famille de situation (**2**= Situations liées à des problèmes aigus/ non programmé/ fréquents / exemplaire) est à-peu-près de même manière que l'évolution des stages Praticien/SASPAS.

La troisième famille de situation (**3**= Situations liées à des problèmes aigus/ non programmé/ dans le cadre des urgences réelles) a une évolution de même façon avec l'évolution du choix de stage Urgences, c'est-à-dire croissance de la première à deuxième année et décroissance du deuxième à troisième année.

Pour la quatrième famille de situation (4=Situations autour de problèmes de sante concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent) a une évolution de croissance progressive de la première à la dernière année et aussi la cinquième famille de situation (5=Situation autour de la sexualité et de la génitalité). La même évolution est observé aussi au choix de stage Gynécologie-Pédiatrie.

Les pourcentages plus élevés de la quatrième famille de situation vers la cinquième (4>5) peut-être expliqué par le fait que les cas de gynécologie sont rencontrés plus dans le stage de gynécologie, par contre les cas de pédiatrie sont abordés aussi dans le stage de pédiatrie mais en plus dans les stages de Praticien premier niveau et SASPAS.

Une évolution notable est la sixième famille de situation (6= Situation autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple). Les premières deux années l'évolution a été stable autour de 5% pour s'augmenter à 9,82% en troisième année. Peut-être lié à l'appropriation du concept d'approche globale des patients dans l'exercice de la médecine.

Une évolution intéressante on a constaté pour la huitième famille de situation (8= Situations dont les aspects légaux, déontologique et ou juridiques / médico-légaux sont au premier plan), intéressante, parce que on a une décroissance (de la première à deuxième année) et puis croissance (du deuxième à troisième année), mais quand même moins que la première année. Pour essayer d'expliquer cette évolution on a évalué sur la situation détaillée de sous-famille. Donc la sous-famille « Des situation de désaccord profond ou de conflit entre les soignants » a été plus abordées (5,62%). L'explication vient peut-être en première année est en lien avec la mise en responsabilité et il y a souvent une discordance entre ce qu'il a appris (durant le 2 cycle) et la « vie réelle ». En 3 année l'interne a gagné en assurance et n'hésite pas à exprimer son désaccord avec ses collègues.

D.4. Situation comparative entre les groupes D et G et intra groupe

A été choisi la comparaison entre les groupes D et G parce que les deux groupes ont déposé plus de comptes rendus que les autres groupes.

Dans le tableau 7 et la figure 6 on peut constater qu'il n'y a pas une différence importante entre les deux groupes.

Le groupe G a abordé en plus les familles 1 et 5 (« Patients souffrant de pathologies chroniques poly morbidité à forte prévalence» et „Situation autour de la sexualité et de la génitalité”). Par contre le groupe D a abordé en plus la famille 4 (« Situations autour de problème de sante concernant les spécificités de l`enfant et de l`adolescent”).

Le groupe D n'a pas abordé la famille 10 (« Situations ou les problèmes sociaux sont au première plan”) et le groupe G n'a pas abordé la famille 7 (« Situations de problème de sante et/ou de souffrance lies au travaille »)

Cette différence entre les groupes peut être explique par le fait que chaque groupe a des internes que sont différents individus, différent sexe, avec leur émotion et leur comportement, donc, déjà une variabilité intra et inter groupe, sans tenir compte des stages différents et des cas cliniques différents.

Le dispositif pédagogique et la maquette de la médecine générale permettent heureusement que dans l'ensemble du cursus (enseignement hors stage et maquette obligatoire), l'interne se confronte avec toutes les familles de situations clinique, même s'il ne présent au GEASP juste quelque situation qui lui a posé de problème.

D.5. Les situations cliniques détaillées promotion 2015-2018 (sous-familles)

Une situation en détail a été réalisée en montrant quelles sont les situations plus abordées dans chaque grande famille de situation.

La figure 8 montrée les plus importantes situations cliniques abordées par les internes:

1. Des situations de patients qui présentent des plaintes ou états urgents de nature somatique médicaux : défaillances des fonctions vitales ou risque de défaillances de ces fonctions 10,67 %
2. Des situations de patients qui présentent des troubles somatiques, en particulier les pathologies prévalentes de toutes natures, à tous les âges de la vie 8,15%
3. Des situations de patients présentant des pathologies chroniques très graves, de patients en soins palliatifs et de patients en fin de vie 7,30 %
4. Des situations de désaccord profond ou de conflit entre les soignants 5.62%
5. Atteints de pathologies chroniques organiques et psychologiques de toute nature tout âge de la vie 4,21 %

D.6. Ouverture d'un nouveau chapitre – des situations non classées dans les 11 grandes familles

L'investigateur principal a trouvé plusieurs situations non classées dans les 11 familles des situations cliniques. Avec l'accord du directeur de thèse on a réalisé et analysé la **famille 12 - Situations non répertoriée.**

On a identifié 13 subdivisions en identifiant 171 situations cliniques. Quand même, c'est intéressant à tenir compte, parce que dans la famille 1 (la plus souvent famille abordée entre les 11 grands familles consacré) on a identifié 145 situations cliniques. Pour comprendre mieux, on a réalisé, aussi la situation comparative entre les trois ans.

Les plus souvent situations ont été :

Situations cliniques	Année	1ere	2eme	3eme	TOTAL
Gestion des propres émotions de l'interne		28	11	5	44
Gérer une consultation avec un patient difficile		16	9	6	31
Accepter le refus de traitement de patient		12	9	4	25
Aspect étique de traiter ou pas un patient en fonction de son état ou sa demande		12	9	4	21
Problème de confiance des patients avec l'interne		5	4	1	10
Posture face au rapport hiérarchique		8	1	1	10
Communiquer avec les patients et leurs familles		10	0	0	10

Tableau 10 - situations cliniques non repertoriées – comparaison entre les trois ans

Ce nouveau chapitre a apporté une information importante : toutes les subdivisions ont un composant commun – l'interne a été confronté avec une problème psychologique.

Comme on peut retenir du tableau 10, dans la première année les internes ont été plus confrontés avec les situations que les années prochaines. Cette situation peut être expliqué par le fait que les internes en première année ne sont pas prêts être confrontés à tel problématique. Ils sortent d'un enseignement plus théorétique, dans la vie réelle – pratique. Ils quittent leur

zone de confort ou le médecin (leur enseignant) gérait les problèmes. Maintenant ils sont obligés de gérer leur mêmes certaines situations.

On apprend que pour les patients c'est importante l'approche globale, mais aussi il faut tenir compte du médecin (interne), de leurs problèmes et de leurs émotions.

C'est vraie que les cursus et la maquette est fait d'une façon qu'au fin de l'internat les internes sont confrontés avec toutes les familles de situation médicale ou psychologique, mais l'étude montre qu'ils ne sont pas à l'aise (psychologiquement) au début de l'internat.

En tenant compte que notre étude a mis en évidence qu'existe un lien entre les familles de situations abordées par les internes et les stages effectués, les enseignants du DMG peuvent prévoir les problèmes qui serrent posés par les internes en fonction des stages effectués.

En sachant les situations rencontrées dans le chapitre 12, peut-être il faut évaluer si c'est utile à prévoir, en début d'internat (pour chaque promotion), une « préparation psychologique » pour la vie réelle des internes.

E. CONCLUSION

Dans le cadre des GEASP les internes de médecine générale de la faculté de médecine de Clermont Ferrand promotion ECN 2015-2018, abordent globalement toutes les familles de situations cliniques.

En accord avec les attentes du collège national, les G.E.A.S.P restent donc un dispositif pédagogique pertinent pour la formation des internes.

Il n'a pas été possible de réaliser une comparaison significative entre tous les groupes du fait de compte rendus non disponibles ou inexploitable.

Il semble exister, en toute logique, au sein de chaque groupe un lien entre les familles de situations cliniques abordées et les stages effectués par les internes.

Notre travail a permis de repérer des familles de situations de soins non référencées dans le document du collège national des généralistes enseignants (professionnalisme, la gestion des rapports hiérarchiques et de leurs propres émotions).

Une évolution de ce référentiel tenant compte des problèmes rencontrés par les internes de médecine générale en formation initiale, paraît souhaitable.

BIBLIOGRAPHIE

1. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales | Legifrance [Internet]. [consulté la dernière fois : 2014 Nov 26]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000781658>
2. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine | Legifrance [Internet]. [consulté la dernière fois : 2014 Nov 26]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000807238&dateTexte=&categorieLien=id>
3. *Concepts et principes pédagogiques* - Créé le vendredi 8 mars 2013, disponible sur https://www.cnge.fr/la_pedagogie/concepts_et_principes_pedagogiques/
4. Société française de médecine générale. Groupes de Pairs®. Issy-les-Moulineaux : SFMG, 2016. Disponible sur http://www.sfm.org/groupe_de_paires/ [Consulté le 22 novembre 2016].
5. Patrick ROBO - L'analyse de pratiques professionnelles <http://www.gfapp.fr/> ou http://probo.free.fr/textes_amis/these_geasp_carole_augier.pdf
- 6- Potier A, Robert J, Ruiz C, Lebeau JP, Renoux C, Un portfolio pour certifier les compétences : des concepts à la pratique. *Exercer* 2013;108:178-84.
7. *Exercer La revue Francaise de medecine generale* - N° 108, vol 24, - Situations cliniques

ANNEXES

ANNEXE 1 – Liste non exhaustive des GEP en France en 2013

FACULTE	Type de GEASP
Brest	Groupes de paires
Caen	GAP: groupes d'apprentissage de pratique
Clermont-Ferrand	GEASP: groupes d'entrainement a l'analyse de situation professionnelles
Dijon	GEP: groupes d'entrainement professionnelles
Grenoble	GAC: groupes d'acquisiton de connaissances
Lille	UPL: unité d'échange de pratique
Limoges	Groupes de paires
Lyon	Groupes d'échange
Montpellier	GEPT: groupes d'échange de pratique tuteurés
Nantes	RSCA tuteurés
Nice	GEASP: groupes d'entrainement a l'analyse de situation professionnelles
Paris-Descartes	GEP: groupes d'entrainement professionnelles
Rouen	GEP: groupes d'entrainement professionnelles
Saint-Etienne	GEP: groupes d'entrainement professionnelles
Toulouse	AEP: ateliers d'échange de pratique
Versailles	ECM: entretiens collectifs monitorés

ANNEXE 2 – UN EXEMPLE DE COMPTE RENDU DU GEASP

Compte rendu du GEASP 1 du 03/12/15 de 13h30 à 16h30

Scribe : Camille

Secrétaire de séance : Antonin

1- Situations proposées :

- ✓ **Arthur** : patient ancien journaliste, **éthylisme chronique**, hospitalisé en état d'**incurie totale** → prise en charge sociale et retour au domicile complexe.
- ✓ **Jean** : patient de 30 ans **toxicomane, diabétique déséquilibré**, hospitalisé pour **septicémie** → prise en charge globale du patient
- ✓ **Céline** : **Diabétique de type 1** avec ADO, patiente opposée au **traitement par insuline** → place du médecin traitant et du spécialiste dans le traitement de son diabète
- ✓ **Louise** : **Décompensation œdémato-ascitique** sur **cirrhose alcoolique**, prise en charge Samu, aux urgences → place de l'arrêt des soins dans cette situation complexe et relation avec le patient dans ce contexte.
- ✓ **Benjamin** : **ictus amnésique** chez un patient **opposant aux soins** → hospitalisation ou non et sa prise en charge
- ✓ **Laura** : patiente avec **OAP sur IM**, étant aidant principal de son **mari Alzheimer** → prise en charge de la patiente et de son mari
- ✓ **Nadège** : **sciaticque** 41 ans **hyperalgique**, désir d'examen complémentaire mais pas d'indication donc **refus d'hospitalisation** → argumentation face aux patients et prise en charge
- ✓ **Stéphanie** : patiente de 85 ans, prise en charge **orthopédique** initiale, va à sa consultation de contrôle et **pas de bas de contention**, opposition dans l'indication des bas de contention → désaccord entre deux confrères
- ✓ **Alice** : une palpitante garde de pédiatrie, patient de **16 ans avec palpitations** et **interne seul** pour gérer la situation → ressenti et détail de la difficulté de la prise en charge
- ✓ **Gabriel** : patiente de **91 ans**, anxieuse, agité, **RAS au niveau clinique, biologique et psychiatrique** → hospitalisation de façon abusive

✓ **Camille** : maman avec **antécédent psychiatrique** et **syndrome de persécution** envers un de ses enfants, **risque de passage à l'acte sur l'enfant**, placement ? → Favoriser la vie de l'enfant ou de la famille

2- Après votes : 3 situations choisis qui sont celles d'Alice, Laura et Louise.

A – Alice

1) Situations d'Alice :

Pendant une garde de pédiatrie un dimanche, le SAMU amène aux urgences un patient de 16 ans pour douleurs thoraciques et palpitations. A l'interrogatoire, cela dure depuis 1 h environ, bonnes constantes, pas d'antécédents particuliers, pas de traitement hormis un traitement contre l'acné mis en place quelques jours avant (d'ailleurs la maman met en cause le traitement dans la tachycardie)

Dans un box, l'ECG retrouve une tachycardie à 250 BPM avec tachycardie jonctionnel, étant donné l'absence de scope, IDE en permanence a cote de l'ECG pour surveillance.

Pas de chef présent sur place et pas de réponse initiale de la part du chef d'astreinte. La cardiologue appelé doit arriver, pas de traitement spécifique cardio aux urgences pédiatriques.

Cliniquement lors de la surveillance, RAS, en reprenant l'interrogatoire, les palpitations sont présentes depuis la veille. Pas de toxiques, biologie normale.

Pas de possibilité de chercher le traitement → surveillance jusqu'à l'arrivée du cardiologue.

Après avis du cardiologue par téléphone → Atarax 100 mg IV → toujours tachycarde puis Bisoprolol 5 mg → 180 BPM → ½ h → 140 BPM → surveillance

Le cardiologue arrive 2h30 après et retrouve une tachycardie supra ventriculaire avec foyer ectopique → le lendemain mise en place du Tildiem LP 300mg → 80 BPM et transfert à l'USIC, télémétrie et ablation du foyer à Clermont.

2) Après un tour de table, les conseils et remarques qui sont ressortis des conversations :

- ✓ **Appel de la réanimation** pour conseil sur la prise en charge et le traitement en attendant le cardiologue qui mettait du temps à arrivé.
- ✓ **Appel du CHU** pour avis et transfert du patient si nécessaire
- ✓ **Appel des urgences adultes** pour avis également
- ✓ **Recherche internet/Vidal** pour prise en charge et traitement.

B- Laura :

1) Situation de Laura

Patiente de 82 ans hospitalisée dans le cadre d'un OAP sur IM, prise en charge initiale par le SAMU, antécédent d'HTA, phlébite et IM. Après prise en charge adéquate → perte de 13 kg dans le service puis convalescence en suivant. Sauf que la patiente est l'aidante principale de son mari Alzheimer et pour lequel elle refuse la convalescence pour le retrouver. Pendant l'hospitalisation, le mari était avec le fils mais ne peut pas s'en occuper plus à cause de son travail. Au niveau social, demande d'une maison de retraite pour le couple mais pas disponible rapidement, pas de place en CSG non plus pour le mari. Donc la patiente retourne à domicile pour aider son mari sans convalescence jusqu'à la chirurgie valvulaire, se pose le problème lors de la prochaine hospitalisation.

2) Après un tour de table, les conseils et remarques qui sont ressortis des conversations :

- ➔ **Faire le point avec le médecin traitant** pour les aides à domicile, ainsi qu'avec la famille
- ➔ **Prise en charge à 100%** pour soins de suite à domicile pour la patiente, quels sont les modalités ? idem pour APA et maison de convalescence, maison Alzheimer
- ➔ **Discussion sur les hospitalisations** pour maintien difficile à domicile pour le conjoint

C- Louise :

1) Situation de Louise

Patient en décompensation œdémato-ascitique chez un éthylique chronique de 59 ans, pris en charge initialement à son domicile par le SAMU, aux urgences patient en défaillance multi viscérale, a bénéficié d'une ponction d'ascite et pleurale, après avis gastro entérologique, pas d'indication à une greffe hépatique d'où pas de transfert en réanimation pour suite de la prise en charge. Donc transfert dans un service de médecine conventionnel et traitement symptomatique. L'information a été donnée au patient. Patient compliant lors des différents gestes, famille prévenue, difficulté morale de la prise en charge car pas de thérapeutique possible à son problème.

2) Après un tour de table, les conseils et remarques qui sont ressortis des conversations :

- ✓ **Importante difficultés** (médicale et émotionnelle) **de prises en charge** sur un patient en défaillance viscérale
- ✓ **Importance des échanges** avec le patient et la famille, **annonce diagnostiques** et personnes de confiance.
- ✓ **Indication des gestes à réalisés et leur bénéfiques** (ponction d'ascites et pleurale).

D- Après ces 3 situations, le groupe a parlé d'évènement et d'histoires vécues concernant des prises en charges difficiles :

- ✓ **Annonce diagnostique de maladies graves**
- ✓ **Information à la famille et au patient** / personne de confiance
- ✓ **Prises en charges palliatives et ressenti des familles et du personnel soignant**

E- Les recherches a effectuées pour le prochain GEASP concernent :

- ✓ **La prise en charge à 100% / ALD 30 pour les soins à domiciles (soins nursing, IDE, AVS) → Alice**
- ✓ **Demande d'APA, maisons de convalescence et centre Alzheimer → Camille et Céline**

ANNEXE 3 – LES GRANDES FAMILLES ET SOUS-FAMILLES DE SITUATIONS

1	1-Patients souffrant de pathologies chroniques polymorbide à forte prévalence
1.1	Atteints de pathologies chroniques organiques et psychologiques de toute nature tout âge de la vie
1.2	Asymptomatiques qui présentant des facteurs de risque dont le contrôle a montré son efficacité sur la probabilité de survenue d' événements morbides à court moyen et long terme
1.3	Des situations de maintien à domicile de patients souffrant de déficiences motrices, sensitives, cognitives entraînant une perte d'autonomie
1.4	Des situations de patients souffrant de problèmes d'addiction, de dépendance et de mésusage de substances psychoactives
1.5	Des situations de patients présentant des pathologies chroniques très graves, de patients en soins palliatifs et de patients en fin de vie
1.6	Des situations de patients souffrant de pathologies psychiatriques chroniques ou récurrentes prévalentes (dépression, anxiété généralisée, troubles bipolaires, psychoses)
1.7	Des situations de patients présentant des douleurs chroniques ou récurrentes
2	2-Situations liées a des problemes aigus/ non programme/ frequents / exemplaire
2.1	Des situations de patients présentant des plaintes médicalement inexpliquées / plaintes fonctionnelle / plaintes somatique inexpliquées
2.2	Des situations de patients qui présentent des troubles somatiques, en particulière les pathologies prévalentes de toutes natures, a tous les âges de la vie
3	3-Situations liées a des problemes aigus/ non programme/ dans le cadre des urgences reeles
3.1	Des situations de patients qui présentent des plaintes ou états urgents de nature somatique médicaux : défaillances des fonctions vitales ou risque de défaillances de ces fonctions
3.2	Des situations de patients qui présentent des plaintes ou états urgents de nature chirurgicale
3.3	Des situations de patients qui présentent des du domaine des urgences ressenties ;
3.4	Des situations de patients qui présentent des crises aiguës de nature psychiatrique ou psychique / ou relationnelle (patient très agressif)
3.5	Des situations de patients présentant des problèmes médico-sociaux aigus nécessitant une réponse rapide
4	4- Situations autour de problemes de sante concernant les specificite de l'enfant et de l'adolescent
4.1	Des situations concernant les nourrissons et les enfants dans les consultations systématiques de surveillance
4.2	Des situations de parents inquiets des plaintes et symptômes de leur nourrisson
4.3	Des situations concernant des adolescents sur le plan somatique et psychique préventif éducatif et relationnel
5	5- Situation autour de la sexualite et de la genitalite
5.1	Des situations de prescription, suivi, information et éducation pour toutes les formes de contraception en situation commune a risque, et en situation d'urgence, en abordant la sexualité
5.2	Des situations autour d'un projet de grossesse, suivre une grossesse normale dans toutes ses dimensions de repérer et orienter les grossesses a risque quel qu'en soit le terme
5.3	Des situations concernant des femmes en periménopause puis en ménopause analyser avec la patiente les risques et bénéfices des traitements, d' border la sexualité dans ce contexte
5.4	Des situations de demandes d'IVG dans le cadre règlementaire
5.5	Des situations de demande programmée ou non d'une femme présentant une plainte indifférenciée dont l'origine gynécologique est probable
5.6	Des situations de dépistage des cancers mammaires et génitiaux en fonction des niveaux de risque de la femme
6	6- Situation autour de problemes lies a l'histoire familiale et a la vie de couple
6.1	Des situations ou la dynamique familiale est perturbée
6.2	Des situations de conflits intrafamiliaux aigus ou pérennes
6.3	Des situations de violences et d'abus intrafamiliaux actuels ou anciens
7	7-Situations de probleme de sante et/ou de souffrance lies au travaille
7.1	Des situations de patients présentant des troubles physiques et / ou psychiques lies directement ou indirectement au travail
7.2	Des situations de patients présentant des problèmes de reconnaissance de pathologies liées au travail (accident de travail, harcèlement et maladie professionnelle)
7.3	Des situations de patients posant des problèmes d'aptitude ou de reprise de travail ou d'aptitude à leur poste
8	8-Situations don't les aspects legaux, deontologique et ou juridiques / medicolegaux sont au premier plan
8.1	Des situations dans lesquelles le secret médical peut être questionne
8.2	Des situations de demande de certificats ou de documents médico-légaux ou assurantiels
8.3	Des situations de désaccord profond ou de conflit entre les soignants
8.4	Des situations ou la sécurité du patient n'est pas respectée
8.5	Des situations d'erreurs médicales, en connaissant les différents temps successifs d'une démarche permettant une culture positive de l'erreur
9	9-Situations avec des patients difficiles/exigeants
9.1	Des situations de patients ou de familles affichant un mode relationnel agressif
9.2	Des situations de patients ou de familles dont les demandes sont abusives ou irrecevables d'un point de vue médical, règlementaire étique juridique ou déontologique
9.3	Des situations de patients ou de familles pour lesquels toutes les tentatives d'intervention de quelques natures qu'elles soient, se soldent par des échecs
10	10-Situations ou les problemes sociaux sont au premier plan
10.1	Des situations dans lesquelles les problèmes sociaux entraînent des inégalités de sante
10.2	Des situations de patients en précarité
10.3	Des situations de rupture professionnelle et ou familiale avec risque de désocialisation
11	11-Situations avec des patients d'une autre culture
11.1	Des situations de patients migrants en situation irrégulier / précaire
11.2	Des situations de patients migrants voyageurs (qui retournent régulièrement dans leur pays d'origine)
11.3	Des situations de patients et familles d'une autre culture qui sont installés durablement en France

ANNEXE 6 – TABLEAU EXCEL TOUS LES GROUPES GEASP

GR	A15			B15			C15			D15			E15			F15			G15			H15						
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	TOT
	TOT																											
3	6	3	1	10	8	5	13	1	4	6	11	7	22	13	8	21	5	1	11	12	10	2	24	9	7	2	18	18
3.1	3			3	4	3	7	1	1	3	5	2	8	5	10	15	10	7							7	3	1	13
3.2	1			1	1	1	2			2	1	3				1	1								2	2		4
3.3	2			2	2		2												1		4				1			4
3.4	1			1			1			1	2	3	1	2	6	1			1	1	3				1	1	1	3
3.5	2	1		3	1	1	2			1	1	1	1			1									1			2
4	1			1			6			2	3	5	1	7	15	10	4	14	2	2	2	2	2	6	5	1	11	
4.1																												9
4.2	1			1			4			1	2	2	3	5	3	1	4	1	1	2	3	3	2	3	3	6		
4.3										1	2	1	5	3	4	1	5	1	2	3	1	2	2	3	1	3		
5	1			1	4	2	6			1	2	1	3	3	7	2	6	8	3	2	2	7	4	4	5	13		
5.1																												5
5.2	1			1	1		1			1	2	1	4	2	2		2	2	1	2	1	3	2	1	1	3		
5.3																												5
5.4																												5
5.5																												5
5.6																												5

ANNEXE 6 – TABLEAU EXCEL TOUS LES GROUPES GEASP

GR	A15			B15			C15			D15			E15			F15			G15			H15					
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3			
	TOT																										
6	2						4	2	6	2	3	4	9	6		6	5		5	4	3	1	1	1	8	2	4
6.1	1						2	1	3	1	2	3	3	1		1	3		3	3	1	1	1		5	2	3
6.2	1									1	3	2	6	2		2	1		1	2		2			2	1	1
6.3							2	1	3					3		3	1		1	1		1			1		
7	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1					1	1						1	1
7.1				1			2	2	2		1	1	1													1	1
7.2																											
7.3	1																		1								
8	1	1	1	3	2		2	3	5	11	7	3	15	10	1	11	19	5	24	14	5	19	17	4	2	23	
8.1											2	1	3				4	1	5	1					1	2	2
8.2							1	1	3	1	1	2	4			1	1		2	2	1	3			2	1	3
8.3	1	1		2	1		1	1	3	3	1	4	4	3		3	6	3	9	6	4	10	6	1	1	8	
8.4								2	2	2	1	1	2	5		5	4		4	2		2	5	1	6		
8.5							1	1	3	1	1	1	2	2	1	3	4		4	3		3	4		4		
9	4	3	2	9	1		1	2	1	3	8	3	11	7		7	7	4	11	7	1	3	11	8	2	10	
9.1	2	1		3	1		1	1	2	2	2	1	3	3		3	2	1	3	2	2	2	4	3	2	5	
9.2											4	1	5	4		4	2		2	3	1	1	5	3	3		
9.3	2	1		3			1		1	1	2	1	3			3	3		6	2		2	2		2	2	
10				2	2	1	1	1	2	1									4	1	5	2			2		
10.1																											
10.2				1	1	1	1	1	2	1									2	1	3	2			2		
10.3				1	1																						

ANNEXE 6 – TABLEAU EXCEL TOUS LES GROUPES GEASP

GR	A15			B15			C15			D15			E15			F15			G15			H15			
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
	TOT																								
11	1			1	1		1			2	3	3	5	2	1	3			3	2		5	2	1	4
11.1										1	1	2	2	1		1			1	1		1	1		2
11.2				1						1	1	2	2	1		1			1			1			1
11.3	1						1			1	1	1	1			1			2	1		3	1		1
12	7	4	2	13	8	5	13	3	3	6	13	6	25	19	5	24	7	4	11	34	10	52	14	5	3
12.1	2	1		3	3	1	4	1	2	3	4	3	10	2		2	1		1	9	2	11	6	3	9
12.2	2						1			1	4	2	7	4	1	5	2	1	3	2		2	1	2	4
12.3		1								1	1		2							2	2	1	5	2	2
12.4		1								2	2		2							2	1	2	5	1	1
12.5										1	1		1								1	1			
12.6	1	1					1			2	1	3	4	1		5	1		1	3		1	4	3	4
12.7	2	1		3	1	2	3	2	1	3			3	3		6				7	3	4	14	1	2
12.8																									
12.9		1					1							2		2	1	1	2	4		4			
12.10													1	1		1	1								
12.11							1						3	3		3	1		1	5		5			
12.12							1	1									1								
12.13																						1			1

ANNEXE 7 – TABLEAU AVEC LA SITUATION COMPARATIVE

Total cas identifié	362	238	112	712
GEASP	35	36	18	94
No de cas	158	145	61	364
GROUPE	A - H			
ANNEE	1	2	3	TOTAL
	%	%	%	TOTAL %
1-Patients souffrant de pathologies chroniques polymorbide à forte prévalence	88	42	15	145
Atteints de pathologies chroniques organiques et psychologiques de toute nature tout âge de la vie	24,31%	17,65%	13,39%	20,37%
Asymptomatiques qui présentant des facteurs de risque dont le contrôle a montré son efficacité sur la probabilité de survenue d'événements morbides à court moyen et long terme	#REF!	8	5	30
Des situations de maintien à domicile de patients souffrant de déficiences motrices, sensitives, cognitives entraînant une perte d'autonomie	4	1,10%		4
Des situations de patients souffrant de problèmes d'addiction, de dépendance et de mésusage de substances psychoactives	10	2,76%	3	17
Des situations de patients souffrant de pathologies chroniques très graves, de patients en soins palliatifs et de patients en fin de vie	6	1,66%	5	20
Des situations de patients souffrant de pathologies psychiatriques chroniques ou récurrentes	38	10,49%	13	52
prévalentes (dépression, anxiété généralisée, troubles bipolaires, psychoses)	6	1,66%	4	11
Des situations de patients présentant des douleurs chroniques ou récurrentes	6	1,66%	4	10
2-Situations liées à des problèmes aigus/ non programme/ fréquents / exemplaire	31	8,56%	25	65
Des situations de patients présentant des plaintes médicalement inexplicables / plaintes fonctionnelle / plaintes somatique inexplicables	2	0,55%	3	7
Des situations de patients qui présentent des troubles somatiques, en particulier les pathologies prévalentes de toutes natures, à tous les âges de la vie	29	8,01%	22	58
			7	8,15%

ANNEXE 7 – TABLEAU AVEC LA SITUATION COMPARATIVE

GROUPE	A - H						TOTAL	TOTAL %
	1	%	2	%	3	%		
3-Sit liées a des problemes aigus/ non programme/ dans le cadre des urgences reeles	59	16,30%	52	21,85%	19	16,96%	130	18,26%
Des situations de patients qui présentent des plaintes ou états urgents de nature somatique médicaux : défaillances des fonctions vitales ou risque de défaillances de ces fonctions	35	9,67%	30	12,61%	11	9,82%	76	10,67%
Des situations de patients qui présentent des plaintes ou états urgents de nature chirurgicale	6	1,65%	7	2,94%	2	1,78%	15	2,11%
Des situations de patients qui présentent des urgences ressenties ;	5	1,38%	4				9	1,26%
Des situations de patients qui présentent des crises aigues de nature psychiatrique ou psychique / ou relationnelle (patient très agressif)	8	2,21%	6	2,52%	4	3,56%	18	2,53%
Des situations de patients présentant des problèmes médico-sociaux aigus nécessitant une réponse rapide	5	1,38%	5	2,10%	2	1,78%	12	1,68%
4- Sit autour de probl de sante concernant les specificite de l'enfant et de l'adolescent	22	6,08%	29	12,18%	17	15,18%	68	9,55%
Des situations concernant les nourrissons et les enfants dans les consultations systématiques de surveillance	5	1,38%	6	2,52%	5	4,46%	16	2,25%
Des situations de parents inquiets des plaintes et symptômes de leur nourrisson	10	2,76%	14	5,88%	5	4,46%	29	4,07%
Des sit concernant des adolescents sur le plan somat et psychique prév éducatif et relationnel	7	1,93%	9	3,78%	7	6,26%	23	3,23%
5- Situation autour de la sexualite et de la genitalite	15	4,14%	23	9,66%	11	9,82%	49	6,88%
Des situations de prescription, suivi, information et éducation pour toutes les formes de contraception en situation commune a risque, et en situation d'urgence, en abordant la sexualité	3	0,83%	3	1,26%	3	2,68%	9	1,26%
Des situations autour d'un projet de grossesse, suivre une grossesse normale dans toutes ses dimensions de repérer et orienter les grossesses a risque quel qu'en soit le terme	4	1,10%	6	2,52%	1	0,89%	11	1,54%
Des situations concernant des femmes en périménopause puis en ménopause analyser avec la patiente les risques et bénéfices des traitements, d'border la sexualité dans ce contexte					2	1,78%	2	0,28%
Des situations de demandes d'IVG dans le cadre réglementaire	5	1,38%	3	1,26%	1	0,89%	9	1,26%
Des situations de demande programmée ou non d'une femme présentant une plainte indifférenciée dont l'origine gynécologique est probable	3	0,83%	9	3,78%	2	1,78%	14	1,97%
Des situations de dépistage des cancers mammaires et génitaux en fonction des niveaux de risque de la femme			2	0,84%	2	1,78%	4	0,56%

ANNEXE 7 – TABLEAU AVEC LA SITUATION COMPARATIVE

GROUPE	A - H						TOTAL	TOTAL %	
	ANNEE	1	%	2	%	3			%
6- Situation autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple		21	5,80%	12	5,04%	7	9,82%	40	5,62%
Des situations où la dynamique familiale est perturbée		11	3,04%	4	1,68%	4	3,56%	19	2,67%
Des situations de conflits intrafamiliaux aigus ou pérennes		5	1,38%	6	2,52%	2	1,78%	13	1,82%
Des situations de violences et d'abus intrafamiliaux actuels ou anciens		5	1,38%	2	0,84%	1	0,89%	8	1,13%
7-Situations de problème de santé et/ou de souffrance liés au travail		0		6	2,52%	2	1,78%	8	1,12%
Des situations de patients présentant des troubles physiques et / ou psychiques liés directement ou indirectement au travail				4	1,68%	1	0,89%	5	0,70%
Des situations de patients présentant des problèmes de reconnaissance de pathologies liées au travail (accident de travail, harcèlement et maladie professionnelle)						1	0,89%	1	0,14%
Des situations de patients posant des problèmes d'aptitude ou de reprise de travail ou d'aptitude à leur poste				2	0,84%			2	0,28%
8-Sit don't les aspects legaux, deontologique et ou juridiques / medicolegaux		73	20,16%	22	9,24%	13	11,60%	38	5,34%
Des situations dans lesquelles le secret médical peut être questionné		10	2,76%	2	0,84%			12	1,68%
Des situations de demande de certificats ou de documents médico-légaux ou assurantiels		5	1,38%	6	2,52%	5	4,46%	16	2,25%
Des situations de désaccord profond ou de conflit entre les soignants		27	7,46%	10	4,20%	3	2,68%	40	5,62%
Des situations où la sécurité du patient n'est pas respectée		17	4,70%	1	0,42%	3	2,68%	21	2,95%
Des situations d'erreurs médicales, en connaissant les différents temps successifs d'une démarche permettant une culture positive de l'erreur		14	3,86%	3	1,26%	2	1,78%	19	2,67%
9-Situations avec des patients difficiles/exigeants		44	12,15%	10	4,20%	9	8,03%	63	8,85%
Des situations de patients ou de familles affichant un mode relationnel agressif		16	4,42%	3	1,26%	5	4,46%	24	3,36%
Des situations de patients ou de familles dont les demandes sont abusives ou irrecevables d'un point de vue médical, réglementaire éthique juridique ou déontologique		16	4,42%	3	1,26%	3	2,68%	22	3,08%
Des situations de patients ou de familles pour lesquels toutes les tentatives d'intervention de quelques natures qu'elles soient, se soldent par des échecs		12	3,31%	4	1,68%	1	0,89%	17	2,39%
10-Situations ou les problèmes sociaux sont au premier plan		3	0,83%	6	2,52%	3	2,68%	12	1,68%
Des situations dans lesquelles les problèmes sociaux entraînent des inégalités de santé				2	0,84%			2	0,28%
Des situations de patients en précarité		3	0,83%	4	1,68%	2	1,78%	9	1,26%
Des situations de rupture professionnelle et ou familiale avec risque de désocialisation						1	0,89%	1	0,14%

ANNEXE 7 – TABLEAU AVEC LA SITUATION COMPARATIVE

GROUPE	A - H						TOTAL	TOTAL %
	1	%	2	%	3	%		
11-Situations avec des patients d'une autre culture	6	1,65%	11	4,62%	7	6,23%	24	3,36%
Des situations de patients migrants en situation irrégulier / précaire	2	0,55%	3	1,26%	2	1,78%	7	0,98%
Des situations de patients migrants voyageurs (qui retournent régulièrement dans leur pays d'origine)	2	0,55%	2	0,84%	2	1,78%	6	0,84%
Des situations de patients et familles d'une autre culture qui sont installés durablement en France	2	0,55%	6	2,52%	3	2,68%	11	1,54%
12, Situations non repertorielle	98		49		24		171	
gestion des propres émotions de l'interne	28		11		5		44	
accepter le refus de traitement de patient	12		9		4		25	
confiance des patients avec l'interne	5		4		1		10	
gerer une consultation un couple	3		4		2		9	
il faut partager la vie prive de medecin avec les patients ?			2				2	
aspect etique de traiter ou pas un patient en fonction de son etat ou sa demande	13		4		4		21	
gerer une consultation avec un patient difficile ou sa famille	16		9		6		31	
organisation du travail au cabinet					1		1	
posture face au rapport hierarchique	8		1		1		10	
conflit ethique du soignant	2						2	
comuniquer avec les patients et leurs famille	10						10	
comportement du medecin	1		3				4	
il faut soigner le medecin ses proches?			2				2	

ANNEXE 8 - Les situations cliniques détaillées promotion 2015-2018 familles 1, 2, 3

1-Patients souffrant de pathologies chroniques poly morbidité à forte prévalence	145	20,37%
Atteints de pathologies chroniques organiques et psychologiques de toute nature tout âge de la vie	30	4,21%
Asymptomatiques qui présentant des facteurs de risque dont le contrôle a montré son efficacité sur la probabilité de survenue d'évènements morbides à court moyen et long terme	4	0,56%
Des situations de maintien à domicile de patients souffrant de déficiences motrices, sensitives, cognitives entraînant une perte d'autonomie	17	2,39%
Des situations de patients souffrant de problèmes d'addiction, de dépendance et de mésusage de substances psychoactives	20	2,81%
Des situations de patients présentant des pathologies chroniques très graves, des patients en soins palliatifs et de patients en fin de vie	52	7,30%
Des situations de patients souffrant de pathologies psychiatriques chroniques ou récurrentes prévalentes (dépression, anxiété généralisée, troubles bipolaires)	11	1,54%
Des situations de patients présentant des douleurs chroniques ou récurrentes	10	1,40%

2-Situations liées à des problèmes aigus/ non programmé/ fréquents / exemplaire	65	9,13
Des situations de patients présentant des plaintes médicalement inexpliquées / plaintes fonctionnelle / plaintes somatique inexpliquées	7	0,98%
Des situations de patients qui présentent des troubles somatiques, en particulière les pathologies prévalentes de toutes natures, a tous les âges de la vie	58	8,15%

3-Sit liées à des problèmes aigus/ non programmée/ dans le cadre des urgences réelles	130	18,26%
Des situations de patients qui présentent des plaintes ou états urgents de nature somatique médicaux : défaillances des fonctions vitales ou risque de risque de défaillances de ces fonctions	76	10,67%
Des situations de patients qui présentent des plaintes ou états urgents de nature chirurgicale	15	2,11%
Des situations de patients qui présentent des du domaine des urgences ressenties ;	9	1,26%
Des situations de patients présentant des problèmes médico-sociaux aigus nécessitant une réponse rapide	12	1,68%

ANNEXE 8 - Les situations cliniques détaillées promotion 2015-2018 familles 4, 5, 6, 7

4- Situations autour de problème de sante concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent	68	9,55%
Des situations concernant les nourrissons et les enfants dans les consultations systématiques de surveillance	16	2,25
Des situations de parents inquiets des plaintes et symptômes de leur nourrisson	29	4,07%
Des situations concernant des adolescents sur le plan somatique et psychique préventif éducatif et relationnel	23	3,23%

5- Situation autour de la sexualité et de la génitalité	49	6,88%
Des situations de prescription, suivi, information et éducation pour toutes les formes de contraception en situation commune a risque, et en situation d'urgence, en abordant la sexualité	9	1,26%
Des situations autour d'un projet de grossesse, suivre une grossesse normale dans toutes ses dimensions de repérer et orienter les grossesses a risque quel qu'en soit le terme	11	1,54%
Des situations concernant des femmes en periménopause puis en ménopause analyser avec la patiente les risques et bénéfices des traitements, d'border la sexualité dans ce contexte	2	0,28%
Des situations de demandes d'IVG dans le cadre règlementaire	9	1,26%
Des situations de demande programmée ou non d'une femme présentant une plainte indifférenciée dont l'origine gynécologique est probable	14	1,97%
Des situations de dépistage des cancers mammaires et génitaux en fonction des niveaux de risque de la femme	4	0,56%

6- Situation autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple	40	5,62%
Des situations ou la dynamique familiale est perturbée	19	2,67%
Des situations de conflits intrafamiliaux aigus ou pérennes	13	1,82%
Des situations de violences et d'abus intrafamiliaux actuels ou anciens	8	1,13%

7-Situations de problème de sante et/ou de souffrance lies au travaille	8	1,12%
Des situations de patients présentant des troubles physiques et / ou psychiques lies directement ou indirectement au travail	5	0,70%
Des situations de patients présentant des problèmes de reconnaissance de pathologies liées au travail (accident de travail et maladie professionnelle)	1	0,14%
Des situations de patients posant des problèmes d'aptitude ou de reprise de travail ou d'aptitude à leur poste	2	0,28%

ANNEXE 8 - Les situations cliniques détaillées promotion 2015-2018 familles 8, 9, 10, 11

8-Situations don't les aspects légaux, déontologique et ou juridiques / médicolégaux	108	15,17%
Des situations dans lesquelles le secret médical peut être questionne	12	1,68%
Des situations de demande de certificats ou de documents médico-légaux ou assurantiels	16	2,25%
Des situations de désaccord profond ou de conflit entre les soignants	40	5,62%
Des situations ou la sécurité du patient n'est pas respectée	21	2,95%
Des situations d'erreurs médicales, en connaissant les différents temps successifs d'une démarche permettant une culture positive de l'erreur	19	2,67%

9-Situations avec des patients difficiles/exigeants	63	8,85%
Des situations de patients ou de familles affichant un mode relationnel agressif	24	3,36%
Des situations de patients ou de familles dont les demandes sont abusives ou irrecevables d'un point de vue médical, réglementaire étiq ue juridique ou déontologique	22	3,08%
Des situations de patients ou de familles pour lesquels toutes les tentatives d'intervention de quelques natures qu'elles soient, se soldent par des échecs	17	2,39%

10-Situations ou les problèmes sociaux sont au premier plan	12	1,68%
Des situations dans lesquelles les problèmes sociaux entraînent des inégalités de sante	2	0,28%
Des situations de patients en précarité	9	1,26%
Des situations de rupture professionnelle et ou familiale avec risque de désocialisation	1	0,14%

11-Situations avec des patients d'une autre culture	24	3,36%
Des situations de patients migrants en situation irrégulier / précaire	7	0,98%
Des situations de patients migrants voyageurs (qui retournent régulièrement dans leur pays d'origine)	6	0,84%
Des situations de patients et familles d'une autre culture qui sont installés durablement en France	11	1,54%

(Conseil national de l'ordre des médecins)
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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

STANCU Iulian Gabriel

Familles de situations cliniques en Médecine Générale et enseignements hors stage
au département de Médecine Générale de Clermont Ferrand

Thèse de Médecine, Clermont-Ferrand, Université d'Auvergne, 2018

RESUME : Favoriser en formation initiale une approche par compétences, nécessite d'évaluer l'exposition des internes aux familles de situation qu'ils rencontreront dans leur exercice professionnel. En accord avec les attentes du collège national, les G.E.A.S.P restent donc un dispositif pédagogique pertinent pour la formation des internes.

Notre travail de recherche avait pour objectif principal d'identifier quelles sont les familles de situation clinique abordées dans le cadre des GEASP par les internes de médecine générale de la faculté de médecine de Clermont Ferrand promotion ECN 2015-2018 ?

Secondairement de repérer s'il existe :

- Des situations non abordées et si oui lesquelles ?
- Des différences inter groupes chaque année et sur l'ensemble du cursus des 3 ans ?
- Une évolution au sein d'un même groupe sur les 3 ans ?

Nous avons pu analyser 94 comptes rendus de GEASP sur 152 attendus, soit 61,84%. L'investigateur principal (l'interne) et le directeur de thèse ont analysé séparément les comptes rendus. Puis refait une lecture commune pour aboutir à un encodage commun en cas de désaccord initial.

Dans le cadre des GEASP (Groupes d'entraînement à l'analyse de situations professionnelles) les internes de médecine générale de la faculté de médecine de Clermont Ferrand promotion ECN 2015-2018, abordent globalement toutes les familles de situations cliniques.

Il n'a pas été possible de réaliser une comparaison entre les groupes du fait de compte rendus non disponibles ou inexploitable. Ni de repérer une évolution au sein d'un même groupe, pour les mêmes raisons.

Il semble exister, en toute logique, au sein de chaque groupe un lien entre les familles de situations cliniques abordées et les stages effectués par les internes.

Notre travail a permis de repérer des familles de situations de soins non référencées dans le document du collège national des généralistes enseignants, une « douzième famille » de situation qui donne lieu à un travail de réflexion, au sein des groupes.

MOTS-CLES : GEASP, groupe d'entraînement, les internes de médecine générale, familles de situations cliniques, approche par compétences, dispositif pédagogique, gestion des propres émotions de l'interne

JURY : Président : Pr Clément GILLES
Membres : Pr Jean Etienne BAZIN
Pr Jean Marc GARCIER
Pr Alexandre LAUTRETTE
Dr Gilles TANGUY

DATE DE LA SOUTENANCE : Soutenue publiquement le 20 septembre 2018

ADRESSE DE L'AUTEUR :