



HAL
open science

Freins au développement des groupes d'échange et d'analyse des pratiques (GEAP) en Gironde

Elsa Trefeil

► **To cite this version:**

Elsa Trefeil. Freins au développement des groupes d'échange et d'analyse des pratiques (GEAP) en Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01522082

HAL Id: dumas-01522082

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01522082>

Submitted on 12 May 2017

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

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

Université de Bordeaux
U.F.R. des sciences médicales
Année 2017

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement
Par Elsa TREFEIL
Née le 18 décembre 1986 à SARLAT-LA-CANEDA (24)

THESE N°53

Le 09 mai 2017

**FREINS AU DEVELOPPEMENT DES
GROUPES D'ECHANGE ET D'ANALYSE DES
PRATIQUES (GEAP) EN GIRONDE.**

DIRECTEUR DE THESE : Dr Nathalie LAJZEROWICZ

JURY :

Pr Jean-Philippe JOSEPH	Président du jury
Dr Sylvie DUHAMEL	Juge et Rapporteur
Pr François PETREGNE	Juge
Pr Gérard DUCOS	Juge

LE SERMENT D'HIPPOCRATE (1):

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

« *En toute chose, nous ne pouvons être jugé que par nos pairs* »
(2)

Honoré de Balzac

RESUME :

Les GEAP (Groupes d'échange et d'analyse des pratiques) sont une méthode de formation médicale continue qui apparait comme conviviale et motivante et bien adaptée à la médecine générale. Pourtant ces groupes sont peu répandus en Gironde.

L'objectif de ce travail était de comprendre quels sont les freins qui limitent le développement de ces groupes en Gironde. Les objectifs secondaires étaient d'identifier les connaissances des médecins sur ces GEAP et de rechercher ce qui en constituait pour eux les points positifs. Une méthode qualitative avec la réalisation de trois *focus groups* a été utilisée. Le premier groupe était constitué de sept médecins généralistes installés en libéral, le deuxième groupe comprenait sept médecins généralistes installés appartenant déjà à un GEAP et le dernier groupe était constitué de quatre internes en troisième année. Les trois principaux obstacles au développement des GEAP, retrouvés lors des discussions, ont été le temps investi, les difficultés de création d'un groupe et la peur des répétitions et de la lassitude. Nous avons aussi pu identifier le manque de connaissance comme étant un des facteurs limitant le développement de ces groupes. On retrouvait en revanche une image positive de ces groupes en tant que méthode de formation continue, puisque selon les médecins interrogés, ils permettaient une mise à jour des connaissances et l'abord de multiples sujets variés. De nombreux points positifs étaient aussi cités et en particulier l'adéquation avec la pratique de la médecine générale, l'interactivité et les échanges existant au sein des GEAP, l'égalité entre pairs et l'absence de jugement qu'on retrouve dans ces groupes.

La facilitation de la création de GEAP et la généralisation des enseignements au cours du troisième cycle sous forme de GEAP pourraient favoriser le développement de ces groupes. Cette implémentation a déjà commencé à être mise en œuvre puisque dès 2017, les cours de troisième cycle de médecine générale à l'université de Bordeaux seront effectués sous forme de GEAP. On ne peut donc qu'espérer que cette méthode étant désormais intégrée dans le cursus de 3ème cycle, le développement, à l'avenir, des GEAP intégrés dans l'exercice professionnel des médecins, devient probable.

ABSTRACT :

The Peer-Review groups are a Continuing Medical Education (CME) method that appears to be user-friendly, motivating and well adapted to general practice. Yet these groups are not very widespread in Gironde.

This work's aim was to understand the impediments which limit the development of these groups in Gironde. Secondary objectives were to identify doctors' knowledge about peer review groups and to investigate what constituted positive aspects for them. A qualitative method with three focus groups was used. The first group was constituted by seven general practitioners, the second group comprised seven general practitioners who were already members of a peer review group and the last group was constituted by four medical interns. The three main obstacles to the development of peer review group, which were reflected in the discussions, were the time invested, the difficulties of creating a group and the fear of repeat and tiredness. We were also able to identify lack of knowledge as one of the factors limiting the development of these groups. On the other hand, there was a positive image of these groups as CME. Indeed, according to the doctors interviewed, they allowed knowledge's update and approached multiple subjects. Many positive points were also cited: the adequacy with general practice, the interactivity and the exchanges existing in a peer review group, the equality between peers and the lack of judgment found in these groups.

Facilitate the creation of peer review groups and the widespread use of this groups during initial education could improve their development. This has already started because, since 2017, third cycle teaching in general medicine at Bordeaux's University will take place in the form of peer review groups. We can only hope that this method being integrated during university, the development of peer review group will increase as CME for general practitioners.

REMERCIEMENTS :

Cette thèse est le résultat d'un travail de près de 3 ans. J'aimerais adresser tous mes remerciements aux personnes qui m'ont aidé pour la réalisation de celle-ci.

En commençant par remercier tout d'abord le Docteur Nathalie LAJZEROWICZ, directrice de cette thèse, pour son aide précieuse, sa disponibilité et pour tout le temps qu'elle m'a consacré.

Merci au jury :

Le Professeur Jean Philippe JOSEPH, pour les informations et l'aide qu'il m'a apporté. Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse.

Le Dr Sylvie DUHAMEL, pour avoir accepté d'être rapporteur. Merci de votre travail de relecture et de corrections et pour vos conseils.

Le Pr Gérard DUCOS, pour son aide précieuse pour la réalisation des focus groups. Merci d'avoir accepté d'être le modérateur lors de la réalisation de ces groupes et merci pour vos conseils.

Le Pr François PETREGNE, pour avoir porté de l'attention à mon travail. Merci d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse.

J'aimerais aussi remercier tous les médecins qui ont accepté de participer à cette thèse par l'intermédiaire des entretiens individuels et des discussions de groupe et qui nous ont permis d'obtenir ces résultats. Et en particulier, merci aux médecins du groupe de pairs® de Créon qui nous ont accueilli au sein de leurs locaux.

A mon chéri, l'homme de ma vie, un énorme merci pour ta présence, ton soutien sans faille. Merci de m'avoir encouragé et motivé chaque fois que j'en avais besoin et merci pour toute ta patience et ton aide lorsque l'informatique ne fonctionnait pas comme je l'aurais souhaité.

Merci à ma famille et à mes amis pour leur soutien et l'intérêt porté à ce travail. Et surtout pour toutes les fois où vous avez compris lorsque « je ne voulais pas en parler ».

I.	INTRODUCTION	9
II.	CONTEXTE	11
A.	LA FORMATION MEDICALE CONTINUE	11
B.	LES GROUPES D'ECHANGES ET D'ANALYSE DES PRATIQUES	17
C.	QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS.....	20
III.	MATERIEL ET METHODE.....	21
A.	TYPE D'ETUDE.....	21
B.	POPULATION DE L'ETUDE.....	21
C.	MATERIEL	22
1.	Elaboration du guide d'entretien	22
2.	Enregistrement des séances	25
D.	RECUEIL DES DONNEES	26
1.	Réalisation des séances de groupe.....	26
2.	Modérateur et observateur	26
E.	MODE D'ANALYSE DES DONNEES	26
IV.	RESULTATS.....	27
A.	CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS	27
1.	FOCUS GROUP A	27
2.	FOCUS GROUP B	29
3.	FOCUS GROUP C.....	31
B.	ANALYSE DES FOCUS GROUPS.....	33
1.	Freins au développement des GEAP en Gironde	33
2.	Connaissances et ressenti à propos des GEAP	40
3.	Points positifs des GEAP.....	44
V.	DISCUSSION	50
A.	DISCUSSION DE LA METHODE	50
1.	Type d'étude	50
2.	Population	51
3.	Outils.....	54
4.	Déroulé	55
5.	Analyse	56

B.	DISCUSSION DES RESULTATS	57
1.	Les freins perçus	57
2.	Les points positifs ressentis.....	59
3.	Méconnaissance des GEAP.....	62
VI.	PERSPECTIVES	63
VII.	CONCLUSION.....	67
VIII.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	68
IX.	ANNEXE.....	71
1.	Annexe 1 : Questionnaire des entretiens individuels	71
2.	Annexe 2 : Caractéristiques des médecins interrogés en individuel et retranscription des entretiens.....	72
3.	Annexe 3 : Guide d'entretien focus group A et C.....	80
4.	Annexe 4 : Guide d'entretien <i>focus group</i> B	81
5.	Annexe 5 : Focus Group A	82
6.	Annexe 5 : Focus Group B	98
7.	Annexe 7 : Focus Group C	109
8.	Annexe 8 : Tableaux des occurrences avec les citations correspondantes	117
9.	Annexe 9 : Réforme du DES de médecine générale	148

I. INTRODUCTION

Une des missions fondamentales des médecins est de maintenir leurs connaissances à jour. Ce fondamental est inscrit dans le serment d'Hippocrate : «Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés »(1)

Ce principe est aussi inscrit dans la loi depuis 1996 à travers la Formation Médicale Continue (FMC) qui est devenue en 2009 le Développement Professionnel Continu (DPC).

Avec le développement de cette notion de formation médicale continue, sont apparues de nombreuses méthodes différentes de formations. Les formations les plus connues et les plus répandues sont les formations présentielles (enseignement direct) mais il en existe de nombreuses autres (formations en groupe, analyse de dossiers, enseignement et recherche...)

Suite à un des cours de troisième cycle de médecine générale, lors du cinquième semestre de mon internat, j'ai été amenée à participer à une séance d'un Groupe d'Echange et d'Analyse des Pratiques (GEAP). Je ne connaissais pas cette méthode de formation et cela a été une vraie découverte car je l'ai trouvée extrêmement intéressante et conviviale, permettant des échanges constructifs.

Pourtant j'ai été surprise par la suite, en recherchant spontanément l'existence de groupes similaires, de réaliser que cette méthode est peu connue et peu répandue en Gironde.

Pour ce travail, nous avons décidé de nous intéresser à ces GEAP. Cette méthode répond aux besoins de Formation Médicale Continue selon le Développement Professionnel Continu (DPC) par une approche de type « analyse de cas ». Elle apparaît également conviviale et motivante car permet le partage d'expériences et de cas vécus entre praticiens exerçant la même spécialité et permet surtout d'être axée sur l'exercice courant de la médecine générale et donc parfaitement adaptée à la pratique.

Nous avons choisi d'effectuer ce travail afin de comprendre quelles sont les raisons qui limitent le développement des GEAP en Gironde. Pour tenter de répondre à cette problématique, nous avons choisi une méthode qualitative par la réalisation de *focus groups* concernant 3 types d'exercice.

Dans ce travail, nous avons d'abord présenté quelques rappels sur la Formation Médicale Continue et sur ce que sont les GEAP.

Dans un second temps, nous avons expliqué ce qu'a été notre méthode pour la réalisation de ce travail.

Ensuite, dans un troisième temps, nous avons présenté les résultats que nous avons pu obtenir grâce à cette étude.

Et enfin, nous avons discuté des limites de cette étude et des perspectives qui peuvent être envisagées par rapport aux résultats de ce travail.

II. CONTEXTE

A. LA FORMATION MEDICALE CONTINUE

La formation médicale continue (FMC) est très importante en médecine car les connaissances, les prises en charges et les traitements évoluent en permanence et il faut se tenir au courant afin d'avoir une pratique la plus optimale et la plus adaptée pour nos patients. Le CN FMCH (Conseil National de la Formation Médicale Continue des médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens exerçant dans les établissements publics de santé et dans les établissements de santé privés participant au service public Hospitalier) estime qu'environ 50% des connaissances sont obsolètes au bout de 7 ans (3), la FMC est donc indispensable pour garantir la qualité d'exercice des médecins.

A l'origine, la FMC était inscrite dans le Code de déontologie du médecin, article 11 (reprenant l'article R.4127-11 du code de santé publique) (4) : « Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue ».

L'obligation de formation continue a été introduite en 1996 par l'article L 367-2 du code de la Santé Publique(5) qui stipule que « l'entretien et le perfectionnement de ses connaissances constituent pour chaque médecin un devoir professionnel »

L'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles est introduite pour les médecins par la loi du 13 août 2004, article L 4133-1-1 du code de la Santé Publique (6), relatif à la réforme de l'Assurance maladie, qui en fait une démarche obligatoire pour tout médecin : « l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles constitue une obligation pour les médecins exerçant à titre libéral... »

En 2009, la FMC a été modifiée pour devenir le Développement Professionnel continu (DPC). Selon l'article 59 de cette loi (loi n° 2009-879 du 21 juillet) (7) , le DPC a pour objectifs « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ».

Créé depuis le 1er juillet 2012, l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC) est un groupe émanant conjointement du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé et de l'Assurance Maladie. L'OGDPC assure la

gestion du DPC, il enregistre les organismes de formation habilités à fournir des formations de DPC et il participe au financement du DPC.

La liste des méthodes et modalités de DPC a été élaborée en collaboration avec la Fédération des spécialités médicales et le Collège de la médecine générale. Selon le collège de la HAS (Haute Autorité de Santé) en janvier 2013, il existe 6 grandes méthodes possibles sur lesquelles doivent se baser les organismes de DPC (8)

- une approche à dominance pédagogique ou cognitive (formation en groupe ou en individuel)
- une approche à dominance d'analyse des pratiques (gestion des risques, revue de dossier et analyse de cas, indicateurs, analyse de parcours de soins, analyse de parcours professionnel)
- une approche intégrée à l'exercice professionnel (gestion des risques en équipe, exercice coordonné protocolé pluri professionnel)
- les dispositifs spécifiques (accréditation des médecins exerçant une spécialité ou une activité à risque, accréditation des laboratoires de biologie médicale, programme d'éducation thérapeutique, protocole de coopération, formation professionnelle tout au long de la vie (professionnels paramédicaux)
- l'enseignement et la recherche (publication d'un article scientifique, recherche clinique en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité, maîtrise de stage, formateurs pour des activités de DPC)
- la simulation (session de simulation en santé, tests de concordance de script).

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (Loi n°2016-41 article L. 4021-1) (9) précise que « le développement professionnel continu a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé. Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques. L'engagement dans une démarche d'accréditation vaut engagement dans une démarche de développement professionnel continu. »

En juillet 2016, l'OGDPC a été remplacé par l'Agence nationale du Développement Professionnel Continu (AgenceDPC) (10).

Pour satisfaire à cette obligation de DPC, l'Agence nationale du DPC met à disposition les actions et programmes autorisés. Ces programmes doivent satisfaire à certaines exigences (11) :

- Action cognitive : approfondissement des connaissances
- Action d'analyse des pratiques professionnelles : réflexion sur la démarche et les caractéristiques de la pratique professionnelle
- Gestion des risques : identifier, évaluer et prioriser des risques relatifs aux activités d'un métier ou d'une organisation

L'offre de formation est extrêmement variée et diversifiée et peut être effectuée selon différentes méthodes. L'AgenceDPC (12) propose un moteur de recherche permettant de trouver une formation utile et nécessaire.

Les différentes méthodes de formation proposées sont :

- Formations en groupe
- Formation individuelle
- Analyse des pratiques
- Gestion des risques
- Revue de dossiers et analyse de cas
- Analyse d'indicateurs
- Analyse de parcours de soins
- Analyse de parcours professionnel
- Approche intégrée à l'exercice professionnel
- Dispositifs spécifiques
- Enseignement et recherche
- Simulations

Détail des différentes méthodes proposées sur le site de l'Agence DPC (12) :

En groupe

[cocher/décocher tout](#)

- Formation présentielle (congrès scientifique, séminaire, colloque, journée, atelier, formation interactive, formation universitaire...)
- Revue bibliographique et analyse d'articles

Individuelle

[cocher/décocher tout](#)

- Formation à distance (e-learning, supports écrits et numériques...)
- Formations diplômantes ou certifiantes (autres que les D.U. validés par les CSI et la CSHCPP)

Analyse des pratiques

[cocher/décocher tout](#)

Gestion des risques

[cocher/décocher tout](#)

- Revue de mortalité et de morbidité (RMM), Comité de retour d'expérience (CREX), Revue des erreurs médicamenteuses (REMED)
- Analyse a priori des risques (analyse de processus, Analyse des modes de défaillances et de leurs effets : AMDE...)

Revue de dossiers et analyse de cas

cocher/décocher tout

- Groupe d'analyse de pratiques, staff des équipes médico-soignantes ou médico-techniques, pratiques réflexives sur situations réelles
- Réunions de concertation pluridisciplinaire
- Revue de pertinence

Indicateurs

cocher/décocher tout

- Suivi d'indicateurs
- Registres, observatoire, base de données
- Audit clinique

Analyse de parcours de soins

cocher/décocher tout

- Chemin clinique
- Patients traceurs (en développement)

Analyse de parcours professionnel

cocher/décocher tout

Approche intégrée à l'exercice professionnel

cocher/décocher tout

Dispositifs spécifiques

cocher/décocher tout

- accréditation des médecins exerçant une spécialité ou une activité à risque (art. 16 de la Loi 2004-810 du 13 août 2004)
- programme d'éducation thérapeutique (art. 84 de la Loi 2009-879 du 21 juillet 2009)
- protocole de coopération (art. 51 de la Loi 2009-879 du 21 juillet 2009)
- formation professionnelle tout au long de la vie (professionnels paramédicaux)
- accréditation des laboratoires de biologie médicale (ordonnance 2010-49 du 13/01/2012 et art. L.6221-1 du CSP)
- certification des coordinations hospitalières de prélèvement d'organes et/ou de tissus

Enseignement et recherche

cocher/décocher tout

- Publication d'un article scientifique
- recherche clinique en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité
- maîtrise de stage (en développement)
- Formateurs pour des activités de DPC

Simulation

rechercher/décocher tout

session de simulation en santé

Test de concordance de script (TCS)

Parmi ces formations, on retrouve, sur ce site, les GEAP qui appartiennent à la catégorie « Revue de dossiers et analyse de cas ». Ils nous ont parus très intéressants de par leur concordance avec les axes de formation données par la HAS : en effet il s'agit d'une approche par analyse de dossiers et donc parfaitement adaptée à la pratique. En effet, étant basé sur l'analyse d'un cas rencontré au cours de l'exercice professionnel, il correspond parfaitement à la pratique quotidienne en médecine générale.

De plus, bien que classé dans la catégorie « Revue de dossiers et analyse de cas », il intègre aussi d'autres approches de formation continue telle que la revue de littérature et l'analyse d'articles.

B. LES GROUPES D'ÉCHANGES ET D'ANALYSE DES PRATIQUES

Les GEAP sont des groupes d'échanges et d'analyse des pratiques. Ces groupes sont apparus en France à la fin des années 1980.

Ils consistent en des réunions régulières de médecins généralistes entre pairs. Ces réunions vont porter sur l'analyse de cas cliniques rencontrés dans leur pratique (cas choisis au hasard ou selon un thème en fonction des différents groupes) afin d'actualiser ses connaissances sur les sujets abordés mais aussi de pouvoir s'appuyer sur une approche collective de confrères travaillant dans les mêmes conditions. Selon plusieurs études, ce concept permet une amélioration des pratiques professionnelles. (13) (14)

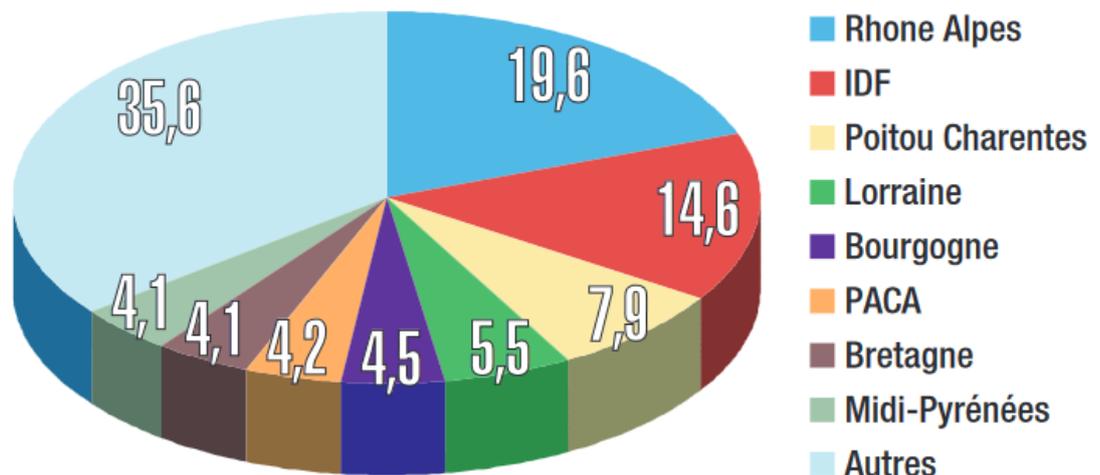
Il existe différents GEAP avec des fonctionnements différents, le plus structuré et le plus connu est celui des Groupes de Pairs® de la SFMG (Société Française de médecine Générale). En France, les Groupes de pairs® sont apparus en 1987. Leur nom vient des Pays Bas « Peers Groups » mais tandis qu'aux Pays Bas ces groupes se destinent à l'audit, la SFMG a privilégié l'étude et la critique des pratiques dans le but de l'améliorer. Leur fonctionnement est défini selon certains critères (15) :

- « Un Groupe de pairs® est un groupe de médecins de la même spécialité se réunissant régulièrement sans hiérarchie entre eux, dans un climat de confiance favorisant la liberté de parole qui font une analyse argumentée de la pratique quotidienne centrée sur la présentation de cas cliniques, tirés au sort s'appuyant sur l'expertise collective »
- Une séance de groupe de pairs® se déroule en trois temps :
 - 1er temps : le temps casuistique avec présentation de cas cliniques choisis de façon aléatoire, présentés à l'aide d'un modèle et discutés par l'ensemble du groupe
 - 2e temps : échanges sur le parcours et la coordination des soins
 - 3e temps : temps libre au cours duquel le groupe peut faire une revue de littérature, apporter les réponses aux questions posées à la séance précédente, aborder un sujet de son choix, exposer un cas clinique complexe rencontré...

Il existe très peu de groupes de ce genre en Gironde. Selon Catherine Martin, secrétaire à la SFMG, interrogée par mail le 25 juillet 2016, seuls 3 groupes de pairs® SFMG sont référencés en Gironde actuellement.

Selon cette publication de la SFMG de 2007(16), la répartition de ces groupes de pairs® référencés SFMG est très disparate selon les régions. A cette période, la région où l'on retrouvait le plus grand nombre de ces groupes était Rhône Alpe, l'Aquitaine n'étant même pas représentée seule compte tenu du faible nombre existant (cf schéma ci-dessous).

Répartition nationale des Groupes de Pairs ® en 2007 (16)



Concernant les GEAP non référencés SFMG, étant donné leur appartenance possible à différents organismes, il est plus difficile de les recenser. Une recherche effectuée sur le site de l'Agence Nationale du DPC (12) le 30 août 2016 pour rechercher les formations disponibles en Gironde en médecine générale par le biais de Groupes d'analyse de Pratiques retrouve 32 résultats. Un nombre donc plus important mais encore minoritaire comparé aux 219 formations proposées en Gironde en médecine générale à la même date toutes catégories confondues (soit environ 14%).

Mais il existe d'autres départements français où les GEAP sont bien plus présents, en particulier dans le Nord et l'Est de la France. Par exemple dans le Bas Rhin, à la même date sur le site de l'Agence Nationale de DPC, on retrouve 75 formations en médecine générale disponibles par Groupes d'Analyse de Pratiques sur un total de 159 (Soit environ 47%).

Ces groupes sont aussi beaucoup plus répandus dans certains pays étrangers (17) (18). En effet, aux Pays Bas, au Royaume Uni, au Danemark, en Belgique, en Irlande, en Suisse, en Allemagne, en Suède et en Autriche, les GEAP sont une méthode de formation répandue et reconnue.

Country	No. of QCs/PRGs in general practice	Percentage of GPs in QC/PRG	Main objective/method of PRGs
Countries with high activity in the field of QI by peer review			
Austria	110	9	C A Q G O
Belgium	602 ^a	75-80 ^a	C A G O
Denmark	275 ^a	85 ^a	C A Q G
Germany	700	20	C Q O
Ireland	120	60	C A Q
The Netherlands	800	78,3 ^a	C Q G O
Norway	40-60	25	C A G
Sweden	200	40	C A
Switzerland	400	20-30	C A Q G
UK	x	86 ^a	C A Q
Countries with little/no activity in the field of QI by peer review			
Croatia	8 ^a	5 ^a	C Q G
Czech Republic	10	1-2	C Q G O
Estonia	-	-	-
Finland	5-10	10	C G O
France	-	-	-
Greece	4 ^a	10-15	C G O
Hungary	-	-	-
Iceland	-	-	-
Israel	x	30	C
Italy	-	-	-
Lithuania	-	-	-
Malta	-	-	-
Poland	4-5	3	C Q
Portugal	-	-	-
Slovenia	2 ^a	2 ^a	G
Spain	-	-	C A Q G ^b

^a Exact, other values are estimated.
^b See text.
- = no activity; x = missing data.
Main concern/method: C = CME; A = clinical audit; Q = QM/QI; G = guidelines; O = other.

Figure 1 : Number of QCs/PRGs, percentage of participation and main objective/methods (17)

Ce tableau montre que dans certains pays européens, le pourcentage de médecins généralistes appartenant à un GEAP est très important : 75 à 80% en Belgique, 85% au Danemark, 86% au Royaume Uni alors que d'autres pays ont une participation très faible telle que la France dont le pourcentage n'est même pas répertorié tellement il est peu important.

Nous nous sommes donc demandés pourquoi il existait si peu de groupes de ce genre en Gironde

C. QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS

Le travail de mémoire de Pédagogie du Dr N. Lajzerowicz sur les GEAP présenté en décembre 2013 (19) s'était heurté à plusieurs obstacles du fait du faible nombre de GEAP en Gironde et de la difficulté de les recenser. Ses recherches montraient des réticences tant pour la création de ces groupes que pour leur pérennité.

Concernant les obstacles à la création d'un GEAP, ce travail retrouvait principalement des refus des médecins à participer pour des raisons de contraintes de temps. En effet, le temps investi et le fait que les formations soient le soir après une journée de travail étaient une contrainte pour les médecins interrogés. D'autres réponses négatives étaient dues à un ressenti d'investissement trop important demandé en participant à un de ces groupes. On retrouvait aussi des refus liés à la peur du jugement des autres.

Le recensement des GEAP déjà existants avait aussi été un obstacle durant ce travail car la SFMG et MGForm, pour des raisons de confidentialité, ne voulaient pas donner l'identité des groupes existants. Ces difficultés de contact et d'identification des groupes entraînaient donc eux aussi des obstacles pour la création ou le développement des GEAP. Nous avons donc décidé de réaliser un travail de recherche complémentaire afin d'essayer de mieux comprendre et explorer ces limites et réticences.

Notre question de recherche a donc été la suivante : Quels sont les freins au développement des GEAP parmi les médecins généralistes en Gironde ?

L'objectif principal était de trouver quelles étaient les raisons du faible nombre de GEAP existants en Gironde.

Les objectifs secondaires étaient :

- Identifier les connaissances et la perception qu'avaient les médecins concernant les GEAP en recherchant ce qu'ils pensaient de ces groupes en tant que méthode de formation.
- Percevoir leur analyse en recherchant ce qui constitue pour eux les points positifs de ces groupes.

III. MATERIEL ET METHODE

A. TYPE D'ETUDE

Afin de répondre à ces questions, nous avons choisi d'utiliser une méthode qualitative, observationnelle et déclarative par Focus Group auprès de médecins généralistes de Gironde.

B. POPULATION DE L'ETUDE

Notre étude a porté sur des médecins généralistes des Gironde. Ils ont été recrutés par sollicitation de volontaires, soit par téléphone ou par mail, soit par recrutement direct lors de soirées habituelles de formation en groupe de médecins généralistes.

Il n'y a pas eu de critères d'exclusion : tous les médecins volontaires étaient acceptés quel que soit leur âge, leur sexe, leur nombre d'années d'exercice.

C. MATERIEL

1. Elaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien est le support qui permet à l'animateur de la séance de mener la discussion avec les membres du groupe et de rester ciblé sur les questions de recherche. Il fallait donc trouver des questions simples et concises, sans jugement de valeur risquant d'influencer les participants mais permettant d'explorer le plus pleinement possible notre sujet.

Pour cela, nous avons donc d'abord réalisé un questionnaire comprenant quatre questions globales et ouvertes et nous l'avons testé au préalable en entretien individuel.

Cinq entretiens individuels ont été réalisés avec des médecins généralistes. La sélection de ces médecins s'est faite par téléphone en prenant les cinq premiers qui avaient accepté de nous recevoir en entretien individuel. Chaque entretien a été enregistré avec l'accord du médecin concerné puis retranscrit. Certaines caractéristiques (âge, sexe, méthode de formation habituelle, nombre d'années d'exercice) de ces médecins ont été recueillies puis les entretiens ont été anonymisés lors de la réécriture.

Pour ces entretiens individuels, un questionnaire comprenant 4 questions ouvertes (annexe 1) avait été réalisé afin d'explorer les thèmes nous intéressant. Le choix avait été de poser des questions très générales, ouvertes afin de laisser la plus grande marge de réponse possible, et de pouvoir identifier le plus d'informations possibles à inclure dans le guide d'entretien, support des focus groups ultérieurs.

Les 4 questions initiales étaient :

Relative aux connaissances

- Connaissez-vous les groupes d'échange et d'analyse des pratiques (GEAP) ? Comment les définiriez-vous ? Qu'est-ce qu'ils évoquent ou représentent pour vous ?

Le but de cette question était de chercher les principales notions/idées qu'évoquent les GEAP pour les médecins généralistes, de définir ce qu'ils en connaissent et la façon dont ils se les représentent.

Relative aux perceptions et ressentis

- Que pensez-vous de cette méthode en tant que formation médicale continue ? Quels sont selon vous les points forts et points faibles par rapport aux autres méthodes ?

Nous cherchions à savoir ce que pensent les médecins de cette formation et à identifier les points positifs ou au contraire les contraintes qu'ils identifient.

Relatives au comportement

- Quelles sont les raisons qui vous ont amené à participer à un GEAP ou au contraire pourquoi n'y avez-vous jamais participé ?

Le but était de comprendre comment ceux qui y participaient y avaient été amenés et inversement.

- Pour ceux qui n'y ont encore jamais participé, qu'est ce qui pourrait vous amener à participer à un GEAP plutôt qu'une autre méthode de formation ? Ou au contraire, qu'est ce qui fait que vous n'avez aucune envie de participer à un de ces groupes ?

L'objectif était de rechercher ce qui pourrait encourager les médecins à participer à cette méthode, comment promouvoir cette méthode de formation et rechercher ce qui peut rendre les médecins réticents à participer à des GEAP pour voir ce qui pourrait être amélioré.

Dès la fin du deuxième entretien individuel, il s'est avéré que les questions paraissaient incomplètes pour explorer pleinement le sujet et une cinquième question a été ajoutée :

- Qu'est-ce que vous aimeriez que cette formation vous apporte de plus ou de différent par rapport à d'autres méthodes de formation ?

Enfin, ces entretiens individuels (annexe 2) ont été étudiés afin de rechercher les différents thèmes et items abordés et cités. Puis ces items ont été rassemblés et classés par catégories pour réaliser le guide d'entretien final qui a été utilisé pour les focus groups.

- Connaissances sur les GEAP :

Définition

But de ces groupes

Mode de déroulement des réunions

Thème, sujets

Validation, conformité DPC

➤ Représentations des médecins concernant ces GEAP:

Avis en tant que méthode de formation

Mise à jour des connaissances

Complémentarité / opposition par rapport autres formations

Ouverture ou fermeture aux spécialités

Compétences

Retentissement sur l'exercice

➤ Freins et obstacles qui pourraient limiter la participation à ces groupes

Absence de connaissance de ces groupes

Répétition, lassitude

Temps d'organisation, locaux

Présence, implication participants

Absence de proposition de participation

Souhait d'essayer ou pas

Points faibles

➤ Motivations qui pourraient donner envie d'y participer

Points forts

Relation avec les autres

Horaires, Fréquence, Flexibilité

Convivialité

Participants connus ou inconnus

Puis ces catégories ainsi que leurs items correspondant ont été sélectionnés selon les focus groups réalisés. Le guide d'entretien pour les focus groups A et C (annexe 3) sont les mêmes. En revanche pour le groupe B qui concernaient des médecins participant déjà à un groupe de pairs®, le guide a été un peu modifié (annexe 4) par exemple la question concernant la connaissance sur les groupes a été supprimée et remplacée pour rechercher les caractéristiques de ce groupe (création, mode de fonctionnement, référencement SFMG...)

2. Enregistrement des séances

Au début de chaque séance, nous informions les participants et leur demandions leur accord pour enregistrer les discussions qui se tiendraient durant le focus group.

Les séances des focus groupes ont été enregistrées par un dictaphone numérique de type « Olympus WS-831 » en mode *conférence*. Ce dictaphone était situé au milieu de la table des discussions pour chaque groupe, avec le micro positionné à la partie supérieure afin d'entendre la totalité des discussions.

D. RECUEIL DES DONNEES

1. Réalisation des séances de groupe

Pour les séances des focus group, les participants ont été prévenus par mail de la date et de l'heure de la séance prévue après avoir accepté de participer.

Pour chacun de ces groupes et après avoir demandé leur accord aux participants, la totalité de la séance a été enregistrée par un dictaphone. Les séances ont été animées par le Pr DUCOS en suivant les lignes des guides d'entretien. Pour le focus group A, deux observateurs (Dr LAJZEROWICZ et moi-même) étaient présents et prenaient des notes sur le langage non verbal et les prises de paroles puis pour les deux autres focus group, un observateur a été suffisant.

La discussion a ensuite été entièrement retranscrite en y ajoutant certains gestes ou attitudes de langage non verbal noté (annexes 5, 6 et 7).

2. Modérateur et observateur

Nous avons défini que le Pr DUCOS serait le modérateur compte tenu de son expérience et que la thésarde serait l'observateur accompagnée du Dr LAJZEROWICZ pour la conduite du premier groupe.

E. MODE D'ANALYSE DES DONNEES

Les discussions ont ensuite pu être analysées. Après avoir été retranscrites, elles ont été étudiées avec l'aide du logiciel d'analyse qualitative *N'VIVO*. Chaque discussion a été analysée avec le référencement de plusieurs occurrences (« nœud »). Puis ces nœuds ont été regroupés en grands thèmes répondant aux questions de recherches.

Des tableaux récapitulatifs pour les questions de recherche (annexe 8) ont ensuite été réalisés regroupant les différentes citations (appelées aussi références) en lien avec chaque occurrence. Ainsi pour chaque thème, on visualise chaque occurrence s'y rapportant et le nombre de citations en rapport pour chacun des focus groups. Des schémas ont aussi été réalisés permettant de bien visualiser les thèmes et le nombre d'occurrence dans chaque discussion.

IV. RESULTATS

A. CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS

Trois groupes ont été réalisés afin d'explorer la question chez différents groupes de sujets. Tout d'abord un groupe avec des médecins généralistes ne participant pas à des GEAP puis un groupe avec des médecins faisant partie d'un GEAP puis un groupe avec de futurs médecins non encore installés.

1. FOCUS GROUP A

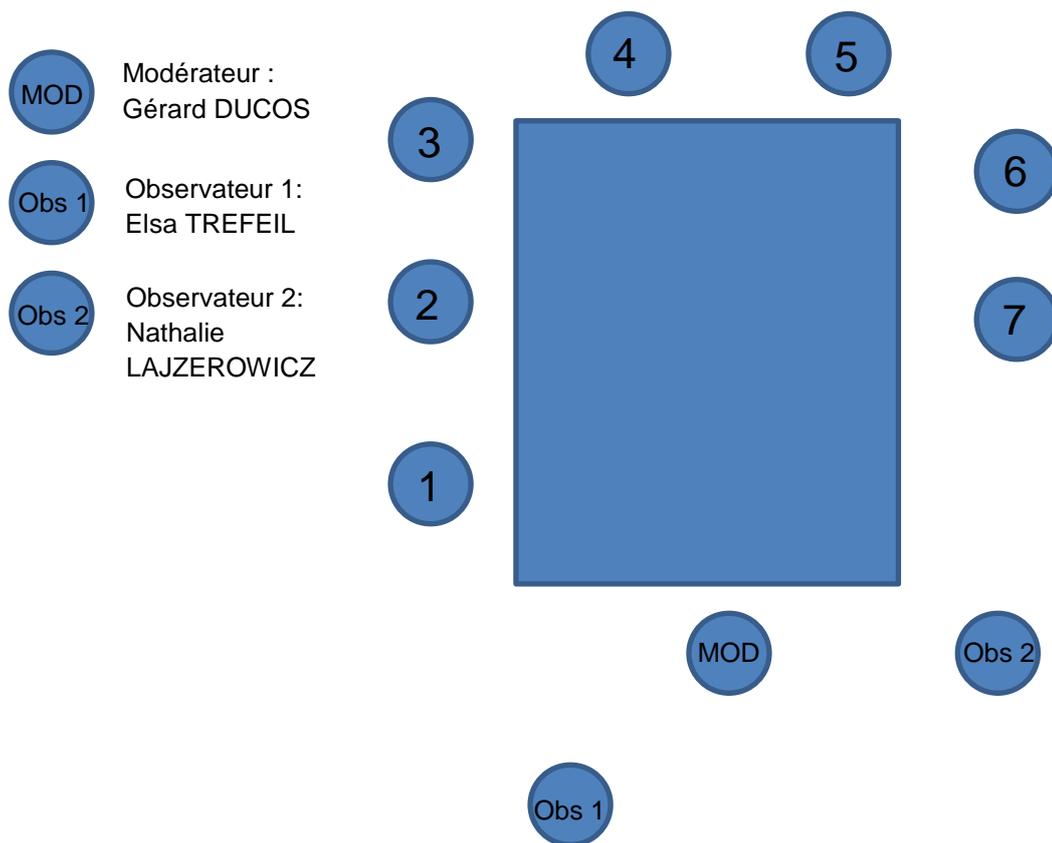
Le focus group A a été réalisé avec des médecins généralistes installés qui ne participent pas à des GEAP.

Sept médecins ont participé à ce premier focus group, 4 femmes et 3 hommes âgés de 29 à 69 ans. Six sont encore en exercice mais un des médecins était retraité depuis peu. Trois étaient de jeunes médecins, installées depuis moins de 10 ans et quatre avaient plus de 10 ans de pratique médicale en libéral.

Tous participaient à diverses méthodes de formation médicale continue présentielle de type formation par un médecin spécialiste lors d'un congrès ou d'une soirée organisée par un groupe médical. Un des médecins avait déjà participé à un Groupe de pair® et était en train d'en recréer un.

Ce focus group A s'est déroulé un soir dans une salle de l'Espace santé prêtée par l'université.

Schéma de la disposition des participants :



N° du participant	Sexe	Age (années)	Nb d'années d'exercice en libéral	Méthodes de formation habituelles
1	F	49	6	Formations présentiellees, recherches personnelles
2	M	69	27	Formations présentiellees, lecture d'articles
3	F	29	2	Formations présentiellees
4	M	44	12	Formations présentiellees
5	F	34	7	Avant faisait partie d'un groupe de pairs®, essaie d'en recréer un, formations présentiellees, lecture d'articles
6	M	66	35	Formations présentiellees
7	F	53	20	Groupes Balint, Formations présentiellees

2. FOCUS GROUP B

Le focus group B a été réalisé avec des médecins appartenant à un GEAP constitué. Ils nous ont accueillis au cours d'une de leur réunion et la discussion s'est déroulée à la place du temps casuistique de ce GEAP dans leur local habituel.

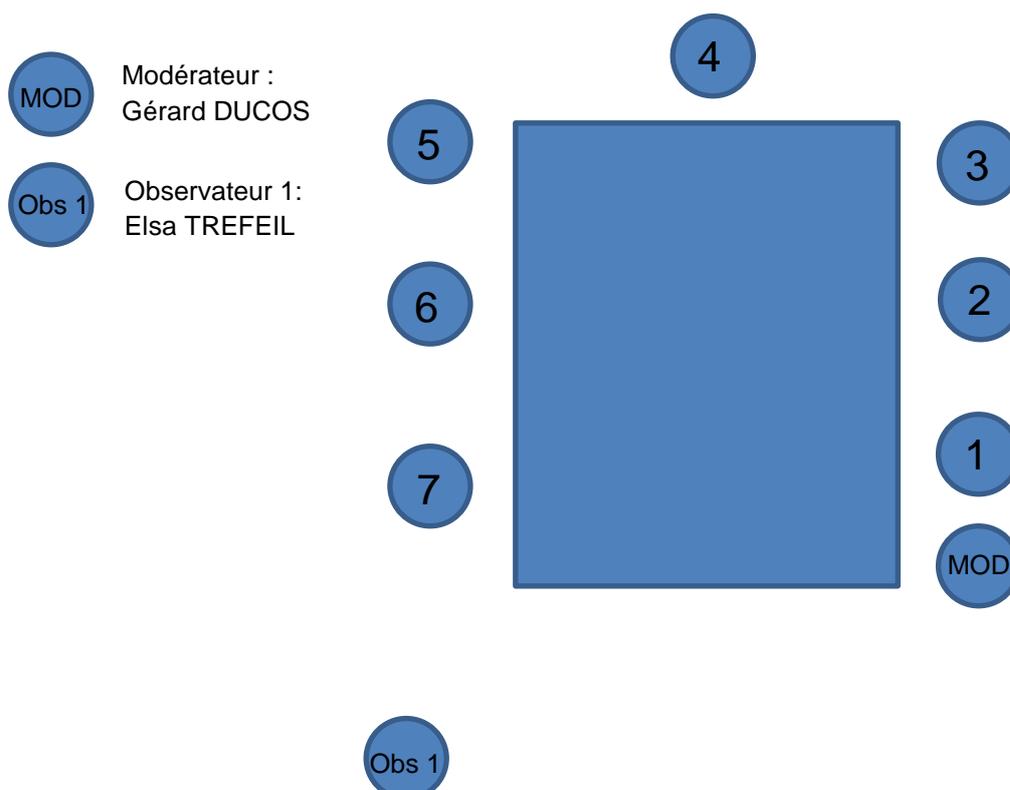
Sept médecins étaient présents à cette séance, quatre femmes et trois hommes. Ils étaient âgés de 33 à 57 ans et avaient tous une activité en médecine libérale.

Trois étaient de jeunes médecins installés depuis moins de 10 ans et 4 exerçaient depuis plus de 10 ans la médecine libérale.

Ce GEAP a été créé il y a 14 ans et deux des médecins présents étaient membres lors de la création de ce groupe.

Tous les médecins de ce focus group participaient à d'autres méthodes de formation continue en plus du GEAP.

Schéma de la disposition des participants :



N° du participant	Sexe	Age (années)	Nb d'années d'exercice en libéral	Premier GEAP ?	Nb d'années dans ce GEAP	Méthodes de formation habituelles en dehors du GEAP
1	F	33	3	Non	3	Groupes de pairs en tant qu'interne, formations présentielle, DU
2	M	38	6	Oui	6	DU, capacités
3	F	41	11	Oui	11	Lecture d'articles, formations présentielle
4	M	41	13	Oui	10	Groupes Balint, formations présentielle, lecture d'articles
5	M	45	15	Oui	14 (création de ce GEAP)	Formations présentielle
6	F	57	25	Oui	14 (création de ce GEAP)	Lecture d'article, internet, DU
7	F	39	3	Oui	3	Formations présentielle

3. FOCUS GROUP C

Le focus group C a été réalisé avec des internes en médecine générale donc de futurs médecins pas encore installés. Il a été réalisé lors de l'intercours vers 13h dans une salle de cours de l'université.

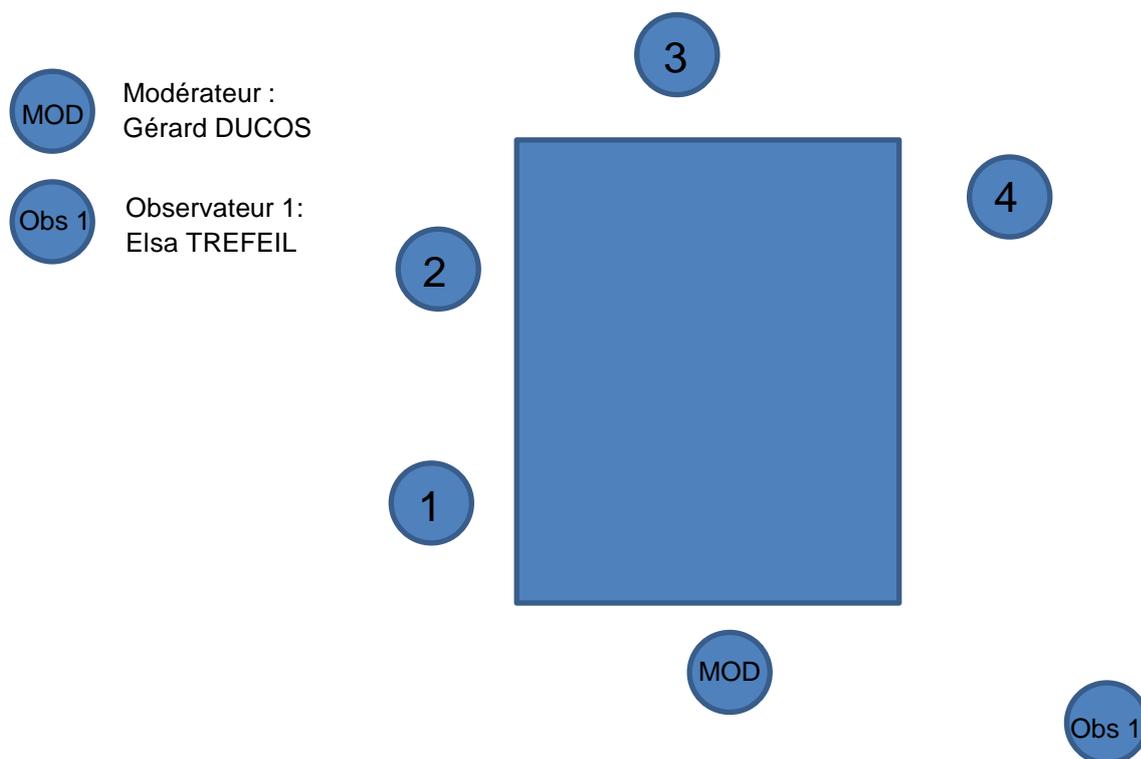
Seulement quatre internes étaient présents à ce focus group, toutes des femmes. Elles étaient âgées de 26 à 27 ans et étaient en 3^{ème} année d'internat.

Trois d'entre elles avaient déjà assisté à un GEAP : deux en tant qu'observatrices lors d'un stage en médecine générale et une y participait de manière active depuis 6 mois.

Toutes les quatre avaient déjà participé à une FMC au moins une fois lors d'un séminaire organisé par l'université.

Compte tenu du faible nombre de participants à ce groupe, la dynamique de groupe a été difficile à mettre en place et les informations qui ressortent de ce groupe sont incomplètes. Néanmoins nous avons quand même choisi de l'inclure car elles peuvent permettre d'apporter un éclairage différent par rapport aux informations recueillies dans les autres groupes.

Schéma de la disposition des participants :



N° du participant	Sexe	Age (années)	Année de formation	Méthodes de formation déjà utilisées
1	F	27	3 ^{ème} année d'internat	Journées professionnelles organisée par la fac, congrès des internes de MG, a déjà assisté à un groupe de pairs® chez son maitre de stage
2	F	26	3 ^{ème} année d'internat	FMC organisée par la fac, EPU et participe à un groupe de pairs® depuis 6 mois
3	F	27	3 ^{ème} année d'internat	FMC organisée par la fac, formations présentiellees en petit groupe par un spécialiste invité
4	F	26	3 ^{ème} année d'internat	FMC de la fac et a déjà assisté à un groupe de pairs® lors de son stage chez le praticien

B. ANALYSE DES FOCUS GROUPS

Lors de l'analyse des discussions des trois focus groups, dix-neuf occurrences ont été identifiées, c'est-à-dire dix-neuf idées qui sont revenues à plusieurs reprises même si évoquées de différentes façons. Chaque citation correspondant à une occurrence a donc été classée avec les phrases correspondant à la même occurrence et ce dans chaque groupe. Puis ces occurrences ont été classées en tableaux en fonction du thème auxquelles elles correspondaient. (Ces tableaux sont disponibles en annexe 8.)

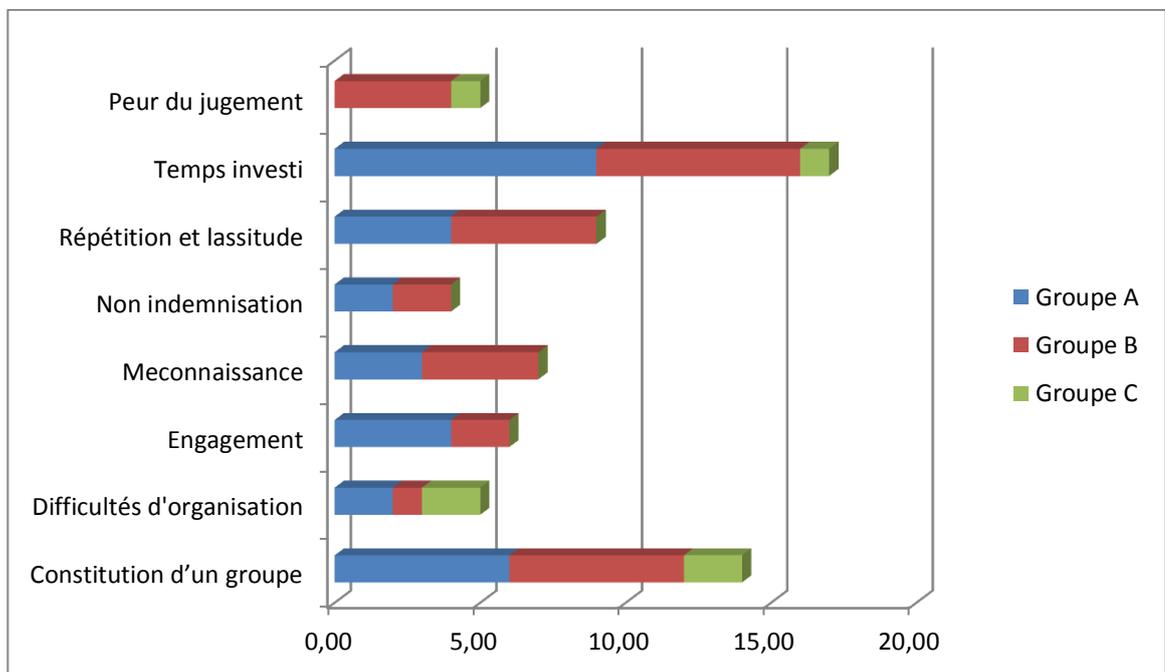
Nous avons identifié trois thèmes principaux correspondant aux trois questions que nous nous étions posé dans nos objectifs de recherche.

Le premier thème correspond à l'objectif principal c'est-à-dire comprendre quelles sont les raisons qui font que peu de GEAP existent en Gironde et pourquoi les médecins participent si peu à ce type de groupe.

Les deux autres thèmes constituent les questions secondaires qui sont d'identifier les connaissances des médecins sur les GEAP, leur ressenti et de rechercher quels sont pour eux les points positifs de ces GEAP afin de mieux préciser les éléments qui pourraient les inciter à y participer.

1. Freins au développement des GEAP en Gironde

FREINS ET OBSTACLES (nombre de références par focus group)



Notre objectif principal dans cette étude était de trouver les raisons expliquant le faible nombre de médecins participant à des GEAP en Gironde. Nous avons donc recherché les freins et les obstacles selon ces médecins.

a) Focus group A

1- Le temps investi

Dans le groupe de médecins généralistes installés ne participant pas à des GEAP (focus group A), la raison la plus fréquemment mentionnée était le temps investi. 9 références ont été encodées dans ce groupe concernant le temps que les GEAP demandent aux participants ce qui est clairement une limite pour ces médecins comme ils le disent « *le principal problème, c'est le temps* » ou encore « *j'ai déjà suffisamment à faire, pour moi le problème c'est le temps, la disponibilité* ».

2- Constitution d'un groupe

Le deuxième obstacle le plus fréquemment abordé dans ce groupe de médecins généralistes est la difficulté à créer un GEAP. 6 références ont été encodées à propos de la difficulté de constitution d'un groupe. Selon les intervenants les difficultés peuvent venir de la sélection des participants « *Je crois que la question surtout, c'est avec qui les faire ? Avec qui monter un groupe de pair® ? Avec des gens du coin ? Des gens du même cabinet ? Pas du même cabinet ? Des gens avec qui on s'entend ? Avec qui on ne s'entend pas ?* », ou du recrutement « *le recrutement, moi c'est ça qui me parait le plus difficile* ».

3- L'engagement

Les médecins du groupe A ont aussi cité à plusieurs reprises (4 références encodées) l'engagement vis à vis d'un de ces GEAP comme étant une contrainte : « *On peut vivre ça comme une contrainte...parce qu'un groupe présentiel, tout le monde s'en fout si tu ne viens pas* », « *La culpabilité, l'angoisse de devoir manquer, c'est un frein à l'inscription, à l'engagement dans un groupe d'échange de pratiques* ».

4- La répétition et la lassitude

De même, 4 références ont été retrouvées dans ce groupe de médecins concernant les répétitions et la lassitude qui pour eux sont un frein à la participation à

un GEAP : « ressortir toujours les mêmes choses », « il doit y avoir une répétition, une lassitude ».

5- Méconnaissance des GEAP

Ensuite, on a retrouvé 3 références à la méconnaissance de ces GEAP dans le groupe A « *Je ne sais pas comment c'est fichu ces groupes, comment ça se déroule* ». Outre ces références encodées, on peut penser que l'absence de connaissance est même plus importante car lors d'une question du Pr Ducos sur le fonctionnement de ces groupes, personne ne répond pendant plusieurs secondes avant qu'un des participantes prenne la parole. Or il se trouvait que cette personne participait à un groupe de pairs® et donc en connaissait le fonctionnement mais tous les autres paraissaient donc ne pas avoir de connaissance sur le fonctionnement de ces groupes.

6- Non indemnisation et difficultés d'organisation

Parmi les derniers obstacles mentionnés par le groupe A, on a retrouvé à égalité avec 2 références chacun, la non indemnisation de ces séances « *C'est quelque chose de volontaire et de... comment dire... non rémunéré* » et les difficultés d'organisation « *les locaux peuvent être un frein, la distance* ».

b) Focus group B

1- Le temps investi

Dans le groupe de médecins généralistes appartenant à un GEAP (focus group B), la contrainte la plus fréquemment évoquée (7 références) a été le temps investi « *ça lui prenait trop de temps* », « *il faut quand même y aller et mettre du temps* », « *c'est plutôt l'emploi du temps qui pourrait me faire arrêter parce que je ne vois pas d'autres raisons* ».

2- Constitution d'un groupe

Juste après, en deuxième position avec 6 références, on a retrouvé la constitution d'un groupe qui est selon eux une difficulté importante limitant le développement des GEAP « *c'est très difficile seul d'aller chercher les confrères pour le créer* », « *et puis du coup quand t'essaie d'en constituer un tu passes 3 ou 4 coups de fil autour de toi et tu as l'impression d'être un OVNI donc tu t'arrêtes, tu laisses tomber* », « *Je pense que ce qui manque c'est cette création, cette volonté* ».

3- La répétition et la lassitude

Ensuite, ils ont cité la répétition et la lassitude (5 références) comme pouvant être un frein à ces GEAP « *on s'aperçoit que les groupes ils ont une durée de vie limitée en théorie et qu'ensuite ça s'arrête ou ils se redistribuent* ». Néanmoins selon eux, il suffisait d'amener de nouveaux projets ou de nouveaux membres porteurs d'idées nouvelles pour lutter contre cette lassitude « *à chaque période d'essoufflement, même si j'en ai pas vu beaucoup, mais pour la dernière on s'est réinventé derrière donc je ne suis pas inquiète de ça* », « *beaucoup évolué au fur et à mesure des années pour éviter l'épuisement* », « *Il y a eu des petites sensations d'épuisement (B6 acquiesce) mais on a été relancé par des projets nouveaux, des arrivées dans le groupe* ».

4- Méconnaissance des GEAP

Avec 4 références, on a ensuite retrouvé la méconnaissance de ces GEAP qui est selon eux un point important de leur non développement. Cela ne les concernait pas directement, bien sûr, puisqu'eux les connaissaient bien mais ils disaient y avoir été confrontés à plusieurs reprises avec certains de leurs confrères « *Et puis aussi tout simplement, je pense qu'il y a une méconnaissance, bêtement. (B1 et B6 acquiescent)* », « *c'est parce que les gens ne sont pas informés alors (B3 et B1 acquiescent). En formation vous avez tous été confrontés à des médecins qui vous disent « ah bon mais le groupe de pair® c'est quoi ? », on est tous confrontés à ça. B7 : C'est vrai qu'il n'y a pas d'information* », « *Moi je ne connaissais pas avant de rejoindre celui-ci et qu'on m'explique* ».

5- La peur du jugement

Avec de même 4 occurrences, on a retrouvé ensuite la peur du jugement évoquée par ces médecins appartenant à un GEAP. Eux même disaient ne pas y être exposés dans leur groupe mais pensaient qu'il pouvait s'agir d'une raison importante à la faible participation de médecins à des GEAP « *mais est ce que certains médecins n'auraient pas peur de venir s'exposer aux jugements des autres* », « *Il faut oser s'exprimer et ne pas avoir peur que les autres vous jugent* », « *je pense que ce qui pourrait me faire arrêter c'est si quelqu'un avait un regard ou une attitude de jugement* ».

6- L'engagement

Ensuite, avec 2 références, ces médecins du groupe B ont évoqué comme contrainte l'engagement et la rigueur que le groupe imposait pour fonctionner « *une de nos forces aussi, c'est quand même cette rigueur, parce qu'au bout de 20 ans, on pourrait juste venir, boire un coup, discuter de n'importe quoi [...] on est quand même toujours resté rigoureux* ».

7- Non indemnisation

Une autre limite (2 références) évoquée par ces médecins participant à un GEAP a été la non indemnisation « *ça demande de l'implication gratuite, on est là parce qu'on veut se former, on trouve ça utile mais il n'y a pas de contrepartie immédiate* ».

8- Difficultés d'organisation

Les difficultés d'organisation n'ont pas été jugées comme étant réellement une contrainte pour eux (1 référence) : « *ça tourne régulièrement. On choisit un lieu pour l'année en général* ».

c) Focus group C

Concernant, le focus group C, comme celui-ci ne comprenait que 4 personnes les informations retrouvées ne peuvent être considérées comme suffisantes mais elles permettent quand même d'apporter un avis différent, celui de jeunes médecins non encore installés.

1- Constitution d'un groupe et difficultés d'organisation

Seules quatre limites ont été évoquées dans ce groupe. Les deux premières avec 2 références chacune sont les difficultés liées à la constitution d'un groupe « *Il faut bien s'entendre. C2 : Oui, il faut avoir la même...enfin pas la même pratique mais au moins le même raisonnement* » et les difficultés d'organisation de ces GEAP « *au niveau date et toute l'organisation, plus on est, plus c'est compliqué* ».

2- La peur du jugement et le temps investi

Ensuite avec 1 référence chacune, les deux autres contraintes évoquées ont été la peur du jugement « *il peut y avoir un jugement* » et le temps investi « *quand on présente le cas et les questions qui en découlent, ça fait un gros quart d'heure et si on est 6 autour de la table ça fait 1h30 à ne parler rien que de ça [...] Au départ on commençait à 20h30 mais maintenant c'est 20h pour ne plus finir à 23h30* ».

d) Synthèse

En comparant les différentes raisons retrouvées par chacun de ces 3 groupes dans ces discussions, on s'aperçoit que les deux principaux freins évoqués pour ces GEAP ont été les mêmes dans les groupe A et B : le temps investi et les difficultés de création d'un groupe. Ces références sont aussi retrouvées même si moins souvent dans le focus group C.

La peur du jugement paraissait aussi être un frein important au développement des GEAP mais étrangement elle n'a été évoquée que par les groupes B et C c'est-à-dire des médecins participant déjà à des GEAP ou les jeunes médecins qui pour la plupart avaient déjà participés au moins une fois à un GEAP. Les médecins du groupe A ne l'ont été à aucun moment.

La répétition et la lassitude n'ont, elles, été évoquées comme un frein que par les groupes A et B c'est-à-dire les médecins installés. De même la

méconnaissance de ces groupes n'a pas été évoquée par le groupe C des jeunes médecins non installés.

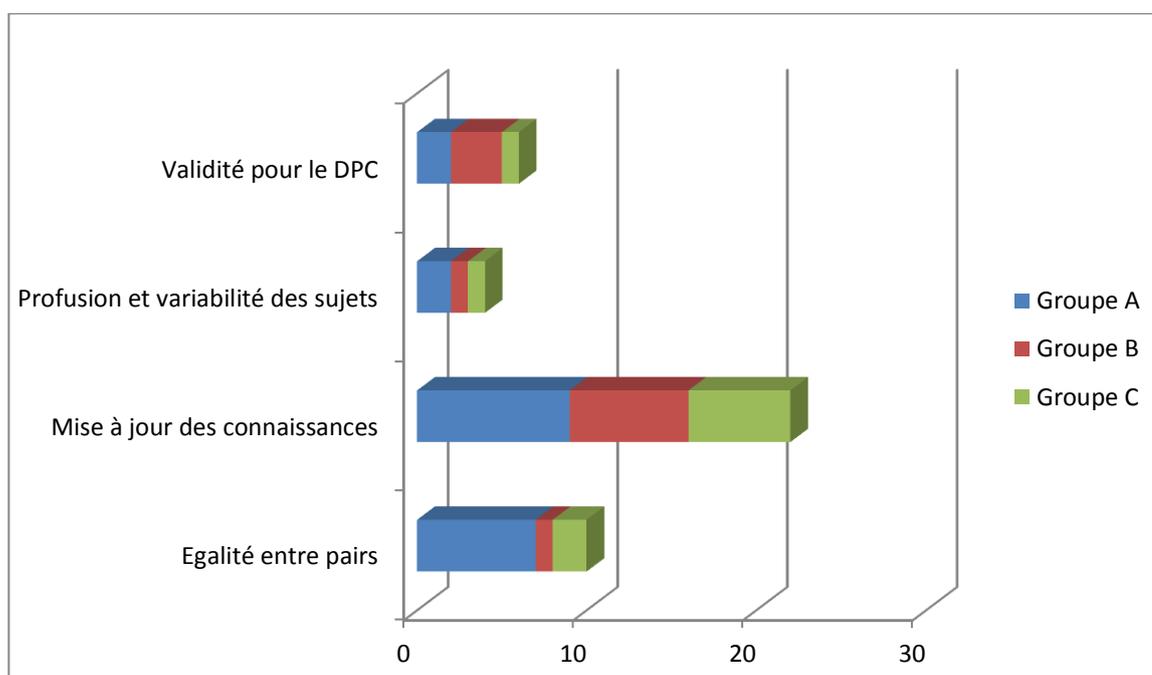
Notre questionnaire principal dans cette étude était de savoir quels étaient les obstacles au développement des GEAP en Gironde. Durant la réalisation de nos trois groupes, huit limites ont été évoquées qui étaient :

- la peur du jugement des autres
- le temps investi important que nécessite la participation à un GEAP
- la répétition et la lassitude dus à la répétition des séances avec les mêmes personnes
- la non indemnisation
- la méconnaissance de ces groupes
- l'engagement envers les autres participants que nécessite l'intégration d'un de ces groupes
- les difficultés d'organisation des séances (lieu, horaire...)
- les difficultés de création d'un GEAP (recrutement des participants, inscription...)

Parmi ces huit raisons, les trois motifs les plus fréquents ont été le temps investi, les difficultés de création d'un groupe et la peur des répétitions et de la lassitude.

2. Connaissances et ressenti à propos des GEAP

CONNAISSANCES ET RESENTI (nombre de références par focus group)



Dans nos objectifs secondaires, nous avons décidé d'explorer les connaissances que les médecins avaient à propos des GEAP et quel était leur ressenti par rapport à ces groupes en tant que méthode de formation en médecine générale.

Comme nous l'avons décrit au précédent paragraphe, la méconnaissance des GEAP était évoquée à plusieurs reprises par le groupe A de médecins généralistes installés ne participant pas à ce type de formation : certains n'avaient jamais entendu ce terme et ne connaissaient pas du tout ce type de formation, d'autres en avaient entendu parler mais ne savaient pas exactement comment cela se passait. Les médecins du groupe B participant à un GEAP rapportaient eux une méconnaissance de la part de leurs collègues vis-à-vis de ces groupes.

Nous avons donc étudié plus en détail quel était le ressenti vis-à-vis de ces groupes en tant que méthode de formation.

a) Focus group A

1- Validité pour le DPC

Dans le groupe de médecins généralistes du groupe A, on retrouvait 2 références où les GEAP étaient approuvés en tant que valide pour le Développement Professionnel Continu : « *C'est une forme du DPC oui* ».

2- Mise à jour des connaissances

Plusieurs de ces médecins considéraient que les GEAP permettaient une mise à jour des connaissances puisqu'on retrouvait un grand nombre de références. Cette idée a en effet été abordée 9 fois dans le groupe A: « *un bénéfice professionnel important de ce groupe de travail* », « *le principe de se former sur un thème qu'on n'a pas choisi, moi ça me semble être la seule solution pour compléter sa formation* », « *L'intérêt c'est la recherche documentaire* ».

3- Egalité entre pairs

Durant ce focus group A, on a aussi retrouvé un assez grand nombre de références puisque le sujet a été cité 7 fois qui évoquaient les GEAP comme un principe d'égalité: « *c'est vraiment des pairs* », « *il y a la notion d'égalité entre toutes les personnes qui sont autour de la table* », « *Oui, y'en a pas un qui peut se prévaloir d'être professeur ou autre* ».

4- Profusion et variabilité des sujets

On retrouvait aussi mais avec moins de références, seulement 2, la variabilité des sujets ressentie positivement par ces médecins du groupe A par rapport aux GEAP : « *le principe de se former sur un thème qu'on n'a pas choisi, moi ça me semble être la seule solution pour compléter sa formation parce que si on choisit son thème, on va aller là où on n'a pas besoin de compléter* ».

b) Focus group B

1- Validité pour le DPC

Dans le groupe de médecins généralistes appartenant à un GEAP (focus group B), la validité pour le DPC pour ces GEAP a été évoqué par 3 références : « *Ben il y a la question de savoir déjà si c'est bien une formation continue. Pour moi c'est une formation idéale* ».

2- Mise à jour des connaissances

La mise à jour des connaissances a été évoquée 7 fois et constituait donc un ressenti important de leur méthode de formation : « *Et puis sur le travail de recherche, je trouve que c'est ça qui est chouette, c'est qu'on a tous envie d'enrichir nos pratiques et d'apprendre des choses* », « *ce qui est vraiment important c'est ce qu'on apprend et ce que ça change dans notre pratique* ».

3- Profusion et variabilité des sujets

Ensuite, on a retrouvé à égalité avec 1 référence chacun la variabilité des sujets évoqués durant un GEAP « *Je progresse au moins dans 4 ou 5 domaines à chaque question qu'on se pose* » et le principe d'égalité: « *Comment ça s'organise ? Il y a un responsable ? (B3 fait non de la tête) B5 : C'est très partagé. B6 : C'est assez démocratique* ».

c) Focus group C

1- Validité pour le DPC

Concernant, le focus group C, celui de jeunes médecins non encore installés, 1 référence évoquait la validité pour le DPC : « *Ah oui je pense que c'est une formation médicale et de ce que j'ai entendu dire c'est ce qui marche le mieux pour qu'on retienne parce que les formations théoriques c'est moins parlant que de partir de cas qui nous frappent et où on en discute ensemble pour trouver des solutions. Enfin des réponses plutôt.* »

2- Mise à jour des connaissances

Ces jeunes médecins ont, eux aussi, un ressenti où les GEAP permettaient la mise à jour des connaissances puisque cette idée a été citée 6 fois : « *Et puis après il y a les recherches pour compléter sa formation* », « *C'est concret. C'est une vraie remise en question avec des changements de nos pratiques. Et puis ça nous parle et du coup on retient bien* », « *ça permet de s'interroger sur des choses qu'on fait machinalement, des choses où on ne se pose pas de questions habituellement et là le fait de choisir une consultation au hasard, ça fait émerger des questions sur des choses qu'on fait machinalement et sur lesquelles on ne se pose plus de questions alors qu'il peut y avoir une remise en question à faire la dessus. Et il faut actualiser nos connaissances aussi sur des choses qu'on fait depuis longtemps sans se poser de questions, sans savoir si finalement ça vient d'une reco, de ce que notre maitre de stage faisait, de ce que nous on avait fait en observant que ça marchait... (C1 acquiesce) GD : Ca impacte la pratique et les connaissances ? C1 : Oui* ».

3- Egalité entre pairs

Dans ce focus group C, on retrouvait 2 références concernant l'égalité au sein des GEAP : « *Parce qu'on est entre égaux et qu'il n'y a pas de jugement* ».

4- Profusion et variabilité des sujets

La variabilité des sujets a été évoquée mais avec seulement 1 référence par ces jeunes médecins du groupe C : « *C'est bien de choisir par moment des thèmes et par moment au hasard... Ça permet de réaliser que chaque situation peut amener des questions* ».

d) Synthèse

En comparant le ressenti concernant ces GEAP par ces 3 groupes différents de médecins, on remarquait que la validité pour le DPC de cette méthode de formation a été évoquée dans chacun des groupes mais de façon assez peu fréquente.

En revanche la mise à jour des connaissances a été citée très fréquemment et ce dans chacun des groupes et paraissait donc être un ressenti important des médecins vis-à-vis des GEAP.

L'égalité a été très fréquemment évoquée dans le groupe A qui est le groupe de médecins généralistes installés ne participant pas à un GEAP alors qu'il s'agissait d'un principe beaucoup moins souvent mentionné par le groupe de médecins appartenant déjà à un GEAP.

Dans ce travail, nous avons aussi choisi de travailler sur des objectifs secondaires. Un de ces objectifs était d'identifier les connaissances et la perception des médecins concernant les GEAP afin de comprendre comment ils considéraient ces groupes en tant que méthode de formation.

Ce travail montre quatre valeurs importantes des GEAP que les médecins des trois groupes ont évoqués :

- Pour eux, il s'agissait bien d'une méthode de formation valide pour le développement professionnel continu

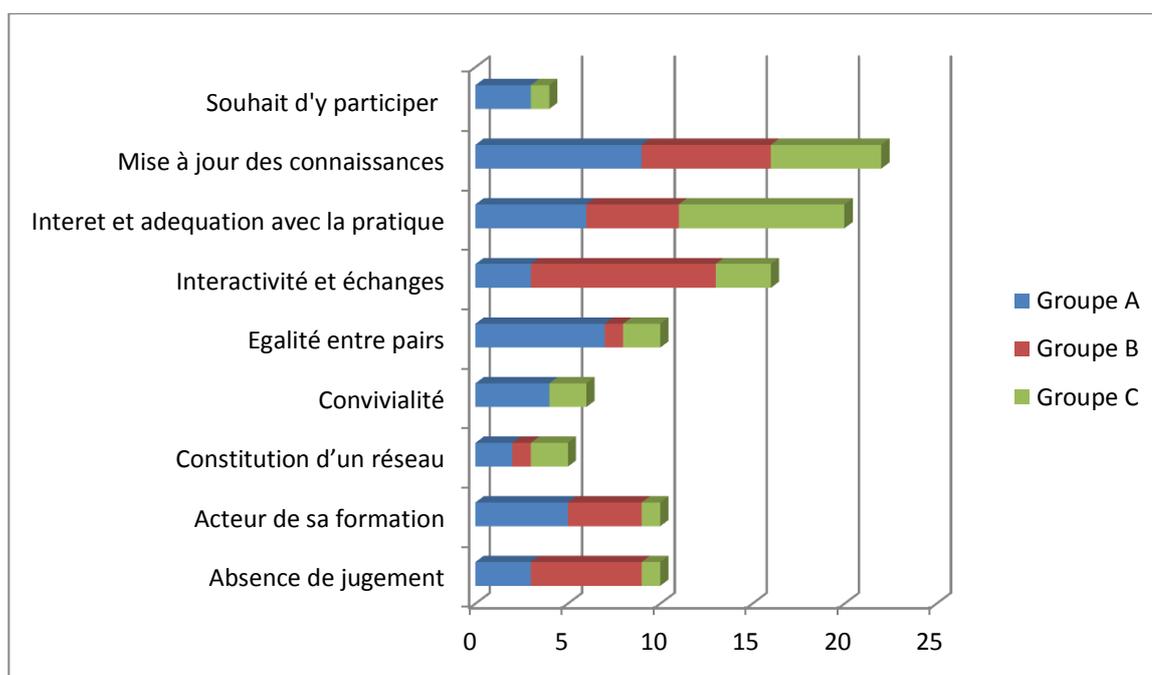
- Ils considéraient que cette méthode permet une très grande variabilité et une profusion des sujets.

- Ils pensaient que cette méthode permet la mise à jour des connaissances régulière des médecins

- L'égalité était selon eux une des valeurs importantes des GEAP en tant que méthode de formation

3. Points positifs des GEAP

POINTS POSITIFS DES GEAP (nombre de références par focus group)



Le deuxième objectif secondaire de cette étude était de trouver quels étaient les points positifs que les médecins généralistes identifiaient dans les GEAP afin de savoir quels avantages mettre en avant et promouvoir pour inciter les médecins à plus participer à ces groupes.

a) Focus group A

1- Mise à jour des connaissances et égalité

Dans le groupe A, de médecins généralistes installés n'appartenant pas à un GEAP, les deux points positifs les plus souvent cités par les médecins, avec respectivement 9 et 7 références, ont été la mise à jour des connaissances et le principe d'égalité qui ont été abordés au chapitre précédent et sur lesquels nous ne reviendrons donc pas.

2- Adéquation avec la pratique

Un des avantages les plus souvent cités par ces médecins du groupe A concernant les GEAP a été l'adéquation avec la pratique de médecin généraliste. On retrouvait 6 références pour ce sujet : « *c'est intéressant parce que c'est une recherche qu'on a fait nous-même et ce n'est pas le spécialiste* », « *Je trouve que ça permet d'avoir une vue très pratique et non pas très théorique comme dans les FMC où se sont souvent des profs de fac qui viennent nous apprendre des trucs. Là, on est vraiment face à notre pratique et à nous-même* ».

3- Acteur de sa formation

En lien avec cette adéquation avec la pratique, on a retrouvé aussi, cité 5 fois, un critère positif qui est le fait d'être acteur de sa formation : « *Actifs ! On est actifs, par rapport à une autre formation où on reçoit un énoncé* », « *Nous améliorer par nous-même* ».

4- Convivialité

Ensuite, avec 4 références, vient le point positif de la convivialité que les médecins de ce groupe A ont vu dans ces GEAP : « *chacun reçoit à son tour et offre à boire ou à manger* », « *Je pense que l'objectif c'est surtout ne pas se retrouver tout seul...Par rapport à une activité où on est seul, ça permet de rencontrer d'autres personnes* ».

5- Interactivité et échanges

Un autre critère positif cité par ces médecins généralistes ne participant pas à des GEAP a été l'interactivité et les échanges qui existent durant ces groupes qui a été cité 3 fois : « *s'échanger des informations* », « *un travail qui est constructif, avec des échanges intéressants* ».

6- Absence de jugement

Un autre élément positif que ces médecins ont crédité au GEAP, avec 3 références, a été l'absence de jugement durant ces groupes : « *sans jugement les uns des autres* », « *ça induit la notion de non jugement* ».

7- Constitution d'un réseau

Enfin, un des derniers aspects positifs qu'ils ont retrouvé dans les Groupes d'Echange et d'Analyse des Pratiques a été la constitution d'un réseau de médecins, cité 2 fois : « *un temps réseau où on échange sur le réseau local de médecins, de spécialistes, d'hôpitaux, de paramédicaux* ».

8- Souhait de participer

Au final, on retrouvait aussi 3 références de médecins notifiant leur souhait de participer à un de ces groupes : « *Moi je suis toujours ce fantasme, que je mettrais peut être à exécution si je déménage mon cabinet en banlieue, ce qui m'incitera à prendre contact avec mes nouveaux voisins. Donc ça c'est un projet géographique qui stimulera cette envie d'aller fonder un groupe de pair®* », « *Moi, y participer oui ça m'intéresserait beaucoup, oui* ».

b) Focus group B

1- Interactivité et échanges

Concernant le focus group B, de médecins appartenant à un GEAP, le critère positif le plus souvent abordé durant la discussion avec 10 références a été l'interactivité et les échanges qui existent dans ces GEAP : « *on fonctionne vraiment dans l'échange dans la communication même pour ceux qui sont seuls à leur cabinet. C'est forcément un travail collaboratif autour du patient* », « *Même si on a des sensibilités semblables sur la façon dont on prescrit et tout... mais à chaque fois chacun apporte des choses nouvelles auxquelles on n'aurait pas pensé, des thématiques* », « *on se retrouve en groupe pour pouvoir échanger sur notre pratique* ».

2- Mise à jour des connaissances

Ensuite, avec 6 références, c'est la mise à jour des connaissances, dont nous avons parlé au chapitre précédent, qui a été abordé comme élément positif des GEAP par ces médecins du groupe B.

3- Absence de jugement

Un autre des points positifs essentiels de ces groupes retrouvé dans le focus group B a été l'absence de jugement au sein du groupe qui a été référencé 6 fois également : « *je pense qu'il y a une grande liberté de parole parce qu'on sait qu'on n'est pas du tout jugé (B3 et B7 acquiescent)* », « *je me sens vraiment libre de dire ce que je pense, et je croie que c'est partagé (B6 et B7 acquiescent)* », « *Oui...rassurant dans le fait que tu n'étais pas jugé dans ce que tu disais... que tu avais le droit de te tromper* ».

4- Adéquation avec la pratique

L'intérêt et l'adéquation avec la pratique de la médecine générale a été un aspect positif qui a été cité 5 fois par les médecins du groupe B : « *puisque'il y a eu vraiment un impact sur la façon dont on a changé notre pratique après* », « *ce qui est vraiment important c'est ce qu'on apprend et ce que ça change dans notre pratique* ».

5- Acteur de sa formation

Ensuite, avec 4 références, on retrouvait le fait d'être acteur de sa formation comme un point positif notifié lors de ce groupe B : « *on se met d'accord sur le planning, les thèmes, comment on va fonctionner, de manière collégiale* », « *chacun est libre de l'adapter, de l'appliquer comme il veut* ».

6- Egalité et réseau

Enfin, les derniers éléments positifs mentionnées par les médecins du groupe B concernant les GEAP, mais qui n'ont été référencés qu'une seule fois chacun ont été l'égalité et la constitution d'un réseau de médecins : « *un temps d'échange autour des réseaux* ».

c) Focus group C

Pour le groupe C, de jeunes médecins non encore installés, le nombre de participants à ce focus group ayant été faible, seulement 4 personnes, la discussion n'a pas permis d'arriver à saturation des données mais nous permettait d'explorer un peu le point de vue de jeunes médecins concernant les points positifs qu'ils trouvent aux GEAP.

1- Adéquation avec la pratique

L'intérêt et l'adéquation avec la pratique de la médecine générale a été référencée 9 fois et paraissait donc être un critère positif très important pour ce groupe : « *Et finalement on se rend compte qu'on se pose tous les mêmes questions à un moment donné, et du coup ça enrichit notre pratique au quotidien Parce que c'est vraiment des questions de médecine générale (C1 et C2 acquiescent). Et pas des problèmes hyperspécialisés* », « *C'est entre médecins généralistes donc c'est des problèmes de pratique courante auxquels on est tous confrontés* », « *C'est concret. C'est une vraie remise en question avec des changements de nos pratiques. Et puis ça nous parle et du coup on retient bien* ».

2- Mise à jour des connaissances et interactivité

Cités aussi de façon assez importante, on retrouvait, avec 6 références, la mise à jour des connaissances qui a été abordée au chapitre précédent. L'interactivité et les échanges qui existaient au sein de ces groupes ont été référencés 3 fois: « *c'est des questions qu'on se pose à plusieurs et c'est des regards différents d'autres personnes qui peuvent agir de façon différente* », « *c'est un partage d'information sur les pratiques habituelles* ».

3- Egalité et convivialité

Ensuite, on retrouvait aussi, même si référencés en moins grande quantité avec 2 citations chacun, l'égalité, la convivialité et la constitution d'un réseau de médecins.

4- Absence de jugement

Et enfin, avec 1 référence chacun, ont été cités comme éléments positifs l'absence de jugement au sein de ces GEAP et le fait d'être acteur de sa formation.

5- Souhait de participer

Pour finir, lorsqu'on demandait à ces jeunes médecins s'ils avaient le souhait de participer plus tard à un GEAP, les réponses paraissaient positives : « *Vous auriez envie de faire ça ? C1 : Oui, C2 : Oui, (C4 acquiesce)* »

d) Synthèse

En comparant ces éléments positifs que l'on a pu retrouver dans ces trois discussions, on peut remarquer deux points mentionnés à de nombreuses reprises et ce par les trois groupes et qui paraissaient donc assez prédominants. Il s'agissait du fait que ces GEAP permettaient une mise à jour des connaissances des médecins et l'intérêt et l'adéquation avec la pratique.

D'autres aspects positifs paraissaient plus importants pour certains groupes que pour d'autres comme par exemple l'interactivité et les échanges existant au sein des groupes ainsi que la notion de non jugement qui ont été très largement cités dans le groupe B de médecins appartenant à un GEAP alors qu'ils ont été mentionnés mais beaucoup moins fréquemment dans les deux autres groupes.

A l'inverse, l'égalité et la parité paraissaient être un point positif majeur car très cité par le groupe A alors qu'ils étaient peu présents dans les discussions des groupes B et C.

Notre deuxième objectif secondaire était de percevoir l'analyse que les médecins faisaient de ces GEAP en recherchant ce qui constituait pour eux les points positifs.

Notre étude retrouvait huit points positifs importants cités par différents médecins durant les *focus groups* :

- la mise à jour des connaissances régulière au cours des GEAP
- l'intérêt et l'adéquation avec la pratique de la médecine générale
- l'interactivité et les échanges au sein des GEAP
- l'égalité dans le groupe
- la convivialité des GEAP
- la constitution d'un réseau de médecins
- le fait d'être acteur de sa formation
- l'absence de jugement au sein des GEAP

Nous avons aussi demandé si cette discussion avait pu donner à certains médecins l'envie de participer à un GEAP et avons recueilli plusieurs réponses positives.

V. DISCUSSION

A. DISCUSSION DE LA METHODE

1. Type d'étude

Ce travail sur les GEAP avait pour but de déterminer les principaux freins au développement des GEAP en Gironde. Trois *focus groups* ont pu être réalisés sur ce sujet. Nous avons choisi de réaliser ce travail de recherche en utilisant une méthode qualitative permettant de recueillir des opinions puisque nous recherchions les raisons pour lesquelles peu de GEAP existent en Gironde. Nous devons explorer les différents obstacles perçus par les médecins généralistes et qui limitent donc le développement de ces groupes.

Selon le groupe de recherche « spiral » de l'université de Liège « la méthode du Focus Group est une méthode qualitative de recherche sociale qui favorise l'émergence de toutes les opinions. Cette méthode, qui est à la fois orale et groupale, ne poursuit donc pas la recherche du consensus. Elle permet par contre le recueil des perceptions, des attitudes, des croyances, des zones de résistances des groupes cibles. Elle répond aux « pourquoi ? » et aux « comment ? » (20)

Les *Focus group* existent depuis les années 1940, lancés par Paul Lazarsfeld et son collègue Robert. Leur usage s'est ensuite étendu à un large éventail de disciplines et les appellations pour le nommer se sont multipliées. On peut aussi les nommer : entretiens de groupe, groupe de discussion, interview de groupe, entrevue de groupe, groupe focalisé, entretien collectif, etc.(21)

La technique du *Focus group* consiste à recruter des groupes composés de six à douze personnes volontaires, et à susciter une discussion ouverte. Cette discussion se structure autour d'une grille d'entretien définissant les différents thèmes de l'étude. Une analyse de la discussion permet de relever les principaux mots clés des participants ainsi que les points de convergence et de divergence entre les groupes. (20) Les groupes de discussion doivent pouvoir reproduire le contexte dans lequel évoluent les participants.(22) Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements. Selon le Pr Alain Moreau, dans un article paru en 2004, elle sert aussi à tester ou à faire émerger de nouvelles idées inattendues pour le chercheur. (23)

Nous avons choisi d'utiliser la méthode des *focus groups* car nous avons pensé que réaliser des discussions de groupes permettrait d'avoir des échanges et permettrait par le biais des interactions entre les participants de faire émerger plus d'idées. Cette méthode est économique en temps de recueil de données, elle favorise l'expression et la discussion d'opinions controversées. Tout est abordé, comparé et confronté.

En revanche, ce choix entraîne aussi des contraintes. Si nous avons utilisé des entretiens individuels, nous aurions probablement plus mis en exergue la méconnaissance des GEAP chez ces médecins alors que dans les entretiens de groupes, ceux qui ne savent pas peuvent ne pas répondre et rester en retrait par rapport à ceux qui savent.

On peut aussi imaginer qu'il puisse exister un biais lié à la pratique même du *focus group*. En effet, la discussion se faisant en groupe, certains peuvent hésiter à donner leur véritable opinion si celle-ci paraît trop différente de celle du reste du groupe. Il peut donc y avoir des résultats faussés ou d'autres idées qui n'ont pas réussi à émerger du fait de cette limite.

2. Population

La première étape consiste dans le recrutement des participants. Les participants sont sélectionnés en fonction des objectifs de l'étude, c'est un échantillon théorique. Leur sélection vise à refléter la réalité et à explorer la plus grande diversité possible de témoignages afin de représenter un maximum d'opinions pour faire émerger tous les points de vue sur le sujet. Ils ne connaissent pas en détail le thème de la réunion et ceci pour éviter qu'ils se documentent au préalable. L'échantillon conditionne la validité du travail et doit être caractérisé dans les résultats à l'aide d'un questionnaire quantitatif anonyme soumis en fin de focus groupe.(24)

Le nombre idéal de participants à chaque groupe se situe entre six personnes et douze. Six correspond au minimum requis pour que s'installe la dynamique de groupe. Douze est un maximum si l'on veut éviter que naissent des sous-groupes. (20) Les *focus groups* doivent être composés de membres homogènes de la population cible. Il est conseillé de former des groupes de participants qui partagent des caractéristiques identiques. En effet, cette homogénéité crée un contexte dans lequel des participants sont à l'aise et se sentent donc plus libre d'exprimer leurs opinions. Les données doivent être analysées par groupe et les résultats des différents « types » de groupes peuvent être comparés (25).

Pour le recrutement, comme indiqué dans la littérature et afin de limiter le biais d'information et de sélection de l'étude, nous avons décidé de ne donner qu'une information vague sur le thème. En effet nous proposons de participer à un travail qui portait sur la formation médicale continue sans préciser que c'était en particulier sur les GEAP. Malheureusement un des participants s'est avéré avoir déjà participé à un GEAP et connaissait très bien le mode de fonctionnement de ces groupes qu'elle a, au cours de la discussion, expliqué aux autres. Cela a pu entraîner une modification des réponses retrouvées dans le premier groupe.

D'autre part, le recrutement des médecins participants s'est avéré assez difficile car cela nécessitait du temps et de la disponibilité de la part de ces médecins, qui devaient accepter de se déplacer et d'être disponible au même moment, pour venir participer à un focus group. Il avait déjà été difficile de trouver cinq médecins qui acceptaient de nous recevoir en entretien individuel alors que nous proposons de nous déplacer à leur cabinet au moment qu'eux choisissaient.

Le recrutement a finalement été effectué de différentes façons :

Pour les participants du groupe 1, nous avons d'abord tenté d'obtenir les adresses mails des médecins généralistes libéraux de Gironde auprès du conseil de l'ordre où ils sont inscrits afin de pouvoir tous les inviter à participer à un focus group et puis nous aurions sélectionnés ceux qui étaient disponibles et favorables au fait de participer.

Malheureusement le conseil de l'ordre n'a pu nous remettre cette liste car il s'agit de données confidentielles. Nous avons donc essayé de contacter des médecins choisis au hasard dans l'annuaire. Nous les avons contactés par téléphone pour leur demander s'ils accepteraient de participer à cette étude sans proposer de date pour le moment mais juste sur le principe. Après plus d'une vingtaine d'appels, et de nombreux messages laissés à des secrétariats pour qu'on me rappelle, je n'ai finalement pu parler directement qu'à 6 ou 7 médecins qui ont malheureusement tous refusés soit par manque de temps soit par manque d'intérêt pour le sujet étudié.

Nous avons décidé d'essayer une autre méthode de recrutement et nous sommes rendus à une soirée de formation d'un groupe de médecins (formation de type présentielle avec invitation d'un spécialiste présentant un topo sur un sujet pré choisi). Cette soirée regroupait environ une vingtaine de médecins à qui nous avons présenté un par un le sujet et proposé de participer à une discussion de groupe. Nous proposons deux dates à cette occasion et prévoyions de garder celle qui aurait retenu un nombre suffisant de médecins.

A l'issue de cette soirée, nous avons pu inscrire 5 médecins sur une des deux dates proposées et seulement 2 sur l'autre. Nous avons donc prévu de choisir cette

première date et d'essayer de contacter d'autres médecins pour rajouter quelques participants. Malheureusement la semaine qui a suivi, lorsque j'ai recontacté ces médecins par mail pour confirmer la date choisie et leur donner un horaire et un lieu en leur demandant de confirmer, seuls 2 m'ont répondu favorablement. Un des médecins a annulé à cause d'un empêchement et je n'ai obtenu aucune réponse des deux derniers.

Nous avons donc décidé, à regret, d'abandonner cette date et le mois suivant nous sommes retournés à une nouvelle réunion de formation de ce groupe. Cette fois-ci, environ une trentaine de médecins étaient présents. Notre demande a été appuyée par le président de ce groupe de formation qui nous a présenté et a demandé aux médecins s'ils acceptaient de participer à cette étude. Cette fois-ci nous avons convenu d'une seule date et avons déjà choisi l'horaire et lieu du focus group. Quatre personnes étaient disponibles et favorables à la participation à cette discussion et nous avons pu les inscrire.

Par la suite nous avons aussi contacté deux membres de ce groupe de formation, absents à cette soirée mais dont le président nous avait fourni les coordonnées en nous disant qu'ils seraient peut-être disponibles. Ces deux médecins ont été contactés par téléphone et ont accepté de participer à la discussion.

Nous avons aussi pu faire participer quelques médecins extérieurs à ce groupe de formation qui ont été contactés par téléphone et dont les coordonnées nous avaient été données par des médecins de notre connaissance.

Concernant le groupe 2, un groupe de médecins constituant déjà un GEAP a accepté de participer à cette thèse et le focus group s'est déroulé au début d'une de leur séance prévue à la place du temps casuistique.

Pour le 3ème groupe qui devait être un groupe de jeunes médecins remplaçants ou d'internes, le recrutement a d'abord été effectué au sein des remplaçants en Gironde par envoi d'un mail à ceux inscrits au conseil de l'ordre de Gironde pour leur demander de participer à un focus group.

Des mails ont été envoyés à plus de 330 remplaçants mais nous n'avons reçu que des réponses négatives de personnes indisponibles ou ne souhaitant pas participer. Nous avons décidé de remplacer ce groupe par un groupe d'internes en dernière année même si leur expérience de la pratique et surtout en libéral est bien plus réduite.

Le recrutement s'est donc effectué chez des internes en dernier semestre, à la suite d'un de leur cours de médecine générale à la faculté de médecine. Ils ont été contactés par mail deux semaines puis la semaine précédant leur cours afin de

présenter succinctement le projet et de demander des volontaires : seuls 4 internes ont accepté de rester pour participer à la discussion à la fin de leur cours.

Les deux premiers groupes sont constitués respectivement de sept et huit personnes ce qui est un bon nombre pour un focus group puisqu'un groupe de six à douze personnes est conseillé pour obtenir un maximum d'interactions et d'échanges (20). Mais pour le troisième *focus group*, nous n'avons pu rassembler que quatre internes ce qui n'est pas un nombre suffisant pour permettre une bonne émulation et l'apparition de suffisamment d'aspects des sujets évoqués.

Les groupes que nous avons effectués ne permettent donc pas d'arriver à totale saturation du sujet ni d'être complètement exhaustifs mais ils ont quand même permis d'apporter un éclairage suffisant pour étudier ces obstacles au développement des GEAP en Gironde.

Dans ce travail, il existe aussi probablement un biais de sélection. En effet, les participants ayant accepté de participer aux groupes de discussion étaient forcément des médecins plutôt intéressés par ce sujet de la Formation Médicale Continue et donc les réponses que l'on retrouve peuvent être différentes de celles de médecins qui s'intéressent moins au DPC.

Le recrutement des participants ne s'est pas non plus fait au hasard puisque ce sont des médecins qui ont accepté de participer à cette étude et que nous avons recruté principalement par le biais de connaissance ou de groupes de formations déjà constitués. Les résultats ne peuvent donc pas être extrapolés à l'ensemble de la population étant donné que l'échantillon n'est pas représentatif mais le but est seulement de fournir des éléments de compréhension, des pistes de recherche et de permettre l'émergence d'idées nouvelles.

3. Outils

Un guide d'entretien semi structuré ou scénario doit être réalisé avant la tenue des focus group. Il permet d'articuler de façon organisée les différentes questions du débat tout en respectant le temps imparti. Il peut être adapté à l'intérieur de chaque entretien et au fur et à mesure du déroulement de l'étude si besoin. Il comporte plusieurs parties. Une introduction avec présentation de l'étude, du modérateur de l'observateur et des participants. On expose clairement les « règles du jeu » en assurant les participants sur le caractère anonyme des données et en valorisant l'importance de la participation personnelle de chacun. Il comporte aussi une trame de questions ouvertes, neutres, simples et faciles à comprendre. Chaque question ne

comporte qu'une seule idée et n'est pas connotée positivement ou négativement afin de ne pas orienter la discussion.(24)

Un questionnaire quantitatif permet de recueillir les caractéristiques des participants tels qu'âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle ainsi que d'autres caractéristiques jugées importantes pour l'étude.

Nous avons choisi de recueillir les informations quantitatives sur les caractéristiques des participants en début de séance par un tour de table où chacun se présentait succinctement car les participants ne se connaissaient pas tous entre eux. Le guide d'entretien que nous avons réalisé a servi de trame aux questions menées par le modérateur afin d'explorer tous les points importants pour l'étude.

Après chaque séance, chaque verbatim a été retranscrit mot à mot de manière à respecter l'expression de chaque participant. Seuls quelques rares passages, totalement hors sujets ont été supprimés. Les enregistrements ont été globalement de très bonnes qualités et la retranscription a été facile et n'a pas rencontré de problèmes particuliers.

4. Déroulé

Une autre des limites de cette méthode des *focus groups* est que les participants qui ont les personnalités les plus fortes et le plus de facilité à s'exprimer vont faire valoir leurs opinions plus que ceux qui sont plus discrets ou réservés mais le modérateur est là pour animer et diriger la discussion et essayer de donner la parole à tous en limitant ceux qui s'imposent un peu trop.

Durant la séance, la présence d'un animateur (modérateur) est capitale. Il permet de créer la dynamique du groupe en mettant les participants en confiance, il distribue les temps de parole afin d'équilibrer les avis de chacun. Il dirige la dynamique du groupe en respectant le guide préétabli et en maintenant les débats à l'intérieur des thèmes identifiés. Il doit poser des sous-questions visant à amener les participants à faire part de leur expérience et à se révéler dans leur vécu personnel. L'animateur doit être présent sans s'engager, être chaleureux, attentif, à l'écoute de tous. Il doit veiller à toujours rester neutre, à ne jamais donner son point de vue sur un thème. Il évite toute manifestation non verbale et retourne au groupe toutes les questions qui lui sont posées concernant le contenu. Il dirige le groupe sans être directif sur le contenu mais il est directif par rapport à la procédure. Il évite les conflits. (20)

La présence d'un observateur est elle aussi indispensable. C'est lui qui va accueillir les participants et gérer les enregistrements. Son rôle durant la séance sera

de recueillir des notes. Ces notes vont servir de trame pour la retranscription des enregistrements : phrases clés, ordre des interventions, identification du participant ayant pris la parole, réactions non verbales, dessin du cercle en indiquant la position des participants...(24)

Les discussions ont toutes été animées, comme recommandé par la littérature (20), par un modérateur ayant l'expérience d'animation de groupes. Un ou deux observateurs étaient présents pour retranscrire l'ordre de prise de parole et les signes non verbaux. Malgré cela, les signaux non verbaux (sourires, soupirs, pauses, grimaces, gestes...) n'ont été que partiellement retranscrits car il a été difficile de tous les voir et certains ont pu être oubliés ou passer inaperçus.

5. Analyse

Par la suite, pour l'analyse des données le logiciel N'Vivo a été utilisé. Il s'agit d'un logiciel spécifique à l'analyse de données qualitatives. La relecture des verbatims et la sélection et le découpage en indices de signification, occurrences et thèmes a été réalisé manuellement dans la fenêtre du logiciel. Le logiciel a ensuite permis de les classer en tableaux regroupant chaque occurrences/idées associées aux citations correspondantes. Puis les occurrences ont été regroupées manuellement par grand thème correspondants aux objectifs de ce travail.

B. DISCUSSION DES RESULTATS

1. Les freins perçus

Les raisons de ce non développement des GEAP en Gironde étaient assez difficiles à comprendre car plusieurs études montrent une bonne efficacité de ce type de formation continue pour les médecins généralistes, et d'autre part une meilleure implantation dans d'autres départements (par ex en Rhône Alpes, en Alsace-Lorraine) (16).

Concernant nos résultats, nous avons pu retrouver un certain nombre de critères expliquant le non développement des GEAP en Gironde que nous attendions à retrouver comme la peur du jugement, le temps investi...

En revanche, nous pensions que la méconnaissance des GEAP serait un critère bien plus fréquemment retrouvé alors que même s'il est évoqué, il n'est pas prépondérant. Ce manque de représentativité de la méconnaissance est probablement dû au biais de sélection de participants mais aussi à notre choix de méthode des focus groups.

Par ailleurs, nous avons pu retrouver plusieurs contraintes expliquant la désaffection des médecins généralistes pour les GEAP. Nous avons voulu explorer ces points négatifs chez différents groupes de médecins mais suite aux difficultés de recrutement que nous avons rencontrées, le troisième groupe représentant les jeunes médecins généralistes a été sous représenté et il est probable que toutes les informations et opinions n'ont donc pas pu être retrouvées.

Néanmoins, comme nous avons pu le voir dans les résultats, de nombreux freins sont cependant cités par les médecins des différents groupes comme pouvant limiter le développement des GEAP.

La principale contrainte qui ressort de cette étude est le problème du temps que nécessite l'investissement dans un groupe de ce genre. Ce frein est évoqué par les trois groupes : en première position pour les deux principaux groupes et seulement cité une fois dans le troisième groupe, qui n'a pas encore l'expérience de l'exercice professionnel.

Il est vrai que si on compare le temps investi si l'on appartient à un GEAP par rapport à la participation à une formation présentielle, le premier nécessite un investissement et une participation beaucoup plus importante et active. En effet, pour

réaliser un GEAP, il faut tout d'abord créer le groupe alors que lorsqu'on s'inscrit à une formation présentielle, d'autres ont déjà créé cette formation et l'ont organisé pour vous. La constitution d'un groupe est d'ailleurs citée comme le deuxième obstacle le plus important à la création d'un GEAP. En effet, cela nécessite d'aller « démarcher » d'autres médecins que l'on ne connaît pas forcément pour leur proposer de participer à une méthode de formation qu'ils peuvent ne pas connaître ou à laquelle ils peuvent ne pas adhérer.

Et puis, même une fois le groupe créé, cela nécessite encore une implication active pour l'organisation. Il faut trouver le lieu adapté à la réunion, qui peut soit être toujours le même, soit varier à chaque séance. Il faut fixer les dates des séances en accord avec une majorité du groupe pour qu'elles conviennent à tous. La difficulté d'organisation est d'ailleurs un autre point négatif cité comme une contrainte des GEAP par les trois groupes.

Après avoir géré ces contraintes organisationnelles, il y a encore un investissement de temps important demandé aux participants pour chaque séance. En effet, il faut penser à recueillir un cas pour le présenter durant la séance mais surtout après la réunion, il y aura des recherches personnelles à effectuer afin de répondre aux différentes problématiques qui auront été mises à jour, afin de les présenter à la séance suivante.

Les GEAP fonctionnent le plus souvent sur le mode d'une séance mensuelle, en général le soir. Cela implique donc déjà un temps plus important qu'une formation présentielle classique qui est souvent regroupée sur une ou deux journées dans l'année. De plus, cela nécessite une motivation assez importante pour, à la fin d'une journée de travail déjà souvent bien remplie, repartir pour de nouveau travailler et se former. Enfin, outre ce temps investi directement pour les séances, il faut aussi compter le temps personnel à effectuer des recherches pour les présenter ensuite. Et puis, pour chaque groupe, un secrétaire est nommé chaque année qui devra de surcroît rédiger un compte rendu de chacune des séances.

Par ailleurs ces groupes nécessitent aussi un engagement auprès des confrères participants. En effet, durant une formation présentielle classique, si une personne est absente, cela n'entraîne pas un mauvais fonctionnement de la formation contrairement aux GEAP. En effet, des absences sur un groupe déjà restreint font que le nombre de participant peut devenir insuffisant pour que le groupe puisse bien fonctionner et peut ainsi amener à la cessation du groupe.

Avec cet investissement important tant au niveau temps qu'au niveau engagement qu'implique le fait de participer à un GEAP, on peut comprendre qu'il existe certaines réticences à y participer. Heureusement, ils possèdent aussi de nombreux points positifs qui convainquent certains d'y participer.

2. Les points positifs ressentis

D'après E. Castelain et P. Bouche, dans une étude de 2003 (13), la participation de médecins à des GEAP entraîne une amélioration des pratiques de ces médecins sur les thèmes abordés pendant les séances en particulier au niveau de la prévention : augmentation du taux de couverture vaccinale, augmentation du nombre de dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein chez la femme, surveillance plus régulière du poids et de l'évaluation des risques cardio-vasculaires ...

Selon une étude réalisée par l'HAS en décembre 2006 (14), 94% des médecins ayant participé à l'étude considéraient leurs attentes en matière de formation comme satisfaites et 72% estimaient que cela n'impliquait pas de charge de travail importante. 43,5% des médecins observaient une amélioration de la qualité des soins prodigués aux patients et 40,4% de leurs méthodes de travail.

Une étude réalisée par le Dr Françoise Riou en 2007 (26) a mis en évidence un changement des prescriptions des médecins participant à un GEAP avec une diminution de prescription de médicaments (de l'ordre de 3 à 16€ par patient) et en particulier de médicaments sans efficacité prouvée par l'Evidence Based Medicine (EBM).

Des études effectuées dans d'autres pays européens (27) montrent que les médecins généralistes participants à des GEAP se sentent plus confiants dans leur pratique, qu'ils ont plus de motivation à s'améliorer et à prendre en charge des situations difficiles. Ces groupes leur permettent aussi d'améliorer et de développer des relations avec d'autres médecins et donc de se créer un réseau.

Une autre étude européenne montre que les médecins ressentent un impact de leur formation sur leur pratique et que la réalisation de ces groupes leur paraît possible en pratique. (28)

Dans ce travail, les principaux obstacles cités par les groupes le sont à peu près en même proportion pour les deux groupes principaux qui paraissent donc assez d'accord sur les limites de ces GEAP. En revanche, pour les points positifs, le groupe des médecins généralistes ne participant pas à un GEAP et celui des médecins y appartenant déjà ont des avis différents.

Pour les médecins naïfs de GEAP, les trois principaux attraits de ces groupes sont la mise à jour des connaissances, le principe d'égalité et l'adéquation avec la pratique de la médecine générale.

En effet, dans la discussion, on retrouve de nombreuses citations qui valorisent la recherche documentaire qui est effectuée et ce d'autant plus qu'elle est faite par la personne elle-même et appliquée à un cas pratique ce qui permet de bien mieux mémoriser et comprendre.

D'autre part, ces recherches sont effectuées par rapport à des problématiques évoquées en groupe à partir de cas concrets présentés et correspondent donc tout à fait à la pratique de la médecine générale. Contrairement à une formation présentielle souvent réalisée par un spécialiste, les résultats des recherches vont donc pouvoir rester dans le champ pratique de la médecine. De plus, ces recherches vont porter sur de nombreux sujets variés et les cas étant choisis au hasard, les problématiques vont elles aussi en découler et donc permettre une mise à jour des connaissances sur des sujets extrêmement variés et non simplement choisis par chaque participant.

Par ailleurs, le principe d'égalité entre pairs qui est le principe même du GEAP paraît attirer fortement les médecins du groupe A. En effet, dans une formation présentielle classique avec un spécialiste présentant un sujet, ces médecins sont mis dans une situation d'élèves et donc d'infériorité par rapport au « professeur » qui délivre le savoir. Tandis que lors d'un GEAP, il s'agit de pairs, qui partagent leurs expériences ainsi que leurs connaissances.

Pour les médecins du groupe B qui participent déjà à un GEAP, les trois principaux points positifs que l'on identifie dans ce travail sont la mise à jour des connaissances comme pour le groupe A mais de façon plus approfondie, on retrouve la notion d'interactivité et d'échanges et l'absence de jugement.

Selon ces médecins du groupe B, l'interactivité et les échanges au sein des GEAP sont un des points les plus importants car c'est ce qui permet une richesse des échanges, une diversité et une communication qui rendent cette formation extrêmement intéressante.

Quant à l'absence de jugement entre les membres du groupe, elle est pour eux un des points les plus importants qui leur permet de bien fonctionner, d'échanger librement et de s'exprimer.

Dans le troisième groupe, composé d'internes en troisième année, on retrouve les trois mêmes principaux attraits que pour le groupe B, ce qui paraît assez logique puisque trois des quatre participants de ce groupe avaient déjà participé à un GEAP lors d'un stage.

Pour notre étude, à la fin de chaque *focus group*, nous avons demandé aux participants si cela leur donnait envie de participer à un GEAP.

Dans le groupe A, de médecins généralistes ne participant à un GEAP, plusieurs ont émis leur intérêt pour cette méthode de formation et répondait avoir envie d'y participer, en revanche créer le groupe leur paraissait trop compliqué et avec trop de contrainte. Dans le groupe B, de médecins appartenant déjà à un GEAP, tous souhaitaient continuer ce groupe et rapportaient même que s'ils devaient arrêter certaines formations par manque de temps, ce serait celle-ci qu'ils garderaient en priorité. Dans le groupe C d'internes en médecine, la participante qui ne connaissait pas les GEAP a exprimé le souhait d'y participer après cette discussion et ce qu'elle en avait appris.

On peut donc en conclure que malgré les différentes contraintes évoquées par les participants de ces groupes, les points positifs qu'ils trouvent au GEAP paraissent l'emporter puisqu'une grande partie d'entre eux a l'envie d'y participer. Les limites paraissent donc plutôt venir de l'absence de connaissance et des difficultés de création des groupes.

3. Méconnaissance des GEAP

Malgré les nombreux points positifs cités par les différents médecins dans ce travail, les contraintes paraissent l'emporter actuellement en Gironde puisque il existe assez peu de GEAP dans notre département. Et pourtant dans d'autres régions ainsi que dans d'autres pays, ces GEAP sont bien plus nombreux, c'est donc qu'il doit exister d'autres limites qui gênent l'expansion de ces GEAP dans notre département et qui ne sont liés ni aux contraintes de temps et d'organisations qui existent tout autant dans d'autres régions françaises ou d'autres pays.

Une des raisons de ces différences pourrait être la méconnaissance de ces GEAP. Dans notre étude, cette difficulté est citée à plusieurs reprises tant dans le groupe A de médecins généralistes ne participant pas à un GEAP que dans le groupe B.

Dans le groupe A, les médecins interrogés connaissaient le terme de « groupe de pairs® » mais ne savaient pas pour autant ce que cela signifiait vraiment. Certains l'assimilaient à un groupe Balint® et d'autres à des groupes de médecins généralistes invitant des spécialistes pour des formations présentielle. Dans ce groupe, lorsque la question a été posée sur le fonctionnement de ces groupes, personne n'a pris la parole pendant quelques instants -peut être justement par manque de connaissance- avant qu'un des intervenants qui, elle, avait déjà participé aux groupes n'explique aux autres. Et ces explications ont déclenché plusieurs questions des autres sur le fonctionnement exact ce qui tend bien à montrer que même en connaissant le nom, la méthode de cette formation n'est pas vraiment connue.

Dans le groupe B, de médecins généralistes appartenant à un GEAP, l'un des participants explique n'avoir jamais entendu parler des GEAP avant d'être intégré au groupe auquel il appartient actuellement. Les médecins qui ont participé à la création du groupe à ses débuts rapportent aussi de nombreuses occasions lorsqu'ils essayaient de recruter de nouveaux membres où ils se retrouvaient face à des personnes n'ayant aucune idée de ce qu'était un GEAP.

A l'inverse, deux des médecins du groupe B appartenant au GEAP venaient de Belgique et y avaient fait leurs études. Durant la séance, ils indiquent que lors de leur internat, il leur était proposé de s'inscrire à des groupes de pairs® d'interne et que donc y ayant participé lors de leurs études, ils en avaient bien la connaissance et l'habitude et ont souhaité poursuivre cette méthode de formation une fois installés. La connaissance et la pratique durant les études de médecine paraissent évidemment assez déterminantes des méthodes de formation que choisiront ensuite ces futurs médecins.

VI. PERSPECTIVES

Les principales limites au développement des GEAP paraissant être surtout la méconnaissance et les difficultés de création d'un groupe, quelles pourraient être les pistes d'amélioration qui permettraient de diffuser plus largement cette méthode de formation ? Quelles pistes pouvons-nous proposer pour améliorer la connaissance de ces GEAP ?

- Une première perspective : faciliter la reconnaissance des GEAP en tant que DPC.

Dans notre travail, nous avons eu plusieurs interventions de médecins qui avaient eu, ou avaient peur d'avoir, des difficultés de création d'un groupe. Celles-ci sont principalement liées au fait que beaucoup de médecins ne connaissent pas ce qu'est un GEAP.

D'autre part, la création des groupes et la reconnaissance en tant que DPC pourrait être facilitée afin d'être plus incitative pour les médecins généralistes.

En effet, actuellement pour les GEAP les plus connus qui sont les groupes de pairs® de la SFMG, il est possible de créer son propre groupe en respectant les directives de la SFMG (15). On peut être accompagné par un membre de la SFMG en cas de questions complémentaires. La SFMG met aussi à disposition des documents de support pour le compte rendu des séances et la méthode de présentation des cas. En revanche pour faire reconnaître ce groupe de pairs ® en tant que DPC il est noté dans un document que c'est possible mais sans aucune explication sur la méthode à suivre.

Par contre, si l'on souhaite créer un GEAP qui ne soit pas référencé SFMG, la démarche sera sans doute plus simple, comme nous avons pu le constater auprès du groupe B, mais il ne sera pas labellisable en tant que DPC. En effet, j'ai recherché sur l'AgenceDPC comment faire reconnaître un GEAP en tant que DPC sans trouver aucune information. Sur ce site (12), on peut rejoindre un GEAP selon le sujet qui nous intéresse mais il n'existe aucune information sur le fait de créer un groupe et de le faire reconnaître en tant que méthode de formation.

Afin de favoriser plus le développement des GEAP, peut-être faudrait-il revoir leur place en tant que méthode de formation directement au niveau de l'AgenceDPC afin que la création de groupe soit mieux expliquée et facilitée. Cela pourrait encourager les médecins à utiliser cette méthode.

- Deuxième perspective : la généralisation des GEAP en tant que méthode de formation initiale.

Par ailleurs, pour permettre de promouvoir les GEAP en tant que méthode de formation, le principe d'habituer les jeunes médecins à l'utiliser dès leur formation initiale paraît majeur. L'objectif est que, une fois installés, ils soient coutumiers autant des formations présentielles que du système de raisonnement des GEAP et puissent choisir ce qu'ils souhaitent ou utiliser les deux de façon complémentaire.

L'instauration de GEAP au cours de l'internat comme il existe dans d'autres pays (en particulier Belgique comme nous le rapportaient certains médecins du groupe B ayant fait leur internat là-bas) permettrait probablement aux jeunes médecins généralistes de se familiariser avec le fonctionnement d'un tel groupe.

Les régions du Nord et l'Est de la France où les GEAP sont les plus répandus, comme nous avons pu le remarquer par les formations proposées par l'Agence nationale du DPC (12) sont aussi celles où les DMG proposent des cours sous forme de GEAP au cours du troisième cycle.

Le DMG de Strasbourg donne ses cours sous forme d'Enseignement Théoriques Monitorés (ETM) (29) : il s'agit de groupes de 8 à 12 étudiants qui se réunissent cinq fois par semestre, encadrés par un enseignant en médecine générale, et forment des groupes d'échanges entre pairs. Selon Mme Langoureau, responsable du bureau du 3^{ème} cycle de médecine générale à Strasbourg, cet enseignement existe depuis 2003.

A Lille, depuis 2013, en plus des cours du troisième cycle, les étudiants doivent participer à des Groupes d'Echange des Pratiques Supervisés (GEPS) (30). Ces GEPS sont des groupes de 12 étudiants supervisés par un enseignant de médecine générale et se déroulent tous les mois.

Plusieurs autres facs le proposent comme le montrent C. Renoux, A. Pailloux, J. Robert et A. Potier dans ce tableau paru en janvier 2017 (31) :

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'échange de pratique
Limoges	Groupes de pairs
Lyon	Groupes d'échange
Montpellier	GEPT : groupes d'échange 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'échange de pratique
Versailles	ECM : entretiens collectifs monitorés

Tableau 1 - Liste non exhaustive des GEP en France en 2013

Actuellement, à Bordeaux, le programme des cours du 3^{ème} cycle (32) comprend un cours sur les groupes d'analyse de pratique qui est effectué en 2^{ème} année. Tous les étudiants bénéficient donc d'un cours et ont donc au moins entendu parler des GEAP et de leur fonctionnement, et pour certains l'ont vécu de façon expérimentale.

De plus la validation de ce troisième cycle de médecine générale se fait par la réalisation d'un portfolio qui doit regrouper plusieurs scripts de situation complexes pour lesquelles plusieurs problématiques doivent être analysées avec des revues de littérature et de la recherche documentaire. Ce principe d'analyse est exactement ce qui est fait en GEAP avec l'analyse de cas. Pour la réalisation de ce portfolio, la plupart des cours du troisième cycle sont donc présentés sous la forme d'analyse des pratiques. En effet, pour chaque cours un thème est prévu par le DMG (Département de Médecine Générale) et en début de semestre, les étudiants sont répartis en fonction d'un thème et à la date du cours présentent un script sur ce

thème. Ce travail d'analyse de cas permet donc aux jeunes médecins de se familiariser avec la méthode réflexive d'analyse de problématiques en partant d'un cas concret.

Mais cela aussi est amené à évoluer. Depuis novembre 2016, au DMG de Bordeaux, l'ensemble des cours du troisième cycle, s'effectuent sous forme de GEAP (annexe 9).

Le GEAP se déroule le matin avec 2 à 3 sous-groupes d'environ douze étudiants. Chaque interne présente une situation écrite en rapport avec le thème et son propre questionnement à ce sujet. Puis les autres internes réagissent un par un, pour amener une réponse aux problématiques mises en exergue. Puis chaque interne présente son cas tour à tour avec le même procédé. A la fin, un « résumé casuistique » permet de récapituler les questionnements et les réponses proposées.

Ensuite l'après-midi, les résumés casuistiques sont repris avec l'expertise de l'enseignant médecin généraliste, ce qui permet la validation des pistes de réponses ou de recherche suscitées. Ce cours est ainsi adapté au plus près des préoccupations des étudiants.

La mise en œuvre de cette proposition permettrait ensuite d'intéresser une proportion plus importante de médecins susceptibles d'établir de tels groupes et le recrutement pour la création de nouveaux groupes en serait facilité.

Cette étude française (33), publiée en février 2012 dans *Pédagogie médicale* montre que les internes de troisième année de la faculté Paris Ile de France Ouest trouvent un intérêt à la réalisation de groupes de type GEAP en formation initiale (appelées Entretiens Collectifs Monitorés). Pour eux, ces groupes leur permettent l'acquisition d'une autonomie et d'un esprit critique. Ils se sentent acteurs dans le déroulement de ces groupes, choisissent leurs sujets et travaillent sur des problématiques personnelles.

VII. CONCLUSION

Dans notre travail, nous avons réussi à réaliser trois groupes de discussion avec des médecins afin d'étudier les obstacles qui limitent le développement des GEAP en Gironde.

Les principaux freins que nous avons retrouvés sont le temps que nécessite l'investissement dans un GEAP, les difficultés de création d'un GEAP et la peur des répétitions et de la lassitude au long cours de ces groupes. Nous avons aussi pu identifier le manque de connaissance de ces GEAP comme étant un des facteurs limitant le développement de ces groupes.

On retrouvait en revanche une image positive de ces groupes en terme de méthode de formation continue, puisque selon les médecins interrogés, ils permettaient une mise à jour des connaissances et l'abord de multiples sujets variés.

De nombreux points positifs étaient aussi cités et en particulier l'adéquation avec la pratique de la médecine générale, l'interactivité et les échanges existant au sein des GEAP, l'égalité entre pairs et l'absence de jugement qu'on retrouve dans ces groupes.

Les principaux d'axes d'amélioration que l'on pourrait envisager sont :

- La diffusion de la connaissance de ces GEAP auprès des médecins déjà installés, comme l'ont montré les nombreuses interrogations recueillies dans notre étude.
- La facilitation de la création de ces groupes. Cela pourrait encourager les médecins à utiliser cette méthode en tant que DPC
- La généralisation des enseignements au cours du troisième cycle sous forme de GEAP. Cette implémentation avait déjà commencé à être mise en œuvre à Bordeaux, grâce à l'introduction d'un cours sous forme de GEAP expérimentés par les étudiants eux même basée sur leur proposition de cas. Depuis 2016, les internes ont aussi l'ensemble de leurs cours réalisés sous cette forme pour tous les thèmes d'enseignement. On ne peut donc qu'espérer que cette méthode étant désormais intégrée dans le cursus de 3ème cycle, le développement, à l'avenir, des GEAP intégrés dans l'exercice professionnel des médecins, devient probable.

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Le serment d'Hippocrate. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311> (vérifié 26/02/2017)
2. Balzac, H. Œuvres complètes de M. De Balzac : la Comédie humaine ; Scènes de la vie privée.
3. CN FMCH. L'obligation de formation médicale continue. Historique, état des lieux et perspectives. 2005.
4. Code de la santé publique. Article R4127-11 du 07 mai 2012. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=C0CB77E0D2141E365F36F2FABDC9A9EF.tpdila18v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000025843562&dateTexte=20170218&categorieLien=id (vérifié 26/02/2017)
5. Code de la santé publique. Ordonnance no 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000192992&dateTexte=> (vérifié 26/02/2017)
6. Code de la santé publique. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810 août 13, 2004. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&dateTexte=&categorieLien=id> (vérifié 26/02/2017)
7. Code de la santé publique. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 59. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/article_59 (vérifié 26/02/2017)
8. Liste des méthodes et des modalités de DPC. Haute Autorité de Santé. 2013. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1349940/fr/le-college-de-la-has-a-valide-la-liste-des-methodes-et-des-modalites-de-dpc (vérifié 26/02/2017)
9. Code de la santé publique. Article L4021-1 du 26 janvier 2016. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020888304&dateTexte=&categorieLien=cid> (vérifié 26/02/2017)
10. ANDPC. Création de l'Agence nationale du Développement Professionnel Continu. 2016. Disponible sur : <https://www.agencedpc.fr/creation-de-lagence-nationale-du-dpc> (vérifié 26/02/2017)
11. Agence nationale du DPC. Le DPC en pratique. Disponible sur: <https://www.agencedpc.fr/le-dpc-en-pratique> (vérifié 26/02/2017)

12. Agence DPC. Rechercher un DPC. Disponible sur:
<https://www.agencedpc.fr/formations-dpc/rechercher-un-dpc> (vérifié 26/02/2017)
13. Castelain E, Bouche P. Groupes d'échange de pratiques : Et optimisation de la prise en charge en médecine générale. La Revue du praticien Médecine générale. 2003;(628):1370-4.
14. HAS. Journées d'évaluation des pratiques professionnelles : retours d'expériences. 2006. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/colloque_epp_-_groupe_danalyse_de_pratiques_entre_pairs.pdf (vérifié 26/02/2017)
15. SFMG. Le groupe de pairs®. Disponible sur:
http://www.sfmfg.org/data/generateur/generateur_categorie/125/fichier_groupe_de_pairs0b4be.pdf (vérifié 26/02/2017)
16. Arnould P, Raineri F, Hebbrecht G, Arnould M, Duhot D. Typologie comparée des médecins généralistes participant à un groupe de pairs. 2007.
17. 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):443-51.
18. Borman E. CME-CPD in Europe and trends for the future. 2014. Disponible sur: <http://www.ebap.org/images/files/CPD-in-Europe-Borman.pdf> (vérifié 26/02/2017)
19. Lajzerowicz N. Les groupes d'échanges et d'analyse de pratique en médecine générale: une méthode pédagogique à diffuser. 2013.
20. Spiral. Le Focus Group. Disponible sur:
<http://www.spiral.ulg.ac.be/fr/outils/focus-group/> (vérifié 26/02/2017)
21. Guillemette F, Luckerhoff J, Baribeau C. Recherches qualitatives. Entretiens de groupe: concepts, usages et ancrages. ARQ (Association pour la Recherche Qualitative). 2010.
22. El Hadj Touré, Ph D. Réflexion épistémologique sur l'usage des focus groups: fondements scientifiques et problèmes de scientificité. 2010. Disponible sur :
[http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero29\(1\)/RQ_Toure.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero29(1)/RQ_Toure.pdf) (vérifié 26/02/2017)
23. Moreau A, Dedianne M-C, Letrilliart L, Le Goaziou M-F, Labarere J, Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. La Revue du praticien Médecine générale. 2004;(645):382-4.
24. Touboul P. Recherche qualitative: La méthode des Focus Groupes. Guide méthodologique pour les thèses en médecine générale. 2010. Disponible sur :

http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf (vérifié 26/02/2017)

25. ROCARE. Extraits de guides pour la Recherche Qualitative. Disponible sur: <http://www.ernwaca.org/panaf/RQ/fr/definition.php> (vérifié 26/02/2017)

26. 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):574-6.

27. Sneddon A, MacVicar R. Annual trainer peer-review: impact on educational practice and sense of community. *Educ Prim Care.* 2016;27(2):114-20.

28. McMillan R. Accessibility, feasibility and educational impact of a peer review process for general practitioner consultation skills. *Qual Prim Care.* 2012;20(2):105-14.

29. DMG Strasbourg .Enseignement . Disponible sur: <http://udsmed.u-strasbg.fr/dmg/enseignement/> (vérifié 26/02/2017)

30. DMG de la faculté de Lille 2. Programme de D.E.S de médecine générale. 2013. Disponible sur : http://medecine.univ-lille2.fr/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/formations/dmg/des/des_programme.pdf&t=1488210543&hash=53588eb56fbadaad45f245c671590dd61fea4027 (vérifié 26/02/2017)

31. Renoux C, Pailloux A, Robert J, Potier A. Les groupes d'échange de pratique : un outil du paradigme d'apprentissage. *Exercer.* 2017;129:34-42.

32. Collège santé de l'université de Bordeaux. Enseignements. Disponible sur: <https://sante.u-bordeaux.fr/Vos-etudes/Troisieme-cycle-de-medecine-generale/Enseignements> (vérifié 26/02/2017)

33. Jami A, Saint-Lary O, Bernard E, Almeida AS de, Lefranc-Morin C, Ouazana A. Perceptions et représentations des internes de médecine générale à l'égard d'un outil pédagogique issu du paradigme d'apprentissage. *Pédagogie Médicale.* 2012;13(1):27-37.

IX. ANNEXE

1. Annexe 1 : Questionnaire des entretiens individuels

Connaissez-vous les groupes d'échange et d'analyse des pratiques (GEAP) ? Comment les définiriez-vous ? Qu'est-ce qu'ils évoquent ou représentent pour vous ?

Savoir quelles sont les principales notions/idées qu'évoquent les GEAP pour les médecins généralistes

Définir ce qu'ils en connaissent, les idées préconçues

Pour les médecins qui auraient déjà participé à des groupes, savoir comment ils les définissent, les différences que l'on peut retrouver

Pensez-vous qu'il s'agisse d'une bonne méthode de formation en médecine générale ? Quels sont selon vous les points forts et points faibles par rapport aux autres méthodes ?

Savoir ce que pensent les médecins de cette formation

Quelles sont les différents points de vue selon s'ils y ont participé ou non

Quelles sont les raisons qui vous ont amené à participer à un GEAP ou au contraire pourquoi n'y avez-vous jamais participé ?

Comprendre comment ceux qui y participent y sont amenés (invitation d'un collègue, ami ? volonté personnelle ? facilité ? Rejet des autres méthodes de formation ?...)

Comprendre les raisons de ceux qui n'ont jamais participé (manque d'occasion ? méconnaissance ? refus de cette méthode ? ...)

Pour ceux qui n'y ont encore jamais participé, qu'est ce qui pourrait vous amener à participer à un GEAP plutôt qu'une autre méthode de formation ? Ou au contraire, qu'est ce qui fait que vous n'avez aucune envie de participer à un de ces groupes ?

Comprendre ce qui manque pour encourager les MG à participer à cette méthode, comment promouvoir cette méthode de formation (convivialité ? facilité d'accessibilité, d'horaires ? plus d'informations ?...)

Comprendre ce qui peut rendre les médecins réticents à participer à des GEAP pour voir ce qui pourrait être amélioré.

Qu'est-ce que vous aimeriez que cette formation vous apporte de plus ou de différent par rapport à d'autres méthodes de formation ?

2. Annexe 2 : Caractéristiques des médecins interrogés en individuel et retranscription des entretiens

	Individuel 1	Individuel 2	Individuel 3	Individuel 4	Individuel 5
Age	59 ans	42 ans	65 ans	53	52
Sexe	M	M	M	F	F
Temps d'exercice	30 ans	10 ans	36 ans	7 ans	19 ans
Méthode de formation la plus fréquemment utilisée	Internet + abonné à la revue prescrire	Association de groupes de médecins avec intervenants extérieurs	Séminaires, congrès et Internet	Formations présentielle, conférences	Groupe Balint et formations présentielle

Interview individuel 1 (I1)

Thésarde (T) : La première question est pour savoir un peu ce que vous connaissez des GEAP, ce que ça représente pour vous, comment vous les définiriez.

I1 : Je connais très mal, il me semble que ce sont des réunions de médecins qui partagent leurs expériences mais je ne sais pas exactement comment cela se déroule. Si je devais les définir, selon ce que j'en sais, je dirais que ce sont des groupes de partage d'expérience.

T : Est-ce que vous pensez que cela peut être une bonne méthode de formation en médecine générale ? Qu'est ce qui pour vous peut être un point fort ou au contraire un point faible dans cette méthode de formation ?

I1 : C'est une méthode d'évaluation plus que de formation, cela permet de comparer nos pratiques, d'avoir des petits trucs, mais on va se retrouver avec une sorte de formation mais pas la formation universitaire magistrale, dictatoriale. C'est un échange, cela permet de se situer par rapport aux autres ce qu'ils font, ça lève nos inquiétudes. Ça va apporter des remises en questions de certaines de nos pratiques. Si on est 5 personnes et que y en a 4 qui font comme ça et qu'on est le seul à ne pas faire à l'identique, on se dira pourquoi je fais différemment. Cela permet une remise en question, on n'est jamais certain de ce que l'on fait donc on pose des questions. Moi, je pose pleins de questions à mes pairs, quand j'ai un

dossier, j'appelle mes confrères ou des spécialistes J'ai un tas de copains donc je leur pose toutes ces questions et je ne reste pas avec mes doutes... Spontanément je l'ai toujours fait.

T : Est-ce que vous pouvez me dire pourquoi est-ce que vous n'y avez jamais participé ?

I1 : Parce qu'on ne me les a jamais vraiment présenté, je n'en ai jamais eu l'occasion.

T : Qu'est ce qui par exemple pourrait vous amener à avoir envie de participer à un groupe comme ça ?

I1 : Si on m'en présente un. J'aurais envie d'essayer si c'est dans des horaires où je puisse y aller. Ouais je ne suis pas du tout opposé moi.

T : Qu'est ce qui fait pour vous que vous voudriez essayer ça plus qu'une formation présentielle ? Quels seraient les points importants ?

I1 : C'est pas du tout plus ou moins, c'est complémentaire pour moi. Ce qui est bien, c'est que c'est facile, en fin de compte on le fait inconsciemment...Moi je veux dire, je suis dans des associations en contact avec d'autres médecins donc on le fait spontanément, on a des tas de problèmes et on échange nos problèmes. Donc c'est surtout les horaires, l'accessibilité, la facilité... Quand j'ai une formation, il faut que je parte du cabinet etc, y a des heures imposées. Là, on est plus libres, on peut se dire que c'est de 22h jusqu'à minuit, on a des horaires plus souples. C'est un des éléments fondamentaux. En général comme on se retrouve toujours entre gens qui se ressemblent un peu, on finit toujours un peu aux mêmes horaires.

Interview individuel 2 (I2)

Thésarde (T) : Est-ce que vous pouvez me dire ce que vous connaissez des GEAP, ce que ça représente pour vous, comment vous les définiriez ?

I2 : Je sais qu'il existe plusieurs trucs de ce genre avec des groupes de médecins comme les *groupes de pairs* mais ceux dont j'ai le plus entendu parler c'est les *groupes Balint*. Ce sont des groupes de médecins qui ne se connaissent pas avant et qui échangent sur les difficultés qu'ils rencontrent et sur leur pratique. Ils essaient de trouver des solutions au travers de ce que peuvent dire les autres. C'est des groupes plutôt d'inspiration analytique.

T : Est-ce que vous pensez que cela peut être une bonne méthode de formation en médecine générale ? Qu'est ce qui pour vous peut être un point fort ou au contraire un point faible dans cette méthode de formation ?

I2 : Vous voulez dire en tant que méthode de formation seule ?

T : En tant que méthode de formation continue en médecine générale, ça peut être en méthode unique ou associée à d'autres méthodes. Est-ce que selon vous c'est un moyen de formation intéressant pour les médecins généralistes ?

I2 : Seul non ça ne suffit pas, clairement pas. Il faut d'autres formations en plus à côté. Les groupes permettent de partager sa pratique, ses problèmes mais on a besoin d'informations à côté sur les nouveautés, c'est pour ça que la formation continue est là pour qu'on se tienne au courant des nouveautés, des évolutions, de ce qui sort et en restant juste entre médecins généralistes, ça restera trop fermé, il manque l'ouverture sur l'actualité. Les réunions c'est bien, c'est intéressant mais il faut aussi se tenir au courant de ce qui se passe à l'extérieur avec des formations autres.

T : Donc quels sont selon vous les points forts et les points faibles de cette méthode de formation ?

I2 : Et bien ce que j'ai déjà dit, les points faibles c'est que c'est trop fermé, on n'aura pas les nouveautés, ce qui sort et qui peut être amené par des personnes extérieures comme des spécialistes. Les points forts c'est que ça permet de confronter nos pratiques avec celle des autres, ça permet d'avoir une ouverture sur sa pratique. La médecine générale c'est un travail solitaire, pendant vos études, on vous donne des conduites à tenir, des traitements mais au moment où on est confronté à la réalité c'est jamais aussi simple, c'est toujours plus compliqué, plus complexe. Dans les formations « classiques » on vous explique les avancées, on vous donne les nouvelles molécules mais là, ces groupes ça permet de partager vraiment sur la pratique concrète, réelle. Savoir ce que les autres en font, c'est très intéressant. Je pense que ça doit être bien de pouvoir faire les deux pour avoir à la fois un échange sur sa pratique et aussi des informations sur les nouveautés.

T : Est-ce que vous avez déjà participé à un groupe de ce genre ?

I2 : Non jamais

T : Est-ce que vous pouvez me dire pourquoi?

I2 : Par manque de temps. Clairement un manque de temps car je ne veux pas abandonner l'association dans laquelle je suis. Et puis aussi, ces groupes je sais que c'est des gens qu'on ne connaît pas forcément et j'ai pas vraiment envie de parler des problèmes ou de mes doutes avec des gens que je ne connais pas. J'ai plus envie de parler avec des médecins que je connais, c'est tout l'intérêt d'organiser au sein d'associations car en plus des présentations on peut aussi échanger un peu après donc ça fait les deux.

T : Qu'est ce qui pourrait vous donner envie de participer à un de ces groupe? Comment vous aimeriez que ce soit organisé ?

I2 : Il faudrait que ce soit dans le cadre d'associations, des réunions mensuelles par exemple. Avec des gens qui se connaissent professionnellement, ça permet de créer de la confiance, de savoir comment fonctionnent les autres et pourquoi, pourquoi ils agissent différemment. Après il y a le problème de l'organisation de ces groupes, avant y avait les labos maintenant se posent toujours les problèmes du financement pour si c'est le soir et que par exemple on veut manger ensemble en même temps, ça va probablement compter. Il faudrait que ce soit plus clair, que ce soit organisé par l'OGDPC par exemple mais là tout est compliqué je trouve.

Interview individuel 3 (I3)

Thésarde (T) : Avez-vous déjà entendu parler des groupes d'évaluation et d'échange des pratiques ou des groupes de pairs?

I3 : Oui tout à fait, j'ai même dirigé un groupe pendant une dizaine d'année. On n'avait pas l'étiquette « groupe de pairs » mais c'était pareil.

Thésarde (T) : Très bien, et du coup comment est-ce que vous les définiriez ces groupes ?

I3 : Disons que le mot « pair » à mon avis c'est un mot qui est très sectaire et sexiste. Je pense qu'il faudrait le changer car c'est déjà très orientateur. Ces groupes, ça permet d'avoir des confrères avec qui on peut communiquer sur nos niveaux d'aptitudes. C'est utile d'avoir des confrères avec qui on peut partager, échanger, un réseau je dirais. C'est des correspondants. C'est de l'auto-enseignement entre correspondants.

T : Est-ce que pour vous ces groupes c'est une bonne méthode de formation en médecine générale et quels en sont les points forts et les points faibles ?

I3 : Non. Les points forts c'est que c'est facile à mettre en place, c'est convivial, il y a toujours une partie festive qui n'est pas inintéressante. Le problème c'est qu'on n'avance pas. Le problème du médecin c'est sa promotion. Un jeune médecin qui démarre, il a de gros acquis qu'il risque de ne pas valoriser, qu'il va garder en capital jusqu'à sa retraite. Ces groupes ne permettent pas d'évoluer dans ses compétences. Il y a une autoévaluation de la personne et à mon avis c'est le problème. Et puis il y a aussi l'ennui par rapport à sa pratique qui est extrêmement répétitive comme dans toutes les professions, et je crois que la formation doit pallier vers des choses qu'on ne connaît pas bien et qui sont très différentes de ce qu'on a l'habitude de faire. En particulier moi je participe à des forums des métiers et ça me plaît beaucoup.

T : Quelles sont les raisons qui vous avaient amené à participer à ces groupes de formation ?

I3 : C'est simplement qu'à l'époque on faisait beaucoup de gardes et qu'il fallait organiser les tours de garde pour la permanence des soins. Moi j'ai été obligé d'organiser ça par les pouvoirs publics et puis en même temps du coup on a monté un groupe de formation. Et puis je trouvais ça bien à l'époque, c'était convivial, mais après c'est devenu trop répétitif.

T : Et qu'est-ce qui vous a fait arrêter ces groupes ?

I3 : La répétition. On fait du sur place. L'impression de ne rien apprendre de nouveau. C'était toujours la même chose. Une sorte de sclérose de la profession.

T : Qu'est-ce que vous auriez aimé que cette formation amène de plus ou de différent ? Qu'est-ce que vous pensez qu'il faudrait changer ?

I3 : La découverte d'horizons un peu plus large. Et puis ça me prenait pas mal de temps et on ne peut pas laisser une clientèle libérale prospérer toute seule ni la confier à quelqu'un d'autre. C'est un peu la quadrature du cercle d'être sur d'autres secteurs de formation tout en travaillant

Interview individuel 4 (I4)

T : Avez-vous déjà entendu parler des GEAP ou des groupes de pairs? Comment est-ce que vous les définiriez ?

I4 : Oui j'avais participé à un groupe, c'était intéressant. On était regroupé avec plusieurs médecins, la séance était agréable parce que c'est convivial, c'est ciblé, le sujet était bien défini. L'inconvénient c'est que c'était à la diligence des gens qui se rassemblaient. Entre ceux qui arrivent en retard, ceux qui ne peuvent pas et annulent au dernier moment... On était quatre plus une interne au final. Le thème c'était un problème de cardio et il fallait présenter un cas sur ça, de mémoire c'était les hypolipémiants en soins primaires.

T : Est-ce que pour vous ces groupes c'est une bonne méthode de formation en médecine générale ?

I4 : Oui mais il faut vraiment que les médecins participants soient volontaires. Tout dépend de l'implication. Je pense que c'est une histoire de préparation, il faut être motivé. C'est une histoire de lieu aussi car ce n'est pas toujours facile à trouver.

Tout dépend de la volonté de participation car quand on fait une conférence, on a juste à s'asseoir et écouter, on est passifs, alors que là il faut être actif et participer.

T : Selon vous quels sont les points forts et les points faibles ?

I4 : Eh bien, les points forts justement, c'est qu'on avait pu échanger sur nos pratiques, c'était assez hétéroclite, les difficultés, les résultats positifs. Donc ça c'était bien. Les points faibles c'est ce que j'ai cité avant sur la dépendance de la volonté des autres médecins d'y participer.

T : Quelles sont les raisons qui vous avaient amené à participer à un de ces groupes ?

I4 : On m'a sollicité. On me l'a présenté comme ça d'ailleurs il me semble, c'était pour un truc de thèse et je me suis dit que j'allais aller voir et après je me suis rendu compte que soit je n'avais pas bien compris, soit j'y suis allée sans trop comprendre les tenants et les aboutissants.

T : Et qu'est ce qui a fait que vous n'avez pas continué ensuite?

I4 : car on ne m'a l'a pas reproposé et il n'y a pas eu non plus d'autres médecins qui se sont proposés pour former un groupe. Je pense que ça demande beaucoup d'énergie à celui qui l'organise et qu'on est tous pareils, assez passifs.

T : Si vous aviez de nouveau une invitation à participer à un groupe ça vous intéresserait ?

I4 : Ca dépendrait des sujets, peut être que oui, je dis bien peut être si effectivement il y a une planification sur 6 mois ou un an avec une visibilité, une organisation, des thèmes abordés connus. Ce qui serait bien aussi ce serait de la souplesse. Pour moi, si ce n'est pas organisé, si c'est au pied levé, s'il y a trop de rigidité alors je pense que non je ne m'engagerais pas.

T : Qu'est-ce que vous auriez aimé que cette formation amène de plus ou de différent par rapport à une formation plus conventionnelle?

I4 : La nouveauté et puis un expert pour faire avancer le schmilblick. Parce que par exemple, pour ma part, dans l'affaire des hypolipémifiants, moi j'avais relaté un cas mais c'est parce qu'auparavant j'avais été à une formation et que j'avais une expérience de ce que j'avais entendu et je savais qu'on pouvait arriver à faire baisser le cholestérol de façon efficace en faisant ça et ça. Je pense qu'il faut un expert, quelqu'un de plus expérimenté qui soit là pendant ces groupes pour amener des connaissances. L'idéal serait que ces groupes amènent des pratiques mais aussi de la connaissance.

Interview individuel 5 (I5)

Thésarde (T) : Avez-vous déjà entendu parler des groupes d'évaluation et d'échange des pratiques ou des groupes de pairs et comment les définiriez-vous, que représentent-ils pour vous?

I5 : Oui tout à fait, je fais partie d'un groupe Balint depuis 1 an et aussi d'une sorte de groupe de pairs mais totalement informel. Pour moi ces groupes, c'est comme une soupape de décompression et un endroit où on peut parler des problèmes qu'on a pu rencontrer. Ça nous permet d'échanger par rapport aux gens, à notre profession, de rompre un peu la solitude du travail.

Notre groupe de pairs, mais qui n'est pas du tout selon les codes des autres groupes de pairs, on est complètement informels, c'est des réunions depuis une dizaine d'années entre filles installées à peu près au même moment et on se réunit régulièrement pour parler de tout et n'importe quoi, on ne prépare pas de thème, c'est vraiment informel.

T : Est-ce que pour vous ces groupes sont une bonne méthode de formation en médecine générale ?

I5 : Ça peut l'être, je pense que ça peut l'être. Parfois il y a des internes en médecine générale qui y participent et je pense que ça permet de toucher du doigt ce que c'est que notre profession, de voir nos interrogations ou la façon d'aborder

des choses. Ça peut donner une idée de la façon dont on travaille, la façon profonde dont on travaille.

T : Selon vous quels en quels en sont les points forts et les points faibles ?

I5 : Je ne sais pas si on peut vraiment parler de points forts ou de points faibles, c'est une façon de voir les choses, très dans le relationnel, après...oui, il faut pas non plus faire que ça, bien évidemment,... on pourrait peut-être s'insérer dans autre chose. Le point faible ce serait qu'il faut pas non plus se mettre une barre trop haute, pas faire trop d'analyses, pas faire que ça... Je pense qu'il faut vraiment que ce soit quelque chose en plus d'une formation. Moi je continue de faire des formations par conférence à coté pour me tenir au courant des nouvelles choses quand même. Ce sont des façons différentes de voir les choses et je pense vraiment que c'est complémentaire.

T : Quelles sont les raisons qui vous ont amené à participer à ce genre de groupes?

I5 : Parce que j'aime bien cette façon de réfléchir, de réfléchir sur comment exercer notre profession et que ça existe pas autrement, du moins je n'ai rien trouvé d'autre. Et un jour j'ai fait une formation et ça m'a plus. Je trouve que c'est intéressant de réfléchir à la façon dont on exerce. Il existe beaucoup de formations sur ce qu'il faut faire, dans notre boulot mais on n'a pas de formation sur le relationnel avec notre patient. Je pense que c'est vraiment très différent. C'est un éclairage très différent de la formation... et de la médecine.

T : Qu'est-ce que vous auriez aimé que cette formation amène de plus ou de différent ? Qu'est-ce que vous pensez qu'il faudrait changer ?

I5 : Non, pour l'instant je suis dans la découverte car ça ne fait qu'un an que je suis dans ce groupe Balint. En revanche ça a été très compliqué de monter le groupe et puis c'est très prenant car les réunions sont toutes les 3 semaines donc ça fait souvent, moi je trouve que c'est même un peu trop souvent parce que du coup j'ai du mal à la faire coïncider avec mon emploi du temps. J'essaie de privilégier le groupe quand je peux. Les horaires c'est le soir tard donc il faut quand même y aller après une journée de travail donc on est quand même déjà fatigués mais je trouve que le jeu en vaut la chandelle mais ça demande une rigueur que tout le monde ne suit pas. Au départ, on a eu du mal à faire venir assez de médecins pour que le groupe soit intéressant.

3. Annexe 3 : Guide d'entretien focus group A et C

- Tour de table permettant de recueillir quelques informations sur les participants (Age, nombre d'années d'exercice en libéral, type de formation habituelle)
-
- Connaissances : Qu'est-ce que vous en savez ?
 - Définition
 - But de ces groupes
 - Mode de déroulement des réunions
 - Thème, sujets
 - Validation, conformité DPC
 -
- Représentations : Qu'est-ce que vous en pensez ?
 - Avis en tant que méthode de formation
 - Mise à jour des connaissances
 - Complémentarité / opposition par rapport autres formations
 - Ouverture ou fermeture aux spécialités
 - Compétences
 - Retentissement sur l'exercice
 -
- Freins et obstacles : Qu'est ce qui fait que vous n'y avez pas participé ou que vous ne souhaitez pas y participer ?

Obstacles organisationnels :

 - Absence de connaissance de ces groupes
 - Absence de proposition de participation
 - Souhait d'essayer ou pas

Réticences (souhait de ne pas participer) :

 - Points faibles
 - Répétition, lassitude
 - Temps d'organisation
 - Présence, implication participants
 -
- Motivations : Qu'est ce qui pourrait vous donner envie d'y participer ?
 - Points forts
 - Relation avec les autres
 - Horaires, Fréquence, Flexibilité
 - Convivialité
 - Participants connus ou inconnus

4. Annexe 4 : Guide d'entretien *focus group B*

- Tour de table permettant de recueillir quelques informations sur les participants (Age, nombre d'années d'exercice en libéral, premier GEAP auquel ils participent, nombre d'années de participation à ce GEAP, types de formation habituelles)

- Caractéristiques de ce GEAP : Comment ce GEAP fonctionne-t-il ?
 - Affiliation SFMG ou pas
 - Départs et arrivées
 - Observance

- Freins et obstacles : Comment s'est passé la formation de ce groupe ? Quelles ont été les difficultés rencontrées ?
 - Locaux
 - Répétition, lassitude
 - Temps d'organisation
 - Présence, implication participants

- Motivations : Qu'est-ce qui vous donne envie de continuer à participer ?
 - Points forts
 - Relation avec les autres
 - Horaires, Fréquence, Flexibilité
 - Convivialité
 - Participants connus ou inconnus

- Représentations : Qu'est-ce que vous pensez des GEAP ?
 - Avis en tant que méthode de formation
 - Mise à jour des connaissances
 - Complémentarité / opposition par rapport autres formations
 - Ouverture ou fermeture aux spécialités
 - Compétences
 - Retentissement sur l'exercice

5. Annexe 5 : Focus Group A

Gérard Ducos (GD) : Bonjour, ce soir nous allons parler de formation médicale continue et plus exactement de groupes d'échanges et d'analyse des pratiques (GEAP) et entre autres des groupes de pairs®. Le terme groupes de pairs® est une appellation déposée donc ici on parlera plus généralement de GEAP. Si vous le voulez bien on va commencer par faire un tour de table et vous demandez de vous présenter en donnant le nombre d'années d'exercice en libéral que vous avez, votre âge ou date de naissance, les méthodes de formation que vous utilisez habituellement en formation médicale continue. Qui veut commencer?

A7 : je suis installée depuis 20 ans en tant que médecin généraliste à Blanquefort en Gironde. Au niveau de la formation médicale continue j'assiste à une formation par mois classique et j'ai aussi fait partie d'un groupe Balint pendant deux ans. Et j'ai 53 ans.

A6: Bonjour je suis installé en tant que médecin généraliste depuis 30 ans, comme formation j'appartiens au mediclub33 qui est une association de formation médicale continue. En plus j'essaie de lire beaucoup de choses sur Internet et des revues auxquelles je suis abonné. Je participe aussi à des réunions de laboratoire qui peuvent apporter je pense si on est sélectifs et attentifs. J'ai fait aussi de l'épidémiologie avec médecins sentinelles...euh et je participe dans certaines EHPAD à la prise en charge des personnes âgées... et je suis en 1950.

A5 : Moi je ne connais personne. Je viens d'arriver à Bordeaux l'été dernier, j'ai 34 ans, j'exerce depuis sept ans. J'ai été installée pendant deux ans et demi en Charente où je faisais partie d'un groupe de pairs®. Là, depuis que je suis sur Bordeaux, je suis installée à Gradignan et je suis en train de créer justement un groupe de pairs®. Après, mes sources de formation: je fais en général 2 séminaires par an, en général avec MG forme. Après ça dépend si la SFMG a des sujets qui m'intéressent. Sinon actuellement je dirige une thèse et après c'est un travail de lecture.

A4: Je suis né en 1972 et j'exerce à Cestas, à côté de Pessac depuis 12 ans. Je fais partie d'une association de FMC avec le mediclub33, avec une réunion mensuelle. Je lis des articles sur Internet, des journaux. J'ai dirigé plusieurs thèses et je participe à l'enseignement universitaire, qui me permet également au travers de l'enseignement et des recherches pour les portfolios d'entretenir et de beaucoup lire, de m'entretenir.

A3: 29 ans et deux ans d'exercice libéral en étant installée. J'ai fait une FMC l'année dernière et j'en ai une programmée cette année. Je reçois des externes au cabinet et je suis installée à Cestas.

A2: 1944, 27 ans d'exercice libéral. J'ai participé à des réunions de labos quand j'exerçais, maintenant je suis à la retraite. Je continue à suivre les enseignements du Mediclub une fois par mois... plus les lectures.

A1: 49 ans, diplômée à 40 ans, installée à 43 ans. Je participe à des séminaires OGDPC, le maximum auquel on a droit...donc avant on avait droit à huit

demi-journées maintenant on n'en a plus droit qu'à quatre. Je suis maître de stage ça m'oblige à réfléchir et rechercher beaucoup, à me tenir au courant... surtout sur Internet, les recommandations afférentes à ma pratique. Je rêve de former un groupe de pairs® avec des gens qui seraient vraiment des pairs, c'est-à-dire des médecins qui seraient... enfin je rêvai quand j'étais jeune diplômée de faire un groupe de pairs® avec d'autres médecins qui seraient jeunes diplômés... En fonction de l'âge du diplôme et pas de l'âge civil.

GD : Merci. On va démarrer maintenant le véritable focus. La règle du jeu c'est que chacun va pouvoir s'exprimer. Moi peut-être que parfois j'en couperais certains qui ont un peu trop parlé et j'en ferai parler d'autres qui parlent moins. Donc voilà ne vous affolez pas... La règle c'est que tout le monde arrive à exprimer ce qu'il pense de façon tout à fait libre, tout à fait tranquille... pas de jugement bien sûr, je n'admettrai aucun jugement, de personne... Voilà donc on va démarrer. Vous avez bien compris que ce soir on va parler des groupes de pairs. Y en a certains qui y ont déjà participé, y en a d'autres qui ont envie d'y participer. Mais on va commencer par poser la question: Pour vous c'est quoi un groupe de pairs®?... Qui veut démarrer?

A7 : Moi je pense que c'est un groupe constitués de personnes qui font le même métier et échangent sur les pratiques de ce métier.

A4 : Qui échangent sans jugements les uns des autres, c'est vraiment des pairs.

A7 : oui ce sont des pairs parce qu'ils font le même métier.

A4 : le même métier mais aussi sans jugement les uns des autres.

A1 : Oui, y'en a pas un qui peut se prévaloir d'être professeur ou autre...

A7 : Non, non, non c'est des pairs. (A7 fait un geste avec les mains de mettre les mains au même niveau) Dans la notion de pairs, il y a la notion d'égalité entre toutes les personnes qui sont autour de la table du coup ça induit la notion de non jugement puisqu'il y a égalité... Alors il peut y avoir peut être un observateur... Je ne sais pas comment c'est fichu ces groupes, comment ça se déroule...

GD : Est-ce que quelqu'un sait comment ça se déroule ces réunions ?

(Silence pendant environ 10 secondes)

A5 : En fait, il faut être au minimum 5 à 12 personnes pour créer un groupe, l'idéal étant d'être 10-12 parce que chaque mois il peut y avoir un peu d'absentéisme. 6 c'est le minimum pour avoir un débat intéressant. (A7 acquiesce) Le lieu de la réception peut varier selon les groupes. Certains groupes, selon la définition de la SFMG, parce que c'est eux qui ont créé un cahier des charges...

GD : On ne parle pas spécifiquement des groupes de pairs® de la SFMG mais des groupes d'analyse des pratiques en général.

A5 : Oui c'est vrai... Il y a différentes façons de faire...Moi je connais les groupes de pairs® de la SFMG, où on peut faire les réunions au domicile de chacun, ou au cabinet, ou chacun reçoit à son tour et offre à boire ou à manger. Et chacun

amène un cas clinique qui a été décidé par celui qui reçoit en principe. Par exemple le 3^{ème} cas clinique de l'avant-veille et on remplit une grille. Ensuite on présente les cas des uns des autres, parfois on n'a pas le temps de présenter le cas de tout le monde parce que certains prennent plus de temps que d'autres. Il y en a un qui présente son cas et les autres travaillent autour de la consultation.

A1 : Et le principe c'est que celui qui amène le cas ne doit pas le choisir puisque c'est le 3^{ème} de telle après-midi.

A5 : (acquiesce) Oui c'est aléatoire.

A1 : C'est pas forcément...le participant ne doit pas choisir le cas qui le valorise parce qu'il a eu une idée géniale ou parce que ça lui semble une maladie originale...

A4 : Oui...C'est pas une histoire de chasse (A1 et A5 acquiescent).

A7 : Comment ça se passe ? On en prépare plusieurs alors ?

A5 : Chaque participant prépare le cas qui a été défini. Chaque mois, celui qui reçoit dit « on étudie le 4^{ème} cas de vendredi », alors si pour vous c'est une consultation, c'est une consultation et pour l'autre c'est une visite à domicile...

A7 : Si c'est une vaccination aussi?

A5 : oui bien sûr, aussi si c'est une vaccination. Si c'est une rhino, c'est une rhino... (A4 fait un geste d'écartement des mains évoquant l'impuissance)

A1 : Même si elle semble inintéressante ?

A5 : (acquiesce) Tout est intéressant.

A7 : Oui forcément c'est mieux, si on choisit, on va choisir un truc qui nous valorise...parce que c'est une maladie originale, parce que on a été génial, parce qu'on a envie d'en parler...

A2 : ou parce que quelque chose nous a gêné... moi ça me paraîtrait mieux de choisir...

A7 : Non parce que là c'est Balint. Mais le Balint, on s'intéresse pas à la pratique, on s'intéresse juste au ressenti etc...

A4 : Mais le choix des cas au hasard c'est dans les groupes de pairs® parce que les groupes d'analyse des pratiques, c'est beaucoup plus souple. L'analyse de pratique ça peut être le cas... l'histoire de chasse, le cas où on a été en difficulté. Ça peut être aussi de façon informelle, dans un cabinet quand on est 2 ou 3 à débaucher le soir en même temps et à se dire « Tiens aujourd'hui j'ai été coincé parce que j'ai eu ça. Qu'est-ce que t'en penses ? T'aurais fait comment ? »

A7 : Mais ça on le fait tout le temps, non ?

A2 : Sauf quand on exerce tout seul...

A5 : Oui mais on fait ça aussi avec les amis ou les gens qu'on connaît...

A3 : Il y a une recherche documentaire ou pas ?

A5 : Oui c'est ce qui est le plus intéressant dans les groupes de pairs, c'est ça, c'est qu'à l'issue de la présentation des cas, certains cas vont soulever une question...

A1 : sur les recos ?

A5 : oui par exemple « La bronchiolite du nourrisson, la kiné respi qu'est-ce que vous en pensez ? Moi j'en prescris plus depuis quelques années. Pourquoi t'en prescris plus ? Pourquoi t'en prescris ? » Si on n'a pas la réponse précise, à ce moment-là on fait nos recherches pour le mois prochain et on décide qui fait des recherches sur la kiné respi, qui fait les recherches sur la cholestase ou sur tel feuillet de la sécu... Parce que parfois ce sont des questions d'ordre administratif aussi (A7 acquiesce) ou d'ordre relationnel... Ça c'est un temps qui est très riche, c'est la recherche documentaire et la fois d'après on présente. Donc à chaque séance on présente les recherches qui ont été faites et ça c'est intéressant parce que c'est une recherche qu'on a fait nous-même et c'est pas le spécialiste... voilà c'est pas l'ORL ou le pédiatre qui va présenter la kiné du nourrisson, ça va être le généraliste qui a cherché et qui va dire « voilà j'ai lu tel article, la réponse c'est ça » ou bien « finalement, on voit que les études ne sont faites qu'à l'hôpital et ça représente pas notre pratique » Et c'est vraiment intéressant (A7 acquiesce) ...Et le 3^{ème} temps du groupe de pairs, c'est un temps réseau où on échange sur le réseau local de médecins, de spécialistes, d'hôpitaux, de paramédicaux... C'est pour ça que c'est intéressant que les médecins n'exercent pas trop loin les uns des autres pour pouvoir avoir ce temps d'échange là...

GD : C'était pas le but complet d'avoir quelqu'un qui nous explique comment ça se passe, mais c'est très bien. Une seule chose, on va peut-être donner la parole aux autres après, là on a le cadre complet, mais il manque peut-être une chose. Dans le cadre de la nébuleuse de la formation médicale continue, ça se place où ces groupes ?

A3 : Du fait que se soit pas obligatoire vous voulez dire ?

A7 : Il n'y a rien d'obligatoire de toute façon...

A1 : Le jour où la formation médicale continue sera vraiment obligatoire, où on sera vraiment fliqué, le fait d'appartenir à un groupe de pairs® et de venir sera validant.

A5 : Peut-être que ce sera moins intéressant si c'est obligatoire.

GD : Est-ce qu'on peut faire du DPC (Développement Professionnel Continu) dans les groupes de pairs ?

A5 : Ben oui...

A1 : C'est une forme du DPC oui...

GD : Indemnisé ?

A1 : Ah...mais ça c'est un autre problème...Ça viendra peut-être...

A4 : (hausse un sourcil) Ou pas...

A1 : Mais par contre ce sera surement avec les groupes de pairs® labellisés.

GD : Alors maintenant, je vais changer les règles du jeu, ceux qui connaissent bien les groupes de pairs, on va les mettre un peu en standby, ils ont bien parlé... Et on va demander aux autres, à partir de ce moment-là, de ces explications, qu'est-ce que vous en pensez de ces groupes de pairs®, de ces groupes d'analyses des pratiques ? Qu'est-ce que ça peut vous apporter ?

A3 : Je crois que la question surtout, c'est avec qui les faire ? Avec qui monter un groupe de pair® ? Avec des gens du coin ? Des gens du même cabinet ? Pas du même cabinet ? Des gens avec qui on s'entend ? Avec qui on ne s'entend pas ? Comment le monter ce groupe de pair ?

GD : C'est une difficulté ?

A3 : Oui... Pour mon cas précis, je ne connais pas les médecins autour de là où on est...

A4 : C'est quelque chose de volontaire et de... comment dire... non rémunéré, et ça on le sait, c'est la règle du jeu. Et il faut trouver aussi les âmes sensibles qui sont prêtes à consacrer du temps et de la recherche, de la réflexion, pour les groupes de pairs®. (A3 acquiesce)

A6 : Oui tout à fait. (A6 se tourne vers A5) Le cadre très précis et très complet dont vous nous avez parlé... ce cadre... Je crois qu'à partir de ça il faut trouver des membres du groupe de pair® qui vont mettre souvent leur ego de côté, leur prétention, leur envie de côté pour arriver à une collaboration sur le terrain exemplaire et relationnelle. Par exemple c'est comme vous disiez, pour les correspondants, s'échanger des informations... Par exemple certains anciens correspondants disparaissent et ces anciens avaient une compétence. Et arrivent sur le marché, des jeunes correspondants qui amènent un petit plus qui n'était pas forcément pris en charge par les anciens et donc ce relationnel dans cette 3ème partie, ça peut être très intéressant. (A3 acquiesce)

A2 : La seule chose qui me gêne dans ce qui avait été exposé c'est que moi je pense que la priorité, d'abord, c'est d'exposer des cas qui nous ont posé des difficultés. Mais effectivement les correspondants c'est une très bonne chose. Mais analyser une vaccination ? ...bon... (A2 souffle)...

A7 : Je pense que on n'y passe pas peut être aussi longtemps et qu'on peut passer à quelque chose d'autre...

A2 : Analyser quelqu'un qui demande un arrêt de travail injustifié...

A1 : Ah si c'est intéressant (A3 et A5 hochent la tête de façon véhémence)

A7 : Je pense que c'est comme quand on a un abonnement ou qu'on va voir des choses que l'on choisit. Si on a un abonnement à des spectacles on va aller voir des spectacles qu'on n'aurait pas été voir sinon et c'est intéressant... (A1 acquiesce)

A2 : Quand je vois un article qui ne m'intéresse pas dans un canard, je ne le lis pas.

A1 : Et c'est peut être un tort...Quand on choisit nos thèmes de formations, par exemple sur l'OGDPC où on a des propositions assez larges mais qu'on doit choisir un petit nombre de thèmes, et finalement, on se rend compte que la plupart des gens vont choisir des thèmes qui les bottent. Ou dans les réunions de formation médicale continue, y en a qui ne vont venir que quand le thème les botte. Alors que par définition, si le thème nous fait chier, c'est là où on est mauvais. (A7 acquiesce) Et si le thème nous botte, on vient juste pour vérifier qu'on sait déjà tout. Donc effectivement, le principe de se former sur un thème qu'on n'a pas choisi, moi ça me semble être la seule solution pour compléter sa formation parce que si on choisit son thème, on va aller là où on n'a pas besoin de compléter.

A2 : Alors, je vais te donner un exemple : on a eu une validation que j'ai passée quand j'exerçais, une validation sur dossier médical qui était absolument inutile...parce que c'était exactement la pratique des gens qui étaient là...bon, on a validé...

A3 : Mais justement l'exemple de la vaccination, je le trouvais bon parce qu'il y a pas mal de chose à revoir concernant la vaccination et ça permet que tout le monde puisse revoir un peu les bases et les dernières recos.

A6 : Moi je suis tout à fait d'accord avec toi (A6 montre A3 du doigt). Arriver à une réunion où on n'a pas envie ça apporte beaucoup de chose, et même sur une réunion qu'on pense maîtriser, il y a toujours quelque chose à picorer, à améliorer...

A3 : (A3 acquiesce) L'expérience de l'autre.

A5 : Un groupe étant un groupe de pairs, on peut définir un cahier des charges, propre au groupe. Donc chaque groupe peut dire, nous on fait 3 temps, nous on fait 4 temps de travail et chaque mois on va travailler un cas difficile. On peut pas travailler chacun un cas difficile mais de toute façon un cas difficile souvent c'est un chronique donc c'est quelque chose qui peut être redondant, on est pas obligé de le présenter le mois même. Y a des groupes qui font pas forcément le temps réseau et qui remplace ça par un temps cas difficile. Ou alors y en a qui ne font pas le temps revue de littérature... C'est un groupe de pairs donc après chacun définit son cahier des charges.

A7 : Après la question c'était, je crois, quel est l'intérêt des groupes de pairs® ? (A6 acquiesce) Je pense que l'objectif c'est surtout ne pas se retrouver tout seul...Par rapport à une activité où on est seul, ça permet de rencontrer d'autres personnes, de répondre à des questions pratiques, enfin ça me paraît évident...non ?

A6 : Et d'améliorer sa pratique (A5 acquiesce)

A4 : En fonction de ce que font les autres et de ce que dit la littérature également. Nous améliorer par nous-même.

A1 : Je trouve que ça permet d'avoir une vue très pratique et non pas très théorique comme dans les FMC où se sont souvent des profs de fac qui viennent nous apprendre des trucs. Là, on est vraiment face à notre pratique et à nous-même.

A6 : La vérité révélée... (A4 et A5 acquiescent) Et cette vérité révélée, on l'entend mais il faut l'associer, la malaxer, la mélanger et l'adapter à notre pratique et à notre sensibilité. (A5 acquiesce)

A2 : Je crois qu'on est formé à refuser des vérités révélées.

A6 : Mais nos étudiants en 5^{ème} et 6^{ème} années, ils ont les recos et c'est leur vérité révélée... (A4 rit et acquiesce)

A3 : Parce qu'ils n'ont pas l'expérience de la pratique.

A2 : Est-ce les recommandations de la sécu, tu les suis au pied de la lettre ? (A2 regarde A6)

A6 : Je les entends et après... (A6 rit)

A2 : On est d'accord...

GD : Et par rapport aux autres formations, comment est-ce que vous les ressentez ces groupes, par rapport à d'autres formations ?

A5 : Actifs ! On est actifs, par rapport à une autre formation où on reçoit un énoncé.

A6 : Si je prends l'exemple du Médiclub, de plus en plus j'ai l'impression que les gens consomment de la réunion... Ils ne sont plus actifs, ils ne sont plus acteurs. Ils viennent encore mais comme ils iraient sur internet... (A1 acquiesce)

A2 : Sauf si on leur pose des questions. Si on pose des questions, c'est que le sujet ou l'intervenant a soulevé un problème que tu cherches à éclaircir donc tu n'es pas que consommateur.

A6 : Oui mais de plus en plus, je ressens ces réunions comme de la consommation.

A3 : C'est pour ça qu'un groupe plus restreint favorise l'implication de tous.

A6 : Oui ça pourrait améliorer non pas la consommation mais la participation (A3 acquiesce).

A5 : Il existe aussi des groupes de pairs® par visioconférence.

A1 : (A1 hausse un sourcil) On a un peu moins le non verbal... (A6 acquiesce)

A6 : Est-ce que ça marche ?

A5 : Ben, je ne sais pas si ça a été créé par ceux qui avaient des enfants à faire garder... (Rire général) On m'a proposé quand je cherchais un groupe. J'ai une amie qui est dans le haut de la France et qui m'as dit « Ecoute si tu veux je t'envoie

pour la prochaine réunion et tu participe par visio... » J'ai refusé parce que justement le temps réseau me paraissait important mais ça peut être une forme de choix.

A1 : Pour des gens isolés, en milieu rural, il vaut mieux des visioconférences que ne pas pouvoir y aller (A5 acquiesce). C'est vrai que la visioconférence, ça fait gagner un temps fou... parce que la demi-heure d'attente...

A6 : Oui quand ça marche... mais quand ça marche pas...

A1 : Oh ça marche quand même, Skype ça marche bien.

A6 : Oui ça marche pour deux... (Rire général)

A5 : C'est vrai qu'à huit...

A1 : Par contre c'est vrai qu'on doit perdre beaucoup en communication. (A7 acquiesce) Avec la qualité de l'image et puis on perd aussi le non verbal quand même.

A3 : Ça manque un peu de chaleur humaine quand même.

A6 : Oui enfin c'est ce qui est en train de s'installer dans les universités. Il n'y aura plus d'universités mais juste des gens qui seront derrière leur écran. D'après ce que j'ai pu lire dans des revues spécialisées, ça peut être très intéressant pour l'éducation de masse. Alors après, est ce que c'est formateur ?... Mais vu le budget des universités, vu le nombre d'étudiants, je crois que tôt ou tard, on va arriver à ce système.

GD : Avec tout ce qu'on a dit là, pour vous quels seraient les freins à ces groupes de pairs® ? Est-ce que vous voyez des obstacles ?

A3 : Je crois que le principal problème, c'est le temps

A4 : Oui le temps.

GD : Toujours par rapport à d'autres formations ?

A3 : Oui, mais un groupe de pair® si j'ai bien compris, c'est assez régulier, c'est mensuel. Du coup ça veut dire un temps plus important que d'autres formations.

A1 : Ce n'est pas au coup par coup.

A4 : Ça nécessite de l'implication. Parce que une FMC, on va la consommer, comme on disait tout à l'heure, donc on arrive, on consomme, on repart, c'est terminé. Un groupe de pair il y a plus d'implication, ça prend plus de temps.

A7 : Ouais, moi je pense que c'est la disponibilité le problème. (A6 acquiesce)

A6 : Et aussi, peut-être, tôt ou tard, on arrive à une lassitude. (A6 se tourne vers A5) Dans les présentiels de votre groupe, vous avez beaucoup de déperdition, c'est toujours les mêmes ?

A5 : On a eu un départ, une des membres qui se disait trop absente... (A6 acquiesce) elle nous a dit qu'elle se désengageait vis-à-vis de nous car ce n'était pas respectueux.

A6 : Et en membre, vous êtes un groupe de combien ?

A5 : Dans le groupe où j'étais dans ma région précédente, on était 11. Et en moyenne, il y avait toujours 2 ou 3 absents.

A1 : On peut vivre ça comme une contrainte... parce qu'un groupe présentiel, tout le monde s'en fout si tu ne viens pas. (A7 acquiesce) Du genre le Médiclub, ça porte tort à personne si on ne vient pas. Ou alors à l'organisateur qui est gêné vis-à-vis de l'orateur qu'il y ait un peu moins de monde que d'habitude mais ce n'est pas du tout la même culpabilité je suppose qu'être absent à une soirée de groupe de pairs®.

A6 : Est-ce que tu penses que la culpabilité peut être intégrée ?

A1 : Je pense que c'est un frein ! La culpabilité, l'angoisse de devoir manquer, c'est un frein à l'inscription, à l'engagement dans un groupe d'échange de pratiques. (A3 acquiesce)

A3 : Oui je suis tout à fait d'accord.

GD : L'obligation de présence, c'est ça ?

A5 : Moi je pense que un des motifs, et je suis la première à lancer l'idée sur le groupe que je suis en train de créer, je serais la première à me désinscrire si je ne trouve pas un bénéfice professionnel important de ce groupe de travail. (A6 acquiesce) Ca je le dis systématiquement, si on n'a pas un travail qui est constructif, avec des échanges intéressants, si par exemple il y a un médecin qui chapote tout le temps, qui est trop bavard, comme moi ce soir (rires)... Il faut trouver un intérêt professionnel.

A6 : Une implication équivalente de tous les membres. (A5 acquiesce)

A1 : Pas forcément, parce que ça peut convenir à certains...

A6 : Si tout le monde n'est pas aussi impliqué dans le système, aussi intéressé, c'est problématique. Il va y avoir un déséquilibre, une cassure.

A5 : Après il y a des médecins qui ne sont pas bavards et qui trouvent quand même un intérêt. (A1 acquiesce) J'ai un de mes confrères qui était dans mon ancien groupe, qui nous avait rejoints. Dans le groupe où j'étais il y avait vraiment une diversité, il y avait tous les âges, des remplaçants, des médecins plus anciens, il n'y avait pas de retraité par contre. Et lui était dans un groupe où il n'y avait que des jeunes installés et en fait il a eu ce ressenti de ne plus apporter au bout de 2 ans, de ne plus avoir de bénéfice, de ressortir toujours les mêmes choses... donc il a préféré arrêter, voilà.

A6 : Pour vous la mixité dans l'âge, c'est... ?

A5 : C'est une richesse.

A6 : Mais est ce que les jeunes n'ont pas des orientations différentes des plus anciens ?

A5 : On a tous à apprendre les uns des autres.

A6 : Oui mais au niveau de l'apprentissage, est-ce que l'apprentissage est le même pour un jeune qui débute ou quelqu'un qui a 20-30 ans d'expérience professionnelle ?

A5 : Non je pense..., après moi je ne sais pas, je me sens toujours jeune, enfin débutante au moins...

A6 : Parce qu'expérience et compétence, c'est très différent.

A5 : Moi j'ai toujours l'impression d'apprendre plus des autres mais c'est juste mon impression.

A1 : Moi j'ai l'impression que les pratiques des médecins en fin de carrière sont tellement loin des pratiques des médecins jeunes diplômés (A2 sourit et A6 rit), que c'est pour ça que je disais que moi je n'imaginai pas un groupe de pair® avec une mixité des âges. C'est pour ça que je pense que c'est l'âge par rapport au diplôme qui est important. Parce que je me sens beaucoup plus proche de jeunes médecins de 30 ans que de ceux de mon âge civil.

A4 : La mixité ça peut amener aussi une richesse...

A3 : Un recul. (A4 acquiesce)

A1 : Oui bien sûr mais j'ai peur qu'il y ait quand même un choc des pratiques.

A3 : D'où l'intérêt de bien choisir...

A4 : C'est comme pour le volontarisme, ce n'est pas n'importe qui qui y va.

A1 : Tout à fait.

A4 : Donc celui qui ne veut pas écouter les jeunes, il n'y a pas dans le groupe de pairs®.

A5 : Tu as un biais de sélection par rapport à ça (A1 et A4 acquiescent)

A1 : Oui mais j'ai peur qu'il y ait des vieux qui veulent donner des...des leçons...

A2 : Tu vises ? (A2 rit puis d'autres rient)

A1 : Mais non, je ne te connais pas. Des vieux qui veulent dire aux jeunes que c'est lui qui sait.

A5 : Il peut y avoir un jeune qui fasse ça aussi.

A1 : C'est vrai. (Rire général)

GD : Je vois deux personnes qui voudraient bien monter un groupe de pairs®, qui sont motivées et qui n'y arrivent pas. Alors qu'est-ce que vous en pensez les autres de ça ? Où est la difficulté ? Comment ça pourrait se mettre en place ?

A3 : Il faut contacter les médecins du secteur. Si on part d principe qu'on veut être dans le même secteur pour avoir un réseau...Contacter les médecins du secteur, savoir qui est intéressé... Mais le problème c'est que on les connaît pas forcément donc on se heurte toujours à un problème de savoir, est ce que ça va coller, est ce que ça va pas coller ?

A6 : Oui il faut absolument que le groupe ait un intérêt personnel et au niveau du groupe. Une bonne négociation c'est quand chacun y trouve son compte et je crois que si chacun n'y trouve pas son compte, même au niveau d'un groupe de pair®. Il y a automatiquement une distorsion, chacun trouve ce qu'il peut ou ce qu'il veut mais à des niveaux différents (A5 acquiesce). Autrement ça ne marche pas. Et là j'ai une question (se tourne vers A5) un groupe de pairs ça vit combien de temps avant d'exploser ?

A1 : Comme un couple (rire général)

A7 : Sur le recrutement, moi c'est ça qui me paraît le plus difficile. (A6 hausse les épaules) Après je pense qu'on peut recruter les gens, ça peut être complémentaire les groupes de formations et les groupes de pairs®. Se servir des grands groupes de FMC pour recruter et faire des petits groupes de pairs à partir des groupes de FMC. Moi je fais partie d'une sorte de groupe, informel on va dire, avec quelques copines, on est 7-8 et souvent le mardi, on mange ensemble à midi...

A1 : Ah c'est « les pétasses » ?

A7 : Oui c'est « les pétasses », donc c'est quand même informel mais connu, (rires). On fait une sorte de Balint, groupe de pairs®, machin, mélangés qui nous aide beaucoup souvent.

A6 : Mais c'est non structurel

A1 : Oui mais c'est des pairs, ça pourrait après être plus structuré ?

A7 : Non on est plutôt un groupe de copines, parce qu'on parle de tout, de choses qui vont beaucoup plus loin que la médecine.

GD : Et ce qu'on a entendu là, ne vous donne pas envie ?

A7 : Ah si, moi j'ai envie de ce genre de trucs. J'ai fait partie d'un groupe Balint. Et je suis partie de mon groupe Balint parce que je m'apercevais que je n'étais pas assez présente et que je ne pouvais plus m'engager. C'est toutes les 3 semaines le Balint...

GD : Maintenant, on va demander aux gens qui veulent monter un groupe de pair®, quelles sont vos difficultés, pourquoi vous n'y arrivez pas ?

A5 : Mais j'y arrive ! (rires) Pour moi la difficulté c'est que je n'ai pas fait mes études à Bordeaux et que je ne connais aucun médecin à Bordeaux à part mon associé. Donc je suis partie d'une feuille blanche. J'ai fait 2 ou 3 petites réunions où

j'ai glissé l'idée et j'ai rencontré un autre médecin qui m'a dit « moi ça m'intéresse ». Donc je lui ai un peu sauté dessus, en lui disant toi tu connais du monde, moi je connais personne et puis hop il y en a un 3^{ème} qui s'est greffé et là après par échange de mail petit à petit... Moi je me pose là comme créatrice du groupe mais après je disparaissais, je suis juste un membre.

A1 : Moi, la difficulté c'est de trouver les gens avec qui j'aurais voulu travailler parce que c'est des gens que je ne connaissais pas puisque ce n'était pas ma génération. Ma génération médicale ne correspond pas à ma génération d'âge et donc j'ai quelques difficultés à ...à recruter les médecins avec qui j'ai envie de travailler.

GD : D'autres difficultés ? Vous voyez d'autres difficultés à monter ces groupes ?

A5 : Les locaux peuvent être un frein, la distance. (A7 acquiesce) Mon associé m'a dit un peu gêne : « moi dans mon salon, c'est tout petit, je n'ai pas la place pour recevoir 8 personnes » Mais il y a des solutions, dans mon groupe précédent, j'habitais trop loin, ça faisait trop de route pour les autres donc je mettais une table de jardin dans ma salle d'attente. Il faut quand même avoir une unité de lieu parce que l'hiver quand on rentre tard, faire une demi-heure de route supplémentaire ça peut être un frein.

A6 : (A6 acquiesce) C'est trop.

A5 : Ça peut être un frein, justement à la participation.

GD : Est-ce que quelqu'un veut rajouter des choses ?

A2 : Pourquoi ne pas incorporer des retraités ?

A5 : Ce n'est pas figé, bien au contraire.

A4 : Un retraité va avoir du mal à avoir la 3^{ème} consultation de l'avant-veille... (A3 rit)

A5 : Mais ce n'est pas grave, je suis persuadée que chacun apporte un intérêt, le retraité peut aussi faire des recherches, il a la richesse de ses années d'exercice que nous n'avons pas. Après il faut aussi que...

A2 : Ils sont plus difficiles à contacter (rires)

A5 : Ils sont plus difficiles à contacter quand tu ne connais pas le réseau local. Moi je ne me serais pas vu taper aux portes des médecins « salut, je suis le nouveau médecin, je crée un groupe de pairs® » (A1 acquiesce). C'est difficile pour nous de faire cette démarche-là, on n'est pas des commerciaux. Aller démarcher les confrères qui ont autre chose à penser que la jeune qui vient de s'installer à côté...

A7 : Il n'y a pas de groupes d'échange à Gradignan ?

A5 : Si, il y a un groupe sponsorisé par « biopharma », c'est toujours un labo qui présente avec présentation de médicaments...

A7 : Mais ce n'est pas grave s'il y a le labo, il suffit d'y aller et dire « coucou je suis là, je veux monter un groupe de pair® ».

A5 : Moi je ne me sentais pas de passer pour la foldingue de service qui vient démarcher.

A7 : Mais non pas du tout. Sur les 30 qui sont là, il y en aura sans doute pleins qui seraient intéressés... (A1 et A5 acquiescent)

A1 : Ce n'est pas forcément la même clientèle les groupes de pairs® et les groupes sponsorisés par la grande industrie.

A7 : Avant tous les groupes étaient sponsorisés par les labos (A2 acquiesce)

A1 : Tout à fait.

A7 : Notre FMC, depuis 2 ans on est plus sponsorisés mais avant si et pourtant je suis sûre que y en a plusieurs que ça aurait intéressé de participer à un groupe de pair®.

A5 : Tout à fait...Mais oui, ce n'est pas le choix que j'ai fait. Et puis je n'avais pas forcément envie... sur la commune où je suis il y a beaucoup de médecins et je n'avais pas forcément envie qu'on soit tous des médecins de la même commune. C'est intéressant quand même d'avoir des médecins un peu plus éloigné surtout qu'ici il y a une densité importante de médecins tant en médecine générale que au niveau des spécialistes. Je trouve ça intéressant qu'on soit un petit peu éloigné quand même pour partager d'autres choses.

A6 : Et actuellement, il y a combien de groupes de pairs référencés ?

A5 : Sur la Gironde il y en a très peu.

NL : Il y en a 0 officiels mais il y a Créon. Il y en a un qui marche mais qui n'est pas officiel.

A5 : Il y en a un qui est référencé à la SFMG. Je les ai appelé et ils m'en ont donné un ou deux. Après en créant le mien, je me suis rendue compte qu'il y en avait un qui était actif dans une commune limitrophe à la nôtre où effectivement, ils ne sont pas référencés et où ils n'ont pas envie de l'être, ils travaillent entre eux.

NL : Ou ça ?

A5 : Canéjan

GD : Ce groupe de pairs®, il a été référencé il y a bien longtemps et il ne l'est plus depuis bien longtemps mais il fonctionne.

A5 : Et j'ai rencontré un ancien qui était intéressé, il m'a dit qu'il était dans un groupe de pairs® dans le passé et un jour il tape à la porte de celui qui devait recevoir, il avait oublié le groupe et en fait il s'est retrouvé tout seul, tous les autres avaient oublié aussi la réunion... (rires)

A6 : Tous les groupes de pairs® finissent comme ça ? (rires)

A5 : Alors maintenant tu as internet avec une espèce de matraquage de mails : réunion à telle date etc...

A6 : Mais il doit y avoir une répétition, une lassitude...

A5 : Ouais c'est la lassitude...

A4 : Faut-il obligatoirement qu'un groupe soit référencé ?

A5 : Non, non...

A4 ; Parce qu'on dit qu'il n'y en a pas, mais en fait il y en a, mais pas référencés.

A5 : Il y en a oui

A6 : Mais est-ce qu'un groupe de copines peut être appelé groupe de pairs® ?

GD : Groupe d'analyse de pratique...

A1 : Ca dépend ce qu'elles font...

A7 : Les pratiques qu'on analyse ne sont pas toujours ... (rires)

A5 : Moi je pense que la pérennité d'un groupe c'est vraiment la rigueur.

A6 : Mais est ce que la rigueur n'énerve pas au bout d'un moment ? (A1 acquiesce) N'engendre pas des rejets ?

A5 : Et bien, si à un moment, il y a une lassitude, tu quittes, et puis tu renouvelle, et le groupe se renouvelle comme ça avec un nouvel entrant, et c'est un nouveau souffle et ainsi de suite...

A6 : Oui ça c'est l'idéal, mais dans la réalité...

A5 : Oui, ça se passe comme ça oui. Parce que celui qui n'y trouve plus son intérêt, il sort.

A6 : Et vous avez régulièrement des nouveaux intégrants ?

A5 : Oui

A6 : Il y a des listes d'attente sur votre groupe de pair® ?

A5 : Ah il y a encore de la place (rires) Je prends les noms...

GD : Donc les difficultés que j'ai entendu, c'est d'abord est ce qu'il faut faire un groupe vraiment de pairs ou un peu plus mixte, est ce qu'on peut mélanger ou pas, est ce qu'on doit avoir une homogénéité. Ça vous n'êtes pas d'accord là-dessus, tous. (A5, A6, A1 acquiescent) Deuxièmement, après, la difficulté c'est organisationnel, le lieu, le temps...Ce n'est quand même pas complètement unique comme formation, les gens qui n'appartiennent pas à un groupe d'échanges, ils se forment autrement, ce n'est pas une obligation, c'est ce que j'ai entendu aussi. Donc pour terminer, un petit tour de table, est ce que vous seriez prêts à participer et/ou

former un groupe d'échanges et d'analyse des pratiques ?...ce n'est pas la même chose. Etre acteur dans la naissance d'un groupe, où est ce que vous seriez prêts à participer ou est-ce que ça vous paraît un peu trop important ?

A1 : Moi je suis toujours ce fantasme, que je mettrais peut être à exécution si je déménage mon cabinet en banlieue, ce qui m'incitera à prendre contact avec mes nouveaux voisins. Donc ça c'est un projet géographique qui stimulera cette envie d'aller fonder un groupe de pair®, plutôt avec des médecins..., en cherchant une certaine unité de lieu, sachant que comme je serais en milieu semi rural, l'unité de lieu, ce serait d'aller solliciter tous les médecins sur une petite zone de quelques km à la ronde.

GD : Donc ça irait contre ce que tu nous as dit, l'homogénéité d'âge...de formation.

A1 : Ah non parce que ce serait quand même dans l'unité de lieu... mais c'est vrai que l'unité d'âge ça va être difficile... (rires)

A2 : Moi je serai assez tenté de participer à un groupe en étant retraité mais pour rester au fait des pratiques actuelles, pour amener un esprit critique sur les directives qu'on peut nous imposer. Pouvoir critiquer, essayer de trouver ce qui est réel et ce qui est simplement de la pub de la part de nos autorités.

A6 : Mais est-ce qu'un retraité peut être acteur aussi ? Acteur dans la mise en pratique des connaissances ?

A2 : On peut toujours être remplaçant... Je l'espère. (rires)

A3 : Former non, participer oui, mais pas dans l'immédiat.

GD : Pourquoi ?

A3 : Pour des raisons personnelles. Pour l'instant j'ai déjà suffisamment à faire, pour moi le problème c'est le temps, la disponibilité.

A4 : Pareil. Je ne suis actuellement pas pour, ni former ni participer parce que je suis déjà dans 36 choses différentes.

GD : On n'avait pas dit qu'on ferait ça au cabinet ? (rires)

A4 : Justement...

A3 : On n'arrive même pas à trouver un créneau au cabinet alors qu'on est 5, alors en soirée à plus, je n'ose même pas imaginer...

A5 : Il y a un jeune thésé qui m'a dit... La première chose c'était : est-ce que se sera reconnu comme FMC validée ? Il m'a vraiment dit, si ce n'est pas reconnu, ça ne m'intéresse pas.

A6 : Il reflète la vision d'une pratique optimisée...Il faut optimiser, favoriser, pratiquer etc...

A3 : Moi pour donner mon avis de jeune médecin fraîchement installée : je m'en fiche un peu, c'est pas l'argument principal.

GD : (se tourne vers A5) Donc on a bien compris que vous étiez en train de constituer un groupe de pairs® donc vous avez déjà répondu (A5 sourit)

A6 : Moi, la conception d'un groupe, absolument pas, peut-être la participation et encore. Par contre je trouve ça intéressant à connaître de façon théorique, quant à la pratique...

Gd : Quels obstacles tu y trouves ?

A6 : Pas d'obstacles majeurs mais pas envie.

A7 : Moi, y participer oui ça m'intéresserait beaucoup, oui. Par contre le problème, c'est qu'il faudrait que je trouve du temps. J'ai arrêté le Balint à cause de ça, donc je vais me faire tuer par tous ceux du groupe Balint dont je suis partie quand je vais me mettre dans un groupe de pair®. Mais j'aimerais bien, ça c'est vraiment un truc, je trouve ça très riche.

GD : Ok. On va arrêter là. Merci beaucoup.

6. Annexe 5 : Focus Group B

GD (Gérard Ducos) : Merci de nous recevoir pour ce focus group sur les groupes d'échange et d'analyse des pratiques (GEAP) et groupes de pairs®, on pourra employer les deux noms de façon indifférenciée pendant cet entretien. Si vous le voulez bien, on va commencer par un tour de table. On va vous demander votre âge, le nombre d'années d'exercice en libéral, si c'est votre première expérience de GEAP, depuis quand vous faites partie de ce groupe et quel type de formation, en dehors de ce groupe, vous pratiquez. Qui veut commencer ?

B4 : Moi je veux bien. J'ai 41 ans, j'ai été installée 3 ans en Belgique et 10 ans ici en France. Je suis arrivé ici en 2006 et j'ai rejoint ce groupe de pairs®. J'ai rejoint ce groupe, il était déjà créé. Avant je travaillais dans une maison de santé en Belgique où on avait des supervisions mais ce n'était pas des groupes de pairs®. Après comme autre activité, je participe à un groupe Balint et des formations médicales continues (FMC) de temps en temps sur des weekends et la formation Prescrire aussi que j'aime bien.

B3 : Moi j'ai 41 ans aussi, je suis arrivée en France en 2003 et je me suis installée en 2005 donc ça fait environ 11 ans. J'ai rejoint le groupe de pairs® aussi tout de suite donc 11 ans que je suis dans ce groupe. Comme formation autre, je lis Prescrire et je fais quelques formations continues.

B2 : Moi j'ai 38 ans et je suis installé depuis 2009 et je suis dans le groupe depuis 2009. Comme formation complémentaire j'ai un DU médecine de l'enfant et une capacité médecine du sport que j'ai fait aussi à Bordeaux.

B1 : Moi j'ai 33 ans, je suis installée depuis 3 ans et dans ce groupe depuis 3 ans mais je fais des groupes de pairs® depuis 2009 mais pas ce groupe-là. Je participais à un groupe de pairs d'internes pendant mon internat. Après comme formation j'ai un DU de gynécologie médicale et quelques formations médicales continues.

B5 : J'ai 45 ans, je suis installé depuis 2000. Le groupe de pairs®, je fais partie des « historiques », on l'a créé en 2002 donc ça fait 14 ans que je suis dans ce groupe. Je participe aux formations du CNGE et du DMG.

B6 : J'ai 57 ans, je suis installée depuis 25 ans. C'est mon premier groupe de pairs, j'étais là à l'origine pour la création comme B5. Comme autres formations, je fais le test de lecture Prescrire, j'ai participé aux formations pratiques sur Internet de Prescrire et puis après des formations ponctuelles et j'ai aussi un DU d'infectiologie mais qui commence à un peu dater.

B7 : Moi j'ai 39 ans, je suis installée depuis 2013. C'est le premier groupe de pairs® que j'intègre et j'y suis depuis que je me suis installée en 2013. Je fais aussi des formations continues, formations présentiels.

GD : Dans un premier temps, on va vous demander comment fonctionne votre GEAP ? Si vous êtes affilié ou pas, où se passent les séances, comment elles se passent ... ?

B5 : On n'est pas affiliés, mais on a fait 3 ou 4 ans quand l'OGDPC permettait de valider la FMC. On a participé à 3 thématiques...ou 2, je ne sais plus. Non 3 je pense

B3 : (acquiesce) Oui 3, il y a eu l'allergie, la dénutrition et...

B2 : L'ostéoporose il me semble...

B3 : La personne âgée... avec ostéoporose et dénutrition. Et le 3^{ème} c'était biologie.

B5 : Et sinon au tout début, on s'était quand même collé au modèle de la SFMG mais on n'avait pas adhéré. Mais on colle quand même à ce modèle. (B6 acquiesce) Donc 3 temps : une casuistique, un temps d'échange autour des réseaux mais qui a beaucoup évolué au fur et à mesure des années pour éviter l'épuisement. On a fait des projets de recherche... Et puis un 3^{ème} temps sur des projets de lecture, de la bibliographie, sur les problématiques qu'on avait soulevé.

GD : Et le lieu ?

B2 : Il a changé au fur et à mesure.

B3 : (acquiesce) Oui ça tourne régulièrement. On choisit un lieu pour l'année en général. (B6 acquiesce)

GD : Le groupe compte combien de personnes ?

B5 : Ça a été variable selon les années.

B3 : Entre 8 et 12.

B6 : Oui jamais plus de 12.

B5 : On accueille des internes aussi parfois, nos internes, donc ça grossit un peu le groupe. Et on est trois qui restent depuis le démarrage du groupe.

GD : Il y a un gros turn over ?

B5 : Il y a eu 2 départs en retraite...

B6 : 2 départs volontaires aussi...Et une qui est partie vivra dans les îles. En fait il n'y a eu que 2 départs de personnes qui ont désiré arrêter. (B2 et B5 acquiescent)

B5 : Oui, oui.

B3 : Oui les séjours de chacun sont quand même longs.

B6 : Oui ceux qui sont partis, ça faisait 10 ans qu'ils venaient... Par contre, on a eu plusieurs observateurs qui ne sont pas revenus... C'est vrai que ça a toujours été un peu difficile les départs mais en revanche le groupe a toujours été enrichi, les nouveaux apportaient toujours beaucoup au groupe.

B5 : Je me souviens de vous (se tourne vers B3 et B4) quand vous êtes arrivés, ça avait vraiment reboosté, redynamisé le groupe.

B6 : (acquiesce) Oui c'est vrai, absolument.

B5 : L'expérience belge avait vraiment reboosté le groupe. (Rires)

GD : Comment est-ce que ce groupe s'est constitué au départ ?

B5 : C'était à l'initiative...Bon on avait quand même tous envie au départ Mais c'était un peu à l'initiative de P et en fait, on avait délégué cette mission de nous regrouper à J qui venait de s'installer et qui avait très envie de faire ce lien. Donc c'est lui qui a organisé le premier. Ce qui fait que encore maintenant c'est toujours lui qui organise la réunion de Septembre (B6 acquiesce). C'est toujours lui qui fait les plannings, qui répartit qui va être animateur et modérateur.

B6 : Moi j'ai eu contact par P et M parce qu'on était dans le même groupe avec des intervenants spécialistes. Je ne connaissais pas du tout le principe du groupe de pair® et c'est eux qui m'ont dit et donc je suis venu.

B5 : On en avait parlé un peu comme ça de façon informelle, jusqu'à se dire, on va formaliser ça (B6 acquiesce). Ça a été vite. J s'est installé et après dans les 2 mois ça a été mis en place. A partir du moment où on l'a dit, on l'a mis en place rapidement.

GD : Comment ça s'organise ? Il y a un responsable ?

(B3 fait non de la tête)

B5 : C'est très partagé.

B6 : C'est assez démocratique.

B3 : La première réunion de l'année, on se met d'accord sur le planning, les thèmes, comment on va fonctionner, de manière collégiale. (B2 acquiesce)

B5 : Le premier animateur de septembre c'est toujours J mais c'est tout. Et après on désigne à chaque fois un animateur/modérateur/intendant et ça tourne. (B6 acquiesce)

B6 : Et on fait un compte rendu de chaque séance.

B3 : C'est le même qui fait tout, il amène à manger, il anime, il fait le compte rendu...

B5 : On avait essayé de partager mais ça nous doublait l'impression de... travail. (B6 acquiesce)

GD : Quelles ont été les difficultés de mise en place ?

B5 : Non je ne crois pas.

B6 : (secoue la tête négativement) Non j'en ai vraiment pas souvenir...l'impression que ça a été vraiment très très simple.

B3 : (se tourne vers B5) Et au début, vous n'étiez que 5 du coup ?

B5 : Ah non on était P, M, J, les 3 de Targon, F et L donc 8.

B6 : Oui c'est ça, 8.

B5 : Là où ça a vite collé c'est qu'on était... alors avec des expériences différentes quand même, mais rapidement on s'est aperçu qu'on avait la même philosophie de remise en question.

B6 : (acquiesce) Et la lecture de prescrire aussi. (rires) C'est vrai qu'on avait des pratiques différentes, P et M étaient dans un cabinet ensemble, moi j'étais seule, il y avait quand même des pratiques différentes mais avec peu de prescription, un questionnement sur sa prescription...

GD : J'ai entendu « l'arrivée de nos amis belges nous ont boosté », il y en avait besoin à ce moment-là que ce soit boosté ?

B5 : Quand on lit sur les groupes de pairs®, on s'aperçoit que les groupes ils ont une durée de vie limitée en théorie et qu'ensuite ça s'arrête ou ils se redistribuent.

B2 : Moi je suis arrivé à un moment où vous vous posiez des questions sur le rythme même des séances avec une deuxième partie qui tournait un peu en rond (B6 acquiesce) et c'est là qu'on a commencé à parler des projets et où on s'est dit que ça allait remettre le groupe qui tournait un peu en rond, ça allait changer le cadre.

B6 : C'est vrai que j'ai le souvenir des arrivées, avec à chaque fois plusieurs courants. Ce qui est très intéressant c'est qu'à chaque fois ces regards ça apporte chaque fois des choses nouvelles. Même si on a des sensibilités semblables sur la façon dont on prescrit et tout... mais à chaque fois chacun apporte des choses nouvelles auxquelles on n'aurait pas pensé, des thématiques...

B5 : Il y a eu des petites sensations d'épuisement (B6 acquiesce) mais on a été relancé par des projets nouveaux, des arrivées dans le groupe...

GD : Et les nouveaux arrivés, je ne vous ai pas trop entendu, qu'est-ce que vous en pensez ? Vous les sentez dans la lassitude ?

B1 : Ah non

B7 : Pas du tout

B1 : Mais je pense que le mouvement c'est bien quand même, parce que je crois, c'était à la fin de l'année dernière, on piétinait un peu, et il y a eu un nouveau projet avec un interne sur une thèse été ça a relancé un peu.

GD : J'ai entendu « on est tous un peu pareil, on a tous la même philosophie » ça vous semble important ?... Vous pensez que quelqu'un avec des idées différentes ça marcherait moins dans le groupe ?

B5 : Oui je pense, parce qu'il y a eu V...

B6 : Oui V, c'est dommage d'ailleurs parce qu'il pensait différemment de nous et il apportait une vision et un regard différents mais qui étaient intéressants. (B3 acquiesce)

B5 : Officiellement ce n'est pas pour ça qu'il a quitté le groupe...

B6 : Mais peut-être il était gêné...

B3 : Nous on trouvait intéressant ce qu'il apportait mais peut-être qui lui il se sentait trop différent par rapport à nous.

B5 : Officiellement ce n'était pas à cause de ça mais parce que ça lui prenait trop de temps. Et qu'il voulait se consacrer plus à sa famille.

GD : Et qu'est-ce que vous en pensez de la cohérence dans la pratique ?

B5 : Après il y a quand même beaucoup de diversité de point de vue même si la pratique est la même. Et je pense qu'on peut élargir, parce que la pratique, c'est la pratique d'un médecin généraliste installé dans notre zone rurale ou semi-rurale. Ça c'est la même pratique et après les diversités de points de vue sont intéressants. (B6, B3 et B4 acquiescent)

B3 : Après on est souvent d'accord quand même...

B2 : On n'est pas forcément d'accord sur ce qu'on va faire ou ce qu'on va mettre en place, mais on est déjà d'accord sur le fait qu'il faut qu'on se pose la question de pourquoi on le fait. (B3, B4, B6 et B7 acquiescent) Après chacun est libre de l'adapter, de l'appliquer comme il veut. Je pense que le fait d'être capable d'accepter d'en discuter ça c'est vraiment indispensable.

B5 : Et de s'enrichir de la vision des autres, toujours (B6 acquiesce)

B4 : On est d'accord sur la manière de faire et sur la réflexion qu'il faut avoir par rapport à ça, mais après je pense qu'on ne le fait pas du tout de la même manière. (B2 et B3 acquiescent) On n'agit pas tous de la même manière du tout mais on est d'accord pour se poser la question.

B3 : Après je pense qu'il y a une grande liberté de parole parce qu'on sait qu'on n'est pas du tout jugé (B3 et B7 acquiescent). Je trouve que ce qui est très agréable dans le groupe c'est qu'il y a vraiment un a priori positif, une sympathie même (B2 sourit et opine de la tête). Moi je me sens vraiment libre de dire ce que je pense, et je croie que c'est partagé (B6 et B7 acquiescent).

GD : Ça fait partie des points forts d'un GEAP, non ? Quels sont pour vous les points forts, ce qui vous donne envie de continuer à participer ?

B3 : L'échange, l'a priori de confiance...

B4 : Le non jugement. (B6 et B5 acquiescent)

B6 : Oui c'est certain.

B4 : Je pense que le départ de V, c'était peut-être de s'imaginer qu'il pouvait être jugé par rapport à sa pratique... même s'il ne l'était pas. Forcément si tu dis quelque chose qui va à l'encontre de la philosophie...enfin non, mais qui est dissonant par rapport au discours ambiant, c'est gênant, je pense que ça doit être gênant. Mais bon après, c'était effectivement très intéressant. Moi je trouve, j'ai le sentiment - mais je ne sais pas vous ce que vous en pensez - que P mettait très très en confiance par rapport à ça. (B5 et B6 acquiescent) Il avait une approche qui était très... Quand tu disais quelque chose de vraiment différent, il était très...

B3 : Accueillant.

B4 : Oui...rassurant dans le fait que tu n'étais pas jugé dans ce que tu disais... que tu avais le droit de te tromper...

B6 : Il y avait un grand respect.

B4 : Je trouve qu'il a beaucoup...il donnait beaucoup cette ambiance et cette philosophie là au groupe.

B5 : Oui... Grace à eux, il y avait une amplitude d'âge, et ils nous rassuraient sur les phases par lesquelles on passait parce qu'ils y étaient passés avant. L'autre chose, enfin une de nos forces aussi, c'est quand même cette rigueur, parce qu'au bout de 20 ans, on pourrait juste venir, boire un coup, discuter de n'importe quoi... mais on se tient toujours à notre organisation, au temps casuistique. On a fait quelques aménagements bien sûr, parce que au début chacun présentait un cas, là on est plutôt sur 4 à 5 cas par séance mais on est quand même toujours resté rigoureux (B2, B3, B4 et B6 acquiescent).

B3 : Et puis sur le travail de recherche, je trouve que c'est ça qui est chouette, c'est qu'on a tous envie d'enrichir nos pratiques et d'apprendre des choses. (B6 acquiesce)

B4 : Oui par exemple, moi le travail sur les benzodiazépines, j'ai vraiment trouvé un grand sens à ça puisqu'il y a eu vraiment un impact sur la façon dont on a changé notre pratique après.

B3 : Même le plavix...

B4 : Le plavix aussi...

B6 : Oui c'est ça, en fait, on s'est senti porté par le groupe.

B2 : Oui moi je l'aurais pas fait tout seul...

B4 : Oui on se serait découragé tout seul mais là à chaque fois, parce que c'était long mais là à chaque réunion, on se relançait et on était vraiment porté par le groupe....

B3 : Et puis c'est un argument pour les patients aussi...

B2 : Oui moi aussi je l'utilise (B1 acquiesce)

B3 : Je leur explique qu'on est un groupe de médecins, qu'on réfléchit et voilà ce qu'on a décidé, enfin pas décidé mais changé par rapport à nos connaissances...

B4 : Parce que les autres médecins réfléchissent pas. (Rires)

B3 : Non, non, mais tout seul, tu as moins de poids, alors que quand tu leur explique qu'on est 5 maisons de santé, qu'on fait des groupes, ça a plus de poids... (B1 et B5 acquiescent) Ça nous donne une légitimité...

GD : Merci pour ce que vous avez dit, je vais vous poser une question qui va vous paraître un peu incongrus : Qu'est ce qui ferait que ça pourrait s'arrêter ? Quelles sont les difficultés qui pourraient faire s'arrêter ce groupe ?

B6 : Le débordement de travail, je pense...

B3 : Moi c'est ce que j'allais dire, parce qu'on est tous investis dans plusieurs choses et du coup ça rajoute une réunion mensuelle alors qu'on a déjà d'autres réunions et donc je pense que ce serait plus si on était dans une surcharge de travail (B6 et B7 acquiescent).

B2 : Après je ne suis pas convaincu que ce soit ça qui sauterait en premier. Si je devais faire sauter un truc, je ne suis pas convaincu que ce serait ça que j'arrêterai.

B7 : Je pense pareil, je pense que c'est plutôt l'emploi du temps qui pourrait me faire arrêter parce que je ne vois pas d'autres raisons. Par exemple à chaque période d'essoufflement, même si j'en ai pas vu beaucoup, mais pour la dernière on s'est réinventé derrière donc je ne suis pas inquiète de ça.

B4 : C'est difficile de dire comment le groupe éclaterait, moi j'aurais tendance à être moins intéressé par le groupe s'il n'y avait plus la rigueur dont parlait B5. (B1 et B6 acquiescent) Me réunir pour discuter bon...ça peut être chouette mais ce qui est vraiment important c'est ce qu'on apprend et ce que ça change dans notre pratique.

B5 : Moi des fois, j'ai beaucoup de travail, je pourrais ne pas venir mais finalement je viens, j'arrive à 22h30 mais c'est un point de ressource.

B3 : C'est vrai que c'est une ressource. C'est ce qui donne l'envie de faire des projets, l'émulation...

B4 : Et du coup c'est aussi ce qui est à l'origine de la surcharge de travail (rires)

B6 : C'est vrai que c'est vraiment enrichissant. Par contre je pense que ce qui pourrait me faire arrêter c'est si quelqu'un avait un regard ou une attitude de jugement, là ça pourrait me faire arrêter. (B1 et B7 acquiescent) Ou alors il faudrait le dire mais c'est très compliqué...

GD : Quelles représentations vous en avez de ces GEAP ? Même si c'est vrai que vous en avez déjà dit beaucoup...

B5 : Moi j'ai une question que je me pose justement, je me questionne sur le fait qu'il n'y en a pas beaucoup. Et le seul autre groupe qui se soit créé en Gironde c'est nos associés...

B2 : Je pense qu'il y en a d'autres informels

B5 : Oui mais justement je parle de groupes structurés qui suivent le modèle.

GD : On va un petit peu tricher sur le contenu de la thèse de ce focus group parce que c'est justement pourquoi y a-t-il si peu de GEAP en Gironde. (Rires) Je le dis parce que comme ça vous allez pouvoir nous donner votre avis.

B5 : Ben il y a la question de savoir déjà si c'est bien une formation continue. Pour moi c'est une formation idéale ! Ça part de notre pratique, on est ensemble, on réfléchit ensemble, ça nous est arrivé de dire, il nous manque des éléments et justement on fait des recherches dessus pour trouver ce qui nous manque ou alors de demander à des gens extérieurs de venir nous aider comme une équipe de soins palliatifs... mais ça partait toujours de nos préoccupations. (B1, B2, B3, B6 et B7 acquiescent) Je progresse au moins dans 4 ou 5 domaines à chaque question qu'on se pose. Alors, à des niveaux différents ou par rapport à des consensus entre nous, parfois sur des niveaux de preuve...

GD : D'accord mais pourquoi pensez-vous qu'il y ait aussi peu de groupes de pairs® ?

B1 : Parce que ça demande de l'implication gratuite, on est là parce qu'on veut se former, on trouve ça utile mais il n'y a pas de contrepartie immédiate. Je pense que compte tenu du type de travail qu'on fait tous, y compris les gens qui ne sont pas dans les groupes de pairs®, on est surchargé et rajouter ça il faut vraiment une motivation supplémentaire que tout le monde n'a pas... sans jugement de valeur. (B6 acquiesce)

B2 : Moi je pense qu'il y a un problème d'investissement au départ clairement et que je vois autour de moi avec d'autres collègues ou internes. Il y a un problème d'énergie au départ et puis après même il faut être à plusieurs donc il faut qu'il y ait un petit truc qui se déclenche entre 2 ou 3 pour créer le groupe et cette dynamique. Et si ça, ça n'y est pas au départ, c'est très difficile seul d'aller chercher les confrères pour le créer... Et puis aussi tout simplement, je pense qu'il y a une méconnaissance, bêtement. (B1 et B6 acquiescent) C'est pour ça que c'est intéressant de faire venir les internes, moi je n'ai jamais eu de mauvais retour des internes qui sont venus assister au groupe. Après est ce que ça va suffire pour que à l'endroit où ils vont s'installer, ils créent un groupe de pairs®...

B1 : Oui il faut déjà être assez nombreux sur une assez petite distance géographique pour que ce soit possible.

B4 : Pour aller dans le même sens que ce que disais B2, je ne suis pas sûr que la formation continue soit une priorité chez les médecins généralistes qui s'installent en libéral. Peut-être que c'est une question de rémunération ou peut-être tout simplement de se dire : est-ce que la FMC est vraiment importante. Je réfléchis à ça parce que je me dis qu'est ce qui me pousse moi à le faire et je pense que c'est

ça, c'est l'idée de me dire : attention il faut rester formé. Après je pense qu'il y a aussi l'éducation. J'ai été éduqué, un peu comme B3, dans l'idée qu'il fallait qu'on se retrouve en groupe pour pouvoir échanger sur notre pratique. Ce n'était pas des groupes de pairs® en Belgique mais c'était des groupes sous supervision ou des groupes Balint et on se retrouvait en groupe pour débriefer de la pratique et évidemment, en arrivant ici, en découvrant le groupe de pair®, c'était une notion que j'avais déjà et donc évidemment j'ai eu envie de rejoindre. C'était des choses qu'on m'avait apprises donc évidemment je les ai recrées et des que je suis arrivé sur Bordeaux, j'ai rejoint ce groupe et j'ai rejoint le groupe Balint.

B2 : Moi je pense que c'est une méthode de formation qui te demande un effort et je pense que si tu proposes de la formation à un médecin généraliste, à partir du moment où tu lui amène la formation même si par exemple il doit se déplacer, tu lui amènes toute la formation et c'est plus simple.

B6 : (acquiesce) Oui c'est formation passive et formation active.

B7 : Comme il dit B4, c'est aussi une histoire de formation, d'habitude. On est habitué par les cours à l'apprentissage passif et on continue comme ça...

B1 : C'est aussi une formation moins compacte. Parce qu'ici dans le groupe, même si c'est une soirée par moi, il y a du travail qu'on doit faire nous des recherches avant de se voir. Je pense que le médecin moyen, même très compétent, il préfère lire prescrire ou aller au congrès, c'est plus facile. Ils y vont 2 jours mais c'est fini en sortant.

B6 : Je pense que le groupe de pair®, ça a beau être très riche, c'est très exigeant. Après je pense aussi que les étudiants en stage à l'hôpital ne sont pas du tout informés de ça. (B5 et B4 acquiescent)

B5 : Je me demandais... mais c'est difficile en n'étant pas dans cet esprit-là, mais je me disais, pour avoir essayé dans notre secteur de garde d'insuffler un peu de communication, d'échanges, il y a beaucoup de médecins qui sont dans un système concurrentiel où quand on a vu le patient de l'autre, on fait semblant de ne pas l'avoir vu, on ne dit rien à l'autre... et c'est difficile. Alors que nous pour le groupe, on fonctionne vraiment dans l'échange dans la communication même pour ceux qui sont seuls à leur cabinet. C'est forcément un travail collaboratif autour du patient qu'on a comme philosophie et ça il n'y en a pas beaucoup qui l'ont. (B6 et B7 acquiescent) Je pense que pour faire partie d'un groupe, il faut sortir de l'aspect lucratif et concurrentiel.

B6 : Oui mais les jeunes médecins n'en sont plus du tout là. C'est fini, il y a bien assez de travail.

B1 : Ca dépend. (geste avec la main « couci-couça »)

B2 : C'est peut-être un peu moins mais ce n'est pas fini. Il y en a encore.

B4 : Ça me fait penser, on se pose souvent la question pour les groupes Balint : bon sang pourquoi il n'y a personne qui fait les groupes Balint ? Alors c'est peut-être un peu plus poussé, mais est-ce que certains médecins n'auraient pas peur de venir s'exposer aux jugements des autres (B1 et B7 acquiescent). Bon ce n'est

pas une secte, ou moins que le groupe Balint on va dire (rires) mais ça fait quand même un petit peu bizarre de venir et de dire à d'autres : « tiens j'ai foiré telle ou telle prise en charge » ou de dire « j'ai fait ça qu'est-ce que vous en pensez » avec toujours la peur qu'on réponde : « ah mais c'est pas du tout ça ! ». Il faut oser s'exprimer et ne pas avoir peur que les autres vous jugent. (B3, B5 et B6 acquiescent)

B1 : Moi je viens d'une autre région, comme ça je peux parler du département de médecine générale sans froisser personne (rires) mais les groupes de pairs® étaient une exigence imposée par les internes et qui nous a été reconnu comme formation continue après coup, sur demande au bout de 3 ou 4 ans qu'on les faisait. Donc ça a nécessité une pression de la base vers le haut pour le reconnaître en tant que formation.

B2 : Moi je ne suis pas convaincu que si tu dis aux gens : « là, il y a un groupe de pair® et là il y a un groupe de pairs® » t'arrives pas à faire venir des gens. Je pense que plusieurs seraient intéressés et après ça marchera ou ça marchera pas mais je pense que les gens viendraient. Je pense que ce qui manque c'est cette création, cette volonté. (B3 acquiesce) Au départ il faut quand même y aller et mettre du temps et ça si tu ne le fais pas...

B7 : Il faut le temps et il faut les bonnes personnes aussi. (B3, B4 et B6 acquiescent)

B2 : Mais à des gens qui n'ont pas forcément l'énergie de le créer mais si tu leur propose juste de rejoindre, je pense que tu peux les amener à y participer.

B7 : Après il faut aussi qu'ils soient suffisamment nombreux sur le même territoire.

B1 : Aucun de nous ne fait aussi 50 consultations par jour donc je pense qu'il faut aussi une pratique qui s'y prête parce qu'on a fait ce choix là mais qui n'est pas forcément un choix au niveau financier qui intéresse tous nos confrères.

B2 : J'ai quand même l'impression que la féminisation de la profession va être une chance pour la profession. (B1 et B7 acquiescent et rient) Non mais notamment sur ce côté-là, sur ce côté nombre d'actes...

GD : Tu penses que la féminisation va aller vers la formation de GEAP ?

B2 : Ah ça j'en sais rien, mais elles n'ont pas la même pratique.

B6 : A mon avis, si les femmes pouvaient voir comment ça fonctionne, ça conviendrait très bien aux femmes qui aiment couper les cheveux en dix.

B4 : Moi j'en rencontre beaucoup des médecins qui sont demandeurs de groupes de discussion par rapport à des problématiques. Beaucoup de gens sont intéressés de pouvoir discuter de ce qu'ils vivent dans leur pratique tous les jours. Donc je pense qu'il y a une demande par rapport à ça, mais ça ne répond pas à la question de savoir pourquoi il y en a aussi peu...

B6 : Ben c'est parce que les gens ne sont pas informés alors (B3 et B1 acquiescent). En formation vous avez tous été confrontés à des médecins qui vous disent « ah bon mais le groupe de pair® c'est quoi ? », on est tous confrontés à ça.

B7 : C'est vrai qu'il n'y a pas d'information.

B2 : Oui et puis du coup quand t'essaie d'en constituer un tu passes 3 ou 4 coups de fil autour de toi et tu as l'impression d'être un OVNI donc tu t'arrêtes, tu laisses tomber.

B5 : Il faut un leader.

B4 : Il faut un leader mais il faut déjà être plusieurs pour commencer à monter le groupe et ne pas se décourager. A 3 ou 4 ce n'est pas pareil.

B6 : Et il faut aussi de l'information. Si les internes venaient tous assister à un groupe de pair® pendant leurs études, bon après ils sont habitués à travailler ensemble donc c'est facile.

GD : Et vous pensez que l'information n'existe pas sur les groupes de pairs ?

B7 : Moi je ne connaissais pas avant de rejoindre celui-ci et qu'on m'explique.

B5 : Ils ont un cours quand même.

B1 : Nous c'était lancé à chaque début d'année par notre syndicat, il y avait une liste et on s'inscrivait pour participer à un groupe d'internes. Mais par contre nos collègues de spécialité étaient beaucoup plus dans une optique de concurrence et il n'était pas question d'y participer. On en a parlé quelquefois avec eux et ils nous disaient « vous êtes complètement tarés de faire ça » donc je pense que il y a aussi le terrain dans lequel on évolue, nous on n'était pas dans une optique de concurrence et on allait s'installer un peu partout.

GD : Ok on va arrêter là. Merci beaucoup.

7. Annexe 7 : Focus Group C

GD (Gérard Ducos) : Bonjour. Le but de cette thèse est de parler de formation médicale continue. Donc on va commencer si vous le voulez bien par un petit tour de table pour vous présenter. Alors pas vos noms mais l'âge, votre année de formation et si vous avez dans vos stages ou dans votre pratique eu accès à la formation médicale continue.

C4 : Alors moi j'ai 27 ans, je suis la promo 2013 donc en 3^{ème} année et j'ai déjà fait la formation continue organisée par la fac l'année dernière et j'ai participé également à une réunion de pair avec un médecin généraliste quand j'étais en stage chez le praticien en 4^{ème} semestre à Pau.

C3 : Moi j'ai 27 ans aussi, je suis de la promo 2013. J'ai fait la FMC avec la fac l'année dernière et j'ai fait des réunions de médecins généralistes quand j'étais en stage à Bergerac. Ils m'avaient invité et j'ai assisté à 2 ou 3 séances de leur formation continue où ils invitaient des spécialistes.

C2 : Moi j'ai 26 ans, je suis aussi de la promo 2013. J'ai aussi fait la formation médicale continue de la fac l'année dernière et j'ai aussi fait la formation facultative « entretiens motivationnels ». Et aussi actuellement je suis inscrite à un groupe de pairs® sur le bassin et quand j'étais en stage chez le praticien j'ai participé à des EPU.

C3 : EPU ?

C2 : Euh c'est des enseignements post universitaires.

GD : C'est une vieille appellation de la formation médicale continue plutôt présente et plutôt associative.

C3 : Ok

C1 : Moi j'ai 27 ans, promo 2013. Pareil j'ai fait la Journée professionnelle *quelque chose*, je sais plus comment ça s'appelait, qui était organisée par la fac. J'ai fait des groupes de pairs® quand j'étais chez le praticien et j'ai aussi fait le congrès des internes de médecine générale à Toulouse l'an dernier et à Strasbourg cette année.

GD : Donc c'est dommage que vous ayez pour la plupart déjà assisté à des groupes de pairs® parce que le but de ce focus group c'est justement de parler de groupes de pairs®. Alors vous allez nous dire ce que vous en savez et pour vous ça se passe comment ? Est-ce qu'ils se passent tous de la même façon ?

C4 : Il y a un secrétaire enfin quelqu'un qui prend des notes et un je sais plus comment ça s'appelle...

C1 : Un animateur.

C4 : Un modérateur. Et puis après c'est chacun qui présente un cas. Le cas il a été décidé la séance d'avant, par exemple c'est la 3^{ème} consultation du jeudi, un

truc aléatoire quoi. (C1 et C2 acquiescent) Et après il y a une discussion avec la personne qui présente son cas, la question qu'elle s'est posée et puis chacun donne un peu son avis.

C1 : Et puis la personne qui pose la question, elle a quand même recherché un peu...

GD : Elle a recherché avant ?

C1 : Oui avant le groupe de pairs®.

C2 : Sur sa question à elle. (C1 acquiesce)

GD : C'était pareil pour vous ?

C3 : Moi ce n'était pas des groupes de pairs®, c'était des intervenants qui venaient et qui faisaient un topo.

C1 : Moi j'ai vu faire aussi, ils avaient un thème imposé. Par année ils choisissaient un thème dans l'année et pendant 3 ou 4 séances c'était sur ce thème-là. Et puis après ils reprenaient les consultations aléatoires.

GD : Mais c'est toujours à partir de cas vécus ?

C4 : Oui à chaque fois (C1 acquiesce)

GD : Et à la fin de la présentation qu'est-ce qu'il se passait ?

C4 : Et bien après la question du médecin qui avait présenté son cas, il y avait d'autres questions qui pouvaient apparaître. Et en général, il y avait toujours une question qui sortait du lot et qui mettait tout le monde...pas à mal mais dans une situation où ils n'avaient pas forcément de réponse formelle. Et ça c'était la recherche pour la séance d'après. ET c'était soit le médecin qui avait posé cette question-là qui faisait la recherche soit celui qui avait présenté le cas.

GD : Donc de la situation naît une problématique et donc recherche bibliographique au sein du groupe. C'était pareil là ?

C1 : Je ne me rappelle pas. Mais je crois qu'il y avait des recherches oui... Et puis après on sortait les biscuits. (Rires)

GD : C'est la convivialité qui compte ?

C1 et C2 : Oui

GD : Alors toi qui n'a pas participé à ces groupes, tu vas pouvoir nous dire : tu as compris un peu comment ça se passe ?

C3 : Oui j'ai compris.

GD : Ça ne te rappelle rien ?

C4 : Les groupes d'analyse des pratiques (GEAP)

C3 : Ah oui, oui.

GD : Alors pourquoi est-ce que ça s'appelle groupe de pairs®

C3 : Parce qu'on est entre égaux et qu'il n'y a pas de jugement. (C1 acquiesce)

C2 : C'est la même discipline.

GD : Qu'est-ce que tu penses de cette façon de faire ? Est-ce que pour toi c'est une formation médicale continue et qu'est-ce que tu en penses ?

C3 : Ah oui je pense que c'est une formation médicale et de ce que j'ai entendu dire c'est ce qui marche le mieux pour qu'on retienne parce que les formations théoriques c'est moins parlant que de partir de cas qui nous frappent et où on en discute ensemble pour trouver des solutions. Enfin des réponses plutôt.

GD : Et l'organisation, elle te paraît comment ?

C3 : Ça a une certaine dynamique. C'est cadré, on sait comment on fonctionne. C'est bien de choisir par moment des thèmes et par moment au hasard... Ça permet de réaliser que chaque situation peut amener des questions. Et le fait de partir en disant « il faut rechercher ça », ça permet d'avoir une continuité entre les séances.

GD : Donc théoriquement tu penses que c'est faisable ?

C3 : Oui (C1 et C2 acquiescent)

GD : Et ça marche ?

C1 : Oui.

GD : Donc si je récapitule, il y a 2 façons : soit on tire au sort une situation, soit on suit un thème imposé. En termes de formation qu'est-ce que ça peut apporter ?

C3 : Ben, c'est des questions qu'on se pose à plusieurs et c'est des regards différents d'autres personnes qui peuvent agir de façon différente... Et puis après il y a les recherches pour compléter sa formation.

GD : Et ça impacte quoi ça ?

C4 : Ça peut modifier notre pratique au quotidien (C1 et C2 acquiescent). Par exemple moi, sur un des sujets il y avait un médecin qui s'était déjà posé la question et du coup il avait fait quelques petites recherches, ou il avait lu par hasard dans « la revue du prat » je crois, et il avait pu apporter des réponses. Donc au final c'est un partage d'information sur les pratiques habituelles. Et finalement on se rend compte qu'on se pose tous les mêmes questions à un moment donné, et du coup ça enrichit notre pratique au quotidien. Parce que c'est vraiment des questions de médecine générale (C1 et C2 acquiescent). Et pas des problèmes hyperspécialisés, hyper pointus. Et il y avait une autre consultation, c'était tout bête, c'était une rhino, et c'était un truc tout bateau mais au final ils se sont posés beaucoup de questions sur

l'utilisation ou non des sirops, des lavages de nez... Et du coup c'est vraiment des toutes petites pathologies, ce n'est vraiment pas spécialisé mais qu'on rencontre dans la pratique courante...

C2 : Et puis moi je dirais aussi que ça permet de s'interroger sur des choses qu'on fait machinalement, des choses où on ne se pose pas de questions habituellement et là le fait de choisir une consultation au hasard, ça fait émerger des questions sur des choses qu'on fait machinalement et sur lesquelles on ne se pose plus de questions alors qu'il peut y avoir une remise en question à faire la dessus. Et il faut actualiser nos connaissances aussi sur des choses qu'on fait depuis longtemps sans se poser de questions, sans savoir si finalement ça vient d'une reco, de ce que notre maitre de stage faisait, de ce que nous on avait fait en observant que ça marchait... (C1 acquiesce)

GD : Ca impacte la pratique et les connaissances ?

C1 : Oui

GD : Et par rapport aux autres façons de faire de la formation, par exemple ces formations présentielle où on fait venir un expert, qu'est-ce que vous en pensez ?

C1 : Moi je trouve que pour en avoir fait, soit avec des labos, avec des spécialistes conviés par des labos ou même des journées de formation sans labos, moi je retenais beaucoup moins le topo qui avait été fait parce que ça ne correspondait pas à ma pratique ou ça ne correspondait pas à une situation exactement comme j'avais vu. C'était beaucoup trop théorique. La plupart ça nous parlait de médicaments ou pansements et je n'en suis jamais trop ressorti en me disant « tiens ça c'est intéressant, il faut que je retienne ». (C2 acquiesce)

C2 : Finalement ce qui est intéressant dans ces trucs-là, c'est qu'on peut poser des questions à la fin, avoir des échanges, mais toute la partie présentation...

GD : Et ces échanges se font avec qui ?

C2 Avec le spécialiste. Mais au final souvent on ne parle pas du power point présenté mais des questions qu'on avait déjà avant sur des situations pratiques.

C1 : comment on fait si on a ça ? Comment on fait pour joindre ça ? A qui on adresse ?

C3 : Après on ramène à la médecine générale au lieu de rester sur la consultation du spécialiste.

C4 : Après c'est quand même difficile, moi j'avais fait une formation avec un labo en Lot et Garonne et du coup c'était plus facile parce que le pneumo il voyait des asthmatiques, des BPCO et c'était médecine générale. Au CHU c'est très différent parce qu'ils ne voient les patients que dans les cas extrêmes et ils utilisent des médicaments qu'on ne connaît même pas et du coup c'est pas du tout formateur parce que c'est beaucoup trop pointilleux, c'est de la surspécialité.

GD : Et donc en parlant de ce type de formation, est ce que ça s'oppose aux groupes de pairs® ?

C1 : Ah non, ça ne s'oppose pas, c'est en complément. Mais c'est pas du tout la même approche, on est complètement passif, enfin on pose des questions à la fin mais on est là pour écouter.

C3 : Oui c'est complémentaire.

C2 : Mais il ne faut pas remplacer les groupes de pairs® par ça.

C1 : Oui après autant ne pas faire de groupes de pairs® et ne faire que des topos, ce serait dommage, autant ne faire que des groupes de pairs, je ne suis pas sûre que ce soit gênant.

GD : Il faut faire tout ?

C4 : Dans l'idéal oui mais si il y avait un choix à faire ce serait le groupe de pairs® (C1 acquiesce)

GD : Et toi ça te donne envie ?

C3 : Oui

GD : Alors ces groupes de pairs vous avez dit que c'était très bien mais ils ont peut-être des freins, des choses pas terribles ou difficiles à faire. Si demain vous deviez dire « bon allez je monte mon groupe de pairs® », comment vous verriez ça, qu'est-ce qu'il faudrait ?

C2 : Et bien nous on vient juste d'en monter un sur le bassin et les obstacles qu'on a eu, c'était déjà le nombre. Parce que finalement quand on présente le cas et les questions qui en découlent, ça fait un gros quart d'heure et si on est 6 autour de la table ça fait 1h30 à ne parler rien que de ça. Plus le moment où on mange... Au départ on commençait à 20h30 mais maintenant c'est 20h pour ne plus finir à 23h30.

GD : Donc le nombre de participants idéal ce serait combien ?

C2 : Idéalement je pense que ce serait 4 ou 5.

C1 : 4 moi ça me paraît un peu... pas assez.

C4 : Moi je dirais 5 ou 6. Au-delà de 6 ça paraît compliqué...et long. Il faut que tout le monde ait un temps de parole suffisant.

C1 : Oui au niveau date et toute l'organisation, plus on est, plus c'est compliqué.

GD : A chaque séance tout le monde présente un cas ?

C1 : Oui (C2 acquiesce)

GD : Ah bon mais vous avez le temps de trouver les problématiques pour tous ces cas ?

C2 : Il y a des cas qui prennent moins de temps que d'autres et ça compense.

C4 : Après l'autre obstacle aussi, c'est la motivation après sa journée de travail (C1 et C2 acquiescent). Parce que quand on finit un peu tard, se dire qu'on a encore un groupe de pairs® à faire, même si c'est convivial parce qu'on revoit des confrères, qu'on mange ensemble, il faut quand même trouver la motivation pour se dire « bon ce soir je vais encore discuter médecine et demain je renchaîne sur une nouvelle journée ».

C2 : Et puis quand on est secrétaire il faut tout retaper, renvoyer aux autres...

C4 : Faire la recherche bibliographique... (C2 acquiesce)

GD : Donc c'est du travail supplémentaire ?

C1 : Mais je croyais que d'une année sur l'autre on changeait les rôles de secrétaire non ?

C2 : D'une séance à l'autre.

GD : Donc c'est plus facile d'aller gober l'information du spécialiste. (C1 et C2 acquiescent) Vous voyez d'autres obstacles ?... Ça se passe comment, comment on organise ?

C3 : Il faut un endroit.

C1 : Moi c'était un coup chez l'un, un coup chez l'autre. (C2 acquiesce)

C4 : Moi c'était toujours le même cabinet. Il y avait un local pour ; et dans le groupe ils étaient 5 et il y en avait 3 du même cabinet donc c'est là que les autres les rejoignaient.

GD : Qu'est ce qui peut paraître difficile aussi pour créer un groupe ?

C1 : Il faut bien s'entendre.

C2 : Oui, il faut avoir la même...enfin pas la même pratique mais au moins le même raisonnement.

C1 : Oui en tout cas, il faut se connaître se faire confiance. Moi là où j'ai été, ils n'étaient pas amis parce qu'ils ne se voyaient quasiment que pour le groupe de pairs® mais ils se connaissaient tous depuis un moment. Ce n'était pas la même génération parce que il y avait les anciens et un nouveau donc ça c'était pas mal mais ils s'entendaient bien tous. Il n'y avait pas quelqu'un en opposition ou avec des idées arrêtées sur tout. Il y avait une homogénéité de pratiques.

GD : Pourquoi c'est important ? Ce serait quoi les difficultés ?

C1 : Ben des fois, on se rend compte que ce qu'on fait, personne d'autre le fait et peut être... (C2 et C4 acquiescent)

C4 : Ce n'est pas ce qu'il faut faire.

C2 : Oui il peut y avoir un jugement...

C1 : Il faut se remettre en question.

GD : Et ceux qui n'arrivent pas à ça qu'est-ce qu'ils font ?

C2 : Des EPU. (rires)

C1 : Ils ne reviennent pas.

GD : Donc il faut trouver un local, il faut trouver des gens, il faut s'entendre avec eux, avoir la motivation, trouver du temps... ça vous paraît faisable ? Vous auriez envie de faire ça ?

C1 : Oui

C2 : Oui (C4 acquiesce)

GD : Et les points forts c'est quoi ?

C2 : C'est vraiment adapté à la pratique de la médecine générale.

C3 : C'est concret. C'est une vraie remise en question avec des changements de nos pratiques. Et puis ça nous parle et du coup on retient bien. (C1 acquiesce)

C4 : C'est entre médecins généralistes donc c'est des problèmes de pratique courante auxquels on est tous confrontés.

C1 : Et puis ça permet de se dire que même si nous on est passés à côté d'une reco parce qu'on n'a pas lu la dernière revue, dans le groupe il y aura quelqu'un qui l'aura vu et qui pourra nous en parler. Même si on n'est pas défailants vraiment mais pour compléter ce qu'on sait.

C2 : Et au-delà des recommandations, c'est souvent des médecins de notre secteur et donc on peut s'échanger des petits tuyaux pour l'accès aux spécialistes, à des paramédicaux...

C4 : On a le même réseau.

GD : Est-ce que c'est un temps du groupe de pairs ça ?

C2 : c'est un peu au feeling, en même temps que l'exposition des cas et des questions...

C1 : Ben ça peut faire partie d'une consultation par exemple si le sujet c'est un problème de spécialiste...

C4 : Un autre avantage, c'est que ça ne fait pas perdre de journée de travail comme les formations médicales continues. C'est le soir...

GD : Et au niveau des participants ?

C1 : Ben moi celui où j'étais, il y avait des médecins en fin de carrière, des en milieu, il y avait une toute jeune médecin installée, il y avait des femmes, des hommes...

GD : C'est important cette mixité ?

C1 : Ben je ne sais pas, ça mixe un peu, ça fait que tout le monde ne dit pas les mêmes choses ou ne s'intéresse pas à la même chose...

GD : On va pouvoir s'arrêter là. Merci beaucoup.

8. Annexe 8 : Tableaux des occurrences avec les citations correspondantes

FREINS ET OBSTACLES

Constitution d'un groupe	<p><Éléments internes\Focus_group A> - § 6 références encodées [Couverture 4,04%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,71%</p> <p>Je crois que la question surtout, c'est avec qui les faire ? Avec qui monter un groupe de pair® ? Avec des gens du coin ? Des gens du même cabinet ? Pas du même cabinet ? Des gens avec qui on s'entend ? Avec qui on ne s'entend pas ? Comment le montez ce groupe de pair ?</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,32%</p> <p>il faut trouver des membres du groupe de pair® qui vont mettre souvent leur ego de côté, leur prétention, leur envie de côté</p> <p>Référence 3 - Couverture 0,91%</p> <p>Il faut contacter les médecins du secteur. Si on part d principe qu'on veut être dans le même secteur pour avoir un réseau...Contacter les médecins du secteur, savoir qui est intéressé... Mais le problème c'est que on les connaît pas forcément donc on se heurte toujours à un problème de savoir, est ce que ça va coller, est ce que ça va pas coller ?</p> <p>Référence 4 - Couverture 0,17%</p> <p>Sur le recrutement, moi c'est ça qui me parait le plus difficile.</p> <p>Référence 5 - Couverture 0,86%</p> <p>Moi, la difficulté c'est de trouver les gens avec qui j'aurais voulu travailler parce que c'est des gens que je ne connaissais pas puisque ce n'était pas ma génération. Ma génération médicale ne correspond pas à ma génération d'âge et donc j'ai quelques difficultés à ...à recruter les médecins avec qui j'ai envie de travailler.</p> <p>Référence 6 - Couverture 1,07%</p>
--------------------------	---

Ils sont plus difficiles à contacter quand tu ne connais pas le réseau local. Moi je ne me serais pas vu taper aux portes des médecins « salut, je suis le nouveau médecin, je crée un groupe de pairs® » (A1 acquiesce). C'est difficile pour nous de faire cette démarche là, on n'est pas des commerciaux. Aller démarcher les confrères qui ont autre chose à penser que la jeune qui vient de s'installer à côté...

[<Éléments internes\Focus Group B>](#) - § 6 références encodées [Couverture 4,47%]

Référence 1 - Couverture 0,66%

Là où ça a vite collé c'est qu'on était... alors avec des expériences différentes quand même, mais rapidement on s'est aperçu qu'on avait la même philosophie de remise en question.

Référence 2 - Couverture 1,61%

Moi je pense qu'il y a un problème d'investissement au départ clairement et que je vois autour de moi avec d'autres collègues ou internes. Il y a un problème d'énergie au départ et puis après même il faut être à plusieurs donc il faut qu'il y ait un petit truc qui se déclenche entre 2 ou 3 pour créer le groupe et cette dynamique. Et si ça, ça n'y est pas au départ, c'est très difficile seul d'aller chercher les confrères pour le créer

Référence 3 - Couverture 0,74%

Je pense que plusieurs seraient intéressés et après ça marchera ou ça marchera pas mais je pense que les gens viendraient. Je pense que ce qui manque c'est cette création, cette volonté. (B3 acquiesce)

Référence 4 - Couverture 0,31%

Il faut le temps et il faut les bonnes personnes aussi. (B3, B4 et B6 acquiescent)

Référence 5 - Couverture 0,64%

Oui et puis du coup quand t'essaie d'en constituer un tu passes 3 ou 4 coups de fil autour de toi et tu as l'impression d'être un OVNI donc tu t'arrêtes, tu laisses tomber.

Référence 6 - Couverture 0,52%

Il faut un leader mais il faut déjà être plusieurs pour commencer à monter le groupe et ne pas se décourager. A 3 ou 4

	<p>ce n'est pas pareil.</p> <p><Éléments internes\\Focus Group C> - § 2 références encodées [Couverture 4,27%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 1,25%</p> <p>Qu'est ce qui peut paraître difficile aussi pour créer un groupe ?</p> <p>C1 : Il faut bien s'entendre.</p> <p>C2 : Oui, il faut avoir la même...enfin pas la même pratique mais au moins le même raisonnement.</p> <p>Référence 2 - Couverture 3,02%</p> <p>Oui en tout cas, il faut se connaître se faire confiance. Moi là où j'ai été, ils n'étaient pas amis parce qu'ils ne se voyaient quasiment que pour le groupe de pairs® mais ils se connaissaient tous depuis un moment. Ce n'était pas la même génération parce que il y avait les anciens et un nouveau donc ça c'était pas mal mais ils s'entendaient bien tous. Il n'y avait pas quelqu'un en opposition ou avec des idées arrêtées sur tout. Il y avait une homogénéité de pratiques.</p>
<p>Difficultés d'organisation</p>	<p><Éléments internes\\Focus group A> - § 2 références encodées [Couverture 0,34%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,16%</p> <p>Les locaux peuvent être un frein, la distance. (A7 acquiesce)</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,18%</p> <p>faire une demi-heure de route supplémentaire ça peut être un frein.</p> <p><Éléments internes\\Focus Group B> - § 1 référence encodée [Couverture 0,58%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,58%</p> <p>Et le lieu ?</p> <p>B2 : Il a changé au fur et à mesure.</p> <p>B3 : (acquiesce) Oui ça tourne régulièrement. On choisit un lieu pour l'année en général. (B6 acquiesce)</p>

	<p><Éléments internes\\Focus Group C> - § 2 références encodées [Couverture 2,27%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,50%</p> <p>Oui au niveau date et toute l'organisation, plus on est, plus c'est compliqué.</p> <p>Référence 2 - Couverture 1,77%</p> <p>Il faut un endroit. C1 : Moi c'était un coup chez l'un, un coup chez l'autre. (C2 acquiesce) C4 : Moi c'était toujours le même cabinet. Il y avait un local pour ; et dans le groupe ils étaient 5 et il y en avait 3 du même cabinet donc c'est là que les autres les rejoignaient.</p>
Engagement	<p><Éléments internes\\Focus group A> - § 4 références encodées [Couverture 1,43%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,33%</p> <p>On peut vivre ça comme une contrainte...parce qu'un groupe présentiel, tout le monde s'en fout si tu ne viens pas. (A7 acquiesce)</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,57%</p> <p>Je pense que c'est un frein ! La culpabilité, l'angoisse de devoir manquer, c'est un frein à l'inscription, à l'engagement dans un groupe d'échange de pratiques. (A3 acquiesce) A3 : Oui je suis tout à fait d'accord.</p> <p>Référence 3 - Couverture 0,17%</p> <p>Une implication équivalente de tous les membres. (A5 acquiesce)</p> <p>Référence 4 - Couverture 0,37%</p> <p>Si tout le monde n'est pas aussi impliqué dans le système, aussi intéressé, c'est problématique. Il va y avoir un déséquilibre, une cassure.</p> <p><Éléments internes\\Focus Group B> - § 2 références encodées [Couverture 2,40%]</p>

	<p>Référence 1 - Couverture 1,66%</p> <p>L'autre chose, enfin une de nos forces aussi, c'est quand même cette rigueur, parce qu'au bout de 20 ans, on pourrait juste venir, boire un coup, discuter de n'importe quoi... mais on se tient toujours à notre organisation, au temps casuistique. On a fait quelques aménagements bien sûr, parce que au début chacun présentait un cas, là on est plutôt sur 4 à 5 cas par séance mais on est quand même toujours resté rigoureux (B2, B3, B4 et B6 acquiescent).</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,74%</p> <p>Je pense que plusieurs seraient intéressés et après ça marchera ou ça marchera pas mais je pense que les gens viendraient. Je pense que ce qui manque c'est cette création, cette volonté. (B3 acquiesce)</p>
Méconnaissance	<p><Éléments internes\\Focus group A> - § 3 références encodées [Couverture 0,35%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,19%</p> <p>Je ne sais pas comment c'est fichu ces groupes, comment ça se déroule...</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,06%</p> <p>Comment ça se passe ?</p> <p>Référence 3 - Couverture 0,11%</p> <p>Il y a une recherche documentaire ou pas ?</p> <p><Éléments internes\\Focus Group B> - § 4 références encodées [Couverture 3,10%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,38%</p> <p>Et puis aussi tout simplement, je pense qu'il y a une méconnaissance, bêtement. (B1 et B6 acquiescent)</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,42%</p> <p>je pense aussi que les étudiants en stage à l'hôpital ne sont pas du tout informés de ça. (B5 et B4 acquiescent)</p>

	<p>Référence 3 - Couverture 1,04%</p> <p>Ben c'est parce que les gens ne sont pas informés alors (B3 et B1 acquiescent). En formation vous avez tous été confrontés à des médecins qui vous disent « ah bon mais le groupe de pair® c'est quoi ? », on est tous confrontés à ça. B7 : C'est vrai qu'il n'y a pas d'information.</p> <p>Référence 4 - Couverture 1,27%</p> <p>Et il faut aussi de l'information. Si les internes venaient tous assister à un groupe de pair® pendant leurs études, bon après ils sont habitués à travailler ensemble donc c'est facile. GD : Et vous pensez que l'information n'existe pas sur les groupes de pairs ? B7 : Moi je ne connaissais pas avant de rejoindre celui-ci et qu'on m'explique.</p>
Non indemnisation	<p><Éléments internes\Focus group A> - § 2 références encodées [Couverture 0,47%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,30%</p> <p>GD : Indemnisé ? A1 : Ah...mais ça c'est un autre problème...Ça viendra peut-être... A4 : (hausse un sourcil) Ou pas...</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,18%</p> <p>C'est quelque chose de volontaire et de... comment dire... non rémunéré</p> <p><Éléments internes\Focus Group B> - § 2 références encodées [Couverture 0,63%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,51%</p> <p>ça demande de l'implication gratuite, on est là parce qu'on veut se former, on trouve ça utile mais il n'y a pas de contrepartie immédiate.</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,12%</p> <p>c'est une question de rémunération</p>

<p>Répétition et lassitude</p>	<p><Éléments internes\Focus group A> - § 4 références encodées [Couverture 1,17%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,16%</p> <p>Et aussi, peut-être, tôt ou tard, on arrive à une lassitude.</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,30%</p> <p>ressenti de ne plus apporter au bout de 2 ans, de ne plus avoir de bénéfice, de ressortir toujours les mêmes choses</p> <p>Référence 3 - Couverture 0,22%</p> <p>Mais il doit y avoir une répétition, une lassitude... A5 : Ouais c'est la lassitude...</p> <p>Référence 4 - Couverture 0,50%</p> <p>Et bien, si à un moment, il y a une lassitude, tu quittes, et puis tu renouveau, et le groupe se renouveau comme ça avec un nouvel entrant, et c'est un nouveau souffle et ainsi de suite...</p> <p><Éléments internes\Focus Group B> - § 5 références encodées [Couverture 3,14%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,29%</p> <p>qui a beaucoup évolué au fur et à mesure des années pour éviter l'épuisement.</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,45%</p> <p>on s'aperçoit que les groupes ils ont une durée de vie limitée en théorie et qu'ensuite ça s'arrête ou ils se redistribuent.</p> <p>Référence 3 - Couverture 1,09%</p> <p>Il y a eu des petites sensations d'épuisement (B6 acquiesce) mais on a été relancé par des projets nouveaux, des arrivées dans le groupe...</p> <p>GD : Et les nouveaux arrivés, je ne vous ai pas trop entendu, qu'est-ce que vous en pensez ? Vous les sentez dans la lassitude ? B1 : Ah non B7 : Pas du tout</p> <p>Référence 4 - Couverture 0,74%</p>

	<p>le mouvement c'est bien quand même, parce que je crois, c'était à la fin de l'année dernière, on piétinait un peu, et il y a eu un nouveau projet avec un interne sur une thèse et ça a relancé un peu.</p> <p>Référence 5 - Couverture 0,57%</p> <p>à chaque période d'essoufflement, même si j'en ai pas vu beaucoup, mais pour la dernière on s'est réinventé derrière donc je ne suis pas inquiète de ça.</p>
Temps investi	<p><Éléments internes\Focus group A> - § 9 références encodées [Couverture 2,27%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,14%</p> <p>consacrer du temps et de la recherche, de la réflexion</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,13%</p> <p>Je crois que le principal problème, c'est le temps</p> <p>Référence 3 - Couverture 0,03%</p> <p>Oui le temps.</p> <p>Référence 4 - Couverture 0,41%</p> <p>Oui, mais un groupe de pair® si j'ai bien compris, c'est assez régulier, c'est mensuel. Du coup ça veut dire un temps plus important que d'autres formations.</p> <p>Référence 5 - Couverture 0,59%</p> <p>Ça nécessite de l'implication. Parce que une FMC, on va la consommer, comme on disait tout à l'heure, donc on arrive, on consomme, on repart, c'est terminé. Un groupe de pair il y a plus d'implication, ça prend plus de temps.</p> <p>Référence 6 - Couverture 0,20%</p> <p>Ouais, moi je pense que c'est la disponibilité le problème. (A6 acquiesce)</p> <p>Référence 7 - Couverture 0,26%</p>

Pour l'instant j'ai déjà suffisamment à faire, pour moi le problème c'est le temps, la disponibilité.

Référence 8 - Couverture 0,32%

On n'arrive même pas à trouver un créneau au cabinet alors qu'on est 5, alors en soirée à plus, je n'ose même pas imaginer...

Référence 9 - Couverture 0,18%

Par contre le problème, c'est qu'il faudrait que je trouve du temps.

[<Éléments internes\Focus Group B>](#) - § 7 références encodées [Couverture 2,86%]

Référence 1 - Couverture 0,14%

parce que ça lui prenait trop de temps.

Référence 2 - Couverture 1,14%

Le débordement de travail, je pense...

B3 : Moi c'est ce que j'allais dire, parce qu'on est tous investis dans plusieurs choses et du coup ça rajoute une réunion mensuelle alors qu'on a déjà d'autres réunions et donc je pense que ce serait plus si on était dans une surcharge de travail (B6 et B7 acquiescent).

Référence 3 - Couverture 0,43%

je pense que c'est plutôt l'emploi du temps qui pourrait me faire arrêter parce que je ne vois pas d'autres raison.

Référence 4 - Couverture 0,38%

on est surchargé et rajouter ça il faut vraiment une motivation supplémentaire que tout le monde n'a pas

Référence 5 - Couverture 0,26%

il y a du travail qu'on doit faire nous des recherches avant de se voir.

Référence 6 - Couverture 0,20%

Au départ il faut quand même y aller et mettre du temps

	<p>Référence 7 - Couverture 0,31%</p> <p>Il faut le temps et il faut les bonnes personnes aussi. (B3, B4 et B6 acquiescent)</p> <p><Éléments internes\Focus Group C> - § 1 référence encodée [Couverture 1,78%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 1,78%</p> <p>quand on présente le cas et les questions qui en découlent, ça fait un gros quart d'heure et si on est 6 autour de la table ça fait 1h30 à ne parler rien que de ça. Plus le moment où on mange... Au départ on commençait à 20h30 mais maintenant c'est 20h pour ne plus finir à 23h30.</p>
Peur du jugement	<p><Éléments internes\Focus Group B> - § 4 références encodées [Couverture 2,76%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,40%</p> <p>Je pense que le départ de V, c'était peut-être de s'imaginer qu'il pouvait être jugé par rapport à sa pratique</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,61%</p> <p>je pense que ce qui pourrait me faire arrêter c'est si quelqu'un avait un regard ou une attitude de jugement, là ça pourrait me faire arrêter. (B1 et B7 acquiescent)</p> <p>Référence 3 - Couverture 0,44%</p> <p>mais est ce que certains médecins n'auraient pas peur de venir s'exposer aux jugements des autres (B1 et B7 acquiescent)</p> <p>Référence 4 - Couverture 1,31%</p> <p>ça fait quand même un petit peu bizarre de venir et de dire à d'autres : « tiens j'ai foiré telle ou telle prise en charge » ou de dire « j'ai fait ça qu'est-ce que vous en pensez » avec toujours la peur qu'on réponde : « ah mais c'est pas du tout ça ! ». Il faut oser s'exprimer et ne pas avoir peur que les autres vous jugent. (B3, B5 et B6 acquiescent)</p> <p><Éléments internes\Focus Group C> - § 1 référence encodée [Couverture 1,21%]</p>

	<p>Référence 1 - Couverture 1,21%</p> <p>Ben des fois, on se rend compte que ce qu'on fait personne d'autre le fait et peut être... (C2 et C4 acquiescent)</p> <p>C4 : Ce n'est pas ce qu'il faut faire.</p> <p>C2 : Oui il peut y avoir un jugement...</p>
--	---

CONNAISSANCES ET REPRESENTATIONS

<p>Egalité parité</p> <p>et</p>	<p><Éléments internes\Focus_group_A> - § 7 références encodées [Couverture 0,92%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,14%</p> <p>groupe constitués de personnes qui font le même métier</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,07%</p> <p>c'est vraiment des pairs.</p> <p>Référence 3 - Couverture 0,13%</p> <p>ce sont des pairs parce qu'ils font le même métier.</p> <p>Référence 4 - Couverture 0,18%</p> <p>Oui, y'en a pas un qui peut se prévaloir d'être professeur ou autre...</p> <p>Référence 5 - Couverture 0,04%</p> <p>c'est des pairs.</p> <p>Référence 6 - Couverture 0,14%</p> <p>(geste avec les mains de mettre les mains au même niveau)</p> <p>Référence 7 - Couverture 0,21%</p> <p>il y a la notion d'égalité entre toutes les personnes qui sont autour de la table</p> <p><Éléments internes\Focus_Group_B> - § 1 référence encodée [Couverture 0,51%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,51%</p> <p>GD : Comment ça s'organise ? Il y a un responsable ? (B3 fait non de la tête) B5 : C'est très partagé. B6 : C'est assez démocratique.</p> <p><Éléments internes\Focus_Group_C> - § 2 références encodées [Couverture 0,64%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,48%</p>
-------------------------------------	--

	<p>Parce qu'on est entre égaux et qu'il n'y a pas de jugement. (C1 acquiesce)</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,16%</p> <p>C'est la même discipline.</p>
<p>Mise à jour des connaissances</p>	<p><Éléments internes\Focus group A> - § 9 références encodées [Couverture 1,45%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,06%</p> <p>recherche documentaire</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,06%</p> <p>on fait non recherches</p> <p>Référence 3 - Couverture 0,08%</p> <p>c'est la recherche documentaire</p> <p>Référence 4 - Couverture 0,07%</p> <p>voilà j'ai lu tel article</p> <p>Référence 5 - Couverture 0,56%</p> <p>le principe de se former sur un thème qu'on n'a pas choisi, moi ça me semble être la seule solution pour compléter sa formation parce que si on choisit son thème, on va aller là où on n'a pas besoin de compléter.</p> <p>Référence 6 - Couverture 0,08%</p> <p>le temps revue de littérature</p> <p>Référence 7 - Couverture 0,11%</p> <p>Et d'améliorer sa pratique (A5 acquiesce)</p> <p>Référence 8 - Couverture 0,29%</p> <p>En fonction de ce que font les autres et de ce que dit la littérature également. Nous améliorer par nous-même.</p>

Référence 9 - Couverture 0,16%

un bénéfice professionnel important de ce groupe de travail.

[<Éléments internes\Focus Group B>](#) - § 7 références encodées [Couverture 4,27%]

Référence 1 - Couverture 0,12%

On a fait des projets de recherche

Référence 2 - Couverture 0,40%

un 3^{ème} temps sur des projets de lecture, de la bibliographie, sur les problématiques qu'on avait soulevé.

Référence 3 - Couverture 0,12%

Et la lecture de prescrire aussi.

Référence 4 - Couverture 0,62%

Et puis sur le travail de recherche, je trouve que c'est ça qui est chouette, c'est qu'on a tous envie d'enrichir nos pratiques et d'apprendre des choses. (B6 acquiesce)

Référence 5 - Couverture 0,14%

changé par rapport à nos connaissances...

Référence 6 - Couverture 0,35%

ce qui est vraiment important c'est ce qu'on apprend et ce que ça change dans notre pratique.

Référence 7 - Couverture 2,51%

B5 : Ben il y a la question de savoir déjà si c'est bien une formation continue. Pour moi c'est une formation idéale ! Ça part de notre pratique, on est ensemble, on réfléchit ensemble, ça nous est arrivé de dire, il nous manque des éléments et justement on fait des recherches dessus pour trouver ce qui nous manque ou alors de demander à des gens extérieurs de venir nous aider comme une équipe de soins palliatifs... mais ça partait toujours de nos préoccupations. (B1, B2, B3, B6 et B7 acquiescent) Je progresse au moins dans 4 ou 5 domaines à chaque question qu'on se pose. Alors, à des niveaux différents ou par rapport à des consensus entre nous, parfois sur des niveaux de preuve...

	<p><Éléments internes\Focus Group C> - § 6 références encodées [Couverture 7,00%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,43%</p> <p>la personne qui pose la question, elle a quand même recherché un peu</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,32%</p> <p>Et ça c'était la recherche pour la séance d'après.</p> <p>Référence 3 - Couverture 0,42%</p> <p>Et puis après il y a les recherches pour compléter sa formation.</p> <p>Référence 4 - Couverture 4,50%</p> <p>ça permet de s'interroger sur des choses qu'on fait machinalement, des choses où on ne se pose pas de questions habituellement et là le fait de choisir une consultation au hasard, ça fait émerger des questions sur des choses qu'on fait machinalement et sur lesquelles on ne se pose plus de questions alors qu'il peut y avoir une remise en question à faire la dessus. Et il faut actualiser nos connaissances aussi sur des choses qu'on fait depuis longtemps sans se poser de questions, sans savoir si finalement ça vient d'une reco, de ce que notre maitre de stage faisait, de ce que nous on avait fait en observant que ça marchait... (C1 acquiesce)</p> <p>GD : Ca impacte la pratique et les connaissances ? C1 : Oui</p> <p>Référence 5 - Couverture 0,34%</p> <p>Faire la recherche bibliographique... (C2 acquiesce)</p> <p>Référence 6 - Couverture 0,99%</p> <p>C'est concret. C'est une vraie remise en question avec des changements de nos pratiques. Et puis ça nous parle et du coup on retient bien. (C1 acquiesce)</p>
Profusion et variabilité des sujets	<p><Éléments internes\Focus group A> - § 2 références encodées [Couverture 0,64%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,09%</p>

	<p>c'est un temps qui est très riche</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,56%</p> <p>le principe de se former sur un thème qu'on n'a pas choisi, moi ça me semble être la seule solution pour compléter sa formation parce que si on choisit son thème, on va aller là où on n'a pas besoin de compléter.</p> <p><Éléments internes\Focus Group B> - § 1 référence encodée [Couverture 2,51%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 2,51%</p> <p>B5 : Ben il y a la question de savoir déjà si c'est bien une formation continue. Pour moi c'est une formation idéale ! Ça part de notre pratique, on est ensemble, on réfléchit ensemble, ça nous est arrivé de dire, il nous manque des éléments et justement on fait des recherches dessus pour trouver ce qui nous manque ou alors de demander à des gens extérieur de venir nous aider comme une équipe de soins palliatifs... mais ça partait toujours de nos préoccupations. (B1, B2, B3, B6 et B7 acquiescent) Je progresse au moins dans 4 ou 5 domaines à chaque question qu'on se pose. Alors, à des niveaux différents ou par rapport à des consensus entre nous, parfois sur des niveaux de preuve...</p> <p><Éléments internes\Focus Group C> - § 1 référence encodée [Couverture 0,88%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,88%</p> <p>C'est bien de choisir par moment des thèmes et par moment au hasard... Ça permet de réaliser que chaque situation peut amener des questions.</p>
Validité pour le DPC	<p><Éléments internes\Focus group A> - § 2 références encodées [Couverture 0,62%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,07%</p> <p>C'est une forme du DPC oui</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,56%</p> <p>le principe de se former sur un thème qu'on n'a pas choisi, moi ça me semble être la seule solution pour compléter sa</p>

formation parce que si on choisit son thème, on va aller là où on n'a pas besoin de compléter.

[<Éléments internes\Focus Group B>](#) - § 3 références encodées [Couverture 3,76%]

Référence 1 - Couverture 2,51%

B5 : Ben il y a la question de savoir déjà si c'est bien une formation continue. Pour moi c'est une formation idéale ! Ça part de notre pratique, on est ensemble, on réfléchit ensemble, ça nous est arrivé de dire, il nous manque des éléments et justement on fait des recherches dessus pour trouver ce qui nous manque ou alors de demander à des gens extérieur de venir nous aider comme une équipe de soins palliatifs... mais ça partait toujours de nos préoccupations. (B1, B2, B3, B6 et B7 acquiescent) Je progresse au moins dans 4 ou 5 domaines à chaque question qu'on se pose. Alors, à des niveaux différents ou par rapport à des consensus entre nous, parfois sur des niveaux de preuve...

Référence 2 - Couverture 0,20%

c'est une méthode de formation qui te demande un effort

Référence 3 - Couverture 1,05%

les groupes de pairs® étaient une exigence imposée par les internes et qui nous a été reconnu comme formation continue après coup, sur demande au bout de 3 ou 4 ans qu'on les faisait. Donc ça a nécessité une pression de la base vers le haut pour le reconnaître en tant que formation.

[<Éléments internes\Focus Group C>](#) - § 1 référence encodée [Couverture 1,96%]

Référence 1 - Couverture 1,96%

Ah oui je pense que c'est une formation médicale et de ce que j'ai entendu dire c'est ce qui marche le mieux pour qu'on retienne parce que les formations théoriques c'est moins parlant que de partir de cas qui nous frappent et où on en discute ensemble pour trouver des solutions. Enfin des réponses plutôt.

POINTS POSITIFS DES GEAP

Absence de jugement	<p><Éléments internes\Focus group A> - § 3 références encodées [Couverture 0,26%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,09%</p> <p>sans jugements les uns des autres</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,09%</p> <p>sans jugement les uns des autres.</p> <p>Référence 3 - Couverture 0,09%</p> <p>ça induit la notion de non jugement</p> <p><Éléments internes\Focus Group B> - § 6 références encodées [Couverture 2,49%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,45%</p> <p>Après je pense qu'il y a une grande liberté de parole parce qu'on sait qu'on n'est pas du tout jugé (B3 et B7 acquiescent)</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,38%</p> <p>je me sens vraiment libre de dire ce que je pense, et je croie que c'est partagé (B6 et B7 acquiescent).</p> <p>Référence 3 - Couverture 0,24%</p> <p>Le non jugement. (B6 et B5 acquiescent) B6 : Oui c'est certain.</p> <p>Référence 4 - Couverture 0,50%</p> <p>Je pense que le départ de V, c'était peut-être de s'imaginer qu'il pouvait être jugé par rapport à sa pratique... même s'il ne l'était pas.</p> <p>Référence 5 - Couverture 0,54%</p> <p>Oui...rassurant dans le fait que tu n'étais pas jugé dans ce que tu disais... que tu avais le droit de te tromper... B6 : Il y avait un grand respect.</p>
---------------------	--

	<p>Référence 6 - Couverture 0,37%</p> <p>Il faut oser s'exprimer et ne pas avoir peur que les autres vous jugent. (B3, B5 et B6 acquiescent)</p> <p><Éléments internes\Focus Group C> - § 1 référence encodée [Couverture 0,48%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,48%</p> <p>Parce qu'on est entre égaux et qu'il n'y a pas de jugement. (C1 acquiesce)</p>
Acteur de sa formation	<p><Éléments internes\Focus group A> - § 5 références encodées [Couverture 1,11%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,15%</p> <p>on peut définir un cahier des charges, propre au groupe.</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,08%</p> <p>Nous améliorer par nous-même.</p> <p>Référence 3 - Couverture 0,21%</p> <p>Actifs ! On est actifs, par rapport à une autre formation où on reçoit un énoncé.</p> <p>Référence 4 - Couverture 0,51%</p> <p>de plus en plus j'ai l'impression que les gens consomment de la réunion...Ils ne sont plus actifs, ils ne sont plus acteurs. Ils viennent encore mais comme ils iraient sur internet... (A1 acquiesce)</p> <p>Référence 5 - Couverture 0,15%</p> <p>qu'un groupe plus restreint favorise l'implication de tous.</p> <p><Éléments internes\Focus Group B> - § 4 références encodées [Couverture 2,59%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,42%</p> <p>on se met d'accord sur le planning, les thèmes, comment on va fonctionner, de manière collégiale. (B2 acquiesce)</p>

	<p>Référence 2 - Couverture 0,24%</p> <p>Après chacun est libre de l'adapter, de l'appliquer comme il veut.</p> <p>Référence 3 - Couverture 0,62%</p> <p>Et puis sur le travail de recherche, je trouve que c'est ça qui est chouette, c'est qu'on a tous envie d'enrichir nos pratiques et d'apprendre des choses. (B6 acquiesce)</p> <p>Référence 4 - Couverture 1,30%</p> <p>Moi je pense que c'est une méthode de formation qui te demande un effort et je pense que si tu proposes de la formation à un médecin généraliste, à partir du moment où tu lui amène la formation même si par exemple il doit se déplacer, tu lui amène toute la formation et c'est plus simple.</p> <p>B6 : (acquiesce) Oui c'est formation passive et formation active.</p> <p><Éléments internes\Focus Group C> - § 1 référence encodée [Couverture 0,99%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,99%</p> <p>C'est concret. C'est une vraie remise en question avec des changements de nos pratiques. Et puis ça nous parle et du coup on retient bien. (C1 acquiesce)</p>
Constitution d'un réseau	<p><Éléments internes\Focus group A> - § 2 références encodées [Couverture 0,52%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,30%</p> <p>c'est un temps réseau où on échange sur le réseau local de médecins, de spécialistes, d'hôpitaux, de paramédicaux</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,23%</p> <p>ce relationnel dans cette 3ème partie, ça peut être très intéressant. (A3 acquiesce)</p> <p><Éléments internes\Focus Group B> - § 1 référence encodée [Couverture 0,14%]</p>

	<p>Référence 1 - Couverture 0,14%</p> <p>un temps d'échange autour des réseaux</p> <p><Éléments internes\Focus Group C> - § 2 références encodées [Couverture 1,04%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,88%</p> <p>c'est souvent des médecins de notre secteur et donc on peut s'échanger des petits tuyaux pour l'accès aux spécialistes, à des paramédicaux...</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,15%</p> <p>On a le même réseau.</p>
Convivialité	<p><Éléments internes\Focus group A> - § 4 références encodées [Couverture 0,95%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,14%</p> <p>chacun reçoit à son tour et offre à boire ou à manger</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,18%</p> <p>arriver à une collaboration sur le terrain exemplaire et relationnelle</p> <p>Référence 3 - Couverture 0,23%</p> <p>ce relationnel dans cette 3ème partie, ça peut être très intéressant. (A3 acquiesce)</p> <p>Référence 4 - Couverture 0,41%</p> <p>Je pense que l'objectif c'est surtout ne pas se retrouver tout seul...Par rapport à une activité où on est seul, ça permet de rencontrer d'autres personnes</p> <p><Éléments internes\Focus Group C> - § 2 références encodées [Couverture 1,12%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,67%</p> <p>Et puis après on sortait les biscuits. (Rires) GD : C'est la convivialité qui compte ?</p>

	<p>C1 et C2 : Oui</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,45%</p> <p>c'est convivial parce qu'on revoit des confrères, qu'on mange ensemble</p>
<p>Egalité et parité</p>	<p><Éléments internes\Focus group A> - § 7 références encodées [Couverture 0,92%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,14%</p> <p>groupe constitués de personnes qui font le même métier</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,07%</p> <p>c'est vraiment des pairs.</p> <p>Référence 3 - Couverture 0,13%</p> <p>ce sont des pairs parce qu'ils font le même métier.</p> <p>Référence 4 - Couverture 0,18%</p> <p>Oui, y'en a pas un qui peut se prévaloir d'être professeur ou autre...</p> <p>Référence 5 - Couverture 0,04%</p> <p>c'est des pairs.</p> <p>Référence 6 - Couverture 0,14%</p> <p>geste avec les mains de mettre les mains au même niveau</p> <p>Référence 7 - Couverture 0,21%</p> <p>il y a la notion d'égalité entre toutes les personnes qui sont autour de la table</p> <p><Éléments internes\Focus Group B> - § 1 référence encodée [Couverture 0,51%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,51%</p> <p>GD : Comment ça s'organise ? Il y a un responsable ? (B3 fait non de la tête)</p>

	<p>B5 : C'est très partagé. B6 : C'est assez démocratique.</p> <p><Éléments internes\Focus Group C> - § 2 références encodées [Couverture 0,64%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,48%</p> <p>Parce qu'on est entre égaux et qu'il n'y a pas de jugement. (C1 acquiesce)</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,16%</p> <p>C'est la même discipline.</p>
Interactivité et échanges	<p><Éléments internes\Focus group A> - § 3 références encodées [Couverture 0,34%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,11%</p> <p>échantent sur les pratiques de ce métier.</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,07%</p> <p>s'échanger des informations</p> <p>Référence 3 - Couverture 0,16%</p> <p>un travail qui est constructif, avec des échanges intéressants</p> <p><Éléments internes\Focus Group B> - § 10 références encodées [Couverture 6,92%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,68%</p> <p>Même si on a des sensibilités semblables sur la façon dont on prescrit et tout... mais à chaque fois chacun apporte des choses nouvelles auxquelles on n'aurait pas pensé, des thématiques...</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,14%</p> <p>beaucoup de diversité de point de vue</p> <p>Référence 3 - Couverture 0,29%</p> <p>les diversités de points de vue sont intéressantes. (B6, B3 et B4 acquiescent)</p>

Référence 4 - Couverture 0,62%

Je pense que le fait d'être capable d'accepter d'en discuter ça c'est vraiment indispensable.

B5 : Et de s'enrichir de la vision des autres, toujours (B6 acquiesce)

Référence 5 - Couverture 0,13%

L'échange, l'a priori de confiance...

Référence 6 - Couverture 2,51%

B5 : Ben il y a la question de savoir déjà si c'est bien une formation continue. Pour moi c'est une formation idéale ! Ça part de notre pratique, on est ensemble, on réfléchit ensemble, ça nous est arrivé de dire, il nous manque des éléments et justement on fait des recherches dessus pour trouver ce qui nous manque ou alors de demander à des gens extérieur de venir nous aider comme une équipe de soins palliatifs... mais ça partait toujours de nos préoccupations. (B1, B2, B3, B6 et B7 acquiescent) Je progresse au moins dans 4 ou 5 domaines à chaque question qu'on se pose. Alors, à des niveaux différents ou par rapport à des consensus entre nous, parfois sur des niveaux de preuve...

Référence 7 - Couverture 0,25%

qu'on se retrouve en groupe pour pouvoir échanger sur notre pratique.

Référence 8 - Couverture 0,75%

on se retrouvait en groupe pour débriefer de la pratique et évidemment, en arrivant ici, en découvrant le groupe de pair®, c'était une notion que j'avais déjà et donc évidemment j'ai eu envie de rejoindre.

Référence 9 - Couverture 0,72%

Alors que nous pour le groupe, on fonctionne vraiment dans l'échange dans la communication même pour ceux qui sont seuls à leur cabinet. C'est forcément un travail collaboratif autour du patient

Référence 10 - Couverture 0,83%

Moi j'en rencontre beaucoup des médecins qui sont demandeurs de groupes de discussion par rapport à des

	<p>problématiques. Beaucoup de gens sont intéressés de pouvoir discuter de ce qu'ils vivent dans leur pratique tous les jours.</p> <p><Éléments internes\Focus Group C> - § 3 références encodées [Couverture 2,09%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,77%</p> <p>discussion avec la personne qui présente son cas, la question qu'elle s'est posée et puis chacun donne un peu son avis.</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,85%</p> <p>c'est des questions qu'on se pose à plusieurs et c'est des regards différents d'autres personnes qui peuvent agir de façon différente</p> <p>Référence 3 - Couverture 0,48%</p> <p>Donc au final c'est un partage d'information sur les pratiques habituelles.</p>
Intérêt et adéquation avec la pratique	<p><Éléments internes\Focus group A> - § 6 références encodées [Couverture 1,76%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,07%</p> <p>avoir un débat intéressant</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,26%</p> <p>c'est intéressant parce que c'est une recherche qu'on a fait nous-même et c'est pas le spécialiste</p> <p>Référence 3 - Couverture 0,56%</p> <p>le principe de se former sur un thème qu'on n'a pas choisi, moi ça me semble être la seule solution pour compléter sa formation parce que si on choisit son thème, on va aller là où on n'a pas besoin de compléter.</p> <p>Référence 4 - Couverture 0,11%</p> <p>Et d'améliorer sa pratique (A5 acquiesce)</p> <p>Référence 5 - Couverture 0,61%</p>

Je trouve que ça permet d'avoir une vue très pratique et non pas très théorique comme dans les FMC où se sont souvent des profs de fac qui viennent nous apprendre des trucs. Là, on est vraiment face à notre pratique et à nous-même.

Référence 6 - Couverture 0,16%

un bénéfice professionnel important de ce groupe de travail.

[<Éléments internes\Focus Group B>](#) - § 5 références encodées [Couverture 3,95%]

Référence 1 - Couverture 0,62%

Et puis sur le travail de recherche, je trouve que c'est ça qui est chouette, c'est qu'on a tous envie d'enrichir nos pratiques et d'apprendre des choses. (B6 acquiesce)

Référence 2 - Couverture 0,33%

puisque'il y a eu vraiment un impact sur la façon dont on a changé notre pratique après.

Référence 3 - Couverture 0,14%

changé par rapport à nos connaissances...

Référence 4 - Couverture 0,35%

ce qui est vraiment important c'est ce qu'on apprend et ce que ça change dans notre pratique.

Référence 5 - Couverture 2,51%

B5 : Ben il y a la question de savoir déjà si c'est bien une formation continue. Pour moi c'est une formation idéale ! Ça part de notre pratique, on est ensemble, on réfléchit ensemble, ça nous est arrivé de dire, il nous manque des éléments et justement on fait des recherches dessus pour trouver ce qui nous manque ou alors de demander à des gens extérieurs de venir nous aider comme une équipe de soins palliatifs... mais ça partait toujours de nos préoccupations. (B1, B2, B3, B6 et B7 acquiescent) Je progresse au moins dans 4 ou 5 domaines à chaque question qu'on se pose. Alors, à des niveaux différents ou par rapport à des consensus entre nous, parfois sur des niveaux de preuve...

[<Éléments internes\Focus Group C>](#) - § 9 références encodées [Couverture 12,09%]

Référence 1 - Couverture 0,43%

Ça peut modifier notre pratique au quotidien (C1 et C2 acquiescent)

Référence 2 - Couverture 0,48%

Donc au final c'est un partage d'information sur les pratiques habituelles.

Référence 3 - Couverture 1,77%

Et finalement on se rend compte qu'on se pose tous les mêmes questions à un moment donné, et du coup ça enrichit notre pratique au quotidien Parce que c'est vraiment des questions de médecine générale (C1 et C2 acquiescent). Et pas des problèmes hyperspécialisés, hyper pointus.

Référence 4 - Couverture 0,52%

ce n'est vraiment pas spécialisé mais qu'on rencontre dans la pratique courante...

Référence 5 - Couverture 4,50%

ça permet de s'interroger sur des choses qu'on fait machinalement, des choses où on ne se pose pas de questions habituellement et là le fait de choisir une consultation au hasard, ça fait émerger des questions sur des choses qu'on fait machinalement et sur lesquelles on ne se pose plus de questions alors qu'il peut y avoir une remise en question à faire la dessus. Et il faut actualiser nos connaissances aussi sur des choses qu'on fait depuis longtemps sans se poser de questions, sans savoir si finalement ça vient d'une reco, de ce que notre maitre de stage faisait, de ce que nous on avait fait en observant que ça marchait... (C1 acquiesce)

GD : Ca impacte la pratique et les connaissances ?

C1 : Oui

Référence 6 - Couverture 2,28%

Moi je trouve que pour en avoir fait, soit avec des labos, avec des spécialistes conviés par des labos ou même des journées de formation sans labos, moi je retenais beaucoup moins le topo qui avait été fait parce que ça ne correspondait pas à ma pratique ou ça ne correspondait pas à une situation exactement comme j'avais vu. C'était beaucoup trop théorique.

Référence 7 - Couverture 0,39%

	<p>C'est vraiment adapté à la pratique de la médecine générale.</p> <p>Référence 8 - Couverture 0,99%</p> <p>C'est concret. C'est une vraie remise en question avec des changements de nos pratiques. Et puis ça nous parle et du coup on retient bien. (C1 acquiesce)</p> <p>Référence 9 - Couverture 0,73%</p> <p>C'est entre médecins généralistes donc c'est des problèmes de pratique courante auxquels on est tous confrontés.</p>
<p>Mise à jour des connaissances</p>	<p><Éléments internes\Focus group A> - § 9 références encodées [Couverture 1,45%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,06%</p> <p>recherche documentaire</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,06%</p> <p>on fait non recherches</p> <p>Référence 3 - Couverture 0,08%</p> <p>c'est la recherche documentaire</p> <p>Référence 4 - Couverture 0,07%</p> <p>voilà j'ai lu tel article</p> <p>Référence 5 - Couverture 0,56%</p> <p>le principe de se former sur un thème qu'on n'a pas choisi, moi ça me semble être la seule solution pour compléter sa formation parce que si on choisit son thème, on va aller là où on n'a pas besoin de compléter.</p> <p>Référence 6 - Couverture 0,08%</p> <p>le temps revue de littérature</p> <p>Référence 7 - Couverture 0,11%</p>

	<p>Et d'améliorer sa pratique (A5 acquiesce)</p> <p>Référence 8 - Couverture 0,29%</p> <p>En fonction de ce que font les autres et de ce que dit la littérature également. Nous améliorer par nous-même.</p> <p>Référence 9 - Couverture 0,16%</p> <p>un bénéfice professionnel important de ce groupe de travail.</p> <p><Éléments internes\Focus Group B> - § 7 références encodées [Couverture 4,27%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,12%</p> <p>On a fait des projets de recherche</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,40%</p> <p>un 3ème temps sur des projets de lecture, de la bibliographie, sur les problématiques qu'on avait soulevé.</p> <p>Référence 3 - Couverture 0,12%</p> <p>Et la lecture de prescrire aussi.</p> <p>Référence 4 - Couverture 0,62%</p> <p>Et puis sur le travail de recherche, je trouve que c'est ça qui est chouette, c'est qu'on a tous envie d'enrichir nos pratiques et d'apprendre des choses. (B6 acquiesce)</p> <p>Référence 5 - Couverture 0,14%</p> <p>changé par rapport à nos connaissances...</p> <p>Référence 6 - Couverture 0,35%</p> <p>ce qui est vraiment important c'est ce qu'on apprend et ce que ça change dans notre pratique.</p> <p>Référence 7 - Couverture 2,51%</p> <p>B5 : Ben il y a la question de savoir déjà si c'est bien une formation continue. Pour moi c'est une formation idéale ! Ça part de notre pratique, on est ensemble, on réfléchit ensemble, ça nous est arrivé de dire, il nous manque des éléments et justement on fait des recherches dessus pour trouver ce qui nous manque ou alors</p>
--	---

de demander à des gens extérieur de venir nous aider comme une équipe de soins palliatifs... mais ça partait toujours de nos préoccupations. (B1, B2, B3, B6 et B7 acquiescent) Je progresse au moins dans 4 ou 5 domaines à chaque question qu'on se pose. Alors, à des niveaux différents ou par rapport à des consensus entre nous, parfois sur des niveaux de preuve...

[<Éléments internes\Focus Group C>](#) - § 6 références encodées [Couverture 7,00%]

Référence 1 - Couverture 0,43%

la personne qui pose la question, elle a quand même recherché un peu

Référence 2 - Couverture 0,32%

Et ça c'était la recherche pour la séance d'après.

Référence 3 - Couverture 0,42%

Et puis après il y a les recherches pour compléter sa formation.

Référence 4 - Couverture 4,50%

ça permet de s'interroger sur des choses qu'on fait machinalement, des choses où on ne se pose pas de questions habituellement et là le fait de choisir une consultation au hasard, ça fait émerger des questions sur des choses qu'on fait machinalement et sur lesquelles on ne se pose plus de questions alors qu'il peut y avoir une remise en question à faire la dessus. Et il faut actualiser nos connaissances aussi sur des choses qu'on fait depuis longtemps sans se poser de questions, sans savoir si finalement ça vient d'une reco, de ce que notre maitre de stage faisait, de ce que nous on avait fait en observant que ça marchait... (C1 acquiesce)

GD : Ca impacte la pratique et les connaissances ?

C1 : Oui

Référence 5 - Couverture 0,34%

Faire la recherche bibliographique... (C2 acquiesce)

Référence 6 - Couverture 0,99%

C'est concret. C'est une vraie remise en question avec des changements de nos pratiques. Et puis ça nous parle et du coup on retient bien. (C1 acquiesce)

Souhait d'y participer	<p><Éléments internes\Focus group A> - § 3 références encodées [Couverture 1,15%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,11%</p> <p>Ah si, moi j'ai envie de ce genre de trucs.</p> <p>Référence 2 - Couverture 0,89%</p> <p>Moi je suis toujours ce fantasme, que je mettrais peut être à exécution si je déménage mon cabinet en banlieue, ce qui m'incitera à prendre contact avec mes nouveaux voisins. Donc ça c'est un projet géographique qui stimulera cette envie d'aller fonder un groupe de pair®, plutôt avec des médecins..., en cherchant une certaine unité de lieu</p> <p>Référence 3 - Couverture 0,14%</p> <p>Moi, y participer oui ça m'intéresserait beaucoup, oui.</p> <p><Éléments internes\Focus Group C> - § 1 référence encodée [Couverture 0,45%]</p> <p>Référence 1 - Couverture 0,45%</p> <p>Vous auriez envie de faire ça ? C1 : Oui C2 : Oui (C4 acquiesce)</p>

9. Annexe 9 : Réforme du DES de médecine générale

<p>  </p> <h3>Reforme du DES de médecine générale et enseignement facultaire</h3> <p>Présentation Conseil d'UFR du 4 octobre 2016</p> <p>JP Joseph, W Durieux</p>	<h3>La réforme du DES de MG pour 2017</h3> <table border="1"> <thead> <tr> <th>TCEM1</th> <th>TCEM2</th> <th>TCEM3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Stage aux urgences</td> <td>Stage hospitalier en médecine d'adulte</td> <td>Stage libre</td> </tr> <tr> <td>Stage de niveau 1 en soins primaires ambulatoires</td> <td>Stage en pôle mère-enfant</td> <td>Stage de niveau 2 en ambulatoire (SASPAS obligatoire)</td> </tr> </tbody> </table>	TCEM1	TCEM2	TCEM3	Stage aux urgences	Stage hospitalier en médecine d'adulte	Stage libre	Stage de niveau 1 en soins primaires ambulatoires	Stage en pôle mère-enfant	Stage de niveau 2 en ambulatoire (SASPAS obligatoire)			
TCEM1	TCEM2	TCEM3											
Stage aux urgences	Stage hospitalier en médecine d'adulte	Stage libre											
Stage de niveau 1 en soins primaires ambulatoires	Stage en pôle mère-enfant	Stage de niveau 2 en ambulatoire (SASPAS obligatoire)											
<h3>Le DES en 4 ans ???</h3> <table border="1"> <thead> <tr> <th>TCEM1</th> <th>TCEM2</th> <th>TCEM3</th> <th>TCEM4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Urgence</td> <td>Médecine adulte</td> <td>Stage libre</td> <td>Remplacements tutorés ???</td> </tr> <tr> <td>Stage ambulatoire niveau 1</td> <td>Stage mère-enfant</td> <td>SASPAS</td> <td>SASPAS 2 ???</td> </tr> </tbody> </table>	TCEM1	TCEM2	TCEM3	TCEM4	Urgence	Médecine adulte	Stage libre	Remplacements tutorés ???	Stage ambulatoire niveau 1	Stage mère-enfant	SASPAS	SASPAS 2 ???	<h3>Le référentiel national vers une approche par compétence (APC)</h3> <ul style="list-style-type: none"> - Les familles de situations du CNGE - Les compétences génériques de la marguerite - Un contenu du Portfolio harmonisé - Des modalités d'enseignements harmonisées <p>  </p>
TCEM1	TCEM2	TCEM3	TCEM4										
Urgence	Médecine adulte	Stage libre	Remplacements tutorés ???										
Stage ambulatoire niveau 1	Stage mère-enfant	SASPAS	SASPAS 2 ???										
<p>  </p> <h3>Pour le DMG de l'université de Bordeaux</h3> <p>Propositions issues de la commission pédagogique en concertation avec les représentants des Internes</p>	<h3>Pourquoi un changement ?</h3> <ul style="list-style-type: none"> - Anticipation sur la réforme des DES pour la rentrée 2017 - Harmonisation nécessaire des enseignements au niveau national (CNGE) et régional inter/intra CPL - Formation par apprentissage centré sur l'acquisition des compétences - Pédagogie centrée sur l'apprenant difficile avec 35 internes - Amélioration de l'accompagnement des internes en difficulté - Validation <i>au fil de l'eau</i> des traces d'apprentissages - Perception d'une « frustration » majoritaire chez les internes, mais aussi chez les enseignants! <p>  </p>												

Propositions de changement

- 4 journées d'enseignement facultaire OBLIGATOIRES par semestre (sauf le 6^e semestre dit « à la carte »)
- Des journées à thème basées sur le référentiel des « familles de situations » du CNGE
- Une journée obligatoire à l'installation (FJMG en d'octobre)
- Une journée obligatoire à la recherche (en juin)
- Une formation plus « à la carte » (6 crédits à valider)
- Développement et valorisation du travail en groupe d'échange et d'analyse de pratique (GEAP)
- Un déroulé pédagogique harmonisé
- Un « nouveau » e-PortFolio évalué/validé au fil de l'eau

université
de BORDEAUX

Modalités d'enseignement

- 1) Séances facultaires obligatoires centrées sur l'APC à travers les traces d'apprentissage et apport de contenu didactique en lien avec les stages
- 2) Séances facultaires « à la carte » en fonction des besoins/désirs de l'interne :
 - **obligatoires** : FJMG, journée recherche en MG,
 - **optionnelles** : test de lecture, relation médecin patient, entretien motivationnel,
- 3) Production et évaluation des scripts et des situations ponctuelles du Portfolio électronique

université
de BORDEAUX

Les enseignements facultaires obligatoires

- Séances thématiques (3 par semestres)

- . GEAP (9h-12h) en 2 ou 3 sous-groupes
- . Synthèse/apport didactique (14h-17h) en grand groupe

- Séance analyse du PF (1 par semestre)

9h -12h et 14h-17h dans des salles informatisées et connectées obligatoirement

université
de BORDEAUX

Validation du DES

- Participation à toutes les séances d'enseignement
- Dépôt et évaluation au fil de l'eau dans le PF:
 - . 6 scripts (dont 3 minimum issues de situations vécues en ambulatoire),
 - . 15 situations ponctuelles,
 - . Fiches des optionnels (6 crédits),
 - . fiche de de projet de thèse.
- Participation à la journée recherche et au FJMG.
- Validation des stages
- Mémoire de DES

université
de BORDEAUX

Département
de Médecine
Générale

Merci de votre attention

Vos questions

mail

université
de BORDEAUX

Cliquez pour ajouter un titre

Les diapos suivantes sont des diapos de support pour préciser des détails si besoin par rapport aux questions

université
de BORDEAUX

2016/2017 Mise en place progressive pour les TCEM1

Module 1

- 1- Introduction au DES de médecine générale
- 2- Relation médecin-patient et communication
- 3- Premier recours et urgences ambulatoires
- + Séance PF

Module 2

- 4- Thématique patient CV ou à risque CV
- 5- Santé mentale
- 6- Douleur
- + Séance PF
- + Journée recherche (dernier jeudi de juin)

université
de BORDEAUX

Pour 2017/2018 Mise en place des MODULES 3 et 4 et leurs thèmes

Module 3 : stage médecine adulte (3 ou 4)

- 7- Infectiologie en ambulatoire
- 8- Prévention, éducation en santé, ETP socle
- 9- Patient chronique, poly-pathologique et maladies graves
- + Séance PF

Module 4 : stage (pôle mère-enfant)

- 10- Nourrisson Enfant et Adolescent
- 11- Santé de la femme
- 12- Santé Sexuelle
- + Séance PF
- + Forum JMG (2^e jeudi d'octobre)

université
de BORDEAUX

Pour 2018/2019

Module 5

- 13- Addictions
- 14- Personne âgées (MAD, fin de vie, suivi, maltraitance)
- 15- Précarité, Vulnérabilité sociale et Handicap
- + Séance PF

Module 6

6^e semestre (à la carte) avec des séances d'aide à la soutenance du DES, aide à l'écriture du projet de thèse (fiche), les optionnels, les journées obligatoires si non réalisées.

- + séance PF/ soutenance du DES

université
de BORDEAUX

Les optionnels (6 crédits à valider)

- 1 crédit :

- Validation d'un DU, Master...
- Participation au test de lecture de revue (Exercer, Médecine, Prescrire)
- Présentation à un Congrès
- Validation de formations type DPC (présentielles ou en ligne, Journée de l'UMFCS, autres...)

- 2 crédits (pour les facultaires « à la carte ») :

- Module de FMC relation médecin-patient (groupe balint, entretien motivationnel, autres...)
- Ateliers sur les gestes techniques (1/2 crédit par atelier)
- Module de formation à l'analyse critique de l'information sur le médicament

université
de BORDEAUX

La modélisation pédagogique de la séance analyse du PFe

- 6h en salle « connectée »
- Travail tutoré d'écriture des traces d'apprentissage (Situations ponctuelles, scripts, fiche des optionnels)
- Validation des traces produites au fil de l'eau
- Revenir sur certains concepts de modélisation des scripts, ou de l'atelier recherche documentaire
- Par des enseignants du DMG

université
de BORDEAUX

Séances thématiques : 1 enseignant pour 12 internes pour le temps GEAP, et un seul enseignant pour l'après-midi (entre 3 et 1 enseignants mobilisés sur les 6h) 3 à 2 de 9h à 12h – et 1 de 14h à 17h.

Matin : GEAP = Analyse de pratique autour de la thématique (3h) en sous groupe de 12 maxi (chaque interne amène une situation écrite avec le résumé qui l'amène à son questionnement en lien avec la thématique). Déroulé de la présentation de chaque problématique : Un premier interne présente oralement son cas et son questionnement, ensuite les internes du groupe réagissent de manière structurée (= à tour de rôle) pour répondre à la question posée. A l'issue du tour de table, celui qui a présenté son cas fait un résumé-synthèse de la réponse du groupe à la problématique soulevée (= quel consensus ou quels référentiels connus ou quelle recherche utile). Un deuxième présente son cas ... et ainsi de suite pour les 12. A la fin de la matinée l'ensemble des cas est résumé sous la forme « le questionnement, la piste de réponse » (il sera pompeusement appelé : le résumé Casuistique).

Après Midi : En grand groupe (Après midi avec 1 seul enseignant) :

- 1h30 de présentation des résumés casuistiques avec pour tâches l'expertise de l'enseignant médecin généraliste en fonction des sujets abordés, la validation des pistes de réponses ou de recherche suscitées, la validation des recherches doc à faire (possibilité de les initier si groupe débrouillard à forte appétence scriptophonique !!) et validation de la démarche de production des futures traces d'apprentissage (script ou situations ponctuelles).

- Reste 1h30 pour la partie « exposé théorique sur les connaissances/compétences en lien avec le thème » argumentée par une partie d'analyse des références/recommandations concernant la thématique.

Donc chaque cours thématique doit faire l'objet d'une trace d'apprentissage personnelle (1 SP ou un Script) et déposé au cours du semestre sur PFe.

université
de BORDEAUX

FREINS AU DEVELOPPEMENT DES GROUPES D'ECHANGE ET D'ANALYSE DES PRATIQUES (GEAP) EN GIRONDE.

RESUME en français :

Les GEAP (Groupes d'échange et d'analyse des pratiques) sont une méthode de formation médicale continue qui apparaît comme conviviale et motivante et bien adaptée à la médecine générale. Pourtant ces groupes sont peu répandus en Gironde.

L'objectif de ce travail était de comprendre quels sont les freins qui limitent le développement de ces groupes en Gironde. Les objectifs secondaires étaient d'identifier les connaissances des médecins sur ces GEAP et de rechercher ce qui en constituait pour eux les points positifs. Une méthode qualitative avec la réalisation de trois *focus groups* a été utilisée. Le premier groupe était constitué de sept médecins généralistes installés en libéral, le deuxième groupe comprenait sept médecins généralistes installés appartenant déjà à un GEAP et le dernier groupe était constitué de quatre internes en troisième année. Les trois principaux obstacles au développement des GEAP, retrouvés lors des discussions, ont été le temps investi, les difficultés de création d'un groupe et la peur des répétitions et de la lassitude. Nous avons aussi pu identifier le manque de connaissance comme étant un des facteurs limitant le développement de ces groupes. On retrouvait en revanche une image positive de ces groupes en tant que méthode de formation continue, puisque selon les médecins interrogés, ils permettaient une mise à jour des connaissances et l'abord de multiples sujets variés. De nombreux points positifs étaient aussi cités et en particulier l'adéquation avec la pratique de la médecine générale, l'interactivité et les échanges existant au sein des GEAP, l'égalité entre pairs et l'absence de jugement qu'on retrouve dans ces groupes.

La facilitation de la création de GEAP et la généralisation des enseignements au cours du troisième cycle sous forme de GEAP pourraient favoriser le développement de ces groupes. Cette implémentation a déjà commencé à être mise en œuvre puisque dès 2017, les cours de troisième cycle de médecine générale à l'université de Bordeaux seront effectués sous forme de GEAP. On ne peut donc qu'espérer que cette méthode étant désormais intégrée dans le cursus de 3ème cycle, le développement, à l'avenir, des GEAP intégrés dans l'exercice professionnel des médecins, devient probable.

TITRE EN ANGLAIS : OBSTACLES TO PEER REVIEW GROUPS DEVELOPMENT IN GIRONDE

DISCIPLINE : MEDECINE GENERALE

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. OU DU LABORATOIRE : UNIVERSITE DE MEDECINE DE BORDEAUX. UFR DES SCIENCES MEDICALES