



État des lieux de l'enseignement par groupes d'échange de pratiques (GEP) chez les internes en médecine générale de la faculté d'Amiens : étude quantitative

Nardjes Kamel

► To cite this version:

Nardjes Kamel. État des lieux de l'enseignement par groupes d'échange de pratiques (GEP) chez les internes en médecine générale de la faculté d'Amiens : étude quantitative. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03246554

HAL Id: dumas-03246554

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03246554>

Submitted on 2 Jun 2021

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 PICARDIE JULES VERNE

UFR DE MÉDECINE D'AMIENS

Année 2021

Thèse N° 2021 - 12



État des lieux de l'enseignement par Groupes d'Échange de Pratiques (GEP)
chez les internes en médecine générale de la faculté d'AMIENS :
Étude quantitative

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

Le 18 mars 2021

Par

Nardjes KAMEL

La présidente du Jury,

Madame le Professeur Catherine BOULNOIS

Les membres du Jury,

Monsieur le Professeur Éric HAVET

Madame le Professeur Claire ANDREJAK

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

Le directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Manuel VINCENT

REMERCIEMENTS

À ma présidente de Jury,

Madame le Professeur Catherine BOULNOIS

Professeur des Universités (Médecine Générale)

Directeur du Département de Médecine Générale

Assesseur du 3ème cycle

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse et je vous en remercie sincèrement.

Soyez assurée de ma respectueuse reconnaissance et de mon immense gratitude.

Merci de m'avoir ouvert les portes de votre cabinet durant mon stage praticien, de m'avoir fait confiance en m'offrant l'autonomie dont j'avais besoin pour prendre mon envol.

Merci de m'avoir transmis votre expérience et savoir.

REMERCIEMENTS

À mon Jury,

Monsieur le Professeur Éric HAVET

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Anatomie – Chirurgie orthopédique

Assesseur du Premier Cycle

*Vous avez aimablement accepté de juger ce travail.
Je vous prie de trouver ici l'expression de mes remerciements.
Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.*

REMERCIEMENTS

Madame le Professeur Claire ANDREJAK

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Pneumologie)

*Vous me faites le grand honneur de juger cette thèse.
Veuillez recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance.*

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Médecine interne)

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Veillez recevoir l'expression de ma sincère considération.

REMERCIEMENTS

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Manuel VINCENT

Médecin généraliste à Corbie et maître de stage

Maître de Conférences Associé - Département de Médecine Générale

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, je te suis infiniment reconnaissante.

Merci pour ta disponibilité, ton écoute et tes précieux conseils.

Merci pour ta patience, ta bonne humeur et ton sens de la pédagogie.

*Merci de m'avoir donné le goût de la profession, la confiance et les savoirs nécessaires pour
pratiquer sereinement ce beau métier.*

REMERCIEMENTS

À ma fille, Feryel : mon « petit chou » ...

À mes parents : pour m'avoir transmis vos valeurs et principes. Pour avoir su me conseiller, m'orienter et me soutenir sans jamais m'imposer de choix. Merci d'avoir fait de moi la personne que je suis.

À mon cher et tendre mari, Makdir : pour m'avoir toujours soutenu et aidé lorsque j'en avais besoin. Tu es une personne merveilleuse, ton intelligence et tes valeurs irréfutables m'impressionnent et m'impressionneront toujours.

À mon frère Djafer : merci d'exister dans ma vie, tu as toujours été mon inspiration, mais aussi simplement mon grand frère. Tu as toujours su me conseiller et me protéger lorsqu'il le fallait. Ta merveilleuse femme **Safia** et ton petit « bout chou » **Neila** égaient tes journées et je te souhaite que ce bonheur perdure pour toujours.

À ma grand-mère : merci de m'avoir épaulé depuis toute petite. Tu t'es toujours battue pour nous et je ne te remercierai jamais assez.

À Mam' : tu es une personne formidable, aimante, et généreuse. Merci d'exister dans ma vie, tout simplement !

À mon beau-frère Mohammed : têtu mais avec un grand cœur, je sais que peux toujours compter sur toi. Je sais que tu n'apprécies pas qu'on te dise « merci », alors j'éviterai ici.

À mes belles-sœurs, Fatima, Leila et Esma : je dis « belles-sœurs », mais en réalité vous êtes mes sœurs. Un immense merci à **Fatima**, ta rigueur et ton perfectionnisme m'ont été d'une immense aide dans l'élaboration de ce travail.

À Zakia ARBAOUI : merci infiniment d'avoir pris de ton temps pour me lire et me corriger.

À tous les médecins que j'ai pu rencontrer lors de mes études et de ma formation, qui ont contribué à m'enseigner la médecine dans sa large diversité, m'ont fait aimer la profession, m'ont accordé leur confiance et transmis les savoirs nécessaires pour la pratique de ce très beau métier.

À tous les copains de fac, sans qui la première année de médecine et les autres années auraient été d'une tout autre difficulté.

Enfin, à tous ceux que j'ai oublié, je m'en excuse d'avance.

À tous, merci encore !

Sans oublier les grands-parents, Zineb et Ali, reposez en paix...

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants.

DES : Diplôme d'Étude Spécialisé.

DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires.

DMG : Département de Médecine Générale.

DPC : Développement Professionnel Continu.

EBM : Evidence Based Medicine

FMC : Formation Médicale Continue.

GEASP : Groupe d'Entraînement à l'Analyse de Situations Professionnelles

GEF : Groupes d'Enseignement Facultaire

GEP : Groupe d'Échange de Pratique.

HAS : Haute Autorité de la Santé.

IMG : Interne en Médecine Générale.

MSU : Maître de Stage Universitaire

RSCA : Récit de Situations Complexes et Authentiques.

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé.

TCEM : Troisième Cycle des Études Médicales.

UFR : Unité de Formation et de Recherche

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	19
2. HYPOTHESE	23
3. DÉFINITION DU GEP ET DU GROUPE Balint	25
3.1 Définition et déroulement du GEP à l'UFR de médecine d'Amiens	25
3.2 Définition et objectifs du groupe Balint	27
4. MATÉRIEL ET MÉTHODE	31
4.1 Type d'étude	31
4.2 Population étudiée, critères d'inclusion et d'exclusion	31
4.3 Élaboration du questionnaire et modalités de recueil des données	31
4.4 Méthode d'analyse statistique des résultats	32
5. RESULTATS	33
5.1 Résultats démographiques, contextuels et projets professionnels	33
5.2 Évaluation de l'organisation de l'enseignement par GEP à Amiens	36
5.3 Difficultés rencontrées par les internes lors des séances de GEP	41
5.4 Évolution de l'intérêt des internes pour le GEP au fur et à mesure de leur avancée dans le cursus médical	42
5.5 Raisons de l'échec de l'instauration de l'initiation au groupe Balint à Amiens	46
6. DISCUSSION	49
6.1 Forces et faiblesses de l'étude	49
6.2 Analyse et comparaison des résultats démographiques, contextuels et projets professionnels avec ceux de la littérature	51
6.3 Perception de l'organisation du GEP par les internes dans la subdivision d'Amiens	53
6.4 Aisance dans l'exposition des cas pratiques pendant le GEP	59
6.5 Augmentation de l'intérêt pour le GEP au cours de l'internat	60
6.6 Suggestions d'amélioration du GEP et autres perspectives	63
6.7 Lumière sur la tentative d'instauration de l'initiation au groupe Balint à l'UFR de médecine d'Amiens	65
7. CONCLUSION	69
8. BIBLIOGRAPHIE	71
9. ANNEXES	77
ANNEXE 1 : Les compétences du médecin généraliste définies par la WONCA	77
ANNEXE 2 : La marguerite des compétences du médecin généraliste	79
ANNEXE 3 : Les 11 familles de situation rencontrées en médecine générale	83
ANNEXE 4 : Grille de recueil du GEP	89
ANNEXE 5 : Questionnaire de recueil des données	90
ANNEXE 6 : Exemple de grille de synthèse de la recherche documentaire	94

1. INTRODUCTION

L'enseignement de la Médecine Générale a subi de nombreuses mutations et a beaucoup évolué. Trop longtemps marginalisé au profit des autres spécialités médicales, cet enseignement était dispensé par des médecins hospitaliers, praticiens de soins tertiaires et non de soins premiers. Les étudiants recevaient passivement un savoir d'un maître qui faisait autorité et n'étaient pas formés de manière adaptée à leur future profession. Les médecins généralistes étaient alors formés sur le terrain au cours de leurs remplacements, voire lors de leur installation.

Toutefois, cet enseignement s'est foncièrement métamorphosé et restructuré, suite à la création en 1983 du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) (1, 2), qui œuvrait pour la reconnaissance et la valorisation de la médecine générale au même titre que les autres spécialités médicales. En 2004, la médecine générale est placée au rang de spécialités avec la création du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine générale par le décret du 16 janvier 2004 (3).

Afin de mieux répondre aux besoins de la population le médecin généraliste doit acquérir et mettre en œuvre des compétences spécifiques et transversales adaptées à l'exercice de ses missions. Ces compétences sont définies par la WONCA Europe 2002 (World Organization of National Colleges and Associations of General Practice/Family Medicine), branche européenne de l'organisation mondiale des médecins de famille (Annexe 1). En 2009, un groupe national d'experts issus de plusieurs Départements de Médecine Générale (DMG) a alors été réuni, sous l'égide du CNGE, dans le but d'aboutir à un consensus définissant les 6 compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale et leurs composantes (4) (Annexe 2).

Onze familles de situations rencontrées en médecine générale (Annexe 3) définissent actuellement le champ d'exercice de la discipline, permettant de certifier l'acquisition des compétences (5).

En se basant sur le référentiel métier conçu par le CNGE, un nouveau concept pédagogique intitulé GEP (Groupe d'Échange de Pratiques) est créé. Ce dernier est destiné à susciter la réflexivité et à développer les compétences dont l'étudiant a besoin pour devenir médecin généraliste. Il est inspiré des groupes de Pairs, utilisés dans la formation continue des médecins généralistes, qui, eux-mêmes, sont inspirés des groupes Balint. Le GEP est un groupe d'échange de pratiques fondé sur la discussion des difficultés vécues par les internes en petits groupes, sous le contrôle d'un tuteur, médecin généraliste enseignant ou maître de stage. Ce concept vise ainsi à renforcer les capacités des étudiants à exprimer leurs difficultés, confronter leurs connaissances et en extraire de nouvelles informations.

Le DMG d'Amiens s'organise également pour mieux répondre aux besoins pédagogiques des internes et leur assurer une meilleure formation. Ces groupes d'échanges y sont intégrés dès l'année universitaire 2006-2007 pour les troisièmes années, 2011-2012 pour les deuxièmes années, et 2017-2018 pour les premières années du troisième cycle.

En 2014, Luc Ricard (alors interne amiénois) a mené une étude qualitative (6) auprès de 22 internes en médecine générale (IMG) amiénois, inscrits en TCEM3 (troisième année du troisième cycle des études médicales). Ces internes étaient recrutés sur la base du volontariat afin de recueillir leur ressenti sur tous les aspects de l'enseignement théorique. Les résultats concernant la partie dédiée à l'enseignement par GEP se sont révélés prometteurs. En effet, il s'est avéré que tous les internes interrogés ont apprécié les GEP, plusieurs d'entre eux ont même précisé qu'il s'agissait de ce qu'ils avaient préféré durant leur formation. Deux points positifs étaient mis en lumière : devenir acteur de son processus d'acquisition des compétences et partager son expérience et vécu sur le terrain. Ce résultat est corrélé aux résultats d'autres travaux évaluant l'enseignement théorique de médecine générale, dont le GEP, comme à Paris VI (7) ou encore en Océan indien (8).

Toutefois, ces études sont limitées du fait de l'usage du modèle qualitatif. Effectivement, par définition, une étude qualitative ne permet pas d'établir des statistiques sur la population étudiée par manque de puissance. L'échantillon n'est donc pas représentatif de la population cible, du fait d'une saturation des données au fur et à mesure des entretiens.

Il existe également un biais de sélection lié au recrutement sur la base du volontariat, qui peut induire une perte d'objectivité des résultats par la sélection de participants déjà sensibilisés voire acquis à cette méthode de formation.

Ajoutons que dans son étude Ricard L. (6) a interrogé uniquement les internes en fin de cursus. Or, les GEP sont rendus obligatoires chez les TCEM1 depuis l'année universitaire 2017-2018.

Pour ces raisons, nous avons décidé de conduire notre étude sur un modèle quantitatif en interrogeant l'ensemble des IMG d'Amiens, inscrit en troisième cycle, dans le but d'observer l'évolution de leur intérêt pour le GEP au fur et à mesure de leur avancée dans le cursus médical. Une partie plus restreinte de notre étude est dédiée à l'initiation au groupe Balint, qui à défaut d'un nombre suffisant d'internes volontaires n'a pas pu voir le jour à l'UFR (Unité de Formation et de Recherche) de médecine d'Amiens, alors qu'elle fait partie intégrante de l'enseignement dans plusieurs DMG de France et ce, qu'elle soit imposée ou basée sur le volontariat. En effet, des travaux dont celui de Gourrin E. (9) publié en 2014, n'ont fait que confirmer l'intérêt de promouvoir cet enseignement centré sur la relation médecin-patient, en

l'intégrant à la formation initiale. D'autres études réalisées dans d'autres DMG allaient aussi dans ce sens (10, 11, 12, 13, 14, 15, 16). Cet enseignement offre une réflexion originale, intéressante et adaptée dans la perspective de perfectionner la pratique de la médecine générale. Considéré comme cheminement logique des GEP, l'échec de sa mise en place à l'UFR de médecine d'Amiens suscite toujours l'incompréhension auprès de l'équipe enseignante.

Notre question de recherche dans cette étude a été de connaître l'intérêt que portaient les IMG d'Amiens pour l'enseignement par GEP.

L'objectif principal était alors d'observer l'évolution de cet intérêt des internes au fur et à mesure de leur avancée dans le cursus médical.

Les objectifs secondaires étaient de recenser les difficultés rencontrées par les étudiants lors des séances de GEP et les critiques qu'ils pouvaient soulever afin de fournir aux équipes enseignantes des données susceptibles de les améliorer.

Nous avons, pour finir, tenté d'objectiver les raisons de l'échec de l'instauration des initiations aux groupes Balint au sein de l'UFR de médecine d'Amiens.

2. HYPOTHESE

L'intérêt pour le GEP croîtrait probablement au cours de l'internat car l'interne acquiert plus d'expérience sur le terrain, notamment lors des stages ambulatoires où il se retrouve fréquemment confronté à des situations complexes, spécifiques à la médecine générale. Il aura donc davantage d'attrait pour le GEP, qui lui permettra d'exposer ses difficultés, de partager son expérience et son ressenti.

La principale raison de l'échec de la mise en place de l'initiation Balint à l'UFR de médecine d'Amiens est probablement liée à la confusion entre GEP et groupe Balint.

3. DÉFINITION DU GEP ET DU GROUPE Balint

3.1 Définition et déroulement du GEP à l'UFR de médecine d'Amiens

Les groupes d'échange de pratiques destinés aux internes, sont inspirés des groupes d'analyse de pratiques entre Pairs ou « Peer review » désignant les groupes d'échange de pratiques et groupes qualité, inscrits dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC) (17), tel que les groupes de Pairs (18).

Selon la HAS (19), « un groupe d'analyse de pratiques entre Pairs :

- rassemble plusieurs médecins d'une même spécialité (idéalement entre 6 et 10) dans une unité géographique définie ;
- réunit à un rythme régulier, de l'ordre de 6 à 10 fois par an ;
- fonde les analyses de pratiques sur les données référencées (recommandations - EBM avec niveau de preuve) et peut faire appel, le cas échéant, à une expertise scientifique extérieure ;
- permet à des médecins munis de leurs dossiers (sélection aléatoire) sur le(s) thème(s), de présenter à tour de rôle les problèmes soulevés lors de la prise en charge des patients ;
- de plus, le choix préalable d'une ou plusieurs thématique(s) clinique(s), facilite la recherche et permet la mise à disposition des données référencées.
- chaque réunion dure environ 2 à 3 heures. »

De fonctionnements très divers, ces groupes ont pour finalité d'améliorer les pratiques médicales à partir d'une réflexion-discussion entre pairs et d'une analyse des pratiques confrontée aux données actuelles de la science dans le cadre de l'EBM (Evidence Based Medicine) : utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient.

Castelain et al. (20) ont montré l'efficacité de cette méthode chez les médecins généralistes participant à des GEP, en réalisant un audit avant et après l'intervention. L'audit portait sur 5 thèmes : dossier médical, vaccinations, dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus, les facteurs de risque cardiovasculaire et la permanence des soins. L'étude a permis d'objectiver l'impact positif des GEP sur tous les thèmes abordés.

Ce concept de formation a ensuite été intégré par les DMG de France dans l'enseignement de la médecine générale, sous forme de groupes d'échange entre étudiants de troisième cycle, afin de leur permettre d'améliorer leurs compétences d'auto-formation et d'auto-évaluation (21).

Ces GEP sont obligatoires à l'UFR de médecine d'Amiens et se déroulent en demi-journées intégrées aux journées de cours, sous forme de groupes d'étudiants restreints en nombre (une dizaine environ par groupe). Les internes présentent à tour de rôle une situation clinique réelle, rencontrée sur leur lieu de stage ambulatoire ou hospitalier, sous la supervision d'un enseignant. Cette situation clinique est préalablement préparée à l'aide d'une fiche fournie par le DMG (Annexe 4), disponible en ligne sur la plateforme du département de médecine générale d'Amiens (dumga.info) (29).

Le cas à exposer doit correspondre à la deuxième consultation du mardi précédant la séance. Cette règle permet d'éviter que les internes ne choisissent des situations exceptionnelles, voire trop complexes et de s'assurer que les cas exposés soient représentatifs de la pratique en médecine générale. S'ensuit alors une discussion : le groupe analyse ensemble chaque cas exposé afin de mettre en évidence les problématiques soulevées, qu'elles soient d'ordre diagnostique, thérapeutique, relationnel ou autre, et de tenter d'y apporter des solutions. Un interne « secrétaire » est désigné à chaque fois pour retranscrire le compte-rendu de la séance et les recherches à faire pour la séance suivante. Après chaque présentation, l'enseignant réalise une synthèse et propose à l'interne des pistes de recherche à exposer à la séance suivante. La deuxième session est dédiée à la présentation des résultats de la recherche de la séance précédente. Le groupe discute et critique la pertinence et la valeur de ces résultats.

Au cours de ces séances, le rôle de l'enseignant est de favoriser la réflexion et l'interactivité des internes autour des cas, de donner des pistes de recherche bibliographique, de critiquer la pertinence des sources bibliographiques et l'applicabilité des recommandations à la pratique, de favoriser l'autonomisation des étudiants et de recentrer le débat, si nécessaire, sur l'exercice de la médecine générale. À l'issue des deux séances, l'interne réalise une synthèse de ses apprentissages.

Les objectifs de cet outil pédagogique et formatif sont multiples. Tout d'abord, il permet de s'apporter un soutien psychologique entre collègues, face aux éventuelles difficultés rencontrées sur le terrain.

Cela permet également d'apporter une aide à la recherche bibliographique et à la construction d'un argumentaire conforme aux règles de l'EBM.

Cet outil pédagogique, qui vise une démarche d'enseignement réflexive, rend le dispositif d'enseignement théorique plus vivant, notamment grâce à l'interactivité au sein du groupe.

L'objectif ultime est de permettre aux étudiants d'analyser leurs pratiques, d'y apporter des améliorations et d'acquérir les compétences nécessaires pour devenir médecin généraliste, mais

dont « la finalité n'est pas la performance, mais plutôt d'identifier les besoins, et de mobiliser des ressources pour améliorer la compétence » (22, 23, 24).

Enfin, il s'agit aussi d'un moyen de sensibiliser les étudiants à une démarche de Formation Médicale Continue (FMC) et de les inciter à garder cette forme d'analyse de pratiques une fois les études universitaires terminées.

3.2 Définition et objectifs du groupe Balint

Depuis le milieu du 20^{ème} siècle, et ce, grâce à l'évolution du savoir scientifique, la médecine fondée sur des preuves (EBM) occupe une large place dans l'enseignement médical.

La part dédiée à l'enseignement de la relation médecin-patient est ainsi restée marginalisée au profit du savoir et du discours scientifique. Les étudiants en médecine partagent le plus souvent le sentiment de ne pas avoir eu de formation à la relation médecin-patient pendant leur cursus universitaire (13, 16, 25), mais également de ne pas se sentir préparés correctement pour affronter l'aspect relationnel propre à l'exercice de la profession (10, 11, 14, 26).

Or, l'exercice de la médecine repose également sur une rencontre singulière entre le médecin et le patient pour une prise en charge globale. C'est pourquoi, écoute, empathie et confiance sont de mise pour le bon déroulement de cette rencontre. Cette relation au soin est propre à chacun et plusieurs facteurs entrent en jeu dans son fondement : la personnalité et les traits de caractère du médecin comme du patient, ou encore l'expérience acquise.

La singularité de la relation médecin-patient pousse à la réflexion : pratiquons-nous bien ou mal notre profession de médecin ? Question récurrente que se posent bon nombre d'entre nous.

Dans les années 40, le psychanalyste Mickael Balint, d'origine hongroise, fut l'un des premiers à s'intéresser à ce constat de « malaise » dans la médecine, avec instauration progressive d'une faille entre le discours scientifique et le médecin. La relation médecin-malade se réduit ainsi petit à petit à la relation médecin-maladie. Pour remédier à cette « déshumanisation » de la relation médecin-malade, il modélise une méthode de formation innovante dédiée aux médecins, appelée groupe Balint.

Seul le cadre du groupe est adapté à l'approche de la relation médecin-malade qui ne peut être enseignée de façon magistrale. C'est en 1950 à la clinique Tavistock de Londres que le premier groupe est alors constitué à la demande du gouvernement britannique, dans le but de créer une formation intellectuelle pour les omnipraticiens, en complément de leur formation plus théorique, reçue durant leur cursus universitaire. Composé de douze médecins généralistes qui se réunissent une fois par semaine pendant plusieurs années, Balint impose la méthode de libre

association qui exclut tout écrit, toutes notes, afin de faire émerger les pièges émotionnels de la relation et ses composantes inconscientes autant chez le médecin que chez le malade.

Cette méthode a pour objectif de favoriser la compréhension de la relation soignant-soigné, là où se manifestent les défenses de l'un et de l'autre. Elle consiste d'une part en l'analyse des affections et des émotions conscientes et inconscientes du praticien au sein de sa relation avec le patient, et d'autre part, de rechercher les ressources personnelles ou professionnelles dont il dispose afin de les mobiliser pour y faire face. Cela permet d'amener le médecin à ne plus être prisonnier de ses croyances et aussi à découvrir que les particularités de sa propre manière d'être dans la relation peuvent faire obstacle à une réponse adaptée à la singularité du patient. Elle permet ainsi l'apport d'une réponse originale car elle prend en compte la personne dans sa globalité, tant sur le plan somatique que psychanalytique.

L'essentiel des travaux de M. Balint fut présenté dans un article en 1955, intitulé « Le médecin, son malade et la maladie ». Cet article, ultérieurement élargi, a fait l'objet d'un livre paru sous le même titre en 1957 (27).

Si les groupes Balint sont nés en Angleterre, ils se sont largement répandus dans le monde, et c'est en France que la méthode Balint a été adoptée et institutionnalisée. En 1954, Émile et Ginette Raimbault (médecins psychanalystes) sont les premiers leaders (psychanalystes ou soignants ayant suivi un parcours analytique personnel chargé de l'animation du groupe) français formés à la méthode Balint et sont à l'origine de l'organisation du premier groupe Balint mixte réunissant plusieurs professionnels de la santé, connu sous le nom de la rue où il s'est tenu, « Groupe Marignan ».

Depuis, de nombreuses universités françaises l'ont adopté en l'adaptant aux objectifs de formation des étudiants de troisième cycle.

De nos jours, un groupe Balint se compose de 8 à 12 médecins, ou soignants, encadrés par un ou deux leaders.

Le plus souvent il s'agit d'un groupe homogène de médecins généralistes, mais ils sont également ouverts à d'autres professionnels du soin, tels que les kinésithérapeutes, les psychologues, les infirmiers..., ce qui en fait sa richesse.

Le groupe se retrouve régulièrement pour réfléchir autour de la présentation d'une situation clinique par un membre du groupe, dans laquelle sa relation avec un patient pose problème et questionne.

Les autres membres du groupe écoutent puis peuvent réagir et intervenir en questionnant, en exprimant leur avis, voire leurs émotions. Le narrateur entend et cherche à répondre aux questions tout en découvrant un autre éclairage de sa relation à ce patient en question.

Quelques règles établies sont à respecter afin d'assurer le bon déroulement du groupe : la spontanéité avec laquelle le rapporteur du cas le raconte ; les associations libres des idées et des ressentis ; l'absence de prise de notes ; l'exclusion de tout jugement de valeur sur les dires ou les actes des participants ; le respect de la parole des autres afin de créer un climat de confiance et de respect mutuel ; la confidentialité du patient en question ; et l'engagement des membres à une continuité du groupe.

Les objectifs de ce concept dans les universités de médecine sont de sensibiliser les futurs médecins généralistes aux problèmes posés au cours de l'exercice de la relation médecin-malade, identifier les effets délétères du clivage entre le somatique et le psychique et enfin mettre en lumière la place et l'importance des principaux concepts concernant l'exercice de la médecine générale : écoute, demande, distance, transfert, et empathie.

Ainsi, participer à un groupe Balint, c'est aussi en quelque sorte prendre soin de nous, soignants.

4. MATÉRIEL ET MÉTHODE

4.1 Type d'étude

Cette étude était de type quantitative (28), observationnelle et descriptive.

4.2 Population étudiée, critères d'inclusion et d'exclusion

La population cible était composée de tous les internes en médecine générale amiénois, inscrits en 3^{ème} cycle au cours de l'année universitaire 2017-2018.

Étaient exclus les internes hors subdivision ou ayant effectué un droit au remords, de même que les médecins ayant validé leurs DES de médecine générale et ceux ayant validé leur 6^{ème} semestre mais pas leur DES.

Au total, la population cible était composée de 232 internes dont 77 inscrits en TCEM1, 68 en TCEM2, et 87 en TCEM3.

4.3 Élaboration du questionnaire et modalités de recueil des données

Le questionnaire (Annexe 5), composé de 22 questions, a été réalisé à partir du logiciel en ligne *Google Forms*®, pour pouvoir être diffusé sur Internet.

Un test de faisabilité a été réalisé sur 7 internes volontaires représentatifs de la population cible, dans le but de procéder à une modification de la forme et/ou de la formulation des questions, en vue d'une exploitation maximale du questionnaire. Il était aussi intéressant de connaître le temps de réalisation moyen pour en informer les futurs répondants lors de mon courriel.

Ce questionnaire était totalement anonyme et l'interne en était clairement informé.

Un message électronique contenant un lien vers le Google formulaire en ligne a été diffusé entre juin et septembre 2018 par l'intermédiaire de mon directeur de thèse, le Dr Manuel VINCENT, via la messagerie du Portfolio¹ du DMG.

Des relances régulières sont effectuées jusqu'en septembre 2018. Cela nous a permis un recueil de seulement 35 réponses, toutes promotions confondues. C'est pourquoi une version papier a

¹ PORTFOLIO : « Un portfolio est une collection organisée et cumulative de travaux et de réflexions d'un étudiant, qui rassemble des informations sur les compétences qu'il a développées au cours d'une période plus ou moins longue d'apprentissage » selon la définition du Collège National des Généralistes Enseignants

également été distribuée à l'occasion des cours organisés par le DMG. Les internes ayant déjà répondu au questionnaire en ligne n'étaient bien évidemment pas invités à répondre à cette version pour éviter les doublons. Nous avons alors obtenu 147 réponses supplémentaires, totalisant 182 répondants, soit un taux de réponse de 78,4%.

4.4 Méthode d'analyse statistique des résultats

Les réponses récoltées sur le format papier ont été ajoutées via *Google Forms*© à celles obtenues par voie électronique.

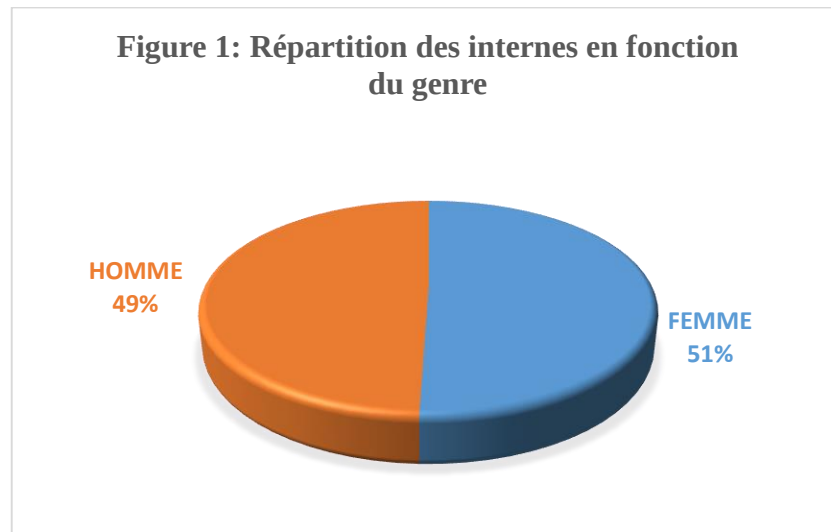
Elles étaient ensuite transposées automatiquement en fichier *EXCEL*, grâce au logiciel *Microsoft EXCEL*© pour *MacOS 2017 version 10.14.2*, et à l'analyseur automatique des données statistiques associé au questionnaire sur *Google Forms*©.

Ces données étaient exploitées à l'aide du logiciel de bio statistiques *PVALUE.IO*© (30), disponible gratuitement en ligne.

5. RESULTATS

5.1 Résultats démographiques, contextuels et projets professionnels

L'échantillon de la population étudiée était composé de 182 internes toutes promotions confondues, sur une population totale de 232 internes, soit 78,4 % de la population cible totale. Nous avons recensé 90 (49%) internes de sexe masculin et 92 (51%) de sexe féminin. (Figure 1).



La moyenne d'âge était de 27,1 ans. (Tableau 1).

Tableau 1 : Moyenne d'âge des internes en médecine générale

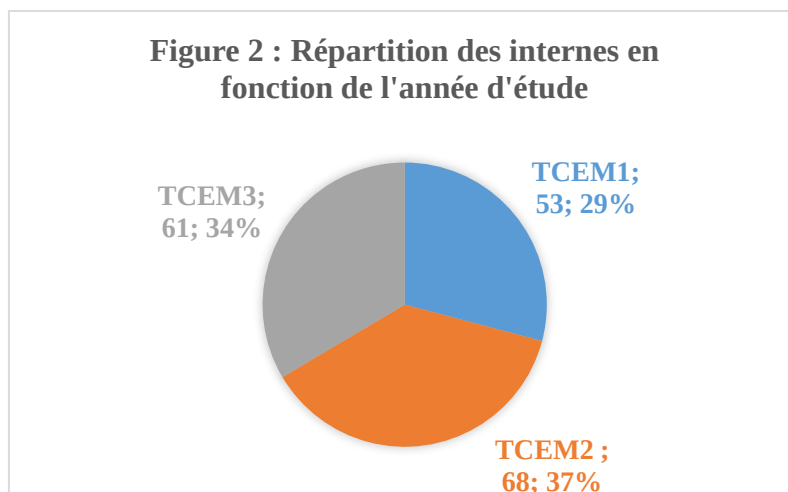
	Moyenne (écart-type)	Médiane [Q25-75]	Minimum	Maximum	n = effectif
Âge	27.1 (1.83)	27.0 [26.0; 28.0]	24.0	36.0	182

La répartition des internes en fonction des semestres était de :

- 0 internes en 1^{er} semestre,
- 53 (29,1%) en 2^{ème} semestre,
- 3 (1,7%) en 3^{ème} semestre,
- 65 (35,7%) en 4^{ème} semestre,
- 11 (6%) en 5^{ème} semestre, et
- 50 (27,5%) en 6^{ème} semestre.

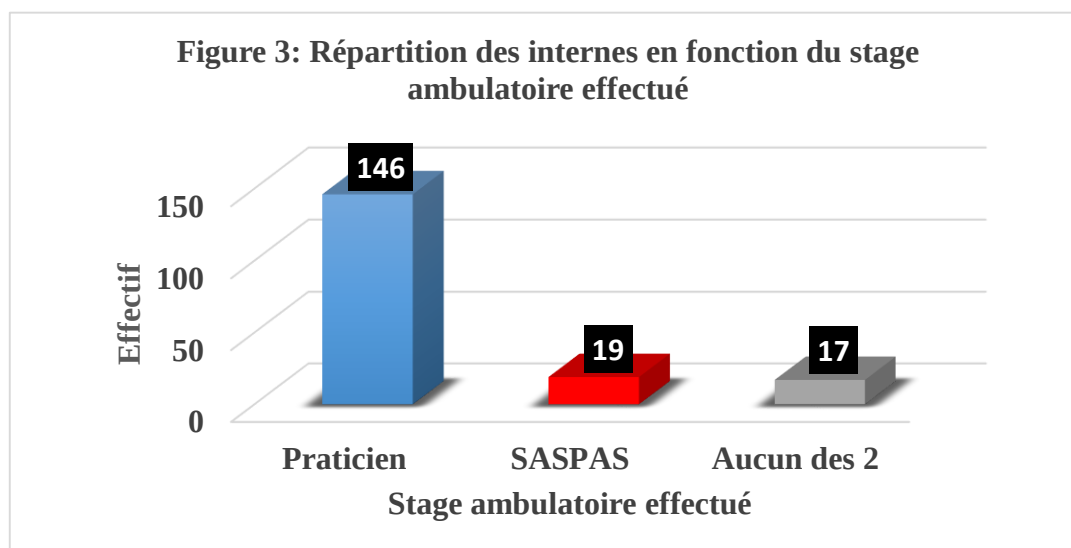
Cette répartition était équitable entre les 2^{ème}, 4^{ème} et 6^{ème} semestres. Cependant, nous avons observé un très faible effectif dans les autres semestres car l'enquête a été menée durant la deuxième partie de l'année, entre juin et septembre 2018. Ces petits effectifs correspondaient en fait à des internes qui étaient en décalage dans leur cursus (maladie, grossesse, stage non validé,...).

Toutefois, si l'on raisonne par année d'études, on recense 53 (29%) internes en TCEM1, 68 (37%) en TCEM2 et 61 (34%) en TCEM3. Ce qui nous mène à une répartition plutôt équitable entre les trois années d'internat (Figure 2).

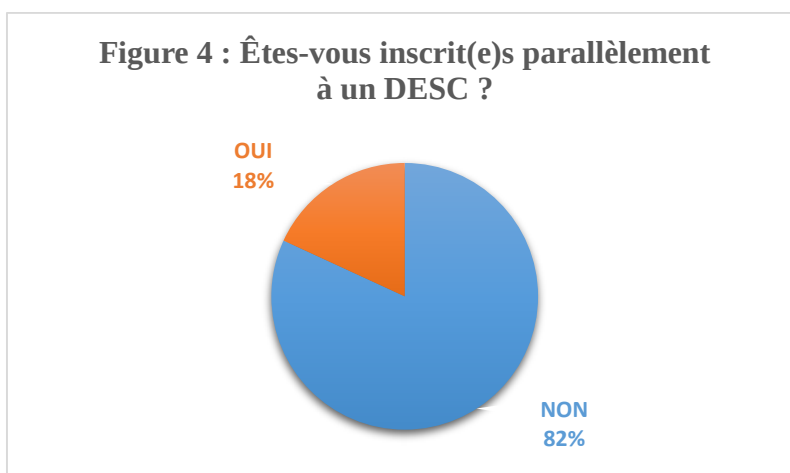


Sur les 182 internes participants, 146 (80 %) ont effectué un stage ambulatoire chez le praticien, 19 (10 %) ont déjà fait un SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé), et 17 d'entre eux (9,3 %) n'ont réalisé aucun de ces deux stages (Figure 3).

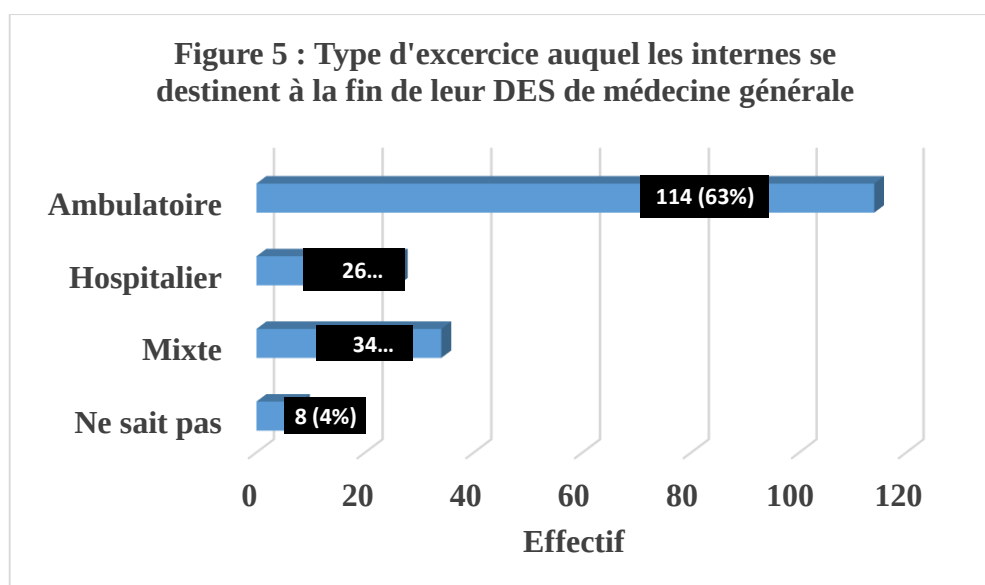
Ces 17 derniers étaient probablement des étudiants dont le stage praticien a été reporté au troisième semestre. Il s'agit là d'une exception car logiquement tous les internes inscrits en TCEM1 ont un stage praticien de premier niveau depuis l'année universitaire 2017-2018.



Parmi les 182 internes participants, 18% d'entre eux étaient parallèlement inscrits à un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) (Figure 4).



Au moment de notre enquête, la majorité (63%) des internes interrogés envisageaient de s'orienter vers un exercice exclusivement ambulatoire de la médecine générale à la fin du DES, 19 % vers un exercice mixte entre la ville et l'hôpital, et 14 % vers un exercice purement hospitalier (Figure 5).



Une analyse en sous-groupe a montré que les femmes (61 %) étaient plus intéressées par un exercice libéral que les hommes (53 %) (Tableau 2).

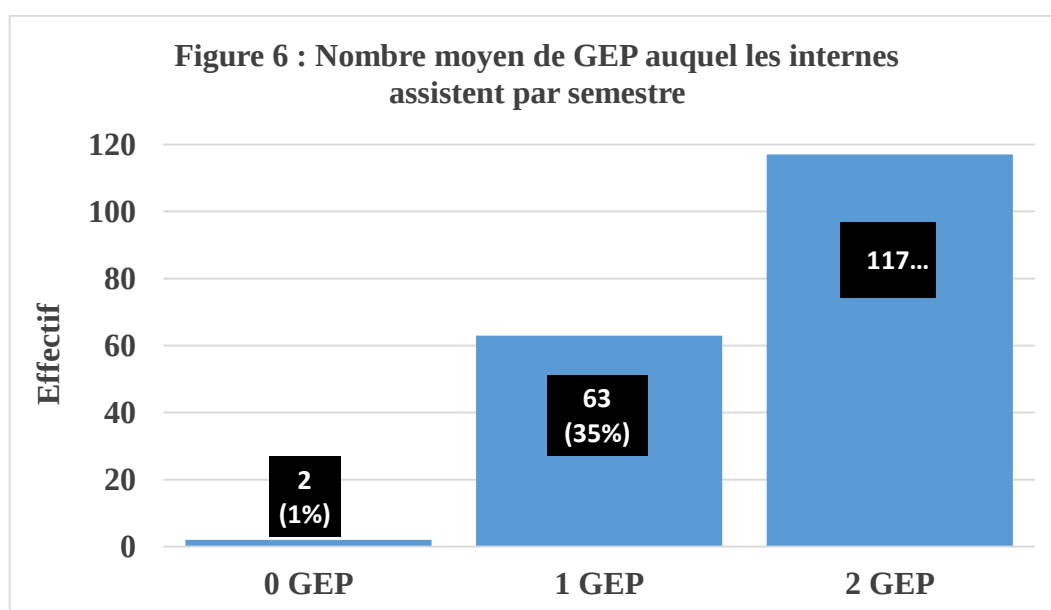
Toutefois, ce résultat n'était pas significatif statistiquement ($p = 0,72$). Pour l'être il aurait probablement fallu disposer d'un échantillon plus important.

Tableau 2 : Répartition des internes en fonction du genre et de l'activité envisagée : analyse en sous-groupes

	Femme (n = 92)	Homme (n = 90)	n = effectif	p	test
Ambulatoire	61 (66%)	53 (59%)	114	0.72	Fisher
Mixte	16 (17%)	18 (20%)	34		
Hospitalier	11 (12%)	15 (17%)	26		
Ne sait pas	4 (4.3%)	4 (4.4%)	8		

5.2 Évaluation de l'organisation de l'enseignement par GEP à Amiens

64 % des internes ont assisté à deux GEP par semestre. 35 % ne se sont présentés qu'à un seul GEP par semestre et seuls deux d'entre eux ont affirmé n'avoir suivi aucun GEP (1%) (Figure 6).

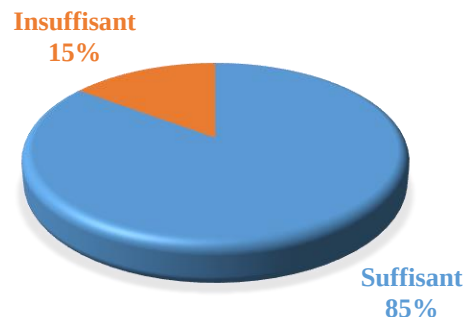


Le nombre de GEP organisé à Amiens était suffisant pour la majorité des étudiants (Figure 7 et 8).

Figure 7 : Le nombre de GEP organisé par le DMG vous paraît-il suffisant en TCEM1? (1 seul GEP par semestre)

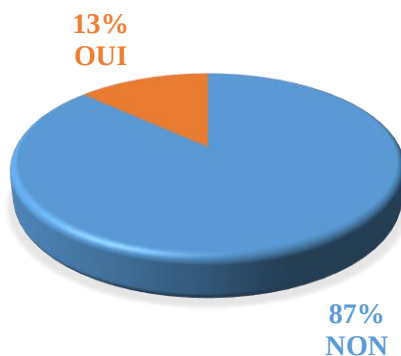


Figure 8 : Le nombre de GEP organisé par le DMG vous paraît-il suffisant en TCEM2 et TCEM3 ? (2 GEP par semestre)



87 % des IMG interrogés étaient opposés à la généralisation des GEP à tous les cours existants (Figure 9).

Figure 9 : Pensez-vous qu'il faille remplacer tous les cours existants par des GEP à thème ?



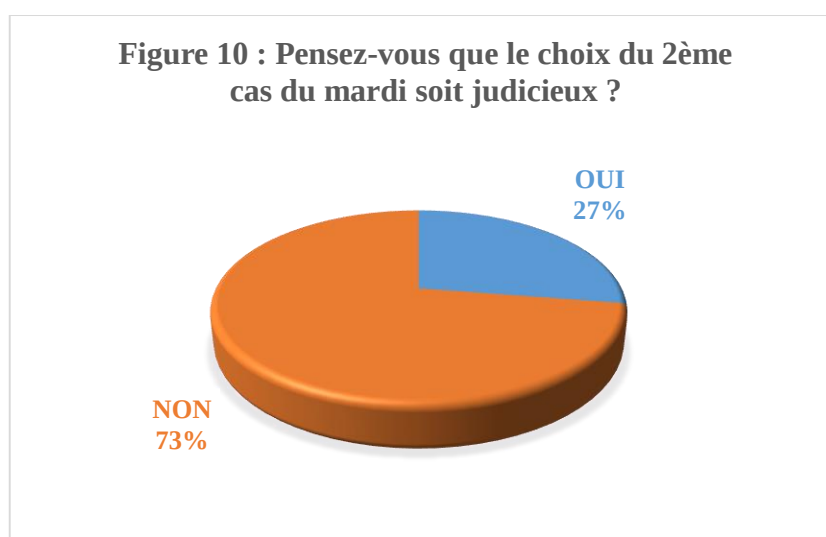
Voici les justifications apportées en commentaire par les internes pour motiver leur choix :

- Les internes ont jugé l'enseignement théorique important, voire indispensable. Ils ont précisé que cela permettait de revoir un thème dans son ensemble contrairement aux séances de GEP qui traitaient de situations bien trop précises.
- Les cours magistraux leur permettaient également le rappel de recommandations pratiques et certains ont estimé qu'ils étaient autant interactifs et formateurs que les GEP.

- D'autres ont exprimé des difficultés pour apporter un cas clinique précis qui puisse correspondre à la thématique de chaque cours. Cette difficulté est liée au terrain de stage, notamment dans un service hospitalier où le plus souvent les hospitalisations se limitent à la spécialité du service en question. À l'inverse, lors d'un stage en médecine générale ou dans un service d'urgence, le flux de passage de patients est beaucoup plus conséquent, ce qui augmente la diversité des pathologies rencontrées et donc les chances de voir un cas qui puisse correspondre au thème choisi.
- Enfin, certains ont mis en avant l'appréhension de prendre la parole en public pouvant aller jusqu'au blocage.

À l'opposé, les internes favorables (13%), ont décrit les GEP comme un moyen de communication leur permettant d'échanger de manière plus approfondie et d'élaborer une réflexion plus poussée sur un cas clinique donné, tout en restant centré sur la relation médecin-malade.

Par ailleurs, la règle imposée aux internes de devoir présenter le 2^{ème} cas du mardi n'a pas fait l'unanimité et 73% des étudiants ont exprimé leur réticence (Figure 10).

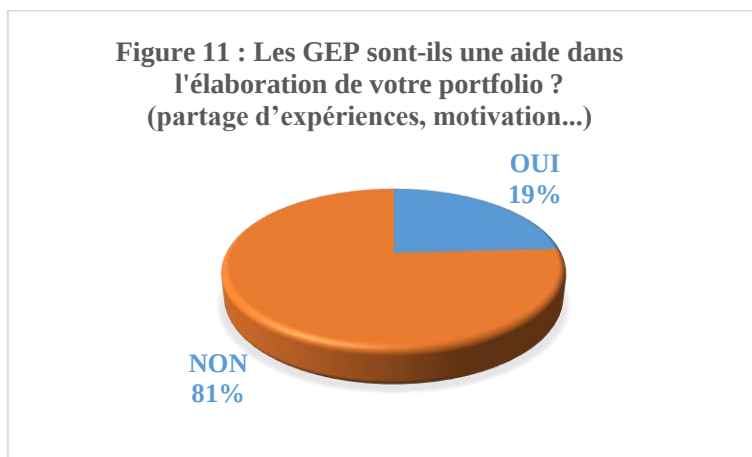


Deux raisons à cela sont apportées en commentaire. La première était que souvent la discussion tournait court, faute de cas intéressant à exposer. La deuxième était la difficulté de respecter ce choix, encore une fois, lors d'un stage hospitalier.

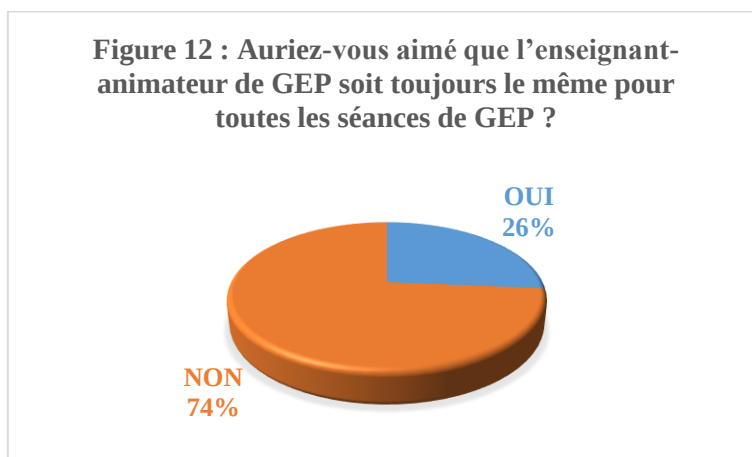
À l'inverse, les partisans (27%) de cette règle, ont estimé que cela favorisait une sélection aléatoire des cas à présenter. Sélection basée sur le hasard, reflétant au mieux l'exercice de la profession. Toutefois, ces derniers n'étaient qu'au nombre de 42 internes sur les 146 (28,8%)

ayant effectué leur stage praticien de premier niveau et seulement 4 parmi les 19 internes (21%) ayant déjà fait un SASPAS.

L'utilité des GEP dans l'élaboration du portfolio n'a pas été reconnue par la majorité des internes. En effet, 81% des IMG ont jugé que les GEP n'étaient pas une aide dans l'élaboration de leur portfolio (Figure 11).



De même que 74 % des participants ne souhaitent pas garder le même enseignant-animateur de GEP pour toutes les séances (Figure 12).



L'aptitude de l'enseignant-animateur à conduire le groupe a obtenu la note moyenne de 7,39/10 (Tableau 3).

Tableau 3 : Sur une échelle de 1 à 10, comment noteriez-vous la qualité de votre enseignant-animateur de GEP sur son aptitude à animer le groupe ?

	Note moyenne (Écart-type)	Note médiane [Q25-75]	Note minimale	Note maximale	n = effectif
Note obtenue	7.39 (1.44)	8.00 [7.00; 8.00]	1.00	10.0	182

La qualité des commentaires de l'enseignant-animateur de GEP a obtenu la note moyenne de 6,72 (Tableau 4). Cette question était probablement mal formulée car les étudiants avaient souvent des animateurs différents, ce qui laisse imaginer que c'est une moyenne.

Tableau 4 : Sur une échelle de 1 à 10, à quel point les commentaires de l'enseignant-animateur de GEP vous aident-ils à progresser dans l'analyse de votre pratique ?

	Note moyenne (Écart-type)	Note médiane [Q25-75]	Note minimale	Note maximale	n = effectif
Note obtenue	6.72 (1.81)	7.00 [6.00; 8.00]	1.00	10.0	182

La participation aux GEP a permis aux internes de progresser dans leur démarche médicale dans de nombreux domaines, hormis dans celui de la recherche documentaire.

Les notes moyennes obtenues pour les domaines réflexion sur la pratique, acquisition de compétences, recherche documentaire et communication/relation médecin-malade étaient respectivement de 6,70 ; 6,12 ; 4,93 et 6,35 sur 10 (Tableau 5, 6, 7 et 8)

Tableau 5 : Sur une échelle de 1 à 10, à quel point la participation au GEP vous permet-elle d'évoluer dans votre démarche médicale pour le domaine suivant : réflexion sur votre pratique ?

	Moyenne (Écart-type)	Médiane [Q25-75]	Note minimale	Note maximale	n = effectif
Note obtenue	6.70 (1.83)	7.00 [6.00; 8.00]	1.00	10.0	182

Tableau 6 : Sur une échelle de 1 à 10, à quel point la participation au GEP vous permet-elle d'évoluer dans votre démarche médicale pour le domaine suivant : acquisition de compétences ?

	Moyenne (Écart-type)	Médiane [Q25-75]	Note minimale	Note maximale	n = effectif
Note obtenue	6.12 (1.88)	6.00 [5.00; 7.00]	1.00	10.0	182

Tableau 7 : Sur une échelle de 1 à 10, à quel point la participation au GEP vous permet-elle d'évoluer dans votre démarche médicale pour le domaine suivant : recherche documentaire ?

	Moyenne (Écart-type)	Médiane [Q25-75]	Note minimale	Note maximale	n = effectif
Note obtenue	4.93 (2.21)	5.00 [3.00; 6.75]	1.00	10.0	182

Tableau 8 : Sur une échelle de 1 à 10, à quel point la participation au GEP vous permet-elle d'évoluer dans votre démarche médicale pour le domaine suivant : communication/relation médecin-malade ?

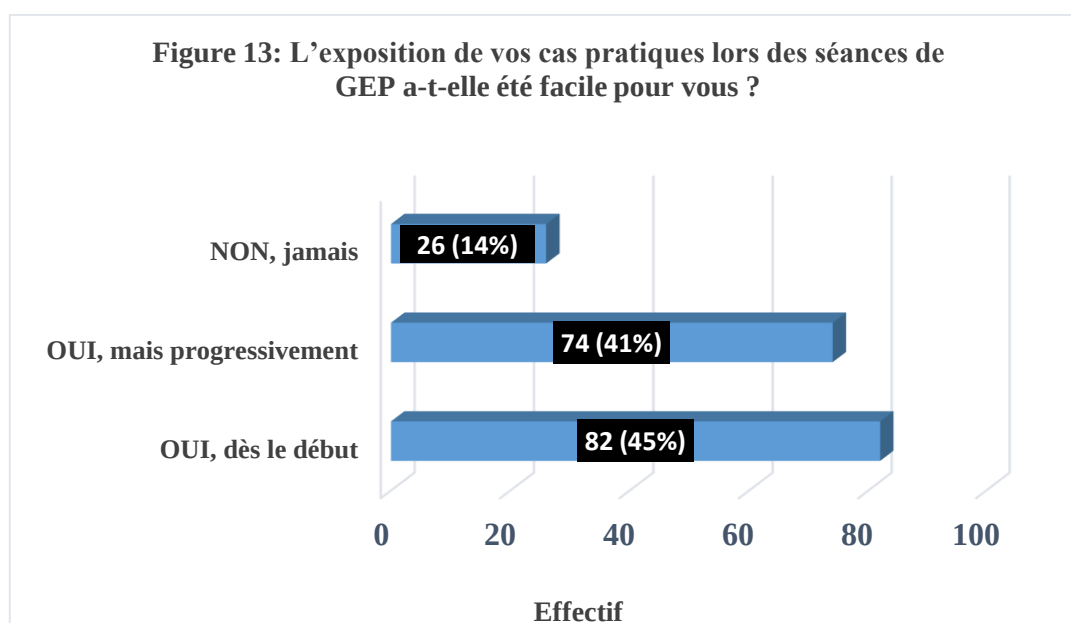
	Moyenne (Écart-type)	Médiane [Q25-75]	Note minimale	Note maximale	n = effectif
Note obtenue	6.35 (2.24)	7.00 [5.00; 8.00]	1.00	10.0	182

5.3 Difficultés rencontrées par les internes lors des séances de GEP

La plupart des internes n'ont pas éprouvé de difficultés dans l'exposition de leurs cas pratiques lors des séances de GEP (Figure 13). 45% d'entre eux ont toujours exposé leur cas avec aisance et ce dès le début de l'internat. 41% ont affirmé avoir été à l'aise mais de manière progressive, et seulement 14% des internes interrogés ont avoué avoir toujours éprouvé des difficultés avec cet exercice. Quelques justifications étaient verbalisées par ces derniers :

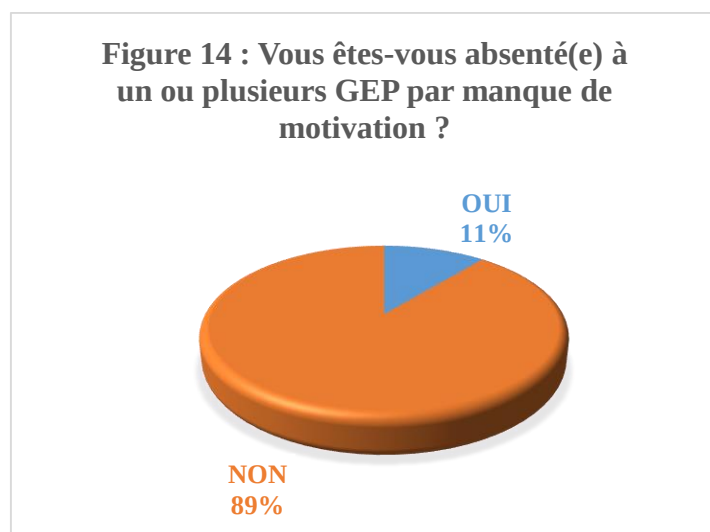
- la crainte de s'exposer devant le groupe et d'être jugé par autrui (30 internes).
- le manque de motivation (17 internes) ;

- la difficulté à être objectif (5 internes) ;
- et l'incompréhension de l'intérêt et du principe du GEP (6 internes).



5.4 Évolution de l'intérêt des internes pour le GEP au fur et à mesure de leur avancée dans le cursus médical

Seuls 20 internes (11 %) se sont absentés à un ou plusieurs GEP par manque de motivation (Figure 14).



Les autres causes d'absentéisme notifiées en commentaires étaient :

- les contraintes de temps (5 internes) ;
- les contraintes géographiques (7 internes) ;
- et la planification des GEP sur leurs périodes de congés (10 internes).

64% des étudiants, toutes promotions confondues, ont estimé que leur intérêt pour le GEP s'est amplifié au cours de l'internat (Figure 15). Cependant, ce résultat est statistiquement peu significatif si l'on raisonne par année d'études ($p = 0,93$; test du Chi2) (Tableau 9).

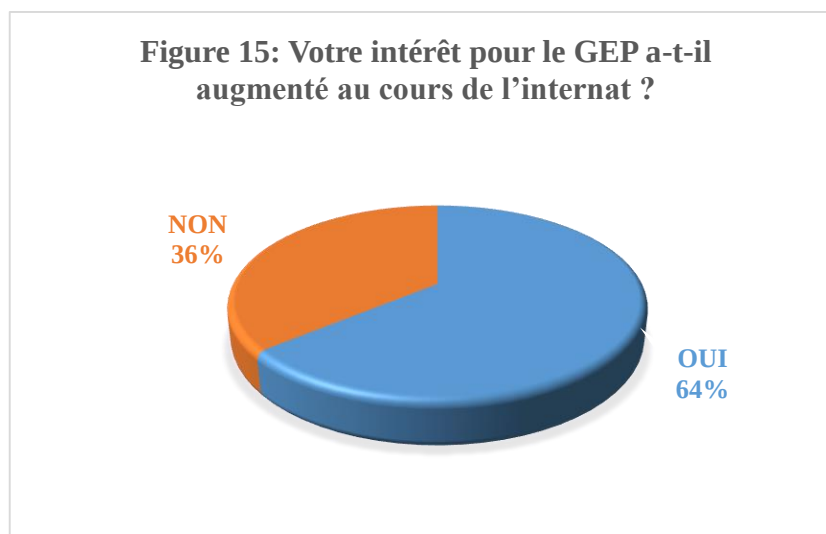


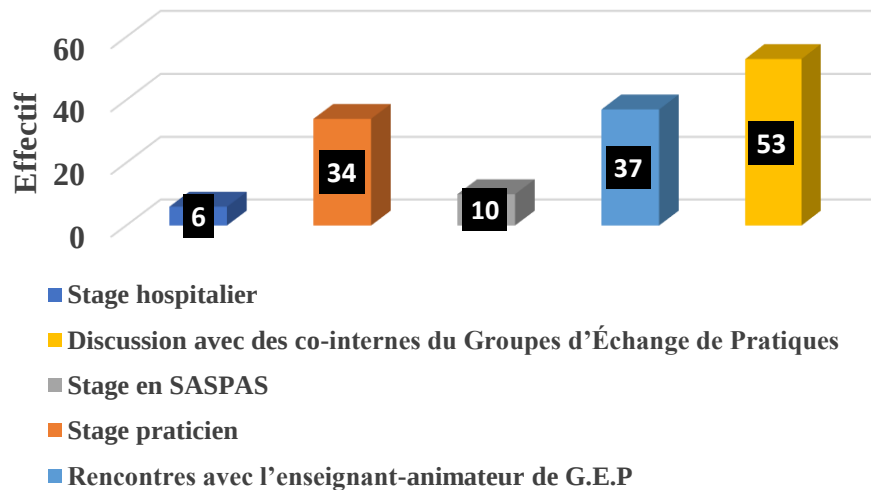
Tableau 9 : Évolution de l'intérêt pour le GEP au cours de l'internat en fonction de l'année d'études (analyse en sous-groupes).

Augmentation de l'intérêt Pour le GEP :		OUI (n = 117)	NON (n = 65)	n = effectif	p	test
Promotion :	TCEM1	33 (28%)	20 (31%)	53	0.93	Chi2
	TCEM2	44 (38%)	24 (37%)	68		
	TCEM3	40 (34%)	21 (32%)	61		

Toutefois, même si ce résultat est statistiquement peu significatif, il ne faudrait pas éluder l'existence de facteurs contribuant à l'augmentation de cet intérêt pour le GEP (Figure 16).

C'est ainsi que, parmi les 117 internes dont l'intérêt a augmenté au cours de l'internat, 53 ont estimé que l'échange autour d'un cas clinique avec des co-internes n'a fait qu'augmenter leur intérêt. Il en est de même pour la rencontre avec l'enseignant-animateur de GEP (37 internes) et le passage en stage ambulatoire (10 internes).

Figure 16 : Si oui, grâce à quels événements votre intérêt pour le GEP a-t-il augmenté au cours de l'internat ?



À noter, qu'une analyse en sous groupes a montré une croissance significative de cet intérêt après passage en stage ambulatoire ($p < 0.001$; test du Chi2). En effet, parmi les 117 internes pour qui l'intérêt a augmenté au cours de l'internat, 87% d'entre eux ont effectué un stage praticien et 13% un SASPAS. Nous avons retrouvé cette même tendance concernant la qualité de l'enseignant-animateur de GEP (plus sa capacité à animer le groupe et ses commentaires lors des séances étaient de qualité, plus l'intérêt des internes pour le GEP augmentait) :

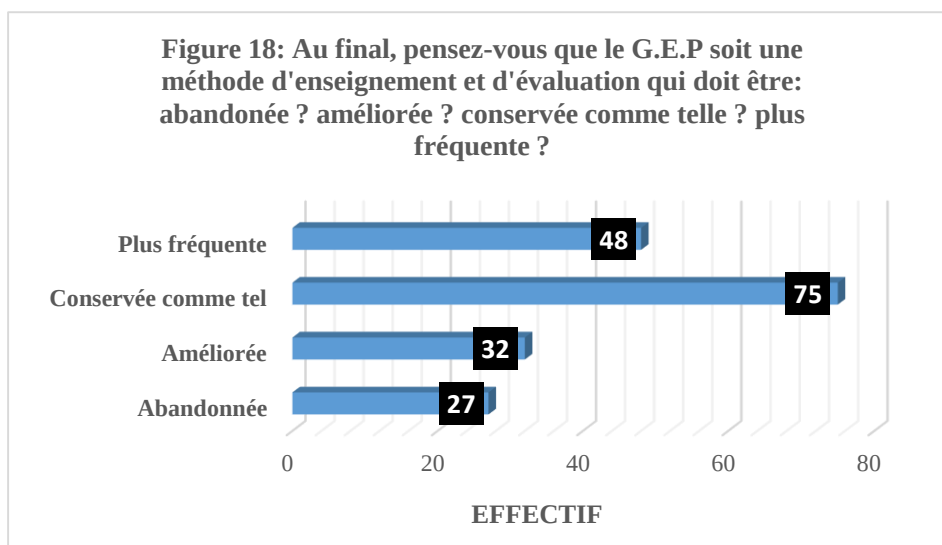
- qualité de ses commentaires ($p = 0,017$; test de Welch)
- capacité à animer le groupe ($p < 0,001$; test de Welch)

En revanche, 53 % des internes ont trouvé que les séances de GEP ont échoué à susciter chez eux l'envie de participer à un groupe de Pairs dans le cadre de leur future activité de médecin généraliste (Figure 17). Les étudiants en dernier semestre (60%) étaient vraisemblablement plus attirés par les groupes de Pairs grâce au GEP (analyse en sous-groupes) mais pas de manière significative ($p = 0,43$; test de Fisher).

Figure 17 : Les séances de GEP vous ont-elles donné envie de participer à un futur groupe de pairs dans le cadre de votre activité de médecin généraliste ?



Au final, les GEP sont une méthode d'enseignement et d'évaluation appréciée. Effectivement, 55% des internes ont souhaité qu'elle soit conservée comme telle, 30% voulaient qu'elle soit plus fréquente, et 18% ont désiré son amélioration, contre seulement 15% des étudiants qui ont plaidé son abandon (Figure 18).



Selon une analyse en sous groupes, les TCEM3 avaient plus d'attrait pour le GEP. En effet, 62% des TCEM3 ont souhaité que cette méthode d'enseignement soit plus fréquente contre seulement 15% qui voulaient son abandon ($P < 0.001$; test du Chi2).

Avec un seul GEP à leur actif, les TCEM1 n'étaient pas tout à fait concernés par cette question parce qu'ils n'avaient pas assez de recul pour y répondre.

Ces résultats sont rassemblés dans le tableau 10.

Tableau 10 : Au final, pensez-vous que le GEP soit une méthode d'enseignement et d'évaluation qui doit être : abandonnée ? Améliorée ? Conservée comme telle ? Plus fréquente ? Analyse en sous-groupes réalisée en fonction de l'année d'études.

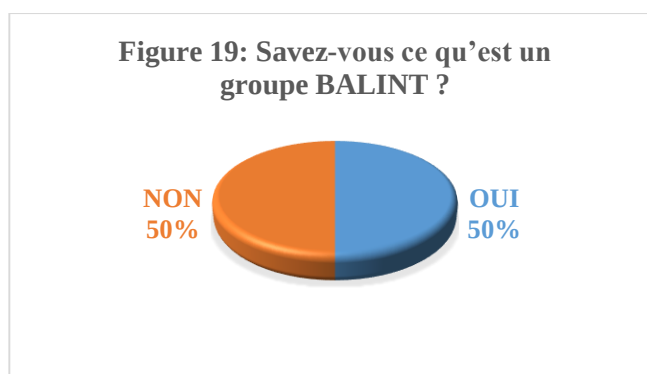
La méthode de GEP doit être :		Conservée comme telle (n = 100)	Plus fréquente (n = 55)	Améliorée (n = 32)	Abandonnée (n = 27)	n = effectif	p	test
Promotion	TCEM1	27 (27%)	12 (22%)	6 (19%)	8 (30%)	53	<0.001	Chi2
	TCEM2	26 (26%)	9 (16%)	18 (56%)	15 (56%)	68		
	TCEM3	47 (47%)	34 (62%)	8 (25%)	4 (15%)	93		

Quelques pistes d'amélioration du GEP étaient suggérées en commentaires, telles que :

- la mise en place de quelques GEP à thème ;
- la réduction du roulement des enseignants entre les différents groupes, afin d'améliorer le suivi et le travail de recherche à partir des cas exposés ;
- la libre constitution des groupes, et ce, en plus petits nombres de manière à accorder davantage de temps de parole à chacun ;
- le libre choix du cas à exposer ;
- la soutenance des cas sur la base du volontariat lors des premiers GEP, pour ne pas brusquer les étudiants réservés ;
- la planification des séances de GEP l'après-midi et non en matinée, afin de réduire l'absentéisme ;
- et l'éviction des enseignants passifs.

5.5 Raisons de l'échec de l'instauration de l'initiation au groupe Balint à Amiens

Seuls 50 % des internes interrogés savaient ce qu'était un groupe Balint, toutes promotions confondues (Figure 19).



86 % se sont opposés à l'instauration obligatoire de ce groupe à Amiens (Figure 20)



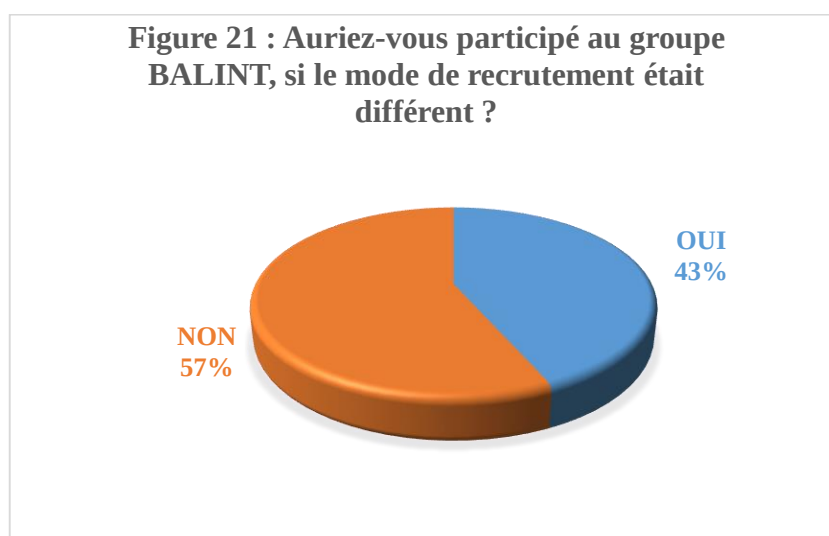
69 % des TCEM3 (promotion ciblée pour la constitution de ce groupe) ont apporté une justification à leur abstention. Les raisons recensées étaient :

- le manque de motivation, de loin la plus fréquente (24 internes) ;
- la confusion entre GEP et groupe Balint, jugés comme équivalents, ce qui a réduit davantage l'intérêt d'y participer (7 internes) ;
- l'appréhension de s'exprimer devant un groupe de parole, la crainte du jugement d'autrui et la crainte d'un manque d'objectivité (6 internes) ;
- l'ignorance de la programmation du groupe Balint pour cause d'absence le jour de la présentation de celui-ci (6 internes) ;
- la présentation peu convaincante du groupe Balint par le DMG (5 internes) ;
- l'incertitude d'obtenir un SASPAS cette année là (5 internes) ;
- et l'absence d'intérêt pour leur future pratique de médecin généraliste (2 internes).

À noter que seuls trois étudiants ont souhaité participer à la création du groupe. Le nombre d'internes requis n'était pas suffisant, raison pour laquelle le groupe n'a pu se tenir.

Quel que soit le mode de recrutement, les TCEM3 ont exprimé à 57 % ne pas vouloir participer au groupe Balint (Figure 21).

À l'opposé, les 43% restants ont affirmé qu'ils auraient participé si les modalités de recrutement étaient différentes (mails d'information, relance téléphonique de la part des enseignants, discussion avec les maîtres de stage lors du stage ambulatoire, présentation du groupe Balint dès le TCEM1).



6. DISCUSSION

6.1 Forces et faiblesses de l'étude

Force de l'étude

La puissance :

La plupart des études de notre bibliographie étaient de nature qualitative avec un échantillon restreint du fait de la saturation rapide des données au fur et à mesure des entretiens.

La principale force de notre étude réside donc dans sa puissance. Le modèle quantitatif a permis en effet d'obtenir un taux de participation élevé (78,4%), ce qui correspond à un échantillon plus représentatif de la population cible avec des résultats plus significatifs.

Ce fort taux de participation a permis aussi de limiter le biais de sélection en évitant la sélection des étudiants les plus intéressés par le GEP.

L'équilibre dans la répartition Homme-Femme et dans le nombre d'étudiants inclus dans chaque promotion :

Cet équilibre Homme-Femme nous a permis l'analyse en sous-groupes tout en limitant les biais de sélection liés à la représentativité d'un groupe. Il en va de même concernant l'équilibre du nombre d'étudiants inclus dans chaque promotion.

L'originalité :

Très peu d'études quantitatives interrogeant les internes sur le GEP ont été retrouvées. Des études qualitatives existent en assez grand nombre et sont une base nécessaire aux études quantitatives. Un certain nombre de ces études qualitatives proposent ensuite, en deuxième partie, un questionnaire de type quantitatif. Cependant, l'interprétation des résultats quantitatifs reste en général secondaire et l'essentiel de l'étude porte sur la partie qualitative.

Faiblesses de l'étude

Élaboration du questionnaire :

Le questionnaire a été testé auprès d'un panel de sept internes (volontaires représentatifs de la population cible) sur un seul tour. La méthode Delphi (45) qui fait référence sur la construction d'un questionnaire préconise deux tours sur un groupe d'au moins quinze participants. Les contraintes de temps nous ont amené à simplifier la démarche ce qui aurait pu entraîner des défauts et un manque de saturation du questionnaire. Cependant, nous avons voulu compenser

ce manque potentiel en proposant de justifier certaines réponses librement. Cette part qualitative de l'étude a apporté des informations, mais on a retrouvé très peu de propositions qui auraient entraîné une modification du questionnaire. Ces espaces d'écriture libres ont essentiellement été utilisés comme un exutoire dans lequel les internes déposaient leurs sentiments et leurs perceptions vis-à-vis du GEP.

Biais d'acquiescement :

Le fait d'avoir demandé aux répondants de se positionner par rapport à des affirmations du type « OUI » ou « NON » pouvait induire un biais d'acquiescement.

Biais de tendance centrale :

Les échelles de notation utilisées allant de 0 à 10/10 pouvaient également induire un biais de tendance centrale. Les répondants hésitant à donner des réponses extrêmes : « 0 » ou « 10 », pouvaient privilégier les réponses « neutres ».

Biais de subjectivité :

Les internes sortent d'un système scolaire basé sur le paradigme d'enseignement qui constitue pour eux la référence. C'est un système éprouvé et dans lequel ils sont à l'aise et performants même si nous avons montré en introduction qu'il n'était pas adapté à l'acquisition de compétences. Les internes sont donc naturellement réticents ou du moins ressentent des difficultés dans ce nouveau système. Ils ne sont donc pas forcément objectifs dans leur analyse et peuvent sous-estimer les bénéfices réels de cette méthode d'enseignement.

Perte d'informations liée aux questions fermées :

Pour les questions de satisfaction, des questions fermées affirmatives étaient formulées (l'affirmation simplifie l'interprétation des désaccords). Elles ont l'avantage de faciliter, pour le répondant, les réponses et pour l'instigateur du questionnaire, le dépouillement. Elles peuvent être nombreuses puisque les réponses préétablies nécessitent peu de temps pour y répondre. Elles entraînent néanmoins une perte d'informations.

Une fois de plus, des espaces de justification libres à certaines questions ont été insérés pour permettre aux étudiants d'exprimer leur point de vue afin de combler ce manque d'information.

Exclusion des internes ayant validé leur 6ème semestre mais n'ayant pas encore validé leur DES de médecine générale :

Nous avons fait le choix d'exclure les internes ayant validé leur 6^{ème} semestre mais n'ayant pas encore validé leur DES, parce qu'il était très difficile d'obtenir leurs réponses au questionnaire. La version en ligne n'a obtenu aucune réponse de leur part et seulement deux d'entre eux ont répondu à la version papier. Il s'agissait probablement de deux internes qui avaient des cours à rattraper pour valider leur DES. Ces internes sont souvent perdus de vue car ils n'ont plus de cours, hormis ceux à rattraper. Ils effectuent des remplacements et préparent leur thèse en parallèle pour la plupart, ce qui peut les rendre moins disponibles pour répondre aux questionnaires de thèses.

Il serait tout de même intéressant de les inclure dans une autre étude car ils ont sans doute plus de recul par rapport au GEP. On pourrait de surcroît supposer que leur intérêt pour cette méthode d'enseignement croît davantage avec l'expérience acquise lors des remplacements en médecine générale.

Représentativité :

Notre étude était de type monocentrique qui traitait des GEP pratiqués au sein du DMG d'AMIENS. Les résultats ne peuvent donc être étendus aux GEP des internes de toute la France, d'autant plus que l'organisation est variable d'une université à l'autre.

Manque d'expérience dans le domaine de la recherche :

Mon manque d'expérience dans le domaine de la recherche et le fait de n'avoir jamais réalisé d'étude auparavant, ont pu induire des biais dans l'approche de cet exercice.

Cependant, j'ai pu compter sur l'accompagnement de mon directeur de thèse dont les conseils m'ont permis de produire un sujet et un questionnaire validés par la commission de thèse.

6.2 Analyse et comparaison des résultats démographiques, contextuels et projets professionnels avec ceux de la littérature

Données démographiques et contextuelles :

La répartition Homme/Femme était bien équilibrée dans cette étude (Figure1). Cependant, ces chiffres ne sont pas superposables à ceux de la répartition nationale des étudiants en médecine établie en 2012 (36% d'hommes pour 64% de femmes). Dans la littérature on retrouve également une prédominance féminine de la population d'internes en médecine générale (8, 34). Toutefois, on pourrait supposer qu'il y a plus d'hommes que de femmes à l'UFR de médecine d'Amiens.

La répartition du nombre d'internes entre les trois années d'études était relativement bien équilibrée également, ce qui a limité une fois de plus les biais de sélection (Figure 2).

La répartition en fonction du stage ambulatoire pratiqué était en revanche moins équilibrée (Figure 3). Sans doute à cause du nombre limité de terrains de stage en SASPAS et le fait qu'il ne soit pas obligatoire dans le cursus (pour les TCEM2 et TCEM3 au moment de cette enquête). D'ailleurs, le SASPAS n'est devenu obligatoire dans le cursus des internes de médecine générale qu'en 2017.

En définitif, ces données nous permettent tout de même de conclure que notre échantillon est représentatif de la population cible.

Projets professionnels :

La majeure partie des internes (63%) ont verbalisé vouloir pratiquer un exercice exclusivement libéral de la médecine générale (Figure 4). Cette tendance est corrélée à la littérature (7, 8, 34). En océan Indien, David D. a montré en 2015 (8) que 55% des internes se destinaient à la médecine libérale. On peut même noter un chiffre plus important (86,4%) dans l'étude d'Augier C. à Nice en 2006 (34).

14% des IMG d'Amiens se voyaient pratiquer une activité exclusivement hospitalière. Ce résultat est plus faible que celui observé par Dahan B. (7) à Paris VI (20,3%) en 2009.

Cela montre une évolution de la pensée vis-à-vis de la spécialité, sans doute grâce à la modernisation de l'enseignement de la médecine générale mais aussi grâce à l'augmentation des terrains de stages ambulatoires et à leur bon encadrement qui font taire les aprioris.

L'attrait pour un exercice mixte entre la ville et l'hôpital était d'environ 1/5 des futurs généralistes amiénois (19%). Cela conforte l'idée d'une spécialité de soins premiers en interaction avec l'hôpital.

18,1% des étudiants étaient inscrits à un DESC (Figure 5) et envisageaient la pratique d'activités annexes (15% en océan Indien en 2015 (8)). Ceci peut s'expliquer par l'inadéquation entre le souhait professionnel de certains étudiants et la filière imposée par leur classement à l'examen national classant.

6.3 Perception de l'organisation du GEP par les internes dans la subdivision d'Amiens

Qualité de l'enseignement proposé par le DMG d'Amiens :

Dans cette étude, nous avons constaté une importante participation des internes aux séances de GEP (les GEP étant obligatoires et une seule journée d'absence aux cours est tolérée par an). (Figure 6) (8).

Toutefois, le nombre de GEP organisé par semestre et par promotion a semblé suffisant pour la majorité d'entre eux (65% en TCEM1, 85% en TCEM2 et TCEM3) (8).

De même, 87 % des internes se sont opposés à la généralisation des GEP à tous les cours existants (Figure 9). En effet, les étudiants ont considéré les autres cours théoriques comme importants, voire indispensables. Ils ont estimé que les GEP traitaient de cas cliniques bien trop précis et ne permettaient pas en conséquence de revoir un thème donné dans son ensemble, contrairement aux cours théoriques. Des résultats qui allaient dans ce sens sont également retrouvés dans deux autres études réalisées à Amiens (6, 44), où la majorité des internes interrogés avaient apprécié la largesse du panel de cours proposés par le DMG (les cours proposés les ont intéressés, et ils ont trouvé le programme adapté à la médecine générale dans son ensemble). Ces données montrent que l'enseignement hors stage à l'UFR de médecine d'Amiens est apprécié.

Dans notre étude, d'autres internes ont pensé qu'il serait compliqué de remplacer tous les cours existants par des GEP à thème, car la difficulté résiderait selon eux dans l'apport d'un cas clinique précis qui puisse correspondre au thème choisi. Cette difficulté est liée au terrain de stage, notamment dans un service hospitalier où le plus souvent les entrées se limitent à la spécialité en question. À l'inverse lors d'un stage en médecine générale ou dans un service d'urgence, le flux de patients est beaucoup plus conséquent et plus varié, ce qui augmente la diversité des pathologies rencontrées en stage et ainsi les chances d'apporter un cas qui puisse correspondre au thème imposé.

Enfin, certains étudiants probablement de personnalité réservée ont mis en avant l'appréhension de s'exprimer en public.

À l'opposé, les 15% favorables à la généralisation des GEP à tous les cours existants, les perçoivent comme un moyen de communication qui leur permettrait d'échanger de manière plus approfondie et d'élaborer une réflexion plus poussée sur un cas clinique donné, tout en étant centré sur la relation médecin-malade.

Choix du 2^{ème} cas du mardi :

La règle imposée aux internes de devoir choisir le 2^{ème} cas du mardi précédant la séance de GEP n'était pas un succès (Figure 10). On retrouve le même avis des internes amiénois dans l'étude de Ricard L. (6) et dans une autre étude (37). Cela pour deux raisons :

- faute de cas intéressant, les échanges n'étaient pas riches et s'écourtaient rapidement (probablement aussi que l'enseignant n'a pas tout exploré car même sur des situations dites « faciles » il y'a beaucoup à dire),
- certaines situations hospitalières complexes ne permettaient pas de dégager assez de cas à analyser à travers le spectre de la médecine générale (37).

Cette consigne donnée en début d'année n'était pas souvent respectée par les internes. Sans doute car ces derniers ne se souvenaient pas du 2^{ème} cas du mardi et ne pensaient pas forcément à remplir leur fiche en stage. Choisir la dernière consultation de la veille serait peut-être plus judicieux car serait plus facile à retenir.

Les dates de GEP étant connues, on pourrait également inciter les étudiants à programmer une alarme de rappel sur leur téléphone portable afin de mieux faire respecter ce choix. Et pour que ce soit encore mieux respecté, il faudrait peut-être insister sur ce point en début d'année et le rappeler tout le long. Des rappels par mails pourraient également être envoyés aux internes, mais cela représenterait une charge de travail supplémentaire pour le DMG. Une autre solution serait d'obliger les internes à présenter leur fiche remplie en début de séance, mais cela pourrait impacter le côté convivial de ces séances (31).

À l'inverse, ceux qui ont adhéré à cette règle (27%) ont estimé que cela favorisait une sélection aléatoire des cas présentés, basée sur le hasard, reflétant un exercice plus réaliste de la médecine générale (31). Toutefois, ces derniers représentaient une minorité de ceux qui ont déjà effectué un stage en ambulatoire.

GEP et Portfolio :

Le GEP n'était pas considéré comme une aide dans l'élaboration du portfolio par 81% des internes (Figure 11). Ce qui n'était pas le cas en Océan indien (8), où 81,4% des étudiants ont répondu favorablement à cette question en 2015.

Notre résultat s'explique probablement par la perception relativement péjorative du portfolio par les étudiants. En effet, des études ont montré que les résultats obtenus concernant l'évaluation du portfolio étaient aux antipodes des objectifs recherchés par les équipes enseignantes qui ont mis en place cet outil.

Comme l'a souligné Ricard L. dans son travail en 2014 (6), les internes ont apprécié la valorisation de leurs recherches personnelles et le partage de leur vécu professionnel que permettait cet outil pédagogique. Cependant, leur appropriation de l'outil a été disparate. Cela allait du désinvestissement total (le portfolio venant se surajouter aux révisions personnelles) à l'investissement complet (certains privilégiant l'auto-formation à l'exclusion même de l'enseignement théorique du DES de médecine générale). Les commentaires des internes ont montré qu'ils n'ont manifestement pas compris l'intérêt et les objectifs du portfolio, ce qui explique en grande partie certainement leur dépréciation de l'outil. Certains internes ont également souligné un vécu infantilisant du portfolio, dû à des critères de validation complexes et des consignes exigeantes.

En 2009, Dahan B. a montré un résultat similaire à Paris VI (7), où 80 % des internes interrogés ont répondu que le portfolio n'était pas « un bon reflet de l'acquisition des compétences » au cours du DES et étaient nombreux à se plaindre d'une surcharge de travail mal perçue et mal comprise.

Ainsi au regard d'un grand nombre d'étudiants, la production du portfolio en supplément des stages hospitaliers très prenants, des enseignements obligatoires nombreux et de la thèse, était mal admise (37), d'autant plus que le portfolio se révélait un exercice incompris et mal appréhendé.

Toutefois, depuis, les étudiants amiénois sont mieux encadrés par les enseignants et notamment grâce à la mise en place de tuteurs pour portfolio, ce qui a probablement amélioré les conditions de son utilisation.

Qualité de l'enseignant-animateur de GEP :

L'enseignant-animateur de GEP était manifestement bien apprécié par les internes amiénois (Tableau 3 et 4). Ces données reflètent l'implication, la disponibilité et les qualités pédagogiques des enseignants généralistes d'Amiens. En effet, ces derniers ont déjà été plébiscités dans d'autres études (6, 44). Nous avons retrouvé la même appréciation dans d'autres UFR (7, 8, 33, 34, 37), où 64% des internes étaient satisfaits de leur relation avec leur enseignant-moniteur de GEP, qu'ils considéraient comme « disponible », de « bon conseil », voire même pour certains un « interlocuteur privilégié » ou encore un « guide dans l'élaboration de leur portfolio ».

Cependant ici, la majorité des étudiants (74%) n'ont pas souhaité garder le même enseignant-animateur à tous les GEP. Ce choix se justifie car il permet probablement de garder une certaine équité formative entre les différents groupes et évite ainsi d'avoir un enseignant trop passif au sein d'un groupe donné, ou à l'inverse un enseignant trop intrusif monopolisant la parole (34, 37).

Effectivement, la manière d'animer ces groupes peut varier d'un enseignant à l'autre, selon la place qu'il prend dans la discussion. Lison, Bedart et Cote (32) se sont intéressés aux différents styles d'animation des enseignements en médecine qu'ils classent en 4 modèles :

- **actif** : centré sur les étudiants. L'enseignant facilite les interactions entre eux et veille à faire « avancer la discussion » ;
- **transmissif** : centré sur la matière. L'enseignant prend davantage de place, et l'interaction entre les étudiants est plus faible ;
- **incitatif** : centré à la fois sur les étudiants et sur la matière. Échange de questions/réponses, mais individuellement avec chaque étudiant ;
- **permissif** : très peu centré, il « laisse faire » les étudiants, et l'enseignant se comporte plus comme un observateur passif.

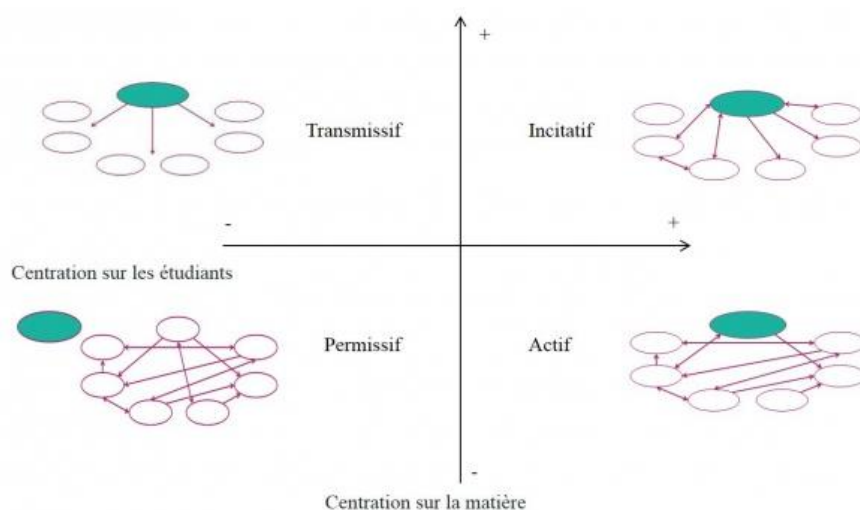


Illustration des différents styles d'animation des enseignements en médecine selon LISON, BEDART, et COTE

Ce roulement d'enseignant est aussi sûrement plus enrichissant pour les étudiants parce qu'il permet davantage de partage d'expériences professionnelles (33, 34, 37).

GEP et acquisition des compétences requises en médecine générale :

Viltet A. publie en 2017 son travail mené sous forme de revue systématique de la littérature, dans lequel il évalue l'efficacité des groupes d'échange de pratiques dans la formation initiale des internes de médecine générale (38). Ces derniers ont déclaré que les GEP leur ont permis

une amélioration de l'acquisition des compétences requises en médecine générale dans 9 études sur 12.

Dans notre étude, les internes ont également apprécié évolué dans leur démarche médicale en participant aux séances de GEP (réflexion sur la pratique, acquisition de compétences et communication/relation médecin-malade (Tableau 5, 6 et 8). Nous avons retrouvé cette même tendance dans d'autres travaux (7, 8, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43).

Les internes niçois interrogés par Augier C. en 2007 (34) ont affirmé que les GEASP (Groupes d'Entraînement à l'Analyse de Situations Professionnelles) permettaient la remise en cause de leurs connaissances à 74%, de leurs habitudes de pratique à 66%, et une interrogation plus systématique sur la prise en charge proposée au patient à 70%.

Dans l'étude de Vidal E. (42) publiée en 2011, 69% des internes de Clermont-Ferrand ont estimé que les GEP étaient une méthode de travail efficace qui permettait l'amélioration des compétences du médecin généraliste et notamment la compétence approche centrée-patient (59%), ainsi que la remise en question des pratiques (75%). On y retrouve également une amélioration de la gestion des situations cliniques chez 65% des étudiants.

Philippe L. (43) a également montré en 2011 que le GEP permettait une remise en question des connaissances chez 78-80% des internes montpelliérains.

Néanmoins, dans notre étude, les GEP étaient critiqués par la plupart des internes au regard du domaine de la recherche documentaire (Tableau 7). En effet, le plus souvent ils ne donnent pas lieu à un travail de recherche personnelle à partir des questions générées par les situations pratiques exposées. Cela peut laisser le sentiment d'une boucle d'apprentissage incomplète pour l'interne lorsque le GEP n'aura pas permis de répondre à ses questionnements.

Si l'on compare avec les résultats de la littérature (23, 33, 34), on retrouve des résultats contradictoires avec les nôtres. À Nice, Augier C. (34) a montré un résultat satisfaisant dans ce domaine, avec 56% des répondants qui ont considéré que les GEASP les ont aidés à élaborer des stratégies de recherche documentaire et 84% ont été sensibilisés à la recherche de références validées. On retrouve un résultat similaire dans l'étude de Vidal E. (42) en 2010, où 72% des internes de Clermont- Ferrand ont estimé une amélioration de leur niveau dans l'élaboration de stratégies de recherche documentaire et dans la sensibilisation à la recherche de références validées (70%).

Pour autant, dans une étude qualitative publiée en 2009 par Favier-Arnaudier C et al. (41), la moitié des internes interrogés ont déclaré ne pas maîtriser la méthode de recherche bibliographique après les GEP. De même que dans celle de Philippe L. (53%) (43).

Cette discordance entre les résultats peut s'expliquer par la grande hétérogénéité des modalités du GEP d'une UFR à l'autre. Les méthodes étant différentes, il se peut que les résultats diffèrent

aussi. Ainsi, synthétiser l'efficacité de cette technique d'enseignement à l'échelle nationale devient difficile car peu extrapolable d'une UFR à l'autre.

Pour remédier à ce manque de compétence dans le domaine de recherche bibliographique à l'UFR de médecine d'Amiens, on pourrait s'inspirer d'une étude plus récente, publiée en 2016 au sein du DMG de Tours (23). Elle s'est intéressée aux groupes d'enseignement facultaire (GEF) (outil adapté à l'approche par compétences) (23). Cette forme d'enseignement, non obligatoire, en place depuis 2013 à Tours, est proposée à tous les internes de médecine générale. L'interne rédige une situation authentique en amont du GEF. L'enseignant « détermine les compétences utiles, les points importants, les messages clés, et à partir d'une recherche bibliographique, l'interne élabore les documents nécessaires à l'expertise ».

L'enseignement se déroule sur une journée (soit 7h), où chaque enseignant anime un groupe de 10 internes, et chaque interne expose son récit.

« Le groupe échange ensuite autour des problématiques posées par ces situations, identifie les ressources mobilisées et essaye de trouver des solutions. L'enseignant assure également l'expertise et apporte des solutions aux points essentiels définis préalablement : prévalence des problèmes rencontrés, ressources mobilisées, démarche décisionnelle ».

Dans les 15 jours suivant le GEF, chaque interne envoie à l'enseignant une trace d'apprentissage comprenant un rappel de la situation apportée, des problématiques et des solutions apportées par le groupe, une synthèse des messages importants issus des échanges du groupe, et une synthèse des compétences mobilisées et améliorées.

Ce modèle d'apprentissage a remporté un franc succès auprès des internes participants à Tours, car il possède tous les éléments nécessaires dans une logique d'apprentissage par compétences, avec l'interne acteur de sa formation et l'enseignant facilitateur d'apprentissages.

S'inspirer de ce modèle d'apprentissage, permettrait éventuellement de compléter le modèle d'enseignement par GEP à Amiens. Il permet d'aborder les 11 familles de situations rencontrées par les médecins généralistes (5), de développer les compétences nécessaires à l'exercice de la discipline (4), et ainsi de combler la lacune mise en avant par les internes dans le domaine de recherche documentaire.

En synthèse, un modèle d'optimisation du GEP à Amiens peut être imaginé comme suit :

1. Rédaction d'un cas clinique à partir d'une situation authentique par l'interne avant la séance de GEP, dans laquelle il identifie les problématiques puis l'envoie à l'enseignant-animateur de GEP.
2. L'enseignant souligne les points importants, détermine les compétences utiles, et l'oriente sur des pistes de recherche bibliographiques.

3. L'interne effectue son travail de recherche documentaire.
4. GEP : l'étudiant expose sa narration, le groupe échange autour des problématiques posées par cette situation, identifient les ressources mobilisées et essayent de trouver des solutions.
5. Rédaction d'un RSCA² par l'interne (récit de situation complexe et authentique) ou synthèse des compétences mobilisées, améliorées ou acquises.

À noter que dans certains DMG de France les GEP aboutissent systématiquement à la rédaction de traces d'apprentissages type RSCA (33, 34, 35), ce qui oblige en conséquence les internes à mobiliser des ressources bibliographiques pour justifier leur travail.

La mise en place d'une grille de synthèse dédiée à la recherche bibliographique en complément de la fiche de recueil du GEP pourrait également faire l'objet d'une étude au sein du DMG, afin d'inciter les étudiants à élaborer un travail de recherche qui sera exposé à la séance suivante. Un exemple de cette grille est suggéré en annexe 6.

6.4 Aisance dans l'exposition des cas pratiques pendant le GEP

La majorité des internes ont exposé leur cas pratique avec aisance, du moins de manière progressive (Figure 13). Cette tendance est corrélée à d'autres études (33, 34, 35, 36).

En effet, parmi les 182 internes participants, seuls 26 d'entre eux ont toujours éprouvé des difficultés à exposer leur cas. L'explication la plus récurrente de ce phénomène était la crainte de s'exposer devant le groupe et d'être jugé par autrui ; c'est ce que l'on retrouve d'ailleurs dans d'autres études (33, 34, 35, 37).

Prendre soin de les inviter en début de séance à participer à l'échange et à exprimer leur point de vue leur permettrait peut-être de se lancer de manière plus aisée dans la présentation de leur cas. Repérer ces internes en difficultés permettrait aussi de mieux les accompagner sur le plan pédagogique.

D'autres raisons étaient également rapportées tels que le manque de motivation ou encore la difficulté à être objectif. Enfin, une minorité d'internes ont avoué ne pas comprendre l'intérêt ni cerner le principe du GEP ; argument qu'on observe aussi dans deux autres études (24, 37).

² RSCA : récit descriptif et analytique d'une situation professionnelle complexe, trace d'apprentissage évaluable que l'étudiant met dans son portfolio, interface entre l'enseignant et l'interne grâce à ce support de sa formation et de son évaluation via un tutorat par des enseignants spécifiquement formés

Il est important de souligner que ni la durée des séances de GEP, ni le temps de parole accordé à chacun des étudiants n'ont fait l'objet d'évaluation dans cette étude. On ne s'en est aperçu qu'à posteriori. Faute de temps et parce que le recueil du questionnaire était déjà clôturé, les étudiants n'ont pas été relancés sur le sujet. Il serait alors judicieux d'évaluer ces points dans une autre étude.

6.5 Augmentation de l'intérêt pour le GEP au cours de l'internat

Appréciation des GEP dans d'autres DMG de France :

La plupart des études portant sur les GEP étaient en faveur de leur efficacité dans la formation initiale des internes de médecine générale (24, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43). Les GEP semblaient être bien appréciés par les étudiants interrogés qu'ils jugeaient performants, adaptés et qui répondaient à leurs attentes et leurs besoins (6, 7). En effet, les internes ont exprimé une satisfaction globale élevée allant de 78% (42) à 82-84% (43).

Raisons d'absentéisme au GEP à l'UFR de médecine d'Amiens :

Le taux d'absentéisme aux séances de GEP par manque de motivation était relativement faible (11%) (Figure 14). Pour autant, ce résultat est légèrement élevé par rapport aux résultats de la littérature (7%) (8). Ce faible pourcentage d'absentéisme montre tout l'intérêt que portent les internes au GEP.

D'autres raisons d'absentéisme étaient énumérées en commentaires. Certains ont évoqué des contraintes de temps, d'autres des contraintes géographiques, notamment entre leur lieu de stage ou leur domicile et l'UFR. À cela s'est ajouté la planification de GEP sur leurs périodes de congés (37).

On pourrait aussi supposer que l'obligation d'assister aux cours pourrait être perçue par les internes comme un obstacle au bon déroulement de leur stage. Il arrive encore, dans certains services hospitaliers déficients, que la place occupée par l'interne devienne indispensable à leur bon fonctionnement jusqu'à laisser la désagréable impression à l'interne assidu à ses enseignements de DES d'abandonner ses malades. Cela dit, les enseignements de DES dont les GEP ont un caractère obligatoire et sont prioritaires sur le stage hospitalier ou ambulatoire. De même, les internes ne sont pas tenus de participer au pool de garde la veille de leur cours. Les chefs de services qui accueillent des internes de médecine générale sont tenus informés du caractère prioritaire de ces enseignements et doivent en théorie organiser le fonctionnement de leur service en conséquence. Les services ne se prêtant pas à cette règle peuvent se voir

supprimer des postes d'internes lors des procédures de répartition depuis l'arrêté ministériel de 2015 qui fait référence au temps de travail des internes (46).

Augmentation de l'intérêt pour le GEP au fur et à mesure de l'avancée dans le cursus médical :

64% des internes amiénois ont vu leur intérêt pour le GEP croître au cours de l'internat. Nous avons retrouvé des résultats similaires dans la littérature (24, 33, 34, 36, 37).

Jami et al. (24) ont obtenu des résultats similaires aux nôtres en 2011. Ils ont évalué les perceptions et représentations des internes de médecine générale à l'égard d'un outil pédagogique issu du paradigme d'apprentissage. Cet outil était en fait constitué par des entretiens collectifs monitorés comparables aux GEP. Il y a été démontré que « les étudiants de 1ère année du 3^{ème} cycle avaient une vision très négative de ces entretiens. Ils n'ont repéré aucun des objectifs fixés et ne percevaient pas l'utilité de cet enseignement. Les étudiants de deuxième année du 3e cycle étaient plus nuancés. Certains étaient capables de citer quelques objectifs fixés, les bénéfices attendus de la méthode, et pensaient que cela pouvait servir à leur formation. Enfin, les étudiants de dernière année y adhéraient totalement et émettaient peu de réserves. Ils ont cité comme intérêts principaux l'aide à l'acquisition de l'autonomie et la formation de l'esprit critique ».

Augier C. (34) a également montré que l'adhésion au GEASP, la rentabilité et la perception de son utilité s'amélioraient avec la pratique et surtout avec l'expérience du stage en ambulatoire qui permettait la mise en application des connaissances. Il était ainsi plus difficile pour les étudiants en premier semestre de leur 3ème cycle d'en profiter pleinement.

Néanmoins, une analyse en sous-groupes réalisée en fonction de l'année d'études nous a conduit à des résultats non significatifs ($p = 0,93$) (Tableau 9). Nous avons même remarqué une légère baisse de cet intérêt entre la deuxième (38%) et la troisième année d'internat (34 %).

Il est intéressant d'envisager les hypothèses qui pourraient expliquer cette différence d'adhésion aux GEP entre les internes de troisième et de deuxième année :

- La première hypothèse à considérer serait que lors de la première et deuxième année d'internat, les étudiants sont enthousiasmés par ce nouveau concept d'apprentissage qui leur paraît innovant et convivial. Puis ils seraient déçus par la méthode (s'attendant à d'autres formes de travail de groupes d'analyse tel que les groupes de pairs, ...), par l'absence de réponse à leurs attentes, ou par un rapport au bénéfice/charge de travail

exigée défavorable (en plus de la charge de travail exigée pour la préparation de la thèse).

- La seconde hypothèse à envisager, serait que les étudiants auraient, à leur insu, gagné en autonomie grâce aux séances de la première et deuxième année, mais n'attribueraient pas cette progression au GEP. Ils sont plus autonomes en troisième année et considèrent qu'ils ont, au moins en partie, spontanément acquis cette indépendance.

Cela dit, certains facteurs influant cette augmentation de l'intérêt pour le GEP ont été identifiés, tels que le passage en stage praticien (24,3%) ou en SASPAS (7,1%) (8, 34, 37), l'échange autour d'un cas clinique avec des co-internes (37%) (33, 35, 36, 37, 39), de même que la rencontre avec l'enseignant-animateur de GEP (26,4%) (33, 35, 37) (Figure 16).

Une analyse en sous-groupes a même mis en évidence une croissance significative de cet intérêt au cours de l'internat en lien avec le passage en stage ambulatoire (praticien et SASPAS) ($p < 0.001$), et la qualité de l'enseignant-animateur de GEP : qualité de ses commentaires ($p = 0,017$) et de sa capacité à animer le groupe ($p < 0,001$).

De là l'importance des stages ambulatoires dans la formation des internes de médecine générale. Ces données sont également encourageantes pour l'équipe enseignante du DMG d'Amiens qui voit dans ces résultats que leurs actions sont perçues positivement par beaucoup d'internes.

GEP et groupes de Pairs :

53% des étudiants (Figure 17) ont estimé que les séances de GEP n'ont pas suscité chez eux l'envie de participer à un groupe de Pairs dans le cadre de leur future activité de médecin généraliste. Ce résultat ne concorde pas avec ceux de la littérature (33, 34, 37). Or, connaissaient-ils vraiment ce concept et ses fondements ? Confondaient-ils GEP et groupe de Pairs ? Cette question n'était sans doute pas adaptée à leur niveau et encore moins pour les TCEM1. De plus, on pourrait penser que le statut d'interne ne permet pas de se projeter totalement dans la future activité de médecin généraliste et qu'un « vrai » groupe de Pairs s'adresse à des médecins faisant du suivi de patients sur le long terme.

Néanmoins, une analyse en sous-groupes a souligné une augmentation de l'attrait pour les groupes de Pairs grâce au GEP chez les étudiants en dernier semestre (60%), mais pas de façon significative ($p = 0,43$).

Au final, le GEP suscite toujours de l'engouement auprès des internes :

Les groupes d'échange de pratiques sont plébiscités par les internes grâce à leur interactivité et leur inscription dans la pratique de la médecine générale, et ne font que confirmer les données bibliographiques (6, 7, 8, 23, 31, 34, 35, 36, 37, 39, 41, 43, 44).

Cette méthode d'enseignement suscite également de l'engouement auprès des internes amiénois et est appréciée (6, 44).

En effet, dans notre étude les internes ont souhaité que cette méthode d'enseignement soit certes conservée mais améliorée et cela sans en augmenter la fréquence (Figure 17). Il faut tout de même préciser que les troisièmes années aimeraient que le nombre de GEP soit augmenté ($P<0.001$) (Tableau 10).

6.6 Suggestions d'amélioration du GEP et autres perspectives

Compte tenu des résultats de notre étude et des données bibliographiques, plusieurs pistes sont à considérer afin d'optimiser cet outil pédagogique et satisfaire aux besoins des étudiants comme de l'équipe enseignante.

Rappeler le principe, l'intérêt et les objectifs du GEP :

L'incompréhension et la confusion des étudiants face à ce concept pédagogique, étaient mises en avant par quelques étudiants dans cette étude.

Pour y remédier, l'équipe enseignante devrait rappeler l'intérêt de la méthode, ses objectifs et surtout ce qu'elle n'est pas (groupe d'analyse de pratiques, cours magistral, groupes de pairs, groupe Balint ou autres) de manière régulière afin de s'assurer de leur adhésion et leur permettre d'en profiter pleinement.

Planification de quelques GEP à thème :

Même si la majorité des internes s'est opposée à la généralisation des GEP à tous les cours existants, il serait tout de même intéressant de consolider le recours aux GEP à thème déjà expérimentés depuis, mais dont l'organisation a été difficile.

Dans les travaux de la littérature, les internes interrogés sur leur vision de l'évolution des formes de cours ont eu des avis très disparates (6, 37).

Au vu de ces données, il paraît donc indispensable de préserver une diversité des modes d'apprentissages (cours magistraux, GEP, travail sur cas clinique, classe inversée, ...), qui permet d'aborder l'exercice de la médecine générale dans sa globalité.

Éviter la règle du 2^{ème} cas du mardi :

Si cette consigne semble pertinente pour l'équipe enseignante, elle l'est moins pour les internes (oubli du cas en question, conditionnement du lieu de stage, ...).

Il faudrait peut-être réaliser un travail conséquent de communication en amont pour transmettre les objectifs de cette consigne, la supprimer pour laisser la liberté du choix des sujets aux internes (au risque de n'avoir que des situations trop complexes ou non prévalentes en médecine générale) ou pourquoi pas proposer une alternative comme la sélection du dernier cas rencontré la veille en stage (plus simple à retenir) ou encore d'inciter les internes à programmer une alarme sur leur portable afin de se rappeler du deuxième cas du mardi.

Privilégier les enseignants actifs :

Afin d'harmoniser la qualité de l'enseignement reçu au sein des groupes de GEP, le roulement des enseignants à leur tête a été jugé nécessaire par la majorité des internes interrogés. Ce roulement permettrait aux étudiants d'expérimenter des méthodes d'apprentissage différentes, de bénéficier des atouts et des expériences de chacun des enseignants et de limiter le temps passé avec d'éventuels enseignants passifs. De plus, pour certains généralistes enseignants, la méthode du GEP est nouvelle et peut paraître difficile à cerner et à appliquer au départ. C'est pourquoi, il semble indispensable de donner le temps aux enseignants de dresser un bilan de leur prise de poste, de les accompagner à surmonter les difficultés identifiées ou simplement réexpliquer les principes pédagogiques fondateurs et les objectifs des GEP, afin de ne pas pénaliser certains étudiants. Il serait également intéressant de réaliser une évaluation à but formatif (c'est-à-dire en vue d'une amélioration) des conducteurs de ces GEP, en milieu et fin d'année.

Malgré tout, ce roulement d'enseignants, pourrait engendrer des difficultés dans le suivi des cas exposés précédemment par les internes, notamment en lien avec le travail de recherche documentaire qui s'y rapporte ; d'autant que l'évolution des internes dans ce domaine a été un échec (Tableau 7). Pour ce faire, un roulement après deux GEP consécutifs avec le même enseignant semblerait plus judicieux.

Optimiser l'acquisition de compétences dans le domaine de la recherche documentaire :

L'acquisition de compétences dans le domaine de la recherche documentaire n'a pas été plébiscité par les internes amiénois, contrairement à certains DMG de France.

Pour combler cette lacune, l'équipe enseignante détient un rôle primordial de sensibilisation des internes au travail de recherche.

La mise en place d'une grille de synthèse dédiée à la recherche documentaire (Annexe 6), en complément de la fiche de recueil du GEP, pourrait également faire l'objet d'une étude au sein

du DMG d'Amiens. Par la suite, ce travail de recherche pourrait aboutir à la rédaction de traces d'apprentissage type RSCA, comme tel est déjà le cas dans certains DMG de France.

Diminuer l'absentéisme aux séances de GEP :

Laisser le libre choix aux internes de la constitution des groupes pourrait peut-être accroître leur motivation, en favorisant un échange plus convivial avec les co-internes choisis par affinité. Certains étudiants ont suggéré en commentaire la planification des séances de GEP sur des après-midis à la place des matinées afin de réduire l'absentéisme mais aussi pour pallier les contraintes géographiques évoquées par d'autres qui se voient contraints de se lever très tôt le matin pour venir assister au GEP.

Il est aussi essentiel que le fonctionnement hospitalier respecte la formation des IMG afin de leur permettre, avec des aménagements si besoin, d'assister à tous les cours. Cela dit, ce principe est relativement bien respecté à Amiens.

La soutenance des cas sur la base du volontariat était aussi suggérée par certains étudiants, par crainte du jugement d'autrui. Appliquer ce principe pendant les premières séances de GEP leur permettrait sans doute de mieux s'approprier ce nouvel exercice pédagogique avant de se lancer de manière plus aisée pendant les séances suivantes. Leur sollicitation par l'enseignant-animateur lors d'un échange autour d'un cas favoriserait probablement aussi leur adhésion au groupe.

Les étudiants en stage ambulatoire semblaient, sauf exception, plus intéressés par les GEP par rapport aux autres. Doit-on de ce fait réserver les GEP aux étudiants en stage non hospitaliers (c'est-à-dire pendant un semestre ou deux) ? Je ne le pense pas. Les deux premiers cycles d'études médicales ne préparent pas à la pratique réflexive. Il est très difficile et laborieux pour les étudiants de troisième cycle de s'y former. Les premières séances ne leur sont pas profitables en matière d'analyse, ils découvrent la méthode, apprennent à poser des questions à but informatif, à ne pas émettre de jugement de valeur... Ils ne produisent pas d'analyse de situations à proprement parler. Interrompre leur participation lorsqu'ils commencent à être efficaces amenuiserait leurs efforts d'adaptation.

6.7 Lumière sur la tentative d'instauration de l'initiation au groupe Balint à l'UFR de médecine d'Amiens

Les outils pédagogiques mis en place (cours de DES, GEP...) ne répondent pas entièrement à la formation des étudiants sur la relation médecin-patient. L'initiation au groupe Balint serait

alors un moyen d'y répondre. En effet, dans les données bibliographiques, cette formation a permis aux étudiants de mieux aborder la dimension relationnelle des consultations. Elle a été jugée de bonne qualité, utile et intéressante (9, 10, 13, 14, 15, 16), répondant en majorité à leurs attentes (9, 10, 14, 15, 16). Ils ont déclaré que c'était un mode de réflexion nouvelle et originale (9, 10, 13, 14), vécu comme une coupure par rapport à la formation universitaire traditionnelle (9, 11, 15).

Dans l'étude de Ricard L. (6), les internes amiénois ont proposé des pistes d'amélioration de l'enseignement de la relation médecin-patient avec notamment, la mise en place par le DMG de groupes d'inspiration Balint. Pour autant, ce groupe peine à exister à Amiens.

Faut-il rendre obligatoire l'initiation au groupe Balint à Amiens ?

86 % des étudiants inclus dans cette étude ont plaidé favorables à une participation volontaire et non obligatoire au groupe Balint (Figure 20). Les données de la littérature, faisaient état de beaucoup plus d'initiations participatives (9, 11, 13) qu'obligatoires (10, 15). Des travaux (10, 11, 13) étaient clairement en faveur du volontariat avec l'idée que les groupes Balint, même pour étudiants, ne pouvaient s'inscrire qu'au sein d'une démarche personnelle. À l'inverse, dans une autre étude, certains étudiants (13) ont suggéré de rendre obligatoire uniquement la première séance, dans une optique de découverte de la pratique, qui pourrait par la suite susciter l'envie d'y participer. Enfin, d'autres (10, 15) étaient en faveur d'un caractère obligatoire avec l'idée que le travail sur la relation médecin-patient ne pouvait pas être optionnel.

Raisons d'abstention des étudiants à l'initiation au groupe Balint :

Les deux raisons principales d'abstention des internes étaient le manque de motivation et la confusion entre GEP et Balint. Un éclairage sur ces deux concepts est à prendre en considération.

La peur de s'exprimer en public par crainte du jugement d'autrui ou de manquer d'objectivité était l'une des inquiétudes les plus fréquemment verbalisée dans la littérature (9).

Perspectives d'amélioration pour un meilleur recrutement :

Malgré la présentation orale du groupe Balint lors de la journée d'accueil des TCEM3 par le Dr Marc BONY (généraliste enseignant chargé de cette initiation), la moitié des internes, toutes promotions confondues, ignoraient ce qu'était un groupe Balint lors de cette enquête (Figure 19). Il se pourrait que cette information se retrouve noyée dans la quantité de données distillées ce jour-là. En effet, 43% des TCEM3 ont affirmé qu'ils auraient participé à la création du groupe si le mode de recrutement était différent (mails d'information, relance téléphonique de

la part des enseignants, discussion avec les maîtres de stage lors des stages ambulatoires, présentation du groupe Balint dès le TCEM1) (Figure 21).

La participation spontanée à ce groupe n'est donc pas de mise d'emblée, c'est pourquoi il faut solliciter et sensibiliser les internes à y participer de plusieurs façons.

Les données bibliographiques ont montré que les organisateurs du groupe Balint privilégiaient plutôt l'appel téléphonique des étudiants en SASPAS (9) ou à minima ceux qui ont effectué un stage praticien, plus susceptibles d'être intéressés. Cet appel téléphonique avait aussi pour objectif d'apporter un complément d'informations et d'éclairer sur d'éventuelles interrogations de l'interne.

Le choix d'inclure dans ces groupes, uniquement des étudiants en troisième année du DES de médecine générale, voire uniquement en SASPAS, était répandu dans les DMG de France où le groupe Balint existe (9, 10, 15). Cela avait pour objectif de se rapprocher le plus possible du cadre d'exercice des médecins généralistes participant habituellement au groupe de M. Balint. De nombreux étudiants ont exprimé dans certains travaux (9, 13) leurs inquiétudes quant à leur manque d'expérience ou de maturité comme un facteur limitant à la formation Balint. Ils pensaient d'ailleurs que le dernier semestre d'internat était le bon moment pour y participer et qu'il était nécessaire qu'elle soit réservée aux internes (11) ayant déjà effectué un stage ambulatoire (13). Cela dit, cette idée n'est pas tout à fait vraie car un groupe BALINT se réunit sur un long temps et ce n'est pas sur un semestre qu'il peut être valorisé.

D'autres résultats allaient dans le sens inverse : des internes ont exprimé le regret de l'arrivée trop tardive de ces initiations dans la formation (10, 15), la nécessité de les présenter dès l'externat et le besoin de les poursuivre pendant l'internat. Il serait donc pertinent d'informer notamment les MSU (Maîtres de Stage Universitaire) sur l'existence de ce groupe et de les charger de la promotion de cette nouvelle approche d'enseignement auprès de leurs externes et internes en stage ambulatoire, afin de susciter chez eux curiosité et envie d'intégrer ce groupe.

7. CONCLUSION

Le GEP est une méthode d'enseignement qui relève du paradigme d'apprentissage, dans laquelle l'étudiant est acteur du processus d'acquisition des compétences. Il apparaît alors que les étudiants sont plus sensibles à ce type de pédagogie à laquelle ils ont été rarement confrontés durant leur cursus antérieur, notamment lors du premier et deuxième cycle des études médicales.

Notre étude montre que le GEP suscite toujours de l'engouement auprès des IMG d'Amiens, comme c'est le cas dans d'autres DMG de France. En acquérant de l'expérience au fur et à mesure de l'avancée dans le cursus médical, l'interne se retrouve confronté à des situations complexes, spécifiques à la médecine générale, notamment lors des stages ambulatoires. Ils perçoivent alors ce nouveau concept pédagogique sous un autre angle et prennent conscience de l'intérêt apporté par ce dernier, qui s'inscrit dans le développement de la réflexivité et de la conscience de la discipline. En effet, 64% des internes participants interrogés voient leur intérêt pour le GEP croître au cours de l'internat, même si ce résultat n'est pas statistiquement significatif. Toutefois, quelques facteurs influant cette croissance sont mis en évidence (passage en stage ambulatoire, échange avec des co-interne sur des situations concrètes, et rencontre avec l'enseignant-animateur de GEP).

Grâce au GEP, les internes affirment aussi avoir évolué dans plusieurs domaines : réflexion sur la pratique, acquisition de compétences et communication/relation médecin-malade. Néanmoins, ils ont regretté le manque d'encadrement du travail de recherche documentaire. Il semble ainsi primordial que le DMG d'Amiens agisse en conséquence, notamment auprès de l'équipe enseignante, afin d'inciter et sensibiliser les étudiants au travail de recherche.

Cette équipe enseignante est également appréciée par les internes et est jugée de qualité. Or, du fait de la variabilité dans la manière d'animer les GEP, un roulement d'enseignants est considéré utile par les internes, afin de garder une certaine équité formative au sein des groupes. Compte tenu de nos résultats et des données bibliographiques, d'autres éléments sont à prendre en compte dans l'optique d'optimiser cet outil pédagogique et de satisfaire aux besoins des étudiants comme de l'équipe enseignante, tels que : le rappel régulier du principe, de l'intérêt et des objectifs du GEP ; l'abrogation de la règle du deuxième cas du mardi ; la mise en avant d'enseignants actifs ; la planification de quelques GEP à thème ; la soutenance des premiers GEP sur la base du volontariat, etc. Cela permettrait également d'ouvrir la voie vers d'autres concepts comme les groupes Balint ou encore les groupes de Pairs.

Au final, les étudiants préconisent que cette méthode d'enseignement soit conservée mais améliorée. Toujours est-il qu'ils ne souhaitent pas pour autant voir sa fréquence augmenter.

Le groupe Balint, quant à lui, peine à exister à l'UFR d'Amiens. Cet échec s'explique par un défaut d'information en termes de quantité et de qualité. En effet, près de la moitié des internes participants ignorent ce qu'est un groupe Balint et certains le confondent même avec le GEP. Mieux informer permettrait sans doute de mieux recruter (faire connaître le concept suffisamment tôt notamment auprès des externes, cibler les étudiants en stage ambulatoire, relancer les étudiants par appel téléphonique...).

Les points abordés dans ce travail de recherche pouvant faire l'objet de nouvelles études sont les suivants :

- la manière d'animer ces GEP est variable d'un enseignant à l'autre. Cela va-t-il avoir un impact sur la structure des séances ? Sur les compétences acquises ? Sur la participation des internes ? Sur le ressenti des internes quant à cette méthode d'enseignement ?
- les séances de GEP permettent-elles de répondre aux questions que l'interne s'est posé pendant ou après la consultation ?
- une harmonisation des techniques d'enseignement au sein des départements de médecine générale français pourrait faire l'objet d'une étude qui nous permettrait de statuer sur l'efficacité des GEP dans la formation des internes de médecine générale à l'échelle nationale.

8. BIBLIOGRAPHIE

¹ Taha A, Boulet P, Beis JN, Yana J, Ferrat E et al. Etat des lieux de la médecine générale universitaire au 1^{ier} janvier 2015 : la construction interne de la FUMG (filière universitaire de médecine générale). Exercer 2015 ; 122 : 267–82.

² CNGE – Collège National des Généralistes Enseignants [en ligne]. Historique du CNGE. [Consulté le 19/02/2019]. Disponible sur : https://www.cnge.fr/le_cnge/historique_du_cnge/

³ Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. Ministère de la Jeunesse, de l'Éducation Nationale et de la Recherche. Journal Officiel.

⁴ Compagnon L et al. Définition et description des compétences en médecine générale. Exercer 2013 ; 108 : 48–55.

⁵ Attali C ; Huez JF ; Valette T ; Lehr-Drylewicz AM. Les grandes familles de situations cliniques. Exercer 2013 ; 108 : 165–9.

⁶ Ricard L. Enseignement théorique du DES de Médecine Générale à Amiens : Ressenti des internes [Thèse d'exercice]. Université de Picardie Jules Verne ; 2014. AMIENS-BU Campus Santé.

⁷ Dahan B. Évaluation de l'adéquation des enseignements proposés dans le DES de médecine générale à Paris VI avec les attentes des étudiants [Thèse d'exercice]. Université Pierre et Marie Curie Paris VI ; 2009.

⁸ David D. Bénéfices ressentis par les Internes de médecine générale de l'Océan Indien vis à vis de leur travail de rédaction du portfolio : enquête de septembre 2014 à février 2015 : 86 questionnaires / 129 IMG (TCEM2 TCEM3, en instance de validation du DES), 66 % [Thèse d'exercice]. Médecine humaine et pathologie Université de l'Océan Indien ; 2015.

⁹ Gourrin E. Apports d'une initiation au groupe Balint dans la formation à la relation médecin-patient des étudiants en SASPAS en DES de Médecine Générale. Étude qualitative par entretien

semi-directif. [Thèse d'exercice]. Médecine humaine et pathologie Université de Bordeaux ; 2014.

¹⁰ Bourreau S. Formation à la relation médecin-malade en 3ème cycle des études médicales de médecine générale : évaluation d'une formation Balint. [Thèse d'exercice]. Université de Paris V ; 2005.

¹¹ Osmond L. Une formation à la relation médecin-malade : pourquoi ? comment ? : création d'une initiation au groupe Balint à l'UFR de médecine de Caen. [Thèse d'exercice]. Université de Caen ; 2008.

¹² Montecot C. Expérience d'analyse des pratiques, de type Balint, dans un groupe d'internes de médecine générale : vers une élaboration psychique. [Thèse d'exercice]. Université d'Angers ; 2011.

¹³ Begot MP. Perception de la formation à la relation médecin-patients à travers la pratique de groupes Balint chez les internes de médecine générale de la région centre. Étude qualitative de type entretiens semi-dirigés menés auprès des internes de médecine générale de la région centre. [Thèse d'exercice]. Université de Tours ; 2012.

¹⁴ Cherif Beck S. La relation médecin-patient et la formation initiale : l'expérience des groupes Balint pour étudiants de 3ème cycle. [Thèse d'exercice]. Université de Strasbourg ; 2011.

¹⁵ Lecarpentier G. La pratique du groupe Balint pour les internes de Paris VII : une ouverture vers la relation médecin-malade. [Thèse d'exercice]. Université de Paris VII ; 2009.

¹⁶ Payre-Dumontel S. Comment les étudiants en médecine générale perçoivent les groupes de parole dans le cadre de la formation à la relation médecin-patient ? [Thèse d'exercice]. Université de Lyon 1 ; 2008.

¹⁷ Développement-professionnel-continu-DPC.pdf.

<http://www.intercomsante57.fr/html/profsante/pdf/Developpement-professionnel-continu-DPC.pdf> [Consulté le 6 Fév. 2019].

¹⁸ Philibert.AC. Les groupes d'échange de pratique entre pairs : un modèle de développement professionnel continu en médecine générale. [Thèse d'exercice]. Médecine humaine et pathologie ; 2012.

¹⁹ HAS-groupes-analyses-pratique-entre-pairs.pdf.

<https://www.irbms.com/download/documents/HAS-groupes-analyses-pratique-entre-pairs.pdf>
[Consulté le 6 Fév. 2019].

²⁰ Castelain E, Bouche P. Groupes d'échange de pratiques et optimisation de la prise en charge en médecine générale. Rev Prat Médecine Générale 2003 ; 17 : 1370-4.

²¹ Libbey J. Groupes d'échange de pratiques : Développement professionnel continu des internes en DES de Médecine Générale de l'université Paris Descartes ; [Thèse d'exercice]. Université Paris Descartes ; 2012.

²² Girardeau S. Implantation et valorisation des GEAPI dans le cursus du 3ème cycle des études de médecine générale. [Mémoire d'exercice]. Faculté de médecine de Poitiers et Tours ; 2010.

²³ Robert J, Renoux C, Le Goff D, Barbeau L, Potier A. Les groupes d'enseignement facultaire : un outil adapté à l'approche par compétences. Tours ; Exercer, 2016 ; 123 : 34-41.

²⁴ 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 fév. 2012 ; 13(1) : 27-37.

²⁵ Paillard C. Des processus de changement induits par un groupe de type Balint. [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers ; 2008.

²⁶ Bonel S. La formation à la relation médecin-malade. Enquête auprès de 123 internes de DES de médecine générale à l'Université de Toulouse interrogés en Janvier 2008. [Thèse d'exercice]. Université de Toulouse 3 ; 2009.

²⁷ Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Bibliothèque Scientifique Payot ; 1988.

- ²⁸ Lepcam III - Types d'études quantitatives. [Site Internet]. [Consulté le 19/02/2019]. Disponible sur : <https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/quantiti/>
- ³⁰ Medistica. pvalue.io, a Graphic User Interface to the R statistical analysis software for scientific medical publications. [Logiciel en ligne]. Disponible sur : <https://www.pvalue.io>
- ³¹ Bouzouita E. Analyse du contenu de deux Groupes d'Échanges de Pratiques d'internes en stage ambulatoire de niveau 1. [Thèse d'exercice]. Médecine humaine et pathologie ; 2017.
- ³² Lison C, Bedard D et Côté J-A. Être tuteur en apprentissage par problèmes : quels styles d'animation ? Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur 31(1) | 2015 Numéro spécial - hiver 2015. [Consulté le 19/02/2019]. Disponible sur : <http://journals.openedition.org/ripes/900>
- ³³ Renoux C, Pailloux A, Robert J, Poitier A. Les groupes d'échange de pratique : un outil du paradigme d'apprentissage. DMG de Tours 2017 ; Exercer 2017 ; 129 : 34-42.
- ³⁴ Augier C. Évaluation de la méthode du "groupe d'entraînement à l'analyse de situations professionnelles (GEASP) " : enquête de satisfaction auprès des internes du diplôme d'études spécialisées de médecine générale de la faculté de médecine de Nice en 2007. [Thèse d'exercice]. Nice, France ; 2007.
- ³⁵ 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 ; 107 : 126-30.
- ³⁶ Morin C, Blondy D, Borrel M, Bui TV, 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 2012 ; 8 : 77-84.
- ³⁷ Zalfani J, et Moreau E. Les groupes d'échanges de pratiques dans le tutorat du 3^{ème} cycle de médecine générale à Lyon : représentations des étudiants. Étude qualitative par Focus Group d'internes. [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard Lyon-Est ; 2018.

³⁸ Viltet A. Efficacité des groupes d'échange de pratique dans la formation initiale des internes de médecine générale : revue systématique de la littérature. [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers ; 2017.

³⁹ Vincent N. Évaluation du ressenti des internes de TCEM 3 de la Faculté de Médecine de Poitiers par rapport aux GEAPI. [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers ; 2014.

⁴⁰ Appé N, Lacaille-Urien J. Les groupes d'échanges de pratiques dans la formation médicale continue et la formation médicale initiale des médecins généralistes : enquête qualitative à partir de 2 Focus Groups. [Thèse d'exercice]. Université de Nantes ; 2014.

⁴¹ Favier-Arnaudier C, Charles R, Vallée J. Étude qualitative de l'apport des groupes d'analyse de pratique des internes dédiés à l'erreur. Exercer 2009 ; 20 : 113-8.

⁴² Vidal E. Groupes d'entraînement à l'analyse de situations professionnelles : le bilan 2010 des internes de médecine générale de Clermont-Ferrand. [Thèse d'exercice]. Université de Clermont-Ferrand ; 2011.

⁴³ Philippe L. Les Groupes d'Échange de Pratiques Tuteurés : évaluation et perspectives d'un enseignement en 3ème cycle de Médecine Générale : expérience de la faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes : années scolaires 2008-2009 ; 2009- 38 2010. [Thèse d'exercice]. Université de Montpellier ; 2011.

⁴⁴ Bellar N. Enseignement théorique du DES de Médecine Générale à Amiens pour l'année universitaire 2017/2018 : Synthèse des fiches d'évaluation. [Thèse d'exercice]. 2018.

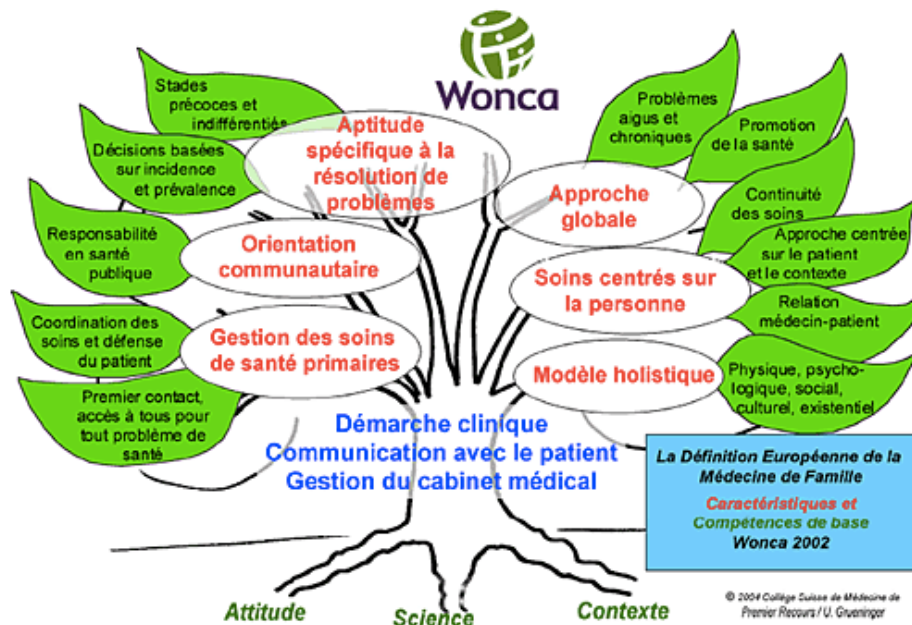
⁴⁵ Letrilliart L, Vanmeerbeek M. A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? Exercer. Déc. 2011 ; 99 : 170-7.

⁴⁶ Arrêté ministériel sur les conditions de travail des internes définit par les Articles R6153-2 et suivants du Code de la santé publique. [Site Internet]. [Consulté le 13/02/2021]. Disponible sur : INSTRUCTION N°DGOS/RH4/2014/128 du 22 avril 2014 clarifiant les dispositions réglementaires relatives aux internes.

9. ANNEXES

ANNEXE 1 : Les compétences du médecin généraliste définies par la WONCA Europe 2002

(World Organization of National Colleges and Associations of General Practice/Family Medicine)



1 Gérer le premier contact avec les patients.

2 Coordonner les soins avec d'autres professionnels des soins primaires ou d'autres spécialistes afin de fournir des soins efficaces et appropriés, en assumant un rôle de défenseur du patient quand cela est nécessaire.

3 Adopter une approche centrée sur la personne lors de la prise en charge des patients et de leurs problèmes.

4 Utiliser la consultation pour créer une relation efficace entre le médecin et le patient.

5 Assurer la continuité des soins selon les besoins du patient.

6 Utiliser le processus spécifique de prise de décision (analyse décisionnelle) déterminé par la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.

7 Gérer des situations au stade précoce et indifférencié, et intervenir dans l'urgence quand cela est nécessaire.

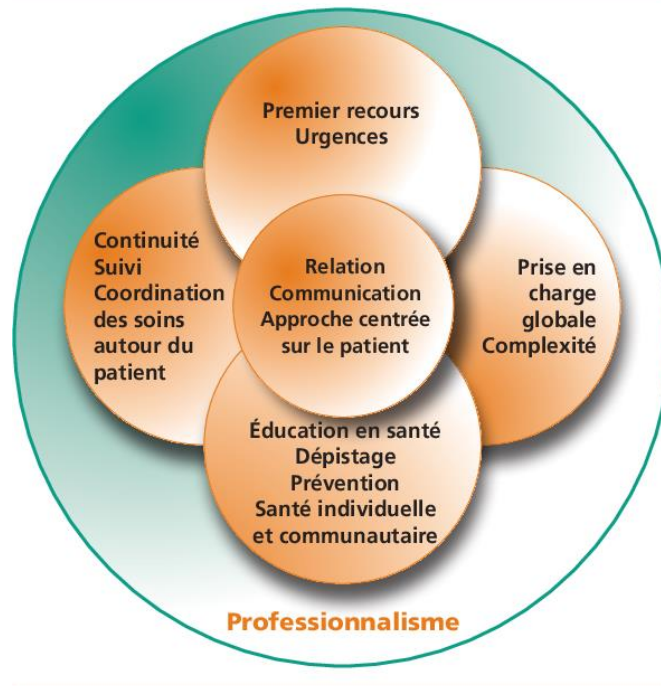
8 Gérer simultanément les problèmes aigus et chroniques du patient.

9 Promouvoir l'éducation pour la santé en appliquant de manière appropriée des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies.

10 Réconcilier les besoins en soins médicaux des patients individuels avec les besoins en soins médicaux de la communauté dans laquelle ils vivent et cela en équilibre avec les ressources disponibles.

11 Utiliser un modèle biopsychosocial qui prenne en considération les dimensions culturelles et existentielles.

ANNEXE 2 : La marguerite des compétences du médecin généraliste



COMPÉTENCE APPROCHE GLOBALE, PRISE EN COMPTE DE LA COMPLEXITÉ :

Définition : Capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (EBM, Engels, etc.) quel que soit le type de recours de soins dans l'exercice de Médecine Générale.

C'est-à-dire en :

- Adoptant des postures différentes en fonction des situations : soins, accompagnement, soutien, éducation, prévention, réparation, ... ;
- Identifiant, évaluant, les différents éléments disponibles de la situation et leurs interactions (complexité), dans les différents champs (bio-psycho-social et culturel, pour les prendre en compte dans la décision ;
- Élaborant un diagnostic de situation inscrit dans la trajectoire de vie du patient. C'est à dire intégrant le contexte biopsychosocial et culturel à l'analyse de la situation ;
- Négociant une décision adaptée à la situation et partagée avec le patient (voir décision centrée patient) ;
- Évaluant les décisions et leurs conséquences, à court, moyen et long terme (voir le suivi au long cours) ;
- Tentant de cogérer avec le patient des plaintes et des pathologies aiguës et chroniques de manière hiérarchisée (voir le premier recours).

COMPÉTENCE ÉDUCATION, PRÉVENTION, SANTÉ INDIVIDUELLE ET COMMUNAUTAIRE :

Définition : Capacité à accompagner « le » patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention.

C'est à dire en :

- Mettant en place des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie par des mesures individuelles de prévention, à favoriser un dépistage précoce des maladies, et à réduire les séquelles d'une maladie ;
- Développant une posture qui place le patient en position de sujet, et s'engageant dans une alliance, un partenariat en aidant le patient à construire ses compétences ;
- Déterminant le moment opportun et la durée de l'action de prévention et d'éducation pour le patient et pour soi-même, en tenant compte des possibilités de chacun ;
- Partageant le suivi avec d'autres intervenants ;
- Collaborant à et/ou élaborant des programmes, des projets et des actions de prévention et d'éducation ;
- Adoptant une posture réflexive sur ces actions.

COMPÉTENCE PREMIER RECOURS, URGENCES :

Définition : C'est la capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quels que soient son âge, son sexe, ou toutes autres caractéristiques, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale.

C'est à dire :

- Gérer les situations les plus fréquentes aux différents stades d'évolution (situations aiguës ou chroniques, les urgences, la santé des femmes, des enfants, etc.) ;
- Intervenir si nécessaire dans le contexte d'urgence réelle ou ressentie ou dans les situations médicales non programmées ;
- Hiérarchiser et gérer simultanément des demandes, des plaintes et des pathologies multiples, aiguës ou chroniques, chez le même patient ;
- Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents dans le contexte du premier recours

COMPÉTENCE CONTINUITÉ, SUIVI, COORDINATION DES SOINS AUTOUR DU PATIENT :

Définition : Capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.

C'est-à-dire en :

- Etant le référent du patient dans l'espace et la durée ;
- Utilisant judicieusement toutes les possibilités du dossier médical pour le suivi et l'accompagnement du patient ;
- Prenant en compte l'évolution de ses problèmes de santé lors de cet accompagnement ;
- Collaborant avec les différents acteurs médico-sociaux dans l'intérêt du patient ;
- Mettant en place et entretenant une relation médecin patient évolutive, mutualisée, en redéfinition continue ;
- Organisant son activité en fonction de ces objectifs.

COMPÉTENCE RELATION, COMMUNICATION, APPROCHE CENTRÉE PATIENT

Définition : Capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé, ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.

C'est à dire en :

- Menant des entretiens avec tout type de patients et leurs entourages, en restant centré sur leurs besoins implicites et explicites, en intégrant des notions d'éthique de la communication ;
- Construisant et maintenant à travers ces contacts, une relation avec le patient et/ou son entourage, en étant attentif à rester dans le cadre professionnel et en se questionnant sur ses propres capacités et limites relationnelles ;
- Respectant les différentes législations et code déontologique concernant les droits du malade et les devoirs du médecin ;
- Communiquant avec les autres professionnels de santé et médico sociaux intervenant auprès du patient, dans l'intérêt de celui-ci, en utilisant le media le plus judicieux en fonction du problème dans son contexte ;
- Communiquant avec les institutionnels dans l'intérêt du patient.
-

COMPÉTENCE PROFESSIONNALISME :

Définition : Capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, à développer une activité professionnelle en privilégiant le bien-être des personnes par une pratique éthique et déontologique, à améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine fondée sur des faits probants, à assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient.

C'est-à-dire en :

- Agissant avec altruisme, et sans discrimination ;
- Favorisant l'accès équitable aux soins pour tous ;
- Assumant la responsabilité des décisions prises avec le patient en explicitant ses décisions en informant honnêtement les patients, y compris de ses conflits d'intérêts ;
- Respectant la personne en tenant compte en premier lieu de son mieux-être du patient et en favorisant son libre choix, son autonomie, et une réflexion éthique ;
- Fondant ses choix sur l'intérêt du patient, mais aussi sur la gestion pertinente des ressources de soins ;
- Garantissant la confidentialité des échanges avec les patients ;
- Améliorant ses compétences professionnelles par l'identification de ses besoins de formation et intégrant ses acquis à sa pratique ;
- Contribuant et participant à la formation des professionnels de santé ;
- Collaborant avec les autres professionnels de soins dans le respect de leurs compétences ;
- Gérant son temps pour un équilibre entre vie professionnelle et personnelle ;
- Gérant son outil de travail

ANNEXE 3 : Les 11 familles de situation rencontrées en médecine générale

Les 11 familles de situations ont été définies par un groupe de travail réuni sous l'égide du CNGE. Elles correspondent à des types de situations de soins prévalentes en soins primaires. Par leur diversité, elles contribuent à évaluer les compétences des internes en médecine générale.

Elles sont considérées particulièrement représentatives de la spécialité, sans prétendre à aucune exhaustivité.

1. SITUATIONS AUTOUR DE PATIENTS SOUFFRANT DE PATHOLOGIES CHRONIQUES, POLYMORBIDITE A FORTE PREVALENCE :

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages ambulatoires de niveau 1 ou 2, et les stages hospitaliers de médecine polyvalente. L'interne devra avoir été mis en situation de gérer :

- Des situations de patients atteints de pathologies chroniques organiques et psychologiques de toute nature, à tous les âges de la vie
- Des situations de patients asymptomatiques qui présentent des facteurs de risque dont le contrôle a montré son efficacité sur la probabilité de survenue d'événements morbides à court, moyen et long terme
- Des situations de maintien à domicile de patients souffrant de déficiences motrices, sensitives, cognitives entraînant une perte d'autonomie (problèmes locomoteurs, neurologiques, sensoriels)
- Des situations de patients souffrant de problèmes d'addiction, de dépendance et de mésusage de substances psychoactives
- Des situations de patients présentant des pathologies chroniques très graves, de patients en soins palliatifs et de patients en fin de vie
- Des situations de patients souffrant de pathologies psychiatriques chroniques ou récurrentes prévalentes (dépression, anxiété généralisée, troubles bipolaires, psychoses)
- Des situations de patients présentant des douleurs chroniques ou récurrentes

2. SITUATIONS LIEES A DES PROBLEMES AIGUS NON PROGRAMMES, FREQUENTS OU EXEMPLAIRES :

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages ambulatoires de niveau 1 et 2, et dans les stages hospitaliers de médecine polyvalente et d'urgence. L'internaire devra avoir été mis en situation de gérer :

- Des situations de patients présentant des plaintes médicalement inexplicables, des plaintes d'origine fonctionnelle ou des plaintes somatiques inexplicables (le patient présente de nombreux symptômes physiques sans explication nette ; il est inquiet au sujet d'une maladie physique ; des symptômes associés d'anxiété et/ou de dépression sont courants ; l'exploration médicale et les examens complémentaires sont souvent inutiles et fréquemment négatifs)
- Des situations de patients qui présentent des troubles somatiques, en particulier les pathologies prévalentes de toutes natures, à tous les âges de la vie

3. SITUATIONS LIEES A DES PROBLEMES AIGUS NON PROGRAMMES DANS LE CADRE DES URGENCES REELLES OU RESSENTIES :

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages ambulatoires de niveau 1 ou 2, et les stages hospitaliers de médecine polyvalente ou d'urgence. Les présentations des situations urgentes ne sont pas univoques. Il peut s'agir d'urgences « vraies » ou « ressenties », d'urgences où le risque vital est évident ou au contraire où ce risque n'est pas évident à première vue, nécessitant une analyse globale de la situation clinique. Il existe aussi des urgences psychiatriques et des urgences médicosociales pour lesquelles la démarche décisionnelle est par nature différente. L'internaire devra avoir été mis en situation de gérer :

- 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)
- Des situations de patients qui présentent des plaintes ou états urgents de nature chirurgicale
- Des situations de patients qui présentent des plaintes du domaine des urgences ressenties
- Des situations de patients présentant des crises aiguës de nature psychiatrique, psychique ou relationnelle (situations dans lesquelles la relation thérapeutique peut être perturbée par la symptomatologie psychique ; le médecin généraliste peut

intervenir sans l'accord du patient. La demande de soins peut venir de l'entourage ou de la société ; le médecin généraliste peut courir un danger personnel, et le patient peut courir un risque vital ; le médecin généraliste risque de s'impliquer hors de son rôle habituel de médecin)

- Des situations de patients présentant des problèmes médico-sociaux aigus nécessitant une réponse rapide

4. SITUATIONS AUTOUR DE PROBLEMES DE SANTE CONCERNANT LES SPECIFICITES DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT :

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages ambulatoires de niveau 1 ou 2, et les stages hospitaliers de pédiatrie ou d'urgence. L'interne devra avoir été mis en situation de gérer :

- Des situations concernant les nourrissons et les enfants dans les consultations systématiques de surveillance
- Des situations de parents inquiets des plaintes et symptômes de leur nourrisson
- Des situations concernant des adolescents sur le plan somatique et psychique, préventif, éducatif et relationnel

5. SITUATIONS AUTOUR DE LA SEXUALITE ET DE LA GENITALITE :

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages ambulatoires de niveau 1 ou 2, dans les stages femme-enfant ambulatoires, et les stages hospitaliers de gynécologie. L'interne devra avoir été mis en situation de gérer :

- Des situations de prescription, suivi, information et éducation pour toutes les formes de contraception en situation commune, à risque, et en situation d'urgence ; en abordant la sexualité en fonction du contexte
- Des situations autour d'un projet de grossesse, suivre une grossesse normale dans toutes ses dimensions, de repérer et orienter les grossesses à risque quel qu'en soit le terme
- Des situations concernant des femmes en péri ménopause puis en ménopause, analyser avec la patiente les risques et bénéfices des traitements ; d'aborder la sexualité dans ce contexte
- Des situations de demandes d'interruption volontaire de grossesse dans le cadre réglementaire

- Des situations de demande programmée ou non d'une femme présentant une plainte indifférenciée dont l'origine gynécologique est probable
- Des situations de dépistage des cancers mammaires et génitaux en fonction des niveaux de risque de la femme

6. SITUATIONS AUTOUR DE PROBLEMES LIES A L'HISTOIRE FAMILIALE ET A LA VIE DE COUPLE :

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires. Le médecin généraliste, médecin de plusieurs membres de la famille en situation de conflit peut se trouver dans une situation déontologique délicate. L'interne devra être mis en situation de gérer :

- Des situations où la dynamique familiale est perturbée
- Des situations de conflits intrafamiliaux aigus ou pérennes
- Des situations de violences et d'abus intrafamiliaux actuels ou anciens

7. SITUATIONS DE PROBLEMES DE SANTE ET/OU DE SOUFFRANCE LIES AU TRAVAIL :

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires. Ces situations entraînent très souvent des conflits ouverts ou larvés avec les employeurs. Dans l'intérêt du patient, la collaboration avec le médecin du travail, lorsqu'elle est possible, doit se faire en respectant le secret professionnel. L'interne devra être mis en situation de gérer :

- Des situations de patients présentant des troubles physiques et/ou psychiques liés directement ou indirectement au travail
- Des situations de patients présentant des problèmes de reconnaissance de pathologies liées au travail (accident de travail, harcèlement et maladie professionnelle)
- Des situations de patients posant des problèmes d'aptitude ou de reprise de travail ou d'aptitude à leur poste

8. SITUATIONS DONT LES ASPECTS LEGAUX, DEONTOLOGIQUES, JURIDIQUES ET/OU MEDICOLEGAUX SONT AU PREMIER PLAN :

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires. La demande initiale peut émaner du patient ou d'une institution. Il peut exister une obligation éventuelle de signalement. L'interne devra être mis en situation de gérer :

- Des situations dans lesquelles le secret médical peut être questionné
- Des situations de demande de certificats ou de documents médico-légaux ou assurantiels
- Des situations de désaccord profond ou de conflit entre les soignants
- Des situations où la sécurité du patient n'est pas respectée
- Des situations d'erreurs médicales, en connaissant les différents temps successifs d'une démarche permettant une culture positive de l'erreur

9. SITUATIONS AVEC DES PATIENTS DIFFICILES ET/OU EXIGEANTS :

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires. Devant des patients agressifs ou des patients qui mettent le médecin constamment en échec, le risque de rejet ou de banalisation des plaintes est fréquent et le risque d'erreur toujours possible. L'interne devra être mis en situation de gérer :

- Des situations de patients ou de familles affichant un mode relationnel agressif
- 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
- 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. SITUATIONS OU LES PROBLEMES SOCIAUX SONT AU PREMIER PLAN :

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires. Elles posent le problème de la limite du champ médical et du champ social. Dans le modèle biopsychosocial, ces situations sont au moins en partie dans le champ de la médecine. Elles nécessitent une collaboration avec des travailleurs sociaux. L'interne devra être mis en situation de gérer :

- Des situations dans lesquelles les problèmes sociaux entraînent des inégalités de santé
- Des situations de patients en précarité
- Des situations de rupture professionnelle et ou familiale avec risque de désocialisation

11. SITUATIONS AVEC DES PATIENTS D'UNE AUTRE CULTURE :

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires. Dans ces situations, le risque d'incompréhension est majeur (incompréhension liée à la langue mais aussi à des représentations auxquelles le médecin généraliste n'a pas accès facilement). Des problèmes psychosociaux peuvent aggraver ces situations. L'interne devra être mis en situation de gérer :

- Des situations de patients migrants en situation irrégulière ou précaire
- Des situations de patients migrants voyageurs (qui retournent régulièrement dans leur pays d'origine)
- Des situations de patients et familles d'une autre culture qui sont installés durablement en France

ANNEXE 4 : Grille de recueil du GEP

Nom de l'interne :

Nom du MGE :

Patient : Age : sexe : Profession :	Acte : V ou C Accompagné : oui / non
Motif de consultation	
Demande implicite ?	
ATCD Personnels et familiaux	
Données de l'entretien	
Données de l'examen clinique	
Hypothèse diagnostique	
Démarche diagnostique	
Décisions : ce que vous dites, ce que vous faites	
Bilan, Traitement, Avis	
Résultat de « consultation »	
Problèmes identifiés et questions soulevées par le patient ou le médecin	
Propositions pour gérer ce type de situation	

ANNEXE 5 : Questionnaire de recueil des données

1. Vous êtes : ☐ Un homme ☐ Une femme ☐ Votre âge :

2. Vous êtes interne en : (Une seule réponse possible)

☐ 1^{er} semestre ☐ 2^{ème} semestre ☐ 3^{ème} semestre ☐ 4^{ème} semestre ☐ 5^{ème} semestre ☐ 6^{ème} semestre

3. Avez-vous déjà effectué ou êtes-vous en train d'effectuer un stage : (Plusieurs réponses possibles)

☐ Chez le praticien ☐ En SASPAS ☐ Aucun des deux

4. Êtes-vous inscrit(e)s parallèlement à un DESC (diplôme d'études spécialisées complémentaires) ?

☐ OUI ☐ NON

5. A quel type d'exercice vous destinez-vous ? (Une seule réponse possible)

☐ Ambulatoire ☐ Hospitalier ☐ Mixte ☐ Ne sait pas

6. En moyenne, à combien de GEP avez-vous assistés par semestre ?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2

7. Le nombre de GEP organisé par le DMG vous paraît-il suffisant ?

1. Un seul GEP lors du stage en médecine générale de première année ?

☐ Suffisant ☐ Insuffisant

2. Deux GEP par semestre en 2^{ème} et 3^{ème} année de DES ?

☐ Suffisant ☐ Insuffisant

8. Pensez-vous qu'il faille remplacer tous les cours existants par des GEP à thème ?

☐ OUI ☐ NON

Justifiez :

9. Pensez-vous que le choix du 2^{ème} cas du mardi soit judicieux ?

☐ OUI ☐ NON

Justifiez :

10. Les GEP sont-ils une aide dans l'élaboration de votre portfolio ? (Partage d'expériences, motivation...)

☐ OUI ☐ NON

11. Auriez-vous aimé que l'enseignant-animateur de GEP soit toujours le même pour toutes les séances de GEP ?

☐ OUI ☐ NON

12. Sur une échelle de 1 à 10, comment noteriez-vous la qualité de votre enseignant-animateur de GEP sur son aptitude à animer le groupe ? (1 : très mauvaise qualité, 10 : très bonne qualité)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

13. Sur une échelle de 1 à 10, à quel point les commentaires de l'enseignant-animateur de GEP vous aident-ils à progresser dans l'analyse de votre pratique ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

14. Sur une échelle de 1 à 10, à quel point la participation au GEP vous permet-elle d'évoluer dans votre démarche médicale pour les domaines suivants ?

1. Réflexion sur votre pratique ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

2. Acquisition de compétences ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

3. Recherche documentaire ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

4. Communication/relation médecin-malade ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

15. L'exposition de vos cas pratiques lors des séances de GEP a-t-elle été facile pour vous ?

☐ Oui, dès le début de l'internat ☐ Oui, mais progressivement ☐ Non, jamais

Si non, car : (plusieurs réponses possibles) :

- ☐ Vous n'avez pas cerné le principe du GEP
- ☐ Vous craignez toujours de vous exposer devant le groupe
- ☐ Vous craignez d'être jugé par autrui
- ☐ Vous avez des difficultés à être objectif
- ☐ Vous manquez de motivation
- ☐ Autres :

16. Vous êtes-vous absenté(e) à un ou plusieurs GEP par manque de motivation ?

- ☐ OUI ☐ NON
- ☐ Autres raisons d'absentéisme :

17. Votre intérêt pour le GEP a-t-il augmenté au cours de l'internat ?

- ☐ OUI ☐ NON

Si oui, grâce à quels événements ? (Plusieurs réponses possibles) :

- ☐ Rencontres avec l'enseignant-animateur de GEP ?
- ☐ Stage praticien
- ☐ Stage en SASPAS
- ☐ Discussion avec des co-internes du Groupes d'Échange de Pratiques
- ☐ Stage hospitalier
- ☐ Autre(s) :

18. Les séances de GEP vous ont-elles donné envie de participer à un futur groupe de Pairs dans le cadre de votre activité de médecin généraliste ?

- ☐ OUI ☐ NON

19. Au final, pensez-vous que le GEP soit une méthode d'enseignement et d'évaluation qui doit être : plusieurs réponses possibles)

- ☐ Conservée comme telle
- ☐ Abandonnée
- ☐ Plus fréquente

☐ Améliorée et dans ce cas comment :

20. Savez-vous ce qu'est un groupe Balint ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, pensez qu'il faille rendre obligatoire un groupe Balint dans le cadre de votre formation en médecine générale ?

☐ OUI ☐ NON

21. Pourquoi n'avez-vous pas été volontaires pour participer au groupe Balint qui vous a été proposé à la rentrée universitaire (question destinée au TCEM3) : (plusieurs réponses possibles)

Car :

☐ Vous vous êtes inscrit(e) au groupe Balint avant son annulation faute de participants

☐ Vous étiez absent(e) ce jour là

☐ Vous n'étiez pas motivé(e)

☐ Vous appréhendiez de vous exposer devant un groupe de parole

☐ Vous n'avez pas été convaincu(e) par la présentation du groupe Balint à la rentrée universitaire

☐ Vous ne vous êtes pas senti concerné(e) car vous n'étiez pas certain d'obtenir un SASPAS cette année

☐ Vous craigniez de ne pas être objectif

☐ Vous craigniez le jugement des autres

☐ Vous pensiez que GEP et Balint c'était la même chose !

☐ Vous n'y voyiez pas d'intérêt pour votre future pratique de médecin généraliste !

☐ Autre(s) :

22. Auriez-vous participé au groupe Balint, si le mode de recrutement était différent (mails d'information, relance téléphonique de la part des enseignants, discussion avec les maîtres de stage lors du stage praticien ou SASPAS, présentation du groupe Balint dès le TCEM1) ? (Question destinée au TCEM3) :

☐ OUI ☐ NON

ANNEXE 6 : Exemple de grille de synthèse de la recherche documentaire

Nom de l'interne :

Date :

Problématique posée	
Synthèse de la recherche	
Sources bibliographiques utilisées	
Niveau de preuve des références bibliographiques mobilisées	
Les messages clés tirés de cette recherche à retenir pour la pratique	

RÉSUMÉ

ÉTAT DES LIEUX DE L'ENSEIGNEMENT PAR GROUPES D'ÉCHANGE DE PRATIQUES (GEP) CHEZ LES INTERNES EN MÉDECINE GÉNÉRALE DE LA FACULTÉ D'AMIENS : ÉTUDE QUANTITATIVE

Introduction : Les Groupes d'Échange de Pratiques (GEP) s'inscrivent dans une approche pédagogique originale par acquisition de compétences et reflètent au mieux l'exercice de la médecine générale. Les objectifs de cette étude étaient d'observer l'évolution de l'intérêt des étudiants pour le GEP au cours de l'internat et de recenser les difficultés rencontrées pendant les séances de cette méthode d'enseignement. Les raisons de l'échec de l'instauration du groupe Balint à la faculté d'Amiens étaient également étudiées.

Méthode : Étude quantitative, observationnelle et descriptive, menée de juin à septembre 2018, auprès de l'ensemble des internes amiénois inscrits en troisième cycle du DES (Diplôme d'Études Spécialisées) de médecine générale. Le taux de réponse était de 78,4%.

Résultats : 64% des participants ont vu leur intérêt pour le GEP croître au cours de l'internat mais pas de façon significative. Des facteurs influant cette augmentation étaient tout de même identifiés tels que le passage en stage ambulatoire, l'échange avec des co-internes et la rencontre avec l'enseignant-animateur de GEP. Le GEP leur a également permis d'évoluer dans plusieurs domaines : réflexion sur la pratique, acquisition de compétences et communication/relation médecin-malade. Néanmoins, ils ont regretté le manque d'encadrement du travail de recherche documentaire. Des pistes d'amélioration ont été suggérées afin d'optimiser cet enseignement et d'ouvrir la voie aux formations complémentaires comme le groupe Balint.

Conclusion : In fine, selon la majorité des internes, cette méthode d'enseignement doit être certes conservée mais améliorée et cela sans en augmenter la fréquence.

Mots clés : étude quantitative, internes, médecine générale, groupe, échange de pratique.

OVERVIEW OF TEACHING WITH PRACTICE EXCHANGE GROUPS (PEG) AMONG GENERAL PRACTICE INTERNS OF THE FACULTY OF MEDICINE IN AMIENS: QUANTITATIVE STUDY

Introduction: The Practice Exchange Groups (PEG) are part of an authentic pedagogical approach through the acquisition of skills and reflect as far as possible the practice of general medicine. The objectives were to observe how the interest of students in the PEG evolved during the internship, and to identify the difficulties they had to face during the PEG sessions. Also, the reasons why the establishment of the Balint group at the University of Amiens resulted in a failure were studied.

Methodology: Between June and September 2018, a quantitative, observational, and descriptive study was conducted among the interns registered in the 3rd cycle of Specialized Study Diploma (postgraduate) of general medicine.

Results: The response rate reached 78,4 %. 64 % of the study participants increased their interest in PEG during their internship, however, this result was not statistically significant. Nonetheless, factors that influenced this raise were identified, such as the ambulatory internship, exchanges with co-interns, and the encounter of the GEP teacher. GEP also allowed interns to evolve on several fronts: reflection on their practice, skills acquisition, and communication/relationship between doctors and patients. Nevertheless, interns deplored breaches in the way documentary research study groups were managed. Improvements are proposed in order to maximise this teaching approach and pave the way for complementary trainings, such as the Balint group.

Conclusion: In the end, this teaching approach should continue for most of the students, but has to be improved on some levels, all that without increasing the frequency of the classes.

Keywords: quantitative study, residents, general medicine, group, practice exchange.