



HAL
open science

Les groupes d'échange de pratique entre pairs : un modèle de développement professionnel continu en médecine générale

Anne-Cécile Philibert

► **To cite this version:**

Anne-Cécile Philibert. Les groupes d'échange de pratique entre pairs : un modèle de développement professionnel continu en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00682449

HAL Id: dumas-00682449

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00682449>

Submitted on 26 Mar 2012

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

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

**Les groupes d'échange de pratique entre pairs :
un modèle de Développement Professionnel Continu
en médecine générale**

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLÔME D'ETAT

Anne-Cécile PHILIBERT
Née le 18/09/1981 à La Tronche

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT
A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Le 8 Mars 2012

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : M. le Professeur Patrice FRANCOIS, directeur de thèse
Membres : M. le Professeur Robert JUVIN
M. le Professeur Gérard ESTURILLO
M. le Docteur Serge JULLIEN-PALLETIER

Sommaire

Remerciements	4
Résumé	11
Abstract	12
Introduction	13
Méthode	15
Schéma d'étude	15
Population étudiée	15
Recueil des données	15
Analyse des données	16
Résultats	17
Population étudiée	17
Caractéristiques des groupes	18
Les participants	20
Discussion	25
Conclusion	29
Bibliographie	32
Annexes	34
Annexe 1 : Questionnaire sur les groupes d'analyse de pratique entre pairs	34
Annexe 2 : Groupes d'analyse de pratique entre pairs : questionnaire participants	36
Annexe 3 : Grille de présentation de cas clinique de la SFMG	38
Liste des abréviations	43
Serment d'Hippocrate	45

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Pr François, qui a accepté d'encadrer ce travail et également de présider le jury.
Merci pour votre aide et vos conseils avisés tout au long de la rédaction de cette thèse.

À Messieurs les Prs Juvin et Esturillo qui ont accepté de juger ce travail.

Au Dr Jullien-Palletier, maitre de stage très impliqué dans la formation des internes, je te remercie pour ton aide au cours de mon travail de thèse, et pour avoir accepté de participer au jury.

À Grégoire pour son aide et son soutien précieux,

À Stéphanie pour ses talents de traduction,

À Romain et Maxime,

À mes parents.

Merci aux médecins généralistes membres des GAPP qui ont participé à l'étude et ont accepté ma présence lors d'une de leur réunion.

**Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
2011-2012**

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
ALBALADEJO	Pierre	Anesthésiologie-réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	Chirurgie générale
BACONNIER	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET	Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO	Jacques	Radiothérapie
BARRET	Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI	Jean-Claude	Dermato-vénéréologie
BENHAMOU	Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER	François	Biologie cellulaire
BLIN	Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BOLLA	Michel	Cancérologie; radiothérapie
BONAZ	Bruno	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOSSON	Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'adultes
BRAMBILLA	Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON	Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BRIX	Muriel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CAHN	Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER	Françoise	Thérapeutique; médecine d'urgence
CARPENTIER	Patrick	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES	Stephan	Neurochirurgie
CHABRE	Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON	Philippe	Anatomie
CHAVANON	Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET	Christophe	Ophtalmologie
CHIROSEL	Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN	Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN	Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER	Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI	Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique

DE GAUDEMARIS	Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON	Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS	Maurice	Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES	Jean-Luc	Urologie
ESTEVE	François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET	Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON	Jean-Luc	Chirurgie générale
FERRETTI	Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN	Claude	Physiologie
FONTAINE	Eric	Nutrition
FRANCOIS	Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN	Frédéric	Hématologie; transfusion
GAUDIN	Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI	Gaetan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY	Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET	Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI	Serge	Nutrition
HOMMEL	Marc	Neurologie
JOUK	Pierre-Simon	Génétique
JUVIN	Robert	Rhumatologie
KAHANE	Philippe	Physiologie
KRACK	Paul	Neurologie
KRAINIK	Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LANTUEJOUL	Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LEBAS	Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU	Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA	Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
LEROUX	Dominique	Génétique
LEROY	Vincent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
LETOUBLON	Christian	Chirurgie générale
LEVY	Patrick	Physiologie
LUNARDI	Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT	Jacques	Cardiologie
MAGNE	Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE	Anne	Médecine et santé au travail
MAURIN	Max	Bactériologie-virologie
MERLOZ	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique

MORAND	Patrice	Bactériologie-virologie
MORO-SIBILOT	Denis	Pneumologie
MOUSSEAU	Mireille	Cancérologie
MOUTET	François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlogie
PALOMBI	Olivier	Anatomie
PASSAGIA	Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	Anesthésiologie-réanimation
PELLOUX	Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN	Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU	Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD	Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT	Christian	Chirurgie infantile
PISON	Christophe	Pneumologie
PLANTAZ	Dominique	Pédiatrie
POLACK	Benoît	Hématologie
PONS	Jean-Claude	Gynécologie-obstétrique
RAMBEAUD	Jean-Jacques	Urologie
REYT	Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI	Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET	Jean-Paul	Ophthalmologie
SARAGAGLIA	Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SCHMERBER	Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SELE	Bernard	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SERGENT	Fabrice	Gynécologie-obstétrique
SESSA	Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL	Jean-Paul	Maladies infectieuses; maladies tropicales
STANKE	Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT	Jean-François	Réanimation
TONETTI	Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO	Gérald	Cardiologie
VUILLEZ	Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL	Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI	Philippe	Néphrologie
ZARSKI	Jean-Pierre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

**Maître de Conférence des Universités - Praticien Hospitalier
2011-2012**

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
BONNETERRE	Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI	Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT	Jean	Cytologie et histologie
BRENIER-PINCHART	Marie-Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT	Raphaël	Thérapeutique; médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON	Mary	Hématologie; transfusion
CROIZE	Jacques	Bactériologie-virologie
DERANSART	Colin	Physiologie
DETANTE	Olivier	Neurologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie
EYSSERIC	Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE	Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND	Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie-obstétrique
LABARERE	José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
LAPORTE	François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY	Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT	Sylvie	Bactériologie-virologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON	Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN)	Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MOUCHET	Patrick	Physiologie

PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PASQUIER	Dominique	Anatomie et cytologie pathologiques
PAYSANT	François	Médecine légale et droit de la santé
PELLETIER	Laurent	Biologie cellulaire
RAY	Pierre	Génétique
RIALLE	Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SATRE	Véronique	Génétique
STASIA	Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMISIER	Renaud	Physiologie

RÉSUMÉ

Objectifs : Il s'agissait de décrire l'implantation et le fonctionnement des Groupes d'Analyse de Pratique entre Pairs (GAPP) en médecine générale dans le département de l'Isère, et d'étudier le profil et l'opinion des médecins qui y participent.

Méthode : Un recensement des groupes existants a été réalisé en interrogeant les différents organismes professionnels susceptibles de les répertorier. Pour chaque GAPP identifié un des membres a été contacté afin de répondre à un questionnaire portant sur le fonctionnement du groupe et les participants ont été interrogés par un questionnaire portant sur leur profil et leur opinion.

Résultats : Le recensement des groupes s'est révélé difficile car aucun organisme ne les enregistrait. L'étude a porté sur 16 GAPP auxquels participaient 131 médecins généralistes.

Les groupes avaient une ancienneté de 1 à 10 ans, la plupart fonctionnaient de façon autonome et se réunissaient en moyenne 8 fois par an, pour examiner des dossiers de patients choisis de façon aléatoire. Parmi les médecins participants on retrouvait une plus forte proportion de femmes, de jeunes médecins et de maîtres de stage. Ces médecins se déclaraient très satisfaits de leur participation à un GAPP qui améliorait la qualité des soins (98%) et avait changé leur méthode de travail (75%).

Conclusion : L'implantation des GAPP apparaissait en augmentation dans le département étudié. Ce mode d'évaluation des pratiques professionnelles était apprécié par les médecins participants qui s'interrogeaient sur la manière de faire reconnaître cette activité dans le cadre de leur obligation de développement professionnel continu (DPC).

Mots clés : Formation médicale continue, Évaluation des pratiques médicales, Développement Professionnel Continu, Médecine générale.

ABSTRACT

Aim : The purpose of this study was to analyse the peer groups' activity and functioning in General Practice in the Isere department, to see the participant's profiles, and their feedback on this activity.

Methods : A census of existing groups was realised by asking professional organisations to provide us a complete list of the groups in the department.

For each group, a member was asked to answer a questionnaire about the institution. Each GP taking part in a group was given a questionnaire about his profile and was asked to give his personal opinion on the group.

Results : The group inventory was difficult to realize, as no organisation was able to give us a complete list. 16 groups participated in the study, which involved 131 GPs.

Groups were 1 to 10 years old, most of them were independent, and met about 8 times a year, in order to expose clinical cases randomly chosen. Participants were mostly females, new graduates or young doctors, and internship supervisors. They were highly satisfied about this activity who allowed to increase quality of patient care (98%), and to change their practice (75%).

Conclusion : This study showed that peer group activity was growing in Isere. It was widely welcomed by GPs, who wondered in which way those groups could satisfy the obligations of professional development mentioned in the 2009 French law: Hospital, Patient, Health, Territory (HPST).

Key words : Continuing Medical Education, Formative Assessment, General Practice.

INTRODUCTION

Un groupe d'analyse de pratique entre pairs (GAPP) est une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) utilisée depuis plusieurs années par les médecins généralistes français. La Haute Autorité de Santé (HAS) a défini ces groupes comme ayant pour but d'améliorer les pratiques médicales, en analysant ses pratiques et en les comparant aux référentiels existants lors de séances de discussion et de réflexion entre pairs [1]. Un GAPP est composé de 6 à 10 médecins de même spécialité, exerçant dans une même zone géographique. Ces médecins organisent des séances de travail régulières (6 à 10 par an), qui leur permettent de présenter à tour de rôle des dossiers de patients choisis de façon aléatoire, et de porter un regard critique sur la prise en charge, à la lumière des recommandations de bonne pratique [1].

Le GAPP permet de répondre aux obligations d'EPP qui sont en France des obligations déontologiques et légales pour chaque médecin [2]. Cet outil de travail a été proposé en 1987 par la Société Française de Médecine Générale (SFMG) sous le nom de *groupes de pairs* ©, terme déposé en 1994 [3]. C'est pourquoi nous utiliserons le terme de GAPP pour désigner tous les groupes qui répondent à la définition de la HAS.

Cette méthode d'EPP s'est développée depuis plusieurs années dans les pays d'Europe du Nord comme le montre l'étude EQuIP réalisée en 2000 [4]. Cette étude avait pour objectif de recenser les activités de groupes de pairs (*peer review groups*) dits aussi cercles de qualité (*quality circles*) dans 26 pays européens. Ces groupes étaient définis comme de "petits groupes de médecins, basés sur une participation volontaire, et dont les activités ont pour but d'améliorer la qualité des soins pour le patient". Le taux d'implication des médecins dans ces

groupes était supérieur à 10% dans une dizaine de pays : l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, la Grande-Bretagne, l'Irlande, les Pays-Bas, la Norvège, la Suède et la Suisse. Dans les autres pays dont la France et l'Italie la participation des médecins à des GAPP a été considérée comme faible ou nulle. Nous savons cependant que la situation a évolué depuis l'an 2000 et il apparaissait intéressant d'avoir quelques données sur cette évolution.

L'objet de cette étude était de faire le point sur l'implantation des GAPP en médecine générale, dans le département de l'Isère, en réalisant un recensement des groupes. Il s'agissait également d'étudier le fonctionnement de ces groupes, puis de décrire le profil et l'opinion des participants.

MÉTHODE

Schéma d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle des GAPP en médecine générale dans le département de l'Isère. L'étude comportait un recensement des groupes existants, un entretien avec un membre du groupe et une enquête par questionnaire auprès des participants.

Population étudiée

Les GAPP ont été répertoriés en interrogeant par courriel ou par téléphone différents organismes professionnels susceptibles de les recenser : l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) de Rhône Alpes, le Conseil de l'Ordre des Médecins de l'Isère, le Département de Médecine Générale (DMG) de la faculté de médecine de Grenoble, la SFMG, la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG), l'Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue (UNAFORMEC), MG Form, Formation Médicale Continue (FMC) Action, et l'association VALorisation et Recherche pour l'Amélioration des Pratiques Professionnelles (VARAPP).

Ces données ont été complétées par un recensement "de proche en proche". A chaque médecin rencontré, il était demandé s'il connaissait des confrères participant à d'autres groupes.

Recueil des données

Pour chaque groupe identifié, un des participants a été contacté afin de répondre à un questionnaire portant sur les caractéristiques du groupe : historique, nombre et identité des participants, fonctionnement, évolution du groupe (Annexe 1). Chaque participant a également été interrogé par un auto-questionnaire portant sur son profil, son mode d'exercice,

et son opinion sur les GAPP (Annexe 2).

Les deux questionnaires ont été élaborés à partir de formulaires utilisés pour une étude des revues de mortalité et morbidité dans un centre hospitalier [5], et pour divers travaux de thèse en médecine générale portant sur les groupes d'analyse de pratique entre pairs [6][7][8].

Il a été demandé à chaque groupe s'il était possible d'assister à une réunion en temps qu'observateur, et ce afin d'objectiver et de compléter les données recueillies à partir des questionnaires.

Analyse des données

Les questionnaires ont été saisis sur une application en ligne du site *google documents*. Ils ont été exportés pour analyse dans le logiciel Stata version 9 (Stata Corporation, College Station, TX). Les données concernant les participants aux GAPP ont été comparées aux données de la démographie médicale de l'Isère, publiées en 2009 par le conseil de l'ordre des médecins [9].

Ces comparaisons ont été effectuées à l'aide des tests statistiques du chi 2 ou de probabilité exacte de Fischer en cas d'effectifs théoriques inférieurs à 5. Le seuil de significativité retenu était $p < 0,05$.

RÉSULTATS

Population étudiée

Le recensement des groupes existants s'est révélé difficile car aucun organisme ne les répertoriait systématiquement. En effet l'URPS Rhône Alpes n'avait pas de liste exhaustive, et le conseil de l'Ordre de l'Isère ne semblait pas connaître ce concept. La SFMG, la SFTG et l'association VARAPP n'ont pas donné suite aux multiples demandes de renseignements. FMC Action, MG Form et l'UNAFORMEC ne recensaient aucun groupe sur la région. Cependant, le président de l'antenne régionale MG Form a envoyé un courriel à la liste de diffusion de cette association, demandant aux médecins membres d'un GAPP de contacter l'investigateur. Nous avons ainsi reçu de nombreuses réponses qui ont permis d'identifier plusieurs groupes sur l'Isère. De même, le DMG de la faculté de médecine de Grenoble a envoyé un courriel à tous les maîtres de stages et sympathisants (soit 280 personnes), ce qui a permis d'identifier d'autres groupes.

Au total, 21 groupes ont été répertoriés en Isère. Trois groupes n'ont pas répondu malgré plusieurs sollicitations et deux groupes ont été exclus car leurs membres étaient des médecins à exercice particulier exclusif (homéopathie et acupuncture). Au total 16 GAPP ont participé à l'étude, et 8 d'entre eux ont accepté la présence d'un observateur à une de leur séance de travail. Ces 16 GAPP impliquaient 131 médecins soit un peu plus de 7% des médecins généralistes en activité dans le département. Le questionnaire d'étude a été soumis à ces 131 médecins, 100 ont répondu soit un taux de réponse de 76 %.

Caractéristiques des groupes

Les premiers groupes ont été créés entre 2000 et 2004, puis on a pu noter à partir de 2006 une augmentation du nombre de GAPP avec la création de 11 nouveaux groupes (Figure 1). Trois groupes étaient liés à la SFMG, un à une association locale de FMC : la Formation des Généralistes du Nord Isère (Forgeni), et 12 groupes n'étaient rattachés à aucun organisme. Treize groupes se qualifiaient comme *groupes de pairs*, même en l'absence de lien avec la SFMG, les autres se définissaient comme des *groupes d'analyse ou d'échange de pratique entre pairs*.

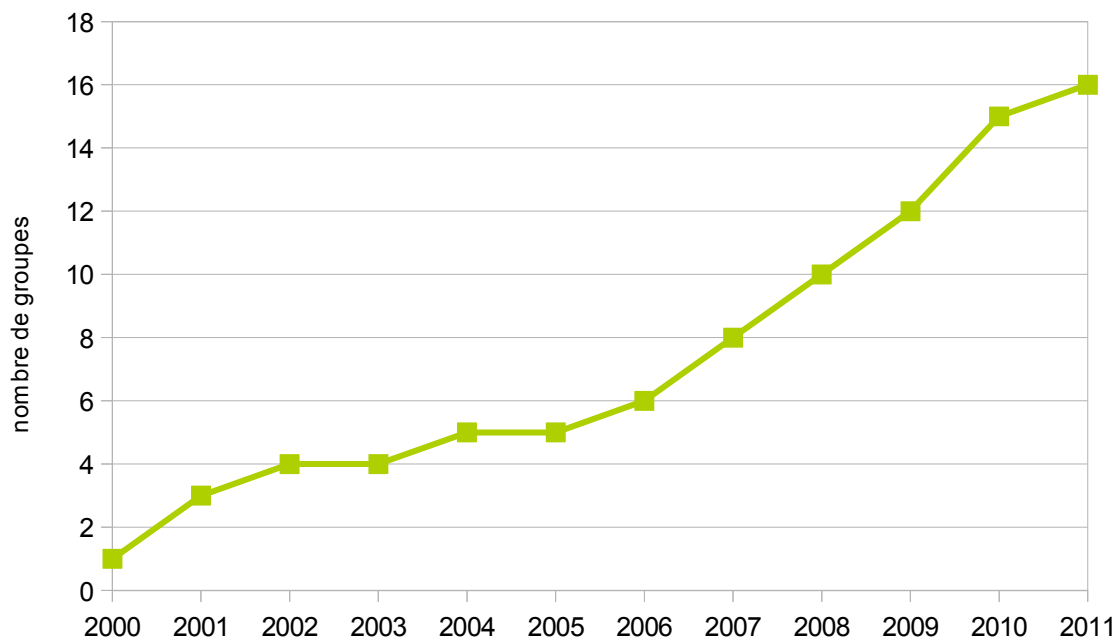


Figure 1 : **Évolution du nombre de GAPP**

Le nombre moyen de participants était de 8,4 (variant entre 6 à 12 selon les groupes). Tous étaient médecins généralistes en exercice, avec la présence d'internes en stage qui assistaient aux réunions de la moitié des groupes. Deux groupes invitaient parfois des experts. La composition des groupes était assez stable dans le temps, le nombre de départs et d'arrivées

était inférieur à 10% des participants.

Une trace écrite de l'activité était retrouvée dans 14 groupes qui rédigeaient un compte rendu de réunion, comprenant généralement un résumé des cas cliniques présentés, un récapitulatif des problèmes soulevés et des recherches prévues et, dans 12 groupes, la liste des médecins présents. Six GAPP ont rédigé une charte ou un règlement intérieur, qui précisait les modalités de sélection des cas, et en général la périodicité et la durée des réunions, les objectifs, et parfois les modalités de suivi des actions. Deux groupes réalisaient un bilan annuel qui comprenait le nombre de séances réalisées dans l'année, le nombre de cas présentés et la liste des thèmes abordés.

Les groupes se réunissaient 6 à 10 fois par an (moyenne : 8,75). La périodicité était généralement mensuelle avec une suspension des séances pendant les mois d'été. Les réunions duraient entre 1h et 2h30 (moyenne 1h40), elles avaient lieu dans 78% des cas en soirée, sinon lors de la pause déjeuner et se déroulaient au cabinet d'un participant (56%), au domicile d'un participant (25%) ou dans un restaurant (19%). Un secrétaire de séance était identifié pour 15 groupes, et un modérateur pour 12 d'entre eux. Ces rôles étaient tournants dans 12 groupes.

L'activité des GAPP était essentiellement centrée sur la présentation de dossiers cliniques et la résolution des questions soulevés par ces dossiers. Les cas cliniques étaient toujours choisis de façon aléatoire (énième cas d'un jour donné de la semaine). Dans un groupe chaque réunion était consacrée à un thème clinique et 3 groupes choisissaient également des dossiers parmi les cas difficiles. Dans 11 groupes, chaque participant présentait un cas à chaque séance, pour les autres le nombre de dossiers présentés était restreint afin de ne pas augmenter la durée de la réunion. Six groupes utilisaient une grille de présentation pour exposer les cas cliniques, le plus fréquemment celle de la SFMG (Annexe 3).

Les groupes ont estimé que les dossiers présentés soulevaient en moyenne 3 problématiques distinctes (écart entre 0 et 10). Les questions soulevées étaient résolues soit par le groupe lors de la réunion, soit par une recherche bibliographique qui pouvait être immédiate ou différée, plus rarement par la prise d'un avis d'expert. La ressource documentaire citée le plus souvent par les groupes a été la revue Prescrire (7 groupes), puis Internet sans précision particulière, ou des sites comme Medline, Cochrane, Health On the Net ou Minerva. Trois groupes ont cité également les recommandations de la HAS, deux groupes les recommandations de la SFMG et un l'ouvrage *Vidal Recos* [10]. Les réunions de GAPP permettaient également d'aborder d'autres thèmes tels que les réseaux de soins, les problèmes administratifs ou juridiques, et la gestion du cabinet.

La majorité des groupes (13) a été informée des modalités du Développement Professionnel Continu (DPC), et 8 envisageaient d'y participer, mais sans avoir défini comment. Sept GAPP pensaient s'affilier à un organisme agréé tel que MG Form, la SFMG ou FMC Action.

Les participants

Parmi les participants aux GAPP, la proportion de femmes était significativement plus élevée que dans la population des médecins généralistes de l'Isère (46% versus 36%, $p = 0,006$) (Tableau 1) [9]. Toutes les tranches d'âge étaient représentées, avec une plus forte proportion de jeunes médecins que dans la population iséroise ($p < 0,001$). On pouvait noter une plus forte proportion de maîtres de stage parmi les membres des GAPP, par rapport à la population des médecins généralistes du département (41% versus 6,1% ; $p < 0,001$).

	Étude GAPP N=100 (%)	médecins isérois N = 1804	p
Femmes	48%	34%	0,006
Age 30-40 ans	32%	12%	< 0,001
Age : 40-50 ans	24%	27%	
Age : 50-60 ans	36%	44%	
Age : > 60 ans	8%	17%	
Maitres de stage	41%	6,1%	< 0,001

Tableau 1 : **Comparaison entre la population de médecins généralistes membres des GAPP et la population de médecins généralistes isérois**

Sur les 100 médecins généralistes inclus, 82% avaient un exercice libéral exclusif, 7% étaient salariés, 6% avaient une activité mixte, et 5% étaient remplaçants. La plupart exerçaient en cabinet de groupe (73%), et principalement en zone urbaine (59%) ou semi-rurale (35%).

L'ancienneté dans le groupe était de 4 ans en moyenne, avec des extrêmes de 1 et 10 ans. Les membres des GAPP étaient très investis dans des activités de FMC, puisque 95% déclaraient y participer. Les outils de formation les plus fréquemment utilisés étaient les séminaires de FMC conventionnelle (81% de médecins interrogés y assistaient au moins une fois par an), puis la presse médicale et internet (Tableau 2).

Type de formation	Nombre de médecin les utilisant au moins 1 fois par an
séminaires de FMC conventionnelle	81
presse médicale	70
Internet	61
réseaux de soins	34
soirées de l'industrie pharmaceutique	30
formations organisées par l'université	26
congrès	24

Tableau 2 : **Participation à des activités de FMC**

Les participants avaient une opinion très favorable de leur activité en GAPP. La note moyenne de satisfaction était de 8,15/10, et il n'y avait pas de variations significatives en fonction de l'âge, du sexe ou de l'ancienneté dans le groupe. 98% des participants ont déclaré que le travail en groupes de pairs améliorait la qualité des soins, et 75% que leur méthode de travail avait changé depuis qu'ils participaient à un groupe.

A la question portant sur l'intérêt des GAPP, l'item le plus souvent choisi (70%) était *le partage de l'expérience des confrères* (Tableau 3).

En réponse à la question ouverte « *sur quel plan votre méthode de travail a t'elle changé ?* », les réponses les plus fréquentes ont été les échanges entre confrères, la modification des prescriptions, la rigueur et le respect des recommandations. (Tableau 4).

A la question ouverte concernant l'amélioration du fonctionnement des GAPP, 56 % des participants ont fait une proposition. Les remarques les plus fréquentes portaient sur l'organisation des réunions, les problèmes de méthode, de suivi des question soulevées et de réalisation des recherches documentaires (Tableau 5).

La presque totalité (95%) des médecins pensaient poursuivre leur activité en GAPP. Parmi les 5 personnes qui ne souhaitaient plus participer à leur groupe, deux partaient à la retraite, un n'a pas donné de raison particulière, un a évoqué le manque d'évolutivité et la trop grande rigidité, et enfin un proposait de rediscuter le fonctionnement.

Intérêt pour les GAPP	Fréquence
partage de l'expérience des confrères	70
lieu d'écoute qui permet d'évoquer des cas difficiles, des erreurs médicales	52
remise en cause de ses pratiques	52
convivialité	51
motivation du travail en groupe	38
résolution de problèmes d'une séance à l'autre	28
meilleure connaissance de l'environnement médical	28
amélioration des relations entre confrères	24

Tableau 3 : **Récapitulatif des réponses à la question : *Quels intérêts trouvez vous aux séances de GAPP ?***

Réponse à la question sur quel plan votre méthode de travail a t'elle changé ?	Fréquence
Plus d'échange d'expériences avec les confrères, de soutien, d'écoute	21
Modification des prescriptions médicamenteuses, de la thérapeutique	14
Plus de rigueur, amélioration de la méthode de travail	13
Respect des recommandations et des référentiels, appui sur l'EBM	12
Changement des habitudes, réflexion sur sa pratique, autocritique	11
Plus de recherche documentaire	6
Modification du réseau de correspondants (spécialistes, paramédicaux)	5

Tableau 4 : **Récapitulatif des réponses à la question ouverte *Sur quel plan votre méthode de travail a t'elle changé ?***

Propositions d'amélioration du fonctionnement des GAPP	Fréquence
plus de rigueur, mieux structurer les réunions	15
meilleur suivi d'une séance à l'autre, plus de recherches	9
changer le mode de choix de cas, diversifier l'activité pour éviter la routine	8
problématique du temps passé en réunion	5
aucun changement à faire	5
problème du financement et de la rémunération des participants	5
reconnaissance, accréditation, validation en temps que FMC	4
création d'une base de donnée pour centraliser les recherches	4

Tableau 5 : **Récapitulatif des réponses à la question ouverte *Propositions d'amélioration du fonctionnement des GAPP***

DISCUSSION

Le nombre de GAPP en Isère était en augmentation depuis l'apparition des premiers groupes en 2000. Ceci est corrélé avec les données de la littérature qui montrent une activité en hausse en France depuis l'introduction du concept par la SFMG en 1987 [11]. En effet, même s'il n'existe pas de dispositif d'enregistrement officiel de cette activité, la SFMG a suivi et publié l'implantation de ses groupes qui étaient au nombre de 17 en 1995 [6], 150 en 2005 [11], puis 194 en 2008 impliquant 1755 médecins au niveau national [12].

Dans la région Rhône-Alpes, un travail réalisé en 2001 [6] avait recensé 10 GAPP qui concernaient 86 médecins généralistes dont 15 en Isère. Notre recensement de 131 médecins participants à des GAPP confirme l'augmentation de l'intérêt porté à cette activité. En 2008, la SFMG dénombrait 38 groupes dans la région [12].

Cependant, la France apparaît en retard par rapport à d'autres pays Européens. L'enquête EQuIP réalisée en 2000 dans 26 pays européens avait conclu à l'absence de GAPP en France alors que ce type d'activité impliquait plus de 10% des médecins dans les pays d'Europe du nord [4]. Cette conclusion un peu surprenante est peut être à mettre en lien avec l'absence de données centralisées dans notre pays. Plusieurs études ont montré qu'en Allemagne, la participation des médecins à des structures se rapprochant des GAPP était également en augmentation ces dernières années. Ces groupes, appelés Groupes Qualité, ont pour but "une réflexion continue, systématique et critique sur les performances des uns et des autres par un groupe de collègues, dans le but d'améliorer la qualité des soins". Les participants sont volontaires, et il n'y a pas de rémunération. Les groupes sont animés par un modérateur qui reçoit une formation de 2 jours, avec des sessions de perfectionnement. Les groupes sont répertoriés par des agences régionales de santé. Les premiers groupes allemands ont été créés

en 1989 [13], et leur nombre a fortement augmenté entre 1993 (15 groupes existants) et 1995 (631 estimés). En 1996 le taux moyen de participation était de 17% des médecins généralistes. L'étude EQuIP a avancé le chiffre de 20% de participation, et des articles plus récents estiment que 50% des généralistes allemands sont membres d'un GAPP [14].

L'implication des femmes médecins dans les GAPP rejoint les résultats d'une enquête réalisée auprès des membres de groupes de pairs de la SFMG en 2007 [15] qui retrouvait un pourcentage de femmes membres de groupes de pairs supérieur de 5% à celui des femmes médecins généralistes. Notre étude notait également que 81% des médecins impliqués dans les GAPP participaient à au moins une session par an de formation professionnelle conventionnée alors que le rapport de l'Organisme de Gestion Conventiionnelle (OGC) donnait un taux de participation de 26% des médecins généralistes de la région Rhône-Alpes seulement [16]. Le même rapport soulignait la plus forte proportion de femmes médecins participant aux formations (42% versus 31%).

Notre étude ne permet pas de mesurer l'impact des GAPP sur l'amélioration des pratiques professionnelles, cependant 98% des médecins répondants pensaient que le travail en GAPP améliorait la qualité des soins, et 75% estimaient que leur méthode de travail avait changé depuis leur implication dans un GAPP, notamment en ce qui concerne les prescriptions médicamenteuses, et l'application des recommandations. Cette opinion peut être rapprochée de certaines études qui ont montré un impact des GAPP sur le coût des prescriptions médicamenteuses [17-21]. Ainsi, les cercles de qualité médecin-pharmacien suisses, mis en place en 1997, ont entraîné une diminution des coûts des prescriptions médicales [17, 18] avec une économie estimée à 12 millions d'euros depuis leur création. Ceci était expliqué par une meilleure adhésion aux recommandations existantes, une plus grande utilisation des génériques et un gain d'objectivité par rapport aux campagnes marketing de l'industrie

pharmaceutique. En France, une étude réalisée en 2001-2002 en Bretagne lors d'un programme pilote de Groupes Qualité a montré une diminution du coût annuel des prescriptions par patient (de l'ordre de 3 à 16€), une augmentation de la prescription de génériques, et une diminution de l'utilisation des drogues d'efficacité non prouvée [19]. En Allemagne, deux études publiées en 2004 [14] et en 2009 [20] ont montré des effets modestes des cercles de qualité sur les coûts de prescriptions médicamenteuses et la qualité des soins primaires. Mais les auteurs ont souligné qu'une étude réalisée au niveau national et sur une période de temps plus longue montrerait probablement un impact budgétaire intéressant.

Enfin, une étude française [21] a mené pendant 1 an une démarche de formation et d'EPP chez 60 médecins généralistes sur 5 thèmes définis (vaccination, dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus, évaluation du risque cardio vasculaire, tenue du dossier médical et permanence de soins). 4 séances en GAPP étaient organisées, et complétées par la visite au cabinet des participants d'un médecin chargé d'évaluation. Les audits de pratique réalisés avant et après cette action ont montré un impact positif sur chacun des thèmes abordés (amélioration du taux de couverture vaccinale, augmentation du nombre de patientes bénéficiant d'une mammographie ou d'un frottis, indication du poids et de la taille dans les dossiers...).

Une autre étude réalisée en 2008 dans la région de Lyon a souligné l'intérêt des GAPP pour la prévention des événements indésirables liés aux soins [22].

La participation à un GAPP permet au médecin de porter un regard critique sur ses pratiques et de répondre à l'obligation déontologique et réglementaire d'EPP [23, 24]. Les obligations d'EPP et de FMC ont été renforcées par les lois d'août 2004 qui ont prévu un dispositif de soutien, de contrôle et de sanction [25, 26]. Même si ces sanctions n'ont jamais été exercées,

notre étude a montré qu'à partir de 2006 de nombreux groupes ont été créés dans le département, sans doute dans l'idée de répondre à cette obligation d'EPP.

La loi *hôpital, patients, santé et territoires*, adoptée en juin 2009 [27], a modifié ce cadre réglementaire en introduisant le concept de développement professionnel continu (DPC) qui regroupe les activités de FMC et d'EPP. Les décrets d'application n'étant toujours pas finalisés, le DPC suscite de nombreuses interrogations quant à ses futures modalités opérationnelles. Dans l'attente de précisions sur le dispositif on a vu que la plupart des médecins impliqués dans des GAPP pensaient faire valoir cette activité au titre du DPC. La SFMG a, pour ce faire, proposé à ses adhérents de renforcer la méthode, de désigner un animateur du groupe et d'introduire des séances portant sur un thème donné (en 2011 : l'optimisation de la prescription médicamenteuses chez les patients polypathologiques âgés de plus de 65 ans). Les médecins pourront ainsi être rémunérés par l'OGC en fin de parcours à hauteur de 690 € sous réserve d'avoir participé à l'ensemble de la démarche. L'animateur DPC sera également rémunéré.

Notre étude comporte certaines limites. D'abord, la méthode de recensement utilisée ne permet pas de garantir l'exhaustivité des groupes existants dans le département. En l'absence de dispositif d'enregistrement des groupes il est possible que certains groupes ne nous aient pas été signalés. De plus, les canaux qui nous ont permis de repérer les groupes ont pu conduire à des biais de sélection avec une sur-représentation des praticiens en lien avec MG Form ou avec le département de médecine générale. Enfin les données étaient déclaratives ce qui peut introduire des biais d'information. Cependant le fait d'avoir pu observer une réunion dans la moitié des groupes a permis de contrôler certaines données.

CONCLUSION

Cette étude a montré que l'implantation des GAPP s'est accélérée en Isère depuis 2006. Les médecins généralistes apprécient cette activité, le côté convivial des réunions, la possibilité de partager ainsi leurs expériences et leurs difficultés avec des confrères, mais également de remettre en cause et d'améliorer leurs pratiques.

Une incertitude plane sur l'avenir de cette façon d'évaluer les pratiques professionnelles car son intégration dans des programmes de DPC n'est pas évidente. Il faut espérer que le futur dispositif réglementaire donnera toute sa place à cette méthode d'évaluation des pratiques professionnelles.

THESE SOUTENUE PAR : Anne-Cécile PHILIBERT

TITRE : Les groupes d'échange de pratique entre pairs : un modèle de Développement Professionnel Continu en médecine générale

CONCLUSION

Le groupe d'analyse de pratique entre pairs (GAPP) est une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) utilisée depuis plusieurs années par les médecins généralistes français. Un GAPP est composé de 6 à 10 médecins de même spécialité, exerçant dans une même zone géographique, qui organisent des séances de travail régulières au cours desquelles ils présentent à tour de rôle des dossiers de patients choisis de façon aléatoire. Le but est d'analyser ses pratiques en se fondant sur les recommandations actuelles et sur l'*evidence based medicine* (EBM) ou médecine fondée sur les preuves.

L'objectif de ce travail était de faire le point sur l'implantation des GAPP en médecine générale dans le département de l'Isère, d'étudier leur fonctionnement et le profil des participants, et de recueillir leur opinion sur cette activité. Pour cela, un recensement des groupes existants a été réalisé en interrogeant les différents organismes professionnels susceptibles de les répertorier. Pour chaque GAPP identifié un des membres a été contacté afin de répondre à un questionnaire portant sur le fonctionnement général du groupe. Les participants ont été interrogés par un questionnaire portant sur leur profil et leur opinion. Pour chaque groupe une réunion était observée, afin de compléter les données recueillies sur le fonctionnement.

Le recensement des groupes s'est révélé difficile car aucun organisme ne les enregistrerait. Sur les 21 groupes identifiés en Isère, 16 GAPP ont finalement participé à l'étude, ce qui représentait 131 médecins généralistes.

Les groupes avaient une ancienneté de 1 à 10 ans, la plupart fonctionnaient de façon autonome

(sans être rattaché à un organisme de formation médicale continue (FMC) ou autre), les participants étaient en moyenne 8 par groupe. Les réunions étaient organisées au rythme de 8 par an, avec une durée de 1h40 environ, et permettaient de présenter des dossiers de patients choisis de façon aléatoire mais également d'aborder d'autres thèmes (cas difficiles, réseau de soin, problèmes administratifs etc...).

Le profil des participants était caractérisé par une forte représentation des femmes, des jeunes médecins et des maîtres de stage. Les participants étaient essentiellement des libéraux. Ils étaient très investis dans la FMC puisque 95% y participaient.



La satisfaction concernant le travail en GAPP était forte (moyenne de satisfaction 8,15/10). 98% des participants estimaient que le travail en GAPP améliorait la qualité des soins, et 75% que cela avait permis de changer leur méthode de travail.

Cette étude a permis de montrer que l'implantation des GAPP en Isère était en expansion, tout comme l'attrait des médecins généralistes pour ce type d'activité. En effet ceux ci apprécient le côté convivial de ces réunions, la possibilité qu'elles offrent de partager leurs expériences et leurs difficultés avec des confrères, mais également de remettre en cause et d'améliorer ses pratiques. Par ailleurs, les médecins participants s'interrogeaient sur la manière de faire reconnaître cette activité dans le cadre de leur obligation de développement professionnel continu (DPC) qui est mentionné dans la loi hôpital, patient, santé, territoire (ou loi HPST) de 2009.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

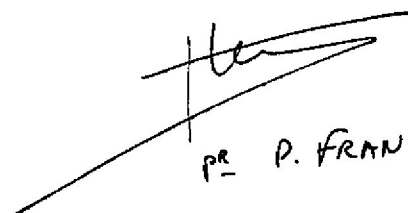
Grenoble le 16/2/2012

LE DOYEN

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER
FACULTÉ DE MÉDECINE
GRENoble

LE PRESIDENT DE LA THESE



PR. P. FRANCOIS

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Haute Autorité de Santé. Les groupes d'analyse de pratiques entre pairs. HAS. 2006; <http://www.has-sante.fr> [consulté le 14 juill 2011].
- [2] Code de déontologie médicale. Legifrance. <http://www.legifrance.gouv.fr> [consulté le 26 août 2011].
- [3] Société Française de Médecine Générale. Document de recherche en médecine générale n°59. 2001; <http://www.sfmng.org> .
- [4] Beyer M, Gerlach FM, Flies U, Grol R, Król Z, Munck A, et al. The development of quality circles/peer review groups as a method of quality improvement in Europe. Results of a survey in 26 European countries. *Fam Pract.* 2003;20(4):443-451.
- [5] David S, Bal G, Sellier E, François P. Organisation et modalités de fonctionnement des revues de mortalité-morbidité d'un centre hospitalier universitaire. *Risques & Qualité.* 2009;6(4):2004-210.
- [6] Porco H. Groupes de pairs : enquête en Rhône-Alpes auprès de 83 médecins généralistes, méthodes de travail et caractéristiques des médecins généralistes travaillant en groupes de pairs. Thèse Médecine Grenoble: 2001.
- [7] Wintz F. Groupes de Pairs : état des lieux en Alsace en 2007. Enquête auprès des Groupes de Pairs alsaciens : fonctionnement et bilan de satisfaction. Thèse Médecine Strasbourg: 2007.
- [8] Gamel S. Les groupes de pairs en médecine générale : opinion des participants lorrains. Thèse Médecine Nancy: 2005.
- [9] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en région Rhône-Alpes, situation au 1er janvier 2009. Ordre National des Médecins. 2009; <http://www.conseil-national.medecin.fr> [consulté le 14 juill 2011].
- [10] Caulin C. Vidal Recos - 150 synthèses de recommandations thérapeutiques. 3^e éd. Issy les Moulineaux: Vidal; 2009.
- [11] La Rédaction. Les groupes de pairs de la SFMG. *Rev Prat Med Gener.* 2005;19(692/693):584-586.
- [12] Société Française de Médecine Générale. Carte de France des Groupes de Pairs 2008. SFMG. http://www.sfmng.org/groupe_de_pairs/ [consulté le 26 août 2011].
- [13] Gerlach FM, Beyer M, Römer A. Quality circles in ambulatory care: state of development and future perspective in Germany. *Int J Qual Health Care.* 1998;10(1):35-42.

- [14] Wensing M, Broge B, Kaufmann-Kolle P, Andres E, Szecsenyi J. Quality circles to improve prescribing patterns in primary medical care: what is their actual impact? *J Eval Clin Pract.* 2004;10(3):457-466.
- [15] Arnould P, Raineri F, Hebbrecht G, Arnould M, Duhot D. Typologie comparée des médecins généralistes participants à un groupe de pairs. *SFMG.* 2007; http://www.sfm.org/groupe_de_pairs/.
- [16] OGC. Formation Professionnelle Conventionnelle : Rapport d'activité 2009. Organisme Gestionnaire Conventionnel de la FPC des médecins libéraux. 2009; <http://www.ogc.fr/chiffres-cles/donnees-globales.php> [consulté le 14 juill 2011].
- [17] Prescrire Rédaction. Cercles de qualité médecins-pharmaciens suisses : intérêt confirmé. *Rev Presc.* 2008;28(297):542-544.
- [18] Niquille A, Ruggli M, Buchmann M, Jordan D, Bugnon O. The nine-year sustained cost-containment impact of swiss pilot physicians-pharmacists quality circles. *Ann Pharmacother.* 2010;44(4):650-657.
- [19] Riou F, Piette C, Durand G, Chaperon J. Results of a 12-month quality-circle prescribing improvement programme for GPs. *Br J Gen Pract.* 2007;57(540):574-576.
- [20] Wensing M, Broge B, Riens B, Kaufmann-Kolle P, Akkermans R, Grol R, et al. Quality circles to improve prescribing of primary care physicians. Three comparative studies. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2009;18(9):763-769.
- [21] Castelain E, Bouche P. Groupes d'échange de pratiques et optimisation de la prise en charge en médecine générale. *Rev Prat Med Gener.* 2003;17(628):1370-1374.
- [22] Figon S, Chanelière M, Moreau A, Le Goaziou M-F. Impact des évènements indésirables sur la pratique de 15 médecins généralistes maîtres de stage. *Presse Med.* 2008;37(9):1220-1227.
- [23] Loi no 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999. *Legifrance.* <http://www.legifrance.gouv.fr> [consulté le 3 oct 2011].
- [24] Décret no 99-1130 du 28 décembre 1999 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'analyse de l'évolution des dépenses médicales. *Legifrance.* <http://www.legifrance.gouv.fr> [consulté le 3 oct 2011].
- [25] Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. *Legifrance.* <http://www.legifrance.gouv.fr> [consulté le 1 sept 2011].
- [26] Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. *Legifrance.* <http://www.legifrance.gouv.fr> [consulté le 1 sept 2011].
- [27] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *Legifrance.* <http://www.legifrance.gouv.fr> [consulté le 1 sept 2011].

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire sur les groupes d'analyse de pratique entre pairs

LE GROUPE

Nom du groupe :

Appellation : Groupe de Pairs Groupe d'analyse/d'échange de pratique
Autre :

Nombre de participants :

Zone géographique :

Date de création :

Structure encadrante : SFMG MG FORM VARAPP AUCUNE
AUTRE :

Existe t'il une charte (règlement intérieur) du groupe ? oui non

Si oui contient elle :

- les objectifs oui non
- la périodicité / la durée des réunions oui non
- les modalités de sélection des cas oui non
- les modalités de suivi des actions oui non

LES PARTICIPANTS

Les participants sont-ils tous médecins généralistes en exercice ? oui non
présence de internes retraités experts

Certains participants ont ils cessé de venir aux réunions ? oui non
Si oui pour quelles raisons ?

Le groupe comporte t'il de nouveaux participants ? oui non
Si oui combien ?

FONCTIONNEMENT

Nombre de réunions organisées par an :

Périodicité :

Nombre moyen de participants :

Durée, horaire :

Lieu de réunion :

Traçabilité :

Existence d'une liste des présents oui non

Rédaction d'un compte rendu de séance oui non

Ce compte rendu comprend t'il :

- un résumé des cas cliniques oui non
- les problèmes soulevés oui non
- les recherches prévues oui non
- autres :

Rédaction d'un bilan annuel oui non

Si oui celui ci contient t'il :

- le nombre de séances réalisées dans l'année oui non
- le nombre de cas présentés dans l'année oui non
- la liste des thèmes abordés oui non
- autres :

Existe t'il

- un modérateur oui non
- un secrétaire de séance oui non
- Sont ils tournants oui non

✓ Déroulement de la réunion :

Comment sont choisis les cas cliniques ?

- choix totalement aléatoire
- choix aléatoire mais thème imposé
- cas difficile
- autres

Chaque participant présente t'il un cas à chaque séance ? oui non

Le cas est t'il exposé à partir d'une grille de présentation ? oui non

préciser le type de grille utilisée :

Quels sont les autres thèmes abordés au cours de la séance ?

- réseau de soin
- problèmes de gestion du cabinet
- problèmes administratifs ou juridiques
- cas difficiles
- Autres ?

Combien de problèmes sont soulevés en moyenne par la présentation d'un cas clinique (lors de la séance) ?

Comment sont résolus les problèmes soulevés ?

- par le groupe lors de la réunion
 - par une recherche bibliographique immédiate / différée
- quelles ressources bibliographiques utilisez vous ?

- par la prise d'un avis d'expert
- autre

Les réponses aux problèmes non résolus sont ils présentés lors de la séance suivante ?

- oui non

A combien estimez vous que le pourcentage de problèmes résolus lors des séances du groupe ?

- < 20 % 20 à 50 % 50 à 80 % plus de 80 %

Rédigez vous des protocoles de soins au sein du groupe de pairs ? oui non

Réalisez vous des audits ? oui non

✓ Évolution du groupe

Êtes vous informés des modalités du nouveau DPC ? oui non

Envisagez vous de participer au DPC avec votre groupe de pairs ? oui non

Si oui de quelle manière ?

Pensez vous vous affilier à un organisme agréé ? oui non

Si oui lequel ?

Annexe 2 : Groupes d'analyse de pratique entre pairs : questionnaire participants

Nom du groupe :

Vous êtes : un homme une femme

Votre tranche d'âge : 20-30 ans 50-60 ans
 30-40 ans > 60 ans
 40-50 ans

Année de thèse :

Année d'installation :

Vous êtes installé : en cabinet de groupe
 seul

Vous travaillez : à temps plein
 à temps partiel

Êtes vous médecin généraliste ? oui non

si non merci de préciser votre activité :

Avez vous une activité complémentaire ? (ex : médecine du sport, homéopathie etc...)

Êtes vous maître de stage ? oui non

Donnez vous des cours à la faculté ? oui non

Vous exercez en temps que : libéral exclusivement
 médecin salarié (précisez)
 activité mixte
 remplaçant

vous exercez dans une commune : rurale
 semi rurale
 urbaine

Depuis quand êtes vous membre du groupe ?

A combien de réunions participez vous en moyenne par an ?

Participez vous à d'autres formes de FMC ? oui non

Si oui lesquelles et avec quelle fréquence ?

	jamais	rarement	1 fois/an	souvent (>1 fois par trimestre)
FMC conventionnelle (séminaires indemnisés de 1 ou 2j) ou groupes locaux de FMC				
formations organisées par l'université				
presse médicale				
soirées de l'industrie pharmaceutique				
congrès				
internet et sites médicaux				
réseaux de soins				
autres (.....)				

SATISFACTION

Pensez vous que le groupe de pairs améliore la qualité des soins ? oui non

Pensez vous que votre méthode de travail a changé depuis que vous participez au groupe de pairs ?

oui non

sur quels plans ?

Quel(s) intérêt(s) trouvez vous aux séances de votre groupe de pairs ?

	peu important	moyennement important	important	très important
convivialité				
motivation du travail en groupe				
résolution de problèmes d'une séance à l'autre				
meilleure connaissance de l'environnement médical				
partage de l'expérience des confrères				
lieu d'écoute qui permet d'évoquer des cas difficiles, des erreurs médicales...				
remise en cause de ses pratiques				
amélioration des relations entre confrères				
Autres *				

* Précisez :

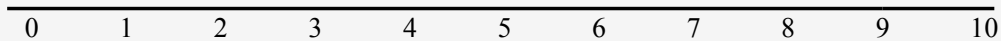
.....

.....

Selon vous, quelles améliorations faudrait il apporter au fonctionnement du groupe de pairs ?

Globalement, êtes vous satisfait de votre participation à un groupe de pairs ?

échelle de satisfaction : 0 = pas du tout satisfait
10 = pleinement satisfait



Pensez vous poursuivre cette activité ? oui non

Annexe 3 : Grille de présentation de cas clinique de la SFMG



Société Française de Médecine Générale

sfmfg@sfmg.org

Grille d'aide à l'analyse de la pratique et à la présentation des cas cliniques en Groupe de Pairs®

1.1. IDENTIFICATION Date de la réunion :

Identifiant du groupe¹ :
Nom et prénom du médecin :
Numéro de dossier du patient :
Date de la consultation :

1.2. PATIENT

Les éléments suivants sont notés dans le dossier :

Sexe: H F

Age :

Quel est le poids du patient :

Cette mesure date t-elle de moins de 6 mois:

oui non

Pour les adultes quelle est la dernière profession exercée (y compris pour les retraités)

Consultation

Visite

Vu seul

Accompagné

Médecin Traitant : oui Non

Patient connu

Patient nouveau

Patient occasionnel

Famille suivie

1.3. DONNEES MEDICALES

► Motif(s) de consultation exprimé(s) par le patient :

La présence d'allergie(s) est notée dans le dossier :
Laquelle ou lesquelles ?

oui

Si non l'absence d'allergie(s) est elle notée?

oui NR²

Identifiant du groupe¹ : code postal suivi des 3 premières lettres de votre ville
suivi du numéro du groupe dans la ville

NR² : non renseigné

- ▶ **La présence d'addictions (alcool, tabac, cannabis,...) est notée dans le dossier ?**
oui
lesquelles ?
Si non l'absence d'addictions est elle notée ? oui NR2

- ▶ **La présence de facteurs de risque personnels et/ou familiaux utiles à la prise de décision est notée dans le dossier ?**
oui
lesquels ?
Si non l'absence de facteur de risque est elle notée? oui NR2

- ▶ **Les vaccins sont notés dans le dossier** oui NR2
Le médecin a connaissance du calendrier vaccinal de l'année en cours ?
oui non
Les recommandations du calendrier vaccinal de l'année en cours sont elles appliquées? oui non NSP3
Si non quelles en sont les raisons ?

- ▶ **Antécédents personnels utiles à la prise de décision :** oui non
lesquelles ?

1.3.1.

- ▶ **Analyse sémiologique et éléments utiles à la prise de décision**

- ▶ **Diagnostics retenus (résultats de consultation)**
 - 1.
 - 2.
 - 3.
 - 4.
 - 5.
 - 6.
 - 7.
 - 8.
 - 9.
 - 10.

- ▶ **Risque(s) Grave(s)**

NR² : non renseigné
NSP³ : ne sait pas

1.4. En consultation, ou pour remplir la grille, avez vous vérifié pour un au moins des problèmes pris en charge que votre décision était conforme aux données validées (vous pouvez vous aider du DReFC) ?

► **Oui**

- pas de donnée retrouvée
 citez la(es) donnée(s) retrouvée(s) (AFSSAPS, HAS, données validées de la science)

Titre 1 :
Année Auteur

Titre 2 :
Année Auteur

Titre 3 :
Année Auteur

Titre 4 :
Année Auteur

► **Non**

- citez les données dont vous connaissiez le contenu

Titre 1 :
Année Auteur

Titre 2 :
Année Auteur

Titre 3 :
Année Auteur

Titre 4 :
Année Auteur

- autres raisons

1.5. Facteurs décisionnels liés à d'autres déterminants

- ▶ *La patient est suivi par un autre praticien* Oui Non
- ▶ *Attentes et préférences du patient :* Oui Non
- ▶ *Offre locale de soin⁴ :* Oui Non
- ▶ *Soutien social⁵ :* Oui Non
- ▶ *Attentes préférences du médecin :* Oui Non
- ▶ *Gestion de la consultation (temps, fatigue, matériel) :* Oui Non
- ▶ *Autre(s) facteur(s)* Oui Non

Le(s)quel(s) :

1.6. DECISIONS PRISES : conseils, surveillance, prescriptions, AT, hospitalisation, avis spécialisé, etc...

▶ *Concernant la sécurité de la prescription*

Le **poids** est mentionné sur l'ordonnance oui non

Le **sexe** est mentionné sur l'ordonnance oui non

La **fréquence des prises** des médicaments est inscrite en intervalle de temps
oui non NSP³

▶ *Ordonnance est informatisée* oui non

1.7. PROBLEMES SOULEVES PAR LE MEDECIN : Indiquer leur résolution ou leur non résolution

NSP³ : ne sait pas

Offre locale de soin⁴ : centre d'IRM trop éloigné, pas d'ophtalmologiste, manque d'infirmiers, pas de moyen de transport, hôpital trop éloigné...

Soutien social⁵ : pas de famille, pas de voisin, problème financier...

LISTE DES ABRÉVIATIONS

DMG : Département de Médecine Générale

DPC : Développement Professionnel Continu

EBM : Evidence Based Medecine

EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles

FMC : Formation Médicale Continue

GAPP : Groupe d'Analyse de Pratique entre Pairs

HAS : Haute Autorité de Santé

OGC : Organisme de Gestion Conventionnel

SFMG : société Française de Médecine Générale

SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

UNAFORMEC : Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 gratuitement à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité 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.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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.