Académie d'Orléans – Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2013 **N°**

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

PAILLOUX Aude
née le 23/11/1986 à Blois (41)

Présentée et soutenue publiquement le 10 Octobre 2013

Les Groupes d'Echange de Pratique en 3ème Cycle de Médecine Générale : Impact Ressenti par les Internes sur leur Attitude Professionnelle

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur LARDY Hubert
Membres du jury : Monsieur le Professeur BRUNERAU Laurent
Monsieur le Professeur MARRET Henri
Monsieur le Professeur POTIER Alain
Madame le Docteur RENOUX Cécile

25 février 2013

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN
Professeur Daniel ALISON

ASSESSEURS
Professeur Daniel ALISON, Moyens
Professeur Christian ANDRES, Recherche
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE
Madame Fanny BOBLETER

****

DOYENS HONORAIRES
Professeur Emile ARON (†) – *1962-1966*
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- *1966-1972*
Professeur André GOUAZÉ - *1972-1994*
Professeur Jean-Claude ROLLAND – *1994-2004*

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. ASTELLANI J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J.LANSAC – J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET- Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN – J. MOLINE - Cl. MORAINE - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD – JC. ROLLAND – Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D.SAUVAGE - M.J. THARANNE – J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BARTHELEMY Catherine	Pédopsychiatrie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU	Laurent Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement

MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LEMARIE Etienne	Pneumologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénéréologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénéréologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain	O.R.L.
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	Mme SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
	MM. SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	HUAS Dominique	Médecine Générale
	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mmes	ANGOULVANT Theodora	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire

	BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
MM.	BOISSINOT Eric	Physiologie
	DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
Mme	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	EHRMANN Stephan	Réanimation médicale
Mmes	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
	HOARAU Cyrille	Immunologie
	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
	MARUANI Annabel	Dermatologie
MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
M.	TERNANT David	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
MM.	GIRAUDEAU Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes	HUAS Caroline	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale
M.	ROBERT Jean	Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

M.	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT
Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

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

Remerciements

A ma directrice de thèse, Madame le Dr Cécile Renoux, pour son aide plus que précieuse, ses conseils, son soutien et le temps qu'elle a consacré à ce travail.

A Messieurs les Professeurs Brunereau, Lardy, Marret et Potier pour avoir accepté de faire parti de mon jury.

A mes parents, à l'origine de tout.

A mon frère pour son aide et sa maîtrise de l'outil informatique...

A tous les médecins généralistes du 37 et du 41 impliqués dans les GEP particulièrement au Dr Clotilde Loison, pour avoir envoyé ce premier mail en mai 2012 qui a mis la machine en marche.

A ma famille qui était prête à tout pour m'aider.

Aux internes/amis ayant accepté de consacrer du temps pour cette thèse.

A Mélie et Guitou.

A toi.

I Résumé

Contexte : En 2004, les groupes d'échange de pratique (GEP) ont été implantés au département de médecine générale de Tours. Existant dans de nombreuses facultés, leurs modalités sont très diverses. A Tours, le fonctionnement est similaire dans l'Indre et Loire (37) et dans le Loir et Cher (41) : des groupes de 6 internes maximum, encadrés par un médecin généraliste enseignant, débattent autour de cas cliniques rapportés par les internes. Ces GEP ont été inspirés des groupes d'analyse de pratique entre pairs des médecins généralistes qui entrent dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC), ayant démontré leur participation dans l'amélioration des pratiques. Aucune évaluation des GEP n'a été réalisée à Tours.
Objectifs : Explorer l'opinion des internes sur l'impact que pouvaient avoir les GEP sur leur attitude professionnelle.
Méthode : Enquête qualitative descriptive par entretiens semi-dirigés. Enregistrement des entretiens, retranscription intégrale et analyse thématique de contenu.
Résultats : L'impact ressenti était unanimement positif. Le GEP permettait aux internes de développer leur réflexivité, de remettre en question leur pratique en l'analysant après l'action, et d'accepter la critique grâce à l'échange au sein du groupe. Il contribuait au bien être psychologique en déculpabilisant et en rassurant l'interne. Il s'agissait d'une bonne introduction aux groupes de pairs®. Le rôle de l'animateur était indispensable et garant de la qualité du groupe.
Conclusion : Le GEP est un outil précieux du paradigme d'apprentissage. Les résultats sont concordants avec les autres données de la science mais une harmonisation de fonctionnement entre départements universitaires de médecine générale serait bénéfique.

Mots clefs : groupes d'échange de pratique, impact, internes

Abstract

Background: In 2004, so called ‘Group Practice Sharing’ (GPS) were created in the general practice Medicine department of Tours. Similar groups did exist in many medical schools but not with the same organization. In Tours, the latter is the same as others in Indre et Loire (37) and Loir et Cher (41) departments, i.e. groups of 6 interns, supervised by a general practitioner teacher who altogether review clinical cases and situations experienced by interns. These GPS were derived from the ‘peer review groups’ of general practitioners which are part of continuous professional development and which proved their effectiveness in the practices’ improvement. Until now, no evaluation of the GPS was performed in Tours.
Objective: To evaluate the interns' opinion on the potential impact of GPS on their professional attitude.
Method: Qualitative and descriptive study using semi-directed interviews that were recorded and fully transcribed before conducting a thematic analysis of their content.
Results: The personal feeling of interviewees was unanimously positive. The GPS developed the interns' reflexivity, made them able to challenge their own practice by feedback analysis, and accept critics from the group. It improved the psychological well-being of interns who stopped feeling guilty but reassured. It was considered as a good introduction to peer review groups. The teacher's role was instrumental and had a direct impact on the quality of the group.
Conclusion: The GPS is a precious tool of the learner-centered paradigm. The results are consistent with the literature data but more harmonization in the organization between the general practice medicine departments of medical schools would be beneficial.

Key words : Group practice sharing, impact, internship

II Table des matières

I Résumé....9
II Table des matières....11
III Introduction....12
IV Matériel et méthode....15
V Résultats....16
V.1 Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens....16
V.1.1 Les groupes d'échange de pratique....17
V.1.1.1 Avant le groupe d'échange de pratique....17
V.1.1.2 Pendant le GEP....18
V.1.2 L'impact du GEP....19
V.1.2.1 Sur la pratique professionnelle....19
V.1.2.2 Sur l'interne en tant que personne....20
V.1.2.3 Sur la relation avec les patients....20
V.1.2.4 Sur la relation avec les pairs....21
V.1.2.5 Sur la formation....21
V.1.3 Le ressenti général des internes....21
V.1.3.1 La nature du ressenti....21
V.1.3.2 L'évolution de l'opinion....22
V.2 Données annexes....23
V.2.1 Organisation pratique des GEP....23
V.2.2 Formation Médicale Continue (FMC)....23
VI Discussion....24
VI.1 A propos de la méthodologie choisie....24
VI.2 A propos des résultats....24
VII Conclusion....30
VIII Bibliographie....31
IX Annexes....33
Annexe 1 : Trame d'entretien....33
Annexe 2 : Glossaire....34
Annexe 3 : Fiche descriptive des groupes de pratique du Loir-et-Cher (41)....37
Annexe 4 : Fiche descriptive des groupes de pratique de l'Indre-et-Loire (37)....38

III Introduction

Depuis 2004, la participation à des **groupes d'échange de pratique** (GEP) est obligatoire dans le cadre de la préparation du DES de médecine générale à Tours.
Les GEP sont, en réalité, une forme de Groupes d'Analyse de Pratiques Professionnelles (GAPP), groupes d'inspiration psychanalytique dérivant des groupes Balint, groupes de parole créés en 1957 au Royaume-Uni par Michael Balint, psychanalyste. Ils sont utilisés dans de nombreux milieux professionnels, notamment des équipes soignantes (infirmières en particulier) et équipes éducatives ainsi que lors de formations de formateurs ou de travailleurs sociaux.
Il n'existe pas de définition officielle d'un GAPP, mais en reprenant la signification de chaque mot qui le compose, on comprend aisément le sens de ce terme :

- Analyse (provenant du grec *analusis* et signifiant « décomposition ») : étude faite en vue de discerner les différentes parties d'un tout ou d'expliquer les rapports qu'elles entretiennent les unes avec les autres.
- Pratique : mise en application de principes (d'un art ou d'une science), d'idées ou de techniques en vue d'un résultat concret
- Professionnelle : relatif à tout ce qui est lié à l'exercice du métier

Au total, «l'analyse de pratiques professionnelles » permettra d'analyser en « décortiquant » pour tenter de la comprendre, une situation vécue, une activité exercée, pratiquée sur le plan professionnel dans l'exercice de son métier. [1]

Les GEP ont été créés en 2004, date à laquelle le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Tours a choisi de basculer dans le **paradigme d'apprentissage** opposé au paradigme d'enseignement. L'enseignant est désormais centré sur l'apprenant en associant l'enseignement et l'évaluation, en lui fournissant une rétroaction et en illustrant que les enseignants sont aussi des apprenants. L'étudiant, quant à lui, apprend à partir de questions qu'il se pose devant des problèmes émergents et/ou persistants, de manière individuelle et interpersonnelle, en s'engageant activement dans un traitement de l'information en profondeur. [2] Les nouveaux outils de l'interne sont : le **récit de situation complexe authentique** (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.

Les GEP sont déclinés selon des modes de fonctionnement différents dans de nombreuses facultés. A Tours, selon les départements, plusieurs modalités de fonctionnement coexistent. Celui proposé dans l'Indre-et-Loire (37) et dans le Loir-et-Cher (41) est identique. Ils se composent de groupes de 6 internes maximum, de tout semestre et département confondus, encadrés par un médecin généraliste enseignant formé à l'animation. Une première session de deux heures est consacrée à la présentation d'une situation clinique récemment vécue et rédigée par l'interne. Il évoque alors les difficultés rencontrées, les questions soulevées, ses inquiétudes, les solutions mises en œuvre, etc... Un échange dans le groupe se crée autour de ce cas et des problèmes qu'il soulève. Grâce à la discussion engendrée au sein du groupe, une ou plusieurs problématiques sont mises en évidence et des questions de recherche sont définies. L'interne effectue une recherche pour la séance suivante. La deuxième session est dédiée à la présentation des résultats de la recherche réalisée. Celle-ci est, là encore, l'occasion pour le groupe de discuter et de critiquer 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. Les échanges sont nombreux et essentiels, la base de cette forme d'apprentissage reposant sur l'interaction. A l'issue de ces deux séances, l'interne réalise une synthèse de son cas, lui fournissant l'opportunité de rédiger un RSCA. Chaque interne ne présente pas de manière systématique sa situation mais bénéficie des échanges du groupes sur les autres situations évoquées.
Les objectifs de cette formation sont : échanger avec des pairs, réfléchir à sa pratique, se poser les bonnes questions, identifier les problèmes posés, avoir une réflexion centrée sur la médecine générale, réaliser une recherche pertinente, obtenir des réponses adaptées à la question, critiquer les résultats obtenus au regard de sa pratique quotidienne, identifier les moyens d'implanter les nouvelles données si besoin, initier les étudiants à une forme de développement professionnel continu (DPC).

Ces GEP destinés aux internes sont issus des **groupes d'analyse de pratiques entre pairs ou « Peer review »** désignant les groupes de pairs®, groupes d'échanges de pratique®, et groupes qualité®. Selon la haute autorité de santé (HAS), *« 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 ;*
- *se réunit à un rythme régulier, de l'ordre 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. »
Les groupes d'analyse de pratiques entre pairs adoptent des modalités de fonctionnement diversifiées. Cependant, tous ont pour finalité d'améliorer les pratiques médicales à partir d'une réflexion-discussion entre pairs et d'une analyse de ces pratiques en référence à des données de la science de type Evidence Based Medicine (EBM) [3]. L'EBM (ou la médecine fondée sur les preuves) se définit comme l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données (preuves) actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient. [4]
En effet, la Société Française de Médecine Générale (SFMG) définit les **groupes de pairs®** (GDP®) comme un outil de formation et de réflexion sur la pratique. *« Le GDP® est constitué de 5 à 12 médecins, de même exercice, sans aucune hiérarchie, géographiquement proches. Les confrères se réunissent régulièrement, dans un lieu de leur choix. Après avoir réfléchi à leur pratique quotidienne, ils la confrontent au regard des pairs, à celui de la science et aux ressources locales du système de soins.*
Le GDP® permet de se former et d'améliorer sa pratique dans une perspective de développement professionnel. Il contribue à restaurer l'identité professionnelle, dans un lieu de libre parole permettant à chacun de s'exprimer sans jugement. » Ils sont apparus en France en 1987 inspirés par le modèle néerlandais des « Peers Groups in General Practice ». Ils se distinguent des GDP® anglais ou néerlandais par le choix aléatoire des cas traités lors d'une séance et le temps consacré, si nécessaire, à l'amélioration du parcours et de la coordination des soins [5].

Ce fonctionnement et ces objectifs entrent tout à fait dans le cadre de la définition du DPC. En effet, la définition retenue par la Société Française de Documentation et Recherche en Médecine Générale (SFDRMG) au sein du regroupement nommé « VUC » (Vers Un Collègue, structure ayant précédé la création du collège de médecine générale) est la suivante : « le DPC repose sur l'analyse des pratiques dans une démarche réflexive » [6].
Il s'appuie également sur le fait que l'utilisation raisonnée de synthèses des données de la science pour analyser les pratiques réelles est possible et simple [7].

Les deux points forts de cet enseignement sont retrouvés ici : l'échange de pratique pour enrichir la sienne et l'utilisation pertinente des recherches bibliographiques. De ce fait, le changement de la Formation Médicale Continue (FMC) en DPC par la loi HPST [8] a redonné vie aux GDP® qui correspondent exactement à cette optique.
Le DPC a été instauré dans le but d'améliorer la qualité des prises en charge, la confrontation de la subjectivité de chaque praticien avec celle des autres tendant à réduire les risques de mauvais choix.[9] Il est devenu une obligation dans la vie professionnelle des médecins généralistes.

Or, s'il a été prouvé que le DPC avait un impact positif sur la pratique des médecins généralistes [7], aucune mesure de l'impact des GEP sur les internes n'a été réalisée par le DUMG de Tours.
C'est dans ce contexte que ce premier projet d'évaluation a été réalisé avec comme objectif d'explorer l'opinion des internes sur l'impact qu'avaient les GEP sur leur attitude professionnelle. Cette dernière désigne, ici, la pratique clinique ainsi que la relation avec les patients et avec les pairs.

IV Matériel et méthode

Une étude descriptive qualitative*[1] par entretiens individuels semi-dirigés* a été réalisée.

La population étudiée était celle des internes des 4 promotions successives de DES de médecine générale 2009, 2010, 2011 et 2012 ayant participé au minimum à trois GEP dans le 37 et/ou le 41.
Les internes ont été sélectionnés parmi ceux inscrits pour participer aux GEP sur le site Internet du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG)
Ils ont été contactés par mail et par téléphone en leur précisant les objectifs de l'étude et les modalités de l'entretien. La date et le lieu ont été fixés à leur convenance, à la suite d'un groupe d'échange de pratique, sur leur lieu de stage ou à domicile.

Les interviews ont été enregistrées* par dictaphone après accord oral des intéressés, intégralement retranscrites*, et anonymisées. Les données non verbales n'ont pas été recueillies. Les verbatim* n'ont pas été relus par les interviewés.
Le recueil des données a été réalisé jusqu'à saturation des données* au codage*. Les entretiens ont été conduits par un unique enquêteur, une interne en 5ème semestre de médecine générale dans le cadre de ce travail de thèse.
Une trame d'entretien* unique (annexe 1) a été rédigée par l'enquêteur dans l'objectif de répondre à la question de recherche. Elle a été testée lors d'un premier entretien puis ajustée à la suite de celui-ci. Elle se composait de questions ouvertes* et de relances. Les thèmes principaux étaient : les raisons de leur inscription et leurs attentes, le choix des situations présentées, leur perception du regard des autres lors de leur présentation, leur vécu des GEP, l'apport des GEP dans la pratique professionnelle, l'impact des groupes sur la relation avec les patients et avec les pairs et la formation médicale continue après le DES.

Une analyse thématique de contenu* a été réalisée à partir d'un codage ouvert des premiers entretiens par l'interne, validé par le directeur de thèse qualifié en recherche qualitative. Chaque texte a été systématiquement analysé afin d'identifier les différents thèmes et catégories* avant d'établir des correspondances entre celles-ci. Aucune triangulation* supplémentaire des données, ni de validation* ultérieure par les interviewés n'était prévue dans le cadre de ce travail exploratoire*.

[1] les termes de recherche qualitative suivis d'un astérisque sont explicités dans le glossaire

V Résultats

V.1 Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens

Seule une interne a répondu au mail collectif adressé aux internes inscrits aux GEP. Les autres ont tous acceptés l'interview soit après relance téléphonique soit après demande orale lors d'un GEP.
Au total, 11 entretiens ont été organisés.
Les entretiens ont été réalisés entre novembre 2012 et avril 2013. La durée variait entre 21 minutes et 35 minutes.
Les lieux étaient choisis à la convenance des internes : à domicile, à la suite d'un groupe d'échange de pratique (GEP) dans le cabinet médical de Soings en Sologne (GEP 41), dans une salle de consultation du centre hospitalier de Blois quand les internes s'y trouvaient en stage (CH Blois) dans une salle de la faculté de Médecine à Tours ou dans l'amphithéâtre Georges Sand de l'hôpital Clocheville à Tours.
La saturation des données* a été obtenue au 9ème entretien. En effet, aucun nouveau code* n'apparaissait lors de l'analyse du texte du 9ème entretien, chaque code entrant dans les différentes catégories* établies. La saturation a été confirmée avec le codage des deux suivants.
Le projet professionnel était le même pour tous les internes : exercer la médecine générale.
Une seule interne de premier semestre a été interviewée car peu d'internes de premier semestre n'avait eu l'opportunité de participer à 3 GEP.
Les caractéristiques de la population étudiée figurent dans le tableau 1.

	Sexe	**Age**	**Semestre**	**Promotion**	**Nombre de GEP déjà réalisés**		**Lieu de réalisation entretien**
					37	41	
I1	F	25	5	2010	4	2	Domicile
I2	H	29	Remplaçant	2009	0	5	Domicile
I3	F	26	5	2010	1	8	Domicile
I4	F	26	5	2010	2	4	Domicile
I5	F	26	5	2010	0	9	GEP 41
I6	H	28	3	2011	2	7	GEP 41
I7	H	33	5	2010	4	4	CH Blois
I8	F	27	5	2010	0	4	CH Blois
I9	F	26	5	2010	1	2	CH Blois
I10	F	27	5	2011	3	4	Fac médecine
I11	F	24	1	2012	0	3	Clocheville

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens

V.1.1 Les groupes d'échange de pratique

V.1.1.1 Avant le groupe d'échange de pratique

- Raisons de l'inscription et attentes

A l'unanimité, le premier objectif des internes à l'inscription aux groupes d'échange de pratique (GEP) était de *« valider des heures »* (I3, 4, 9, 11) Viennent ensuite les questionnements par rapport aux RSCA car pour eux « *c'était un peu flou* » (I2), ils attendaient donc « *des conseils par rapport aux RSCA* » (I1) et « *voir ce que les autres avaient compris ou ce que les autres avaient fait et essayer de mieux évaluer les attentes que le DUMG avait de nous vis à vis de toutes ces choses* » (I4).

Avant de participer à leur premier GEP, la majorité d'entre eux (8 sur 11) n'avait qu'une idée *« très vague de ce que c'était qu'un groupe de pratique »* (I4). Ils n'avaient donc pas d'attente particulière « *au départ, j'en attendais rien parce que je savais pas* » (I10). Certains en attendaient surtout un avis des autres internes et des animateurs, une aide, des conseils et des réponses à leurs questions quant à leurs prises en charges « *avoir un avis, savoir comment eux, ils auraient géré* » (I8). Une interne en attendait de se situer par rapports à ses pairs « *par rapport aux gens qui sont au même niveau, est ce qu'on a vraiment les même questions ? »* (I3)

Certains internes appréhendaient d'aller au premier groupe du fait de ne pas savoir comment cela allait se passer, de se retrouver avec des inconnus ou parce que « *j'avais eu des échos qui disaient que c'était pas... Qu'il y en avait qui étaient plus ou moins intéressants* » (I9).

- Choix des situations présentées

Pour l'ensemble des internes, la situation présentée au GEP était « *une situation qui a pu poser problème, qui a été compliquée à gérer sur le moment »* (I10) ou encore de situations pour lesquelles les internes avaient besoin d'éclaircissement car elles avaient entraîné un sentiment d'échec *« j'ai pas su prendre du recul, j'ai juste su que j'avais pas géré ma consultation comme je l'entendais»* (I4)

Pour la majorité, « *les problématiques médicales c'est pas forcément très intéressant en hospitalier* » (I3), les situations présentées devaient donc avoir un « *item médical ou de prise en charge médicale, ou médico-psycho-sociale qui soit utile pour la médecine générale »* (I7).

Les autres caractéristiques des situations choisies étaient *« fréquente »* (I2), *« récente »* (I1), *« très stressante et pas commune »* (I10) ou encore avec *« des champs biomédical, environnemental, psychosocial. »* (I4) La situation était parfois choisie avec le désir d'effectuer *« une recherche plus poussée »* sur un sujet biomédical ou encore au hasard pour progresser dans sa pratique *« sans progresser sur des échecs »* (I4). Trois internes cherchaient des situations utiles pour les autres, avec une question « *que les autres pouvaient se poser aussi* » (I9).

V.1.1.2 Pendant le GEP

- La place de l'animateur

Le rôle de l'animateur, perçu par les internes, était celui d'un guide et non d'un expert « *C'est vraiment un guide et pas un professeur. Quelqu'un qui te montre et pas qui te dit quoi faire.* » (I8) Un guide qui amenait à analyser les actes *« les médecins généralistes m'aident à prendre du recul sur ma situation et m'aident à mieux comprendre pourquoi j'avais été en échec sur cette situation là. »* (I4), qui participait à la discussion en apportant *« sa réponse qu'il pensait mais qu'il n'estimait pas être universelle et c'était un des points de vue »* (I9) et avec qui les internes pouvaient discuter *« d'égal à égal »* (I5).

Le fait d'être poussé à la réflexion par l'animateur était fondamental pour les internes qui considéraient que si cela n'était pas fait, le GEP n'avait pas d'intérêt *« pour moi ça m'a rien apporté. »* (I3) Ils désiraient également avoir un animateur capable de comprendre ce qu'ils vivaient *« Le médecin qui animait avait pas trop compris mon souci. »* (I9) Si ces conditions n'étaient pas remplies, ils montraient la capacité de pouvoir échanger sans l'animateur *« on a reparlé entre nous des différents RSCA. »* (I4)
Au total, les internes trouvaient que la qualité du GEP dépendait *« toujours des animateurs. »* (I7)

- La relation entre internes

A l'unanimité, le GEP *« c'est vraiment une discussion. »* (I3) De cette discussion naissait un échange et un partage « *l'animateur nous pose des questions mais après on échange aussi avec les autres, comment ils font, pourquoi ils font ça et pourquoi nous on fait pas ça »* (I3), *« ce que ça m'a apporté, et ce que ça m'apporte toujours c'est ça, voilà, raconter, extérioriser, discuter des prises en charge avec les gens et puis de dialoguer. »* (I10) La discussion se faisait, pour tous, *« librement, sans préjugé, sans jugement, tout simplement »* (I7) avec un sentiment *« d'empathie »* (I5, 6) ce qui permettait la création d'une relation intrinsèque au GEP *« il s'instaure une relation de confiance en deux heures. »* (I4)
Cet échange mettait en évidence des points communs entre les internes, faisant se dégager le sentiment d'appartenance à une communauté *« on vit les même choses donc ça a un côté agréable à partager dire qu'on est dans la même galère des fois. »* (I1) Cependant, malgré ces points communs, les internes notaient que leur évolution était différente *« On se pose pas forcément les même questions au même moment »* (I3) ce qui rendait appréciable l'apport du vécu des autres *« c'est intéressant parce que ça permet d'avoir les recherches des autres, d'avoir leurs résultats, d'entendre parler de choses sur lesquelles nous, on se serait pas forcément penchés »* (I8) et notamment celui des plus anciens *« au départ quand j'étais jeune interne, j'aimais bien apprendre des plus vieux »* (I5).

- La présentation du récit et l'expression orale

Lors de la présentation du récit, les participants étaient jugés comme *« très attentifs »* (I6) *« Ça avait l'air d'intéresser aussi les autres, même l'animateur »* (I9)
Pour certains internes, les premiers GEP étaient *« un cap à passer »* (I4) *« au départ j'avais peur »* (I5). La difficulté ressentie était l'expression de sentiments personnels *« on se met quand même, entre guillemets, à nu. »* (I9) Mais finalement, *« le fait qu'on soit un petit groupe et que chacun présente ou lit quelque chose, on est tous sur le même plan en fait »* (I1) et *« après j'hésitais pas à participer, à poser des questions »* (I6).
Deux internes restaient en difficulté par rapport à l'expression orale mais étaient conscients

qu'il s'agissait d'une *« histoire de personnalité »* (I7).

Le récit de la situation aidait *« bien à s'identifier »* (I10) *« la façon dont on les raconte, dont on les expose, dont on en parle, c'est pas comme si nous même on avait vécu la situation, mais pas loin »* (I2). Les internes ressentaient donc une participation active à leur enseignement *« le groupe de pratique on est vraiment au milieu, on est dedans donc c'est une façon de retenir, je pense qui est plus, qui reste plus dans la mémoire. »* (I11).

V.1.2 L'impact du GEP

V.1.2.1 Sur la pratique professionnelle

Au premier abord, les internes avaient l'impression que les GEP n'avaient pas d'impact sur leur pratique ou qu'ils manquaient de recul pour l'apprécier *« j'ai peut-être pas assez de recul pour l'instant mais j'ai pas l'impression que ça m'apporte quelque chose pour la pratique »* (I6).

Pour autant, ils étaient unanimes pour dire que le GEP avait un apport « *c'est quelque chose qui m'a énormément apporté. »* (I10) En développant cet apport, l'ensemble des internes interviewés considéraient avoir *« amélioré ses connaissances, ses compétences »* (I9) *« au point de vu apprentissage, j'ai appris quand même pas mal de choses »* (I2). Deux compétences acquises au cours des GEP revenaient principalement. La première était la gestion de situations compliquées *« au travers l'analyse qu'on peut faire de toutes ces situations qui sont compliquées comme ça, ça nous aide vraiment à progresser dans la gestion du quotidien et des situations qui sont compliquées. »* (I2) La seconde était la capacité à faire une recherche *« ça m'a aussi permis de faire des recherches, de savoir comment chercher, de cibler mes recherches et donc de pouvoir m'informer sur le plan technique pour répondre aux attentes des patients auxquelles je peux pas forcément répondre dans l'immédiat quand je suis en consult. »* (I4).

En pratique, tous avaient mis ces nouvelles acquisitions en application *« moi après aux urgences j'avais été confronté à quelqu'un qui venait pour céphalées en disant "Bonjour je veux mon scanner" et ça m'avait servi du coup, ça m'a aidé parce qu'on avait évoqué des arguments dans l'indication du scan. »* (I1) La majorité s'était sentie *« plus à l'aise »* dans ces situations grâce à leurs acquisitions des GEP (I1, 2, 4, 5, 9) *« j'avais pu appliquer, bah, les choses qu'on avait, que notre co-interne, qui était à ce groupe de pratique, avait, évoqué. Donc tout ce qui était, un petit peu, le bilan, l'interrogatoire, tout ça et je me sentais plus à l'aise que si j'avais eu cet enfant, avec ce problème-là, où, vraiment, j'avais peu de notion par rapport à ça »* (I9).
Si ces compétences avaient pu être utilisées dans des situations hospitalières, les internes jugeaient que ces acquisitions étaient surtout utiles et importantes pour la pratique de la médecine générale *« Même si c'est des cas rapportés de l'hôpital, comme c'est toujours axé après sur ce qu'on peut en tirer pour la médecine générale, forcément, on s'en ressert après. Surtout que moi, j'ai fait mon stage de niveau 1 juste après, donc j'ai pu voir que, en effet, dans la vraie vie du médecin généraliste, il y a des choses qu'on croise et, pour lesquelles, c'est bien de s'être posé la question avant et pas se retrouver forcément bloqué... »* (I8).

Les GEP permettaient aux internes de *« prendre du recul »* face aux situations pour remettre en question leur pratique (I4 et 10) et *« se forcer à se poser des questions sur ce qu'on fait. »*

(I1) *« c'est comme quand t'es devant un miroir et que tu vois que ton nez et dès lors que tu t'éloignes, tu vois enfin tout le visage et c'est un peu ça les groupes de pratique. »* (I7). Les échanges pendant le groupe amenaient à une réflexion après l'action en utilisant les remarques des autres pour améliorer la pratique *« d'être remis en cause par d'autres personnes, ça permet d'enrichir notre pratique. »* (I5). Par ces discussions, les internes apprenaient également à accepter la critique sur leur pratique *« J'ai vraiment appris grâce à ces groupes de pratique, déjà, à accepter la critique sur ma pratique,*
la critique de mes pairs du coup, mais aussi la critique de mes patients par extension. » (I4).

En définitive, l'impact des GEP sur la pratique était considéré comme global et inconscient *« ça a un impact sur ton quotidien et sur plus ou moins toutes tes consults sans forcément que t'y penses tout le temps »* puisque *« ça a modifié ton comportement »* (I4), l'application des acquisitions devenant *« automatique »* (I10).

V.1.2.2 Sur l'interne en tant que personne

Le GEP avait un impact sur le bien être psychologique de l'interne en le *« rassurant »* (I1, 5, 6 et 11) et en le *« déstressant »* (I3). Il lui permettait de *« se sentir moins seul »* (I1, 8) et de *« se déculpabiliser »* (I3) *« ça dédramatise de pas toujours avoir la réponse (...) ça rassure un peu aussi, de se dire qu'on est pas les seuls à pas avoir la science infuse. »* (I8) Les internes se sentaient également rassurés d'avoir de nouvelles connaissances auxquelles *« se raccrocher pour se poser et pas paniquer »* (I11) et se sentir *« moins perdu »* (I8).
Ainsi, les GEP concourraient à *« savoir être en accord avec soi »* pour *« savoir être bien »* (I10) et à augmenter la confiance en soi *« Ça me met plus en confiance parce qu'en fait, parce qu'avant, quand je faisais une erreur ou quand j'avais un doute, même si c'était quelque chose de minime, ça pouvait me travailler pendant très longtemps. Le soir je ruminais, je ruminais, je ruminais. Et maintenant c'est un peu moins. »* (I6).

Les internes ressentaient le besoin d'échanger avec des *« des gens qui peuvent comprendre »* (I10) car pour eux « *dans le monde hors médecin (...) ils comprennent pas ce qu'on vit »* (I5). Ce désir d'échange était perceptible car le GEP était défini comme *« un espace un peu libre où on puisse dire "je galère, j'en peux plus" »* (I11) et comme un *« exutoire »* (I2) permettant de se *« décharger de cette émotion-là »* et d' *« extérioriser »* (I10) afin d'éviter le *« burn-out »* (I2 et 10).

V.1.2.3 Sur la relation avec les patients

Comme pour la pratique, au premier abord, certains internes ne percevaient pas l'impact des GEP sur leur relation avec les patients *« Je sais pas si ça a vraiment changé la relation avec les patients, de mon point de vue. »* (I2) Cependant, en prenant le temps de la réflexion *« Par contre, je pense que, au fur et à mesure, en développant des outils de communication, ça m'a quand même permis pas mal que mes consultations soient un peu plus euh, comment dire, un peu moins conflictuelles. »* (I2).

En abordant la question des patients, l'importance des *« problèmes relationnels »* ressortait puisque tous les internes l'avaient évoqué (I9) *« C'est souvent des questions relationnelles, les questions assez... C'est ça les gros soucis des co-internes. »* (I7). Néanmoins, ils considéraient tous que les GEP leur apportaient des solutions : *« j'ai l'impression que les gens repartent de*

la consultation, je vais pas dire plus satisfaits, mais un peu plus serein que si j'avais pas mis toutes ces choses là en œuvre » (I2). Les techniques de communication étaient, entre autre, fréquemment abordées *« c'est là que j'ai commencé à entendre parler des techniques de communication : reformulation, entretien motivationnel... »* (I2).

V.1.2.4 Sur la relation avec les pairs

Les GEP facilitaient l'échange avec les pairs *« Je parle peut-être plus facilement maintenant avec mes co-internes, mes collègues, de situations qui m'ont posées problème »* (I10). Pour une interne, cela n'était valable qu'avec ses co-internes et *« moins avec les autres médecins »* (I1) et pour une autre qu'en médecine générale *« en hospitalier, je trouve que ça a pas trop d'impact parce qu'il y pas trop de discussion autour de ça, je trouve, enfin, ils sont pas forcément initiés à ça »* (I3).

Un interne était devenu *« moins critique »* vis à vis des autres internes suite aux GEP *« on essaie peut-être plus de se mettre à leur place qu'auparavant. »* (I2), pour une autre, le GEP servait à montrer à ses maîtres de stage qu'elle se posait *« des questions sur les consultations. »* (I1).

V.1.2.5 Sur la formation

Le principal impact vis-à-vis de la formation était le rôle joué par les GEP sur les RSCA, les GEP permettant aux internes de comprendre l'intérêt de ces derniers *« il y avait tout le côté apprentissage que j'avais pas envisagé jusque là. »* (I2). Ils considéraient les GEP comme une *« aide à rédiger les RSCA »*, *« une aide pour d'abord cerner les questions, orienter les recherches »* et *« pouvoir aborder facilement la recherche bibliographique »* (I8, 9) *« j'ai eu l'impression que le groupe me faisait cheminer dans la réflexion et m'a fait me poser la question, la question que j'arrivais pas à formuler moi-même. »* (I11). Ils évoquaient également la possibilité de *« faire des traces d'apprentissage, de prendre des notes. »* (I9).

Le GEP a donné envie à un interne d'approfondir sa formation en communication *« C'est ça d'ailleurs qui m'avait permis d'aller en séminaire* (entretien motivationnel) *après. »* (I2). Deux autres estimaient que le GEP *« ça se rapproche du groupe balint » (*I6).

Une interne ayant changé de cursus en cours de DES trouvait que *« dans la formation de médecine générale, c'est un gros plus qu'on a »* et que c'est un apprentissage qui manque aux internes des autres spécialités car *« ça pourrait leur apporter beaucoup »* (I10). Un autre estimait, finalement, que le GEP constituait *« le seul apprentissage qu'on ait eu au cours de notre cursus de médecine qui se rapproche vraiment le plus de la médecine générale »* (I2).

V.1.3 Le ressenti général des internes

V.1.3.1 La nature du ressenti

Pour l'ensemble des internes, les GEP se passaient *« très bien »* (I2, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11). Ils les trouvaient *« intéressants »* (I3, 8, 9, 11), se déroulant dans une *« ambiance détendue et*

sympathique. » (I2) Même sans présenter de récit, ils les jugeaient *« quand même intéressant, il y a quand même une réflexion, et c'est vraiment une discussion »* (I3).

Ils avaient le sentiment que le GEP leur permettait *« d'évoluer »* (I3, 4) et, pour eux, il leur était bénéfique tout au long du DES *« je trouve ça intéressant qu'on ait, qu'on puisse en faire comme on veut depuis le premier semestre jusqu'à la thèse. »* (I5). Ils pouvaient leur permettre d'être *« rassuré »* sur une prise en charge particulière (I5, 9) *« j'avais vraiment l'impression d'avoir fait une grosse connerie (...) ça m'avait soulagé par rapport à cette histoire. »* (I5).

Ils ressentaient également l'obligation de s'inscrire comme nécessaire pour les pousser dans leur réflexion *« c'est le fait que ce soit obligatoire aussi qui te force à mieux le faire. »* (I1). Une interne continuait même de s'inscrire alors que son *« quota »* était atteint *« je me sens bien donc voilà c'est pour ça que je recommence ce semestre »* (I5).

Deux internes reprochaient *« une certaine redondance dans les thèmes »* (I1), deux autres trouvaient certains thèmes abordés *« pas très intéressants »* (I9) ou bien encore *« déjà acquis. »* (I1).

Le côté formel semblait *« contraignant »* à l'une d'entre eux. (I1).

Enfin pour deux, un GEP ne s'est *« pas très bien »* passé (I4,9). Elles expliquaient cela par, comme cela a été dit plus haut, l'incompréhension de l'animateur quant à leurs attentes.

V.1.3.2 L'évolution de l'opinion

Les avis sur les GEP changeaient après les premières participations *« j'avais beaucoup d'a priori qui ce sont effacés complètement »* (I6), *« au début je pensais que (...) ça m'apporterait pas grand chose. Et en fait, si. »* (I9).
Avec le temps, les internes acquéraient *« de l'expérience »* (I1, 2) et modifiaient leur réflexion : *« je me pose pas les même questions ou j'essaie d'y répondre différemment. »* (I1). Leurs questions, très *« techniques »* au départ, devenaient plutôt des interrogations sur *« comment vivre des prises en charge psychologiques* » (I4) ou encore étaient *« plus orientées médecine générale. »* (I8). Cette dernière évolution était attribuée à l'impact du stage ambulatoire *« après le niveau 1, on recherche plutôt des choses qui vont nous servir dans la vie de tous les jours »* (I5), *« je pense que ce sont les stages ambulatoires qui ont été l'élément déclenchant. »* (I4). Un interne n'ayant pas fait de stage ambulatoire ressentait *« quelques carences »* (I6) par rapport à cela, tandis qu'une autre ne s'est pas senti gênée car, pour elle, *« on peut être confronté à des situations de médecine générale même à l'hôpital »* (I10).
Avant de faire leur stage en cabinet ou pour ceux d'entre eux qui n'avaient pas encore eu cette expérience, le GEP était le moyen d'apprendre à réfléchir *« en mode "ambulatoire" »* (I5) en se disant *« "qu'est-ce que je ferai quand je serai au cabinet ?" »* (I11).

Ainsi, le temps permettait à trois internes en fin de DES d'avoir le recul suffisant pour prendre conscience de l'intérêt du GEP *« plus j'ai avancé dans mon cursus plus j'ai eu le sentiment qu'ils étaient bénéfiques et qu'ils m'apportaient vraiment quelque chose, au delà de l'obligation de formation »* (I3).

V.2 Données annexes

V.2.1 Organisation pratique des GEP

En pratique, pour ce qui concerne l'organisation des GEP, les internes étaient globalement satisfaits. Que ce soit au niveau de la durée *« deux heures, je trouve que c'est un temps correct. On arrive à rester concentré le temps qu'il faut et puis ça laisse le temps à tout le monde de parler sans être trop contraignant »* (I8) comme au niveau du nombre d'internes présents *« Le nombre d'interne est bien, le nombre de pédagogues également. Un bon nombre. »* (I10) Le petit groupe était même ressenti comme un avantage *« le fait que ce soit en petit comité ça aide aussi »* (I8).

Le fonctionnement en deux séances ne les gênaient pas *« Au contraire, comme c'est assez interactif, ça nous permet de réagir même si on était pas là la fois d'avant. »* (I2) A l'exception d'une interne qui trouvait cela *« un peu frustrant* » de ne pas toujours avoir *« les réponses des questions qui ont été soulevées la première fois »* (I8).

V.2.2 Formation Médicale Continue (FMC)

La plupart des interviewés avait commencé à réfléchir à leur future FMC car ils étaient conscients de son importance *« ça parait évident de toute façon de poursuivre une formation de façon régulière. »* (I1) Ils exprimaient leur désir de poursuivre l'échange de pratique, de *« se rencontrer entre médecins généralistes et de parler de situations difficiles et du coup d'en tirer un bénéfice pour après et d'avancer et de prendre du recul »* (I4) Ainsi, ils mettaient les groupes de pairs® en parallèle des GEP *« pour moi c'est un peu dans la continuité du groupe de pratique »* (I3) et leur volonté d'y participer *« j'aimerais bien en faire plus tard dans le même état d'esprit, même objectif qu'on fait pendant l'internat. Donc, avoir ce même espace de liberté d'expression, de péter un câble s'il y a besoin, de dire que ça va pas, qu'on en a marre, qu'on a envie de tuer un patient, enfin voilà, d'avoir une soupape de sécurité »* (I11).

VI Discussion

L'objectif de cette étude était de recueillir l'opinion des internes de Médecine Générale vis-à-vis des GEP mis en place dans les départements d'Indre-et-Loire ainsi que du Loir-et-Cher et d'évaluer l'impact des GEP sur leur attitude professionnelle.

VI.1 A propos de la méthodologie choisie

La validité* interne de cette étude comportait des faiblesses. La principale résidait dans l'absence d'échantillon diversifié puisque tous les internes avaient le même projet professionnel et que 8 internes sur les 11 interviewés étaient en 5ème semestre. Cela s'explique en partie par le mode de recrutement qui a été difficile puisqu'une seule interne a répondu au mail collectif envoyé à l'ensemble des internes sélectionnés. Les internes ont donc été recontactés par téléphone ou de façon orale lors d'un GEP par la thésarde, elle-même interne de 5ème semestre. Le fait de n'avoir interviewé qu'une majorité d'internes en 5ème semestre s'expliquait également par le fait que peu d'internes de 1er et de 3ème semestres n'avaient participé à au moins 3 GEP à ce stade de leur cursus. Ce point faible est à pondérer puisque l'étude a mis en évidence que les étudiants les plus avancés dans le DES avaient pris conscience de l'intérêt des GEP avec le temps.

Toutes les étapes de l'étude, depuis les entretiens jusqu'à l'interprétation des résultats, ont été réalisées par l'auteur. Celle-ci, n'ayant pas eu de formation sur la technique des entretiens, et bien qu'elle se soit astreint à adopter une attitude la plus neutre possible, a pu influencer les internes par ses questions ou a pu gêner leur expression ou leur réflexion en enchaînant trop rapidement les questions ou en leur coupant parfois la parole, pouvant créer, ainsi, un biais d'intervention. Lors des entretiens, les questions faisaient appel aux souvenirs des internes de leurs précédents GEP pouvant entraîner un biais de mémorisation.
Par ailleurs, le fait que ce travail n'ait été mené que par une seule personne n'a vraisemblablement pas de conséquence sur la partie descriptive de l'étude mais il existait un risque que ses hypothèses préalables et ses représentations aient eu une influence sur l'analyse des résultats, pouvant donner lieu à un biais d'analyse. Ayant effectué à la fois l'analyse et l'interprétation des résultats, le risque d'un biais d'interprétation n'a pu être complètement écarté. De plus, les verbatim n'ont pas été relus par les interviewés et il n'y a pas eu de triangulation* des données. En revanche, le codage a été supervisé par la directrice de thèse, qualifiée en recherche qualitative et la saturation des données atteinte au 9ème entretien, rassurait quant à la validité des résultats obtenus.

VI.2 A propos des résultats

De nombreuses facultés proposent des GEP ou équivalent : il s'agit de petits groupes d'environ 10 internes pour un enseignant se réunissant pendant 2 heures en moyenne et débattant autour de cas cliniques apportés par les internes. Cependant, si la base est identique, le fonctionnement est différent en fonction de la faculté. Le nom pris par ces groupes ainsi que leurs modalités sont aussi nombreux qu'il existe de facultés. Une liste non exhaustive de ces différents groupes est présentée dans le tableau 2.

Une revue de la littérature a été effectuée par l'auteur. Cinq travaux se rapprochaient de cette étude et ont été retenus pour une comparaison des résultats :
- la thèse de L. Philippe étudiant les Groupes d'Echange de Pratique Tuteurés (GEPT) de la faculté de Montpellier [1] ;
- la thèse de C. A. Favier Arnaudier étudiant les GEP de la faculté de Saint-Etienne [10] ;
- l'article de C. Morin étudiant les GEP de la faculté de Paris-Descartes [11] ;
- l'article de A. Jamy étudiant les Entretiens Collectifs Monitorés (ECM) de la faculté de Versailles [12] ;
- la thèse de C. Augier étudiant les Groupes d'Entraînement à l'Analyse de Situations Professionnelles (GEASP) de la faculté de Nice [13].

Faculté	Type de GEP
Brest	Groupes de Pairs
Caen	GAP : Groupes d'Apprentissage de Pratique
Clermont-Ferrand	GEASP : Groupes d'Entraînement à l'Analyse de Situations Professionnelles
Dijon	GEP
Grenoble	GAC : Groupes d'Acquisition de Connaissances
Lille	UPL : Unité d'Echange de Pratique
Limoges	Groupes de Pairs
Lyon	Groupes d'Echange
Montpellier	GEPT : Groupes d'Echange de Pratique Tuteurés
Nantes	RSCA tuteurés
Nice	GEASP : Groupes d'Entraînement à l'Analyse de Situations Professionnelles
Paris-Descartes	GEP
Rouen	GEP
Saint-Étienne	GEP
Toulouse	AEP : Ateliers d'Echange de Pratique
Versailles	ECM : Entretiens Collectifs Monitorés

Tableau 2 : Exemples de GEP

Cette étude a mis en évidence le ressenti positif des internes de médecine générale concernant les GEP des deux départements concernés. Pour eux, l'ambiance détendue et conviviale associée à la liberté d'expression, et l'empathie des participants participait à la création d'une relation intrinsèque au GEP.
Cette satisfaction globale et cette convivialité ont été retrouvées dans l'évaluation des GEPT de Montpellier [1], ainsi que dans celle des GEP de Saint-Étienne [10], de Paris-Descartes [11] et des ECM de Versailles [12], ces derniers jugeant même ces caractéristiques comme des critères indispensables au bon fonctionnement et à la qualité de ces groupes.
Seuls les GEASP de Nice [13] ne satisfaisaient pas les internes qui leur reprochaient, justement, un certain manque de convivialité et un cadre trop rigide.

Néanmoins, pour les internes, la valeur ajoutée apportée par le GEP demeurait étroitement liée à l'animateur. Ils étaient très demandeurs d'être poussés à la réflexion avec un animateur-pair, guide et non expert. Selon Therer et Willemart, il existe 4 styles d'enseignement [14], illustrés dans la figure 1 ci-dessous :
- le style transmissif, centré davantage sur la matière ;
- le style incitatif, centré à la fois sur la matière et sur les apprenants ;
- le style actif, centré davantage sur les apprenants ;

- le style permissif, très peu centré, tant sur les apprenants que sur la matière.

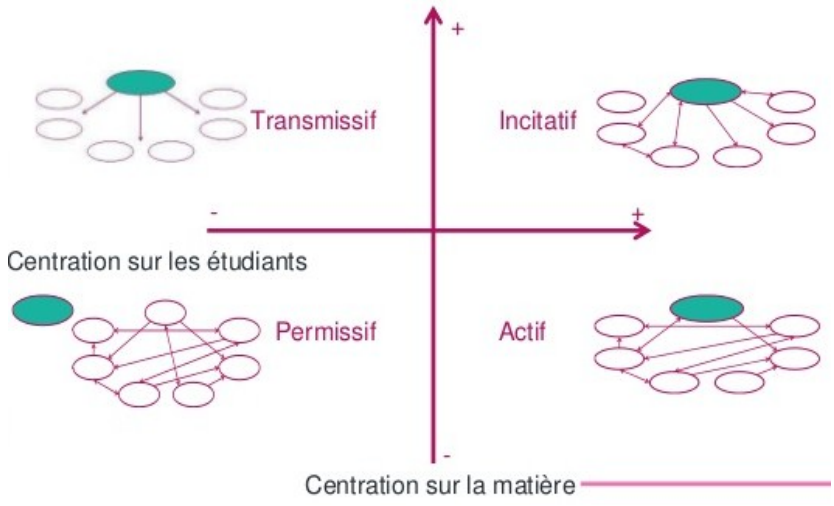

Figure 1. Les différents styles d'enseignement

De ce fait, le style actif où l'animateur facilite le débat entre les étudiants en posant des questions ouvertes, correspond le mieux au paradigme d'apprentissage et représente le type d'enseignement demandé par les étudiants. En d'autres termes, l'interne pourrait fort bien reprendre les paroles de Confucius et dire : *« Je ne cherche pas à connaître les réponses, je cherche à comprendre les questions. »*

La notion de groupes de qualité pédagogique inégale selon l'animateur s'exprimait également à Versailles, ils supposaient que la qualité et la personnalité de l'animateur pouvaient expliquer ces différences [12], une interne de Nice signalait également son inquiétude quant à l'inégalité des chances de formation [13].
Cette posture adoptée par l'animateur était retrouvée dans les GEP de Saint-Étienne [10], les ECM [12] et les GEASP [13]. Si celle-ci satisfaisait les internes de Saint-Etienne, cela n'était pas le cas pour les internes des deux autres groupes. En effet, les internes de Nice étaient demandeurs de réponses et non de pistes de réflexion [13], tout comme les jeunes internes de Versailles. En effet, leur étude rapportait un important clivage entre les internes de 1ère et ceux de 3ème année de DES. Les plus jeunes attendaient de l'animateur une attitude d'enseignant, tandis que les plus anciens attendaient un guide [12]. Le travail de Nice datant de 2007, le paradigme d'apprentissage venait d'être mis en place. On peut donc supposer que les étudiants n'étaient pas encore habitués à cette forme d'enseignement tout comme les internes de 1ère année sortant tout juste de l'externat et de l'examen classant national (ECN). Ces résultats démontrent bien à quel point cet outil à sa place dans ce nouveau paradigme. Cependant, si cette forme d'enseignement était présente au cours de l'externat, l'adhésion aux GEP pourrait être facilitée et le bénéfice obtenu pourrait être plus important et plus rapide.
A Montpellier et à Paris-Descartes, le rôle de l'animateur est détenu par un interne. Pour les GEPT, les internes trouvaient que ce rôle augmentait la concentration et la participation pendant la séance mais ne le jugeaient pas indispensable [10]. Pour les GEP de Paris-Descartes, l'objectif pédagogique était de préparer à l'animation de groupes [11].

L'évolution d'opinion des internes des GEP de Versailles ne concernait pas seulement l'animateur, elle se manifestait également vis-à-vis du GEP de manière générale, résultat

retrouvé dans cette étude : les internes prenaient conscience de l'intérêt des GEP avec le temps et le recul. Dans ce travail, il a également été démontré qu'avec l'expérience, les interrogations des internes évoluaient pour devenir plus « psycho-sociales ». Laure Philippe, dans son évaluation des GEPT avait émis cette hypothèse de la corrélation entre le stade de l'internat et les questions posées mais l'analyse était impossible pour elle car ses questionnaires étaient anonymes [1]. Le fait que le questionnement des jeunes médecins est majoritairement tourné vers des problèmes psychologiques et sociaux a été mis en évidence lors de l'étude de l'équivalent belge des GEP : la casuistique, *« examen d'un cas particulier à la lumière des principes de la discipline dont il relève »* [15]. Ce résultat a également été retrouvé à Montpellier, les questions des internes étant majoritairement tournées vers le « savoir-être » plutôt que le « savoir-faire » ou le « savoir » [16].
Il n'est donc pas étonnant de mettre en évidence l'importance des problèmes relationnels chez les internes de ce travail.
Ces derniers trouvaient que les GEP leur apportaient des solutions notamment grâce aux techniques de communication. A l'Université Catholique de Louvain (UCL), l'un des objectifs de la casuistique, pratiquée sous la forme de séminaires de pratique accompagnée est d' *« initier les jeunes médecins à l'utilisation de technologies nouvelles, et particulièrement en ce qui concerne l'informatique et les techniques de communication, en vue d'une pratique moderne de la médecine de première ligne »* [17]. A Saint-Étienne, les internes appréciaient également de pouvoir aborder le côté relationnel [10]. A l'inverse, au cours des GEASP de Nice, reprochés trop stricts et manquant de convivialité, les internes exposaient plutôt des problèmes scientifiques sans implication émotionnelle et n'abordaient donc pas le domaine de la communication [13].

Pour les internes interviewés dans la présente étude, avec l'expérience, non seulement les questions devenaient moins techniques mais elles étaient plus orientées vers la médecine générale. Cette évolution était attribuée au passage en stage ambulatoire, celui-ci leur permettant de cibler les problèmes auxquels il seront confrontés au cours de leur pratique. De plus, les GEP étaient vécus comme un véritable enseignement de médecine générale. De ce fait, les étudiants en stage hospitalier mettaient à profit ces groupes en optant pour une vision « ambulatoire » même à l'hôpital. Cette notion ressortait également à Nice puisque les internes étaient plus satisfaits des GEASP lors de leurs stages ambulatoires. Dans son étude, Carole Augier supposait que cette différence de satisfaction était due au décalage majeur entre la pratique hospitalière et la médecine de ville [13]. A Saint-Étienne, les étudiants ne bénéficiaient de GEP que lors de leur stage ambulatoire. Or, ils trouvaient que les GEP arrivaient trop tard dans leur cursus et qu'ils étaient en nombre insuffisant [10]. A Montpellier, les internes trouvaient que les GEPT étaient une bonne approche de la médecine générale et certains objectaient qu'il valait mieux être passé en stage de niveau 1 en médecine générale pour profiter de cet enseignement. Malgré cela, la majorité était pour la conservation du mélange des semestres, chacun apportant sa propre expérience avec son recul et son questionnement différent selon son semestre [1], résultat similaire dans cette étude, les GEP étant considérés bénéfiques tout au long du DES. Forts de ce constat, les enseignants de Montpellier ont utilisé les GEPT, enseignement centré sur la médecine générale et véritable *« vivier des besoins d'apprentissage des internes »* afin de collecter les problèmes rencontrés pour créer un outil afin d'adapter leurs enseignements théoriques [16]. Le projet pilote de cette démarche avait été entreprise en 2005 par l'UCL [17].
Il est à noter que si le GEP est considéré comme un enseignement de médecine générale, il serait, selon les internes de Versailles, adapté à la formation d'autres spécialités [12] voire même, selon une interne de cette étude, manquant dans leur formation.
Tous ces résultats concordent : le GEP apporte aux internes. Les internes interrogés pour ce

travail était unanimes sur ce point. En revanche, de prime abord, ils n'étaient pas capables d'identifier cet impact. Pourtant, au cours de l'entretien et en prenant, donc, le temps de la réflexion, tous avaient des exemples de situations au cours desquelles ils avaient repensé à des problématiques évoquées lors de GEP. Ils en arrivaient à la conclusion que leurs acquisitions étaient devenues des automatismes. Au total, l'absence d'apport au premier abord pourrait s'expliquer par le fait que l'impact du GEP est inconscient sur le quotidien.
Un impact clairement établi est celui du développement de la réflexivité en particulier par la remise en question. A Nice, il s'agissait de la remise en questions de connaissances pures [1], tout comme à Montpellier, à laquelle s'ajoutait la remise en question des habitudes de pratique et de celles des formateurs [13]. Les internes de Saint-Étienne trouvaient que les GEP étaient une bonne méthode pour se remettre en cause et se poser des questions [10]. Dans ce travail, le développement de la réflexivité apparaissait par la prise de recul pour analyser sa pratique ainsi que par la réflexion après l'action grâce à la discussion. La notion d'échange était très importante, elle permettait aux internes de s'exposer aux autres, d'exposer sa propre pratique et d'accepter la critique. Ces résultats se retrouvaient dans l'évaluation de Montpellier où l'échange était considéré comme l'atout majeur des GEPT [1]; dans celle de Saint-Étienne où les internes évoquaient spontanément le partage des expériences visant l'amélioration des pratiques [10]; dans celle de Nice où les GEASP permettaient de se confronter à ses pairs et d'apprendre à argumenter ses décisions [13]; et enfin dans celle de Paris Descartes où les internes développaient leur aisance orale et renforçaient leur esprit critique au cours des GEP [11]. Là encore, ces résultats prouvent que le GEP est un véritable outil du paradigme d'apprentissage, légitimant sa place au sein des Départements Universitaires de Médecine Générale (DUMG).

Un autre résultat a été celui de l'impact sur le bien être psychologique de l'interne. En effet, le GEP, de part l'échange qu'il engendrait, les rassurait, leur permettait de se sentir plus à l'aise dans leur pratique et augmentait leur confiance en soi en les déculpabilisant. Cette évacuation du stress par la parole servait aux internes de véritable soutien psychologique. Il se dégageait une véritable cohésion entre internes leur permettant, là encore de se rassurer, et de se sentir moins seul. Cette notion de réassurance a également été constatée par les internes de Paris Descartes, les échanges des GEP leur permettant de diminuer l'appréhension qu'ils pouvaient avoir face à certaines situations cliniques [11]. A Saint-Étienne également, grâce aux GEP, les internes se rendaient compte qu'ils n'étaient pas si différents les uns des autres.
Dans cette dernière faculté, la dernière session du semestre était consacrée à l'erreur médicale. Le fonctionnement du GEP restait le même mais les étudiants étaient invités à choisir un cas rapportant une erreur qu'ils avaient vécu. Ce groupe leur permettait de verbaliser, de dédramatiser l'erreur et de se déculpabiliser. Il ressortait de cette étude l'importance de sensibiliser les étudiants en médecine à l'erreur bien plus tôt au cours de leur cursus avant que celle-ci ne devienne inacceptable pour eux [10]. A l'UCL, cette notion est l'un des objectifs des séminaires de pratique accompagnée : *« instaurer une écologie dans une pratique débutante de médecine générale, en particulier - apprendre à gérer l'incertitude et l'angoisse du jeune médecin - par une gestion adéquate de sa pratique, apprendre à avoir du bien-être dans sa pratique. »* [17]

Les GEP contribuant à faciliter la pratique professionnelle, les internes désiraient poursuivre cet échange au cours de leur future pratique et c'est naturellement que s'est fait le parallèle avec les GDP® déjà évoqués plus haut. Ce rapprochement a également été établi à Versailles [12] et à Saint-Étienne puisque les GEP étaient considérés utiles pour former à la méthode des GDP® et donner envie aux internes d'en intégrer un ultérieurement [10]. A Paris Descartes, les GEP créaient l’envie de poursuivre cette pratique durant l'exercice professionnel, les

internes ayant pris conscience grâce à eux de l'intérêt de *« mettre en commun les difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients dans un contexte convivial et non normatif »*[11].
En effet, le GEP s'inscrit dans la même démarche que celle du GDP® et du DPC en général [18]. Cette démarche se rapprochant du modèle proposé par W. Edwards Deming appelé « Roue de Deming » ou roue de la qualité. Elle comprend 4 étapes, constituant la base d'une démarche qualité, qui se succèdent indéfiniment : Planifier (*Plan* en anglais), Faire (*Do*), Analyser (*Check*), Améliorer (*Act/Adjust*) [3]. Ces étapes sont représentées dans la figure 2 ci-dessous [18].

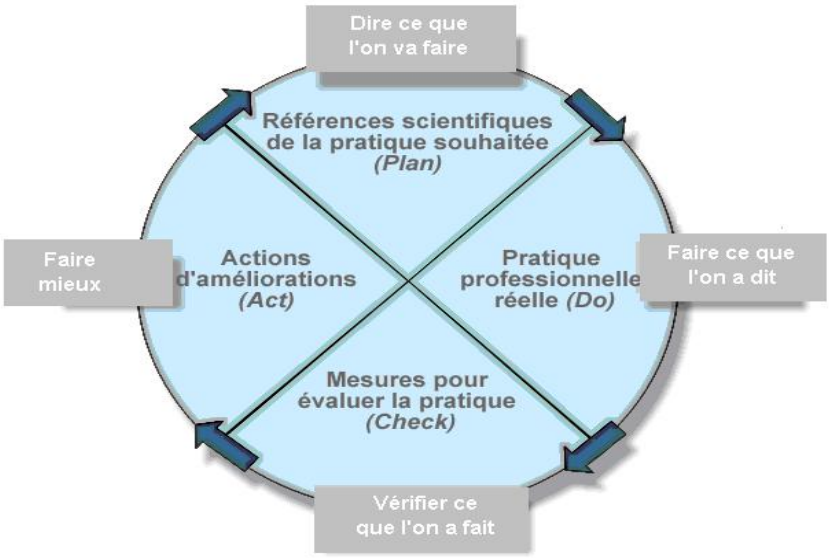

Figure 2. La roue de Deming

Selon la HAS, *« Dès lors que des équipes médicales ou des soignants s'impliquent dans une démarche qualité, ils s'engagent dans la voie de l'évaluation/amélioration de leurs pratiques »* [3]. Le GEP est donc un bon mode de préparation à la FMC future.
La principale différence entre un GEP et un GDP® réside dans l'absence de parité, le GDP® devant réunir des médecins *« de même exercice, sans aucune hiérarchie »* [5] alors que le GEP nécessite un enseignant-animateur au sein d'un groupe d'internes. Le rôle de celui-ci est néanmoins fondamental puisque selon Driessen, si la réflexion tirée de l'expérience clinique est primordiale, les étudiants n'adoptent pas spontanément une attitude réflexive et ont besoin de l'aide des enseignants. Ils doivent les stimuler à évaluer et analyser leurs actes pour envisager des solutions alternatives. Pour cela, ils doivent créer un environnement rassurant, savoir écouter, poser les bonnes questions (ouvertes) et leur fournir un retour d'informations [19]. Ces compétences sont celles retrouvées chez les « bons tuteurs » de la pédagogie active [14]. Les auteurs précisent que si ces principes sont aujourd'hui bien définis, il est important que les animateurs s'en saisissent et les utilisent à bon escient.

VII Conclusion

Cette étude a mis en évidence un impact ressenti positif des GEP sur l'attitude professionnelle des internes de médecine générale. Cet impact s'est révélé positif sur leur pratique clinique avec un développement de leur réflexivité, notamment après l'action, par la prise de recul pour remettre en question leur pratique et l'acceptation de la critique grâce à l'échange engendré au sein du groupe. Les enseignements de ces GEP ont même été considérés comme faisant partie intégrante de leurs choix et de leurs décisions au cours de l'exercice quotidien de leur métier de médecin. Ces résultats légitimaient le GEP comme outil du paradigme d'apprentissage au sein des DUMG. Les GEP contribuaient également au bien être psychologique de l'interne en le confortant dans sa pratique au quotidien, en le rassurant, le déculpabilisant et en lui permettant de se sentir plus à l'aise dans sa relation avec tant ses patients que ses pairs. Le GEP joue, ainsi, le rôle de soutien psychologique grâce à l'évacuation du stress de l'interne. Ils étaient bénéfiques tout au long de l'internat, et ce malgré l'évolution constatée du questionnement et de la réflexion des internes se produisant au cours de ces trois années, en partie due à la découverte de la médecine ambulatoire.
Les internes percevaient principalement le bénéfice apporté par le GEP avec le temps ce qui laisse supposer que si les étudiants en médecine étaient confrontés à ce genre d'enseignement plus tôt au cours de leurs études ils adhéreraient plus rapidement au GEP et s'en empareraient plus facilement.
Basés sur les mêmes principes que les GDP®, les GEP ont pu être considérés comme une bonne initiation à cette méthode de confrontation des idées et de libre parole et les internes interrogés ont tous l'envie de poursuivre l'échange de pratique au cours de leur FMC.
Enfin, ce travail a démontré l'importance pour les internes d'être poussés à la réflexion par l'animateur, celui-ci devant avoir un rôle de guide et de pair et non d'expert, bien que cela ne soit pas antinomique, en développant une pédagogie active respectueuse du paradigme d'apprentissage. Ce rôle est d'autant plus important que, selon les internes interrogés, la valeur ajoutée (la qualité) du GEP dépendait directement de cet animateur. Il était capital que les membres du GEP ne se sentent pas jugés par l'animateur (ni par les autres participants) et que ce dernier adopte une position neutre, ne prenant pas partie pour une position sans mettre en perspective les différentes options qui s'offrent à toute problématique.

Tous ces résultats concordaient avec les données de la littérature, que ce soit en France comme en Belgique. Les différences de modalités de fonctionnement de ces GEP ne changeaient pas fondamentalement l'impression ressentie par les internes quant à l'impact positif des GEP sur leur attitude professionnelle.
Néanmoins, une harmonisation entre les facultés pourrait être bénéfique. Celle-ci avait été proposée par Laure Philippe dans sa thèse, considérant que chacun pourrait apporter son expérience personnelle avec ses points positifs et négatifs afin d'extraire le meilleur de chaque système et créer un modèle unique national [1]. Par exemple, la faculté de Paris Descartes trouvait que le facteur limitant était le temps, ils souhaitaient mettre en place un système respectant des durées précises pour chaque phase du GEP [11]. Or, ce principe de « contrôle du temps » était en place dans les GEASP de Nice, seuls groupes accueillis de façon négative par les internes leur reprochant leur manque de convivialité [13].

En plus de cette harmonisation, il serait très intéressant pour chaque faculté de poursuivre le développement, débuté en Belgique [17] et à Montpellier [16], d'un outil permettant de recueillir les problèmes rencontrés par les internes et discutés lors des GEP. Ces problèmes étant la traduction littérale des demandes d'apprentissage des étudiants, les résultats pourraient être utilisés pour adapter les enseignements théoriques.

VIII Bibliographie

1. Philippe Laure. Les groupes d'échange de pratique tuteurés : évaluation et perspectives d'un enseignement en 3ème cycle de médecine générale : expérience de la faculté de de Médecine de Montpellier-Nîmes : années scolaires 2008-2009 ; 2009-2010. Th : Med : Montpellier : 2011

2. Renoux C, Potier A. Former les internes à la médecine générale : un long fleuve tranquille ? Exercer 2010 ; 90 : 15-9

3. HAS. Les groupes d'analyse de pratiques entre pairs *« Peer review »*. [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_436544/fr/groupe-danalyse-des-pratiques-entre-pairs-4-pages Consulté le 11 juin 2013

4. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA et al. Evidence based medicine : what it is and what it isn't. BMJ 1996 ; 312 (7023) : 71-2

5. SFMG. Groupes de Pairs®. [En ligne]. http://www.sfmg.org/groupe_de_pairs/ Consulté le 18 juin 2013

6. Vallée J-P, Drahi E, Le Noc Y. Développement professionnel continu Habits neufs pour vieux concepts ? Médecine 2010 ; 1 : 31-7

7. Le Noc Y, Benoteau A-C, Torres P. DPC et démarche réflexive : l'expérience d'un petit groupe de pratique. Médecine 2011 ; 4 :185-92

8. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

9. Casassus P. Optimiser les pratiques et le vérifier, voire le prouver. Médecine 2009 ; 10 : 436-8

10. Favier Arnaudier Catherine Anne. Les internes de médecine générale et l'erreur médicale. Etude de l'apport des groupes d'analyse de pratique supervisés dédiés à l'erreur médicale. Th : Méd : Saint-Etienne : 2008

11. Morin C, Blondy D, Borrel M 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

12. Jami A, Saint-Lary O, Bernard E, et al. Perceptions et représentations des internes de médecine générale à l'égard d'un outil pédagogique issu du paradigme d'apprentissage. Pédagogie Médicale 2012 ; 13 (1) : 27–37

13. Augier Carole. Groupes d'Entrainement à l'Analyse de Situations Professionnelles. Th : Med : Nice : 2007

14. Vierset V, Bédard D, Foidart JM. La psychosociologie : un cadre interprétatif de la fonction de tuteur dans un dispositif d'apprentissage par problèmes. Pédagogie Médicale 2009 ; 10 (3) : 211-228.

15. Minguet C, Jamoulle M, Pestiaux D,et al. La casuistique en post-graduat d'internat de médecine générale : étude exploratoire de l'intérêt et des possibilités d'analyser son contenu. Pédagogie Médicale 2006 ; 6 : 160-168.

16. Cohen-Scali J, Séguret P, Lambert P et al. 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.

17. Université Catholique de Louvain. Séminaires de pratique accompagnée [WMEGE3030]. [En ligne]. http://www.uclouvain.be/cours-2012-wmege3030.html Consulté le 16 juillet 2013.

18. HAS. DPC les fondamentaux. [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288637/fr/dpc-les-fondamentaux Consulté le 6 août 2013

19. Driessen E, Van Tartwijk J, Dornan T. The self critical doctor: helping students become more reflective. BMJ 2008 ; 336 : 827–30.

IX Annexes

Annexe 1 : Trame d'entretien

- Brise glace : Comment s'est passé ton dernier groupe d'échange de pratique, raconte moi ?

- Pourquoi t'es-tu inscrit aux groupes d'échange de pratique et qu'en attendais-tu ?

- Comment as-tu choisi la situation que tu as présentée ?

- Comment as-tu perçu le regard des autres lors de ta présentation?

(Relance : quelles difficultés as-tu rencontré ?)

- Comment as-tu vécu tes groupes d'échange de pratique ?

(Relance : quels sentiments t'ont inspiré les séances ?)

- Que t'ont apporté les groupes d'échange de pratique dans ta pratique professionnelle ?

(Relance : As-tu repensé aux groupes d'échange de pratique lors d'une prise en charge ultérieure ?)

- Quel impact le groupe d'échange de pratique a eu sur tes relations avec les patients ?

(Relance : Notamment en matière de communication ?)

- Quel impact le groupe d'échange de pratique a eu sur tes relations avec tes pairs ?

- Comment envisages-tu ta formation médicale continue après le DES ?

(Relance : que penses tu des groupes de pairs ?)

- Vois-tu d'autres choses à rajouter à propos des groupes d'échange de pratique ?

Annexe 2 : Glossaire

Analyse de contenu
Examen systématique d'un texte consistant à identifier et regrouper des thèmes et à coder, classifier et développer des catégories, puis établir des correspondances entre celles-ci.

Analyse qualitative
Travail de construction signifiante, progressant par approximations successives. Le témoignage de l'acteur n'est jamais totalement évident, il n'existe pas de mécanique simple ni de limpidité discursive. L'analyse qualitative ne correspond ni à l'application d'une technique ni à la simple recherche de récurrences, mais plutôt à un cheminement progressif de question en question.

Biais
Modification des résultats d'une enquête en fonction du dispositif d'investigation. On distingue des biais de recrutement, de représentativité, d'observation, de déperdition d'informations, d'interaction, etc. Les biais étant inévitables, la démarche scientifique consiste à les identifier et à discuter leur impact potentiel.

Catégorie
1. Ensemble d'éléments ayant des caractéristiques communes, réunis artificiellement dans un but de classification (ex. : catégorie socioprofessionnelle). Les modalités de classification sont délicates à établir. Ainsi, la notion « de population défavorisée » peut faire référence à des indicateurs variables (sous-emploi, bas niveau d'instruction ou de revenus, besoins d'aide publique et/ou privée de différents ordres), appréhendés de façon très diverse selon les pays, les époques et les différents auteurs (sociologues, économistes, politiques, etc.).

Catégorisation
Opération intellectuelle qui permet de déduire un sens plus général d'un ensemble d'éléments bruts du corpus ou d'éléments déjà codifiés, sous la forme de catégories. Il s'agit d'un début de théorisation scientifique, qui met en œuvre le(s) paradigme(s) de référence du chercheur, mais en principe sans grille théorique et conceptuelle *a priori*.

Citation
Extrait d'un entretien, à partir d'un verbatim, d'une séquence audio ou vidéo, permettant d'illustrer les résultats d'une recherche qualitative et de renforcer la plausibilité de l'interprétation des auteurs.

Codification
Opération intellectuelle qui consiste à transformer des données brutes (faits observés, paroles recueillies, etc.), en une première formulation signifiante (code), dont le sens reste cependant banal et proche du sens commun.

Données qualitatives
De natures multiples, il peut s'agir de mots, d'expressions, de textes, mais aussi de toutes traces matérielles comme des images, des icônes. Une donnée devient une donnée qualitative dès lors qu'elle exprime un rapport de sens dans le moment précis du recueil.

Enquête
Moyen privilégié d'investigation en sciences sociales comprenant des techniques d'observation, d'entretiens et de questionnaires. Ces techniques varient selon la nature de l'objet de recherche, le
temps, et les moyens disponibles. Traditionnellement, on distingue les techniques d'ordre quantitatif reposant sur des grands échantillons, des enquêtes d'ordre qualitatif reposant sur des groupes plus restreints.

Enregistrement
Les entretiens doivent toujours être enregistrés. L'enregistrement permet de dépasser les «impressions» laissées par l'entretien, qui peuvent être fondées sur quelques moments marquants ne correspondant pas nécessairement à l'essentiel de ce qui a été dit. Il donne accès à l'ensemble du discours de l'interviewé, afin de faire ressortir la parole exacte de l'enquêté ; l'analyse pouvant ainsi se faire en plusieurs étapes après lecture et relecture de l'entretien. Il met à disposition les citations fidèles de la parole des interviewés qui serviront de « preuve » de l'analyse de l'entretien.

Entretien individuel [Syn. Entretien en face à face]
Méthode d'enquête qualitative reposant sur une situation individuelle de face à face entre un interviewer et un interviewé.

Entretien semi-directif [Syn. Entretien semi-structuré]
Entretien en face à face comportant des questions ouvertes. L'interviewer utilise un guide d'entretien dont les thèmes ne sont pas nécessairement abordés dans l'ordre. Son rôle consiste à effectuer les bonnes relances aux moments opportuns afin de balayer tout le guide d'entretien, sans pour autant influencer l'interviewé dans ses réponses ou lui couper la parole.

Guide d'entretien [Syn. Canevas ou grille d'entretien]
Série de questions ou de consignes servant de fil conducteur et stimulant l'échange dans les entretiens individuels ou collectifs. Les questions sont habituellement courtes et claires, allant du domaine le plus général au plus spécifique, et elles sont évolutives. Le degré de formalisation du guide dépend de l'objet de l'étude et du type d'analyse projeté.

Mise en relation
Phase de l'analyse des données consistant à opérer des rapprochements entre les catégories identifiées. Il peut s'agir de relations de continuité, de causalité, de concomitance, de coexistence, d'imbrication.

Question fermée
Question pour laquelle l'individu choisit sa réponse (modalité de réponse) dans une liste préétablie. Par exemple, les réponses proposées à la question « Avez-vous été élevé religieusement ? » seraient : oui/non. Ce type de question a pour avantage d'être simple à coder, mais est souvent peu informatif et directif.

Question ouverte
Question pour laquelle la personne interrogée répond comme elle le désire, sans avoir à choisir parmi différentes réponses préétablies. Certaines questions très larges, invitant l'interviewé à se raconter, sont appelées « consignes ». Ce type de question a pour avantage de donner accès à une pensée complexe mais est difficile à coder, car nécessitant la construction de catégories complexes.

Recherche exploratoire
Approche ne reposant pas exclusivement sur des hypothèses ou des idées préconçues, utilisée lorsque le terrain est peu connu ou, au contraire, déjà tellement étudié que des vues pratiquement stéréotypées se sont imposées. La recherche exploratoire peut être utilisée pour mieux définir un problème, suggérer des hypothèses à vérifier ultérieurement, générer des idées de nouveaux services, recueillir des réactions sur un concept émergent, ou pré-tester un questionnaire. Cette approche est généralement flexible et non rigidement structurée.

Saturation (des données)
Terme théorique du développement d'une catégorie conceptuelle à partir duquel aucune propriété, dimension ou relation nouvelle n'émerge plus au cours de l'analyse.

Transcription [Syn. Retranscription]
Première étape de l'analyse des données qualitatives, consistant à représenter sous forme écrite des
données orales ou visuelles, et permettant de s'approprier progressivement les propos de l'interviewé. Certains auteurs préconisent de ne noter que les éléments significatifs ; d'autres de respecter une fidélité intégrale au discours tenu, incluant les aspects non verbaux (hésitations, silences, tics de langage, mimiques, etc.) ; d'autres encore de ne noter que les éléments directement en lien avec la recherche. En pratique, la (re)transcription doit être adaptée aux objectifs de la recherche.

Triangulation
Utilisation combinée de différentes méthodes de recherche, incluant plusieurs sources d'information, principalement pour contrôler la validité interne des résultats d'une étude. On peut distinguer la triangulation des données (temporelle, spatiale, par combinaison de niveaux), la triangulation du chercheur, la triangulation théorique et la triangulation méthodologique. La validation par les enquêtés peut aussi être considérée comme une forme de triangulation.

Validation (des résultats)
En recherche qualitative, les éléments suivants permettent de limiter le risque d'interprétation subjective des résultats : la saturation des données, la triangulation des données, la congruence avec les données de la littérature, ainsi que la confirmation ultérieure des résultats apportée par des données proches dans de nouvelles enquêtes.

Validité
Capacité d'une mesure à décrire correctement le phénomène étudié.

Verbatim [Syn. Corpus de données]
Compte rendu intégral, mot à mot, d'un entretien. Il peut comporter des caractères spéciaux pour indiquer les expressions non verbales.

Annexe 3 : Fiche descriptive des groupes de pratique du Loir-et-Cher (41)

Les groupes de pratique, comment ça marche dans le 41 !

Les groupes de pratiques sont ouverts à tous les internes, quel que soit leur semestre et leur département d'affectation de stage.

Équipe enseignante : Les groupes de pratiques sont animés par un à deux enseignants.
L'équipe se compose des :

- Dr Cyrille Collette
- Dr Clotilde Loison
- Dr Mickaël Morel
- Dr Cécile Renoux

Objectifs des groupes de pratique :

- Partager vos expériences à travers l'évocation d'un cas rencontré
- Vous poser des questions pertinentes par rapport à votre pratique
- Échanger avec vos pairs sur vos pratiques
- Être capable de mener une recherche pertinente
- Critiquer les informations trouvées lors des différentes recherches

Déroulement des séances :

1. présentation d'un cas :

- Un interne présente un cas, qu'il a vécu récemment et rédigé
- Il évoque ensuite les difficultés rencontrés, les problèmes soulevés, les inquiétudes, les habiletés mises en place etc.
- Le groupe débat sur ces problèmes (échanges autour des pratiques, des connaissances etc)
- Le groupe, avec l'aide de l'animateur, se met d'accord sur 2 ou 3 questions de recherche. L'interne réalisera sa recherche bibliographique pour la séance suivante.

2. Présentation d'une recherche :

1. L'interne rapporte ce qu'il a trouvé lors de ses recherches, ainsi que ses sources bibliographiques.
2. Le groupe critique les résultats, leur pertinence, leur valeur etc.
3. L'interne réalise une synthèse de son cas.

Le nombre d'interne est limité à 6 par séance pour faciliter l'interactivité. Plusieurs internes auront la possibilité de présenter leur récit ou le résultat de leur recherche au cours d'une même séance. La dynamique de groupe est essentielle, les échanges seront nombreux. Tous les internes ne pourront pas toujours tous présenter leur travail, mais la qualité des échanges vous apportera autant de réflexion, de maturité et de connaissances que l'exposition de votre cas.

La validation des groupes de pratique :

1. Si vous participez à une séance où vous présentez un cas ou une recherche : 5 CH
2. Si vous participez à une séance sans présenter vous même de cas : 2 CH
3. Les absences non justifiées seront sanctionnées.

Nous vous conseillons vivement de profiter de ces groupes de pratiques pour rédiger un RSCA ou une autre trace d'apprentissage que vous soumettrez pour évaluation à votre tuteur.

Annexe 4 : Fiche descriptive des groupes de pratique de l'Indre-et-Loire (37)

Les groupes de pratique, comment ça marche dans le 37 !

Les groupes de pratiques sont ouverts à tous les internes, quel que soit leur semestre et leur département d'affectation de stage.

Équipe enseignante :
Les groupes de pratiques sont animés par un à deux enseignants. L'équipe se compose des :

- Dr Claire Lelann
- Dr Cécile Renoux
- Dr Jean Yves Breton

Objectifs des groupes de pratique :

- Partager vos expériences à travers l'évocation d'un cas rencontré
- Vous poser des questions pertinentes par rapport à votre pratique
- Échanger avec vos pairs sur vos pratiques
- Être capable de mener une recherche pertinente
- Critiquer les informations trouvées lors des différentes recherches

Déroulement des séances :
1. présentation d'un cas :

- Un interne présente un cas, qu'il a vécu récemment et rédigé
- Il évoque ensuite les difficultés rencontrés, les problèmes soulevés, les inquiétudes, les habiletés mises en place etc.
- Le groupe débat sur ces problèmes (échanges autour des pratiques, des connaissances etc)
- Le groupe, avec l'aide de l'animateur, se met d'accord sur 2 ou 3 questions de recherche. L'interne réalisera sa recherche bibliographique pour la séance suivante.

2. Présentation d'une recherche :

4. L'interne rapporte ce qu'il a trouvé lors de ses recherches, ainsi que ses sources bibliographiques.
5. Le groupe critique les résultats, leur pertinence, leur valeur etc.
6. L'interne réalise une synthèse de son cas.

Le nombre d'interne est limité à 6 par séance pour faciliter l'interactivité. Plusieurs internes auront la possibilité de présenter leur récit ou le résultat de leur recherche au cours d'une même séance. La dynamique de groupe est essentielle, les échanges seront nombreux. Tous les internes ne pourront pas toujours tous présenter leur travail, mais la qualité des échanges vous apportera autant de réflexion, de maturité et de connaissances que l'exposition de votre cas.

La validation des groupes de pratique :

4. Si vous participez à une séance où vous présentez un cas ou une recherche : 5 CH
5. Si vous participez à une séance sans présenter vous même de cas : 2 CH
6. Les absences non justifiées seront sanctionnées.

Nous vous conseillons vivement de profiter de ces groupes de pratiques pour rédiger un RSCA ou une autre trace d'apprentissage que vous soumettrez pour évaluation à votre tuteur.

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

PAILLOUX Aude **Thèse n°**

40 pages - 2 tableaux – 2 figures - 4 annexes

Résumé

Contexte : En 2004, les groupes d'échange de pratique (GEP) ont été implantés au département de médecine générale de Tours. Existant dans de nombreuses facultés, leurs modalités sont très diverses. A Tours, le fonctionnement est similaire dans l'Indre et Loire (37) et dans le Loir et Cher (41) : des groupes de 6 internes maximum, encadrés par un médecin généraliste enseignant, débattent autour de cas cliniques rapportés par les internes. Ces GEP ont été inspirés des groupes d'analyse de pratique entre pairs des médecins généralistes qui entrent dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC), ayant démontré leur participation dans l'amélioration des pratiques. Aucune évaluation des GEP n'a été réalisée à Tours.

Objectifs : Explorer l'opinion des internes sur l'impact que pouvaient avoir les GEP sur leur attitude professionnelle.

Méthode : Enquête qualitative descriptive par entretiens semi-dirigés. Enregistrement des entretiens, retranscription intégrale et analyse thématique de contenu.

Résultats : L'impact ressenti était unanimement positif. Le GEP permettait aux internes de développer leur réflexivité, de remettre en question leur pratique en l'analysant après l'action, et d'accepter la critique grâce à l'échange au sein du groupe. Il contribuait au bien être psychologique en déculpabilisant et en rassurant l'interne. Il s'agissait d'une bonne introduction aux groupes de pairs®. Le rôle de l'animateur était indispensable et garant de la qualité du groupe.

Conclusion : Le GEP est un outil précieux du paradigme d'apprentissage. Les résultats sont concordants avec les autres données de la science mais une harmonisation de fonctionnement entre départements universitaires de médecine générale serait bénéfique.

Mots clefs : groupes d'échange de pratique, impact, internes

Jury :

Président : Monsieur le Professeur LARDY Hubert
Membres du jury : Monsieur le Professeur BRUNEREAU Laurent
Monsieur le Professeur MARRET Henri
Monsieur le Professeur POTIER Alain
Madame le Docteur RENOUX Cécile

Date de la soutenance : 10 octobre 2013