

Apport de l'étude des cas cliniques abordés en groupe d'échange et d'analyse des pratiques : à propos de six groupes constitués de jeunes médecins généralistes remplaçants en Nouvelle Aquitaine

Audrey Mangin

▶ **To cite this version:**

Audrey Mangin. Apport de l'étude des cas cliniques abordés en groupe d'échange et d'analyse des pratiques : à propos de six groupes constitués de jeunes médecins généralistes remplaçants en Nouvelle Aquitaine. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01962720

HAL Id: dumas-01962720

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01962720

Submitted on 20 Dec 2018

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.

HAL
archives-ouvertes.fr

Apport de l'étude des cas cliniques abordés en groupe d'échange et d'analyse des pratiques : à propos de six groupes constitués de jeunes médecins généralistes remplaçants en Nouvelle Aquitaine

Audrey Mangin

▶ **To cite this version:**

Audrey Mangin. Apport de l'étude des cas cliniques abordés en groupe d'échange et d'analyse des pratiques : à propos de six groupes constitués de jeunes médecins généralistes remplaçants en Nouvelle Aquitaine. Médecine humaine et pathologie. 2018. <dumas-01962720>

HAL Id: dumas-01962720
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01962720

Submitted on 20 Dec 2018

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 2018 Thèse n° 200

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT et de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par MANGIN Audrey

Née le 15 décembre 1987 à L'Haÿ-Les-Roses

Le 13 décembre 2018 à Bordeaux

Apport de l'étude des cas cliniques abordés en groupe d'échange et d'analyse des pratiques.

A propos de six groupes constitués de jeunes médecins généralistes remplaçants en Nouvelle Aquitaine.

Directeur de thèse

Monsieur le Professeur François PETREGNE

Président	Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH
Juge	Monsieur le Professeur Patrick MERCIE
Juge	Monsieur le Professeur Philippe CASTERA
Juge et rapporteur	Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH, vous me faîtes l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma considération et l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL, je vous remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de ma thèse et de la juger. Je vous témoigne toute ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Patrick MERCIE, vous avez accepté de juger ma thèse. Veuillez recevoir mes plus vifs remerciements.

A Monsieur le Professeur Philippe CASTERA, je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail. Soyez assuré de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur François PETREGNE, qui a accepté d'être mon Directeur de thèse. Sincères remerciements pour votre investissement tout au long de ce travail de thèse, de votre aide et de votre soutien.

A Romain, parce que cela fait plus de 10 ans, merci pour ton soutien inconditionnel tout au long du chemin parcouru et pour la vie que nous partageons maintenant à quatre.

A mes parents, merci pour toutes ces années où vous m'avez soutenue sans faille. Merci d'être là, malgré la distance, à chaque moment important de ma vie. C'est grâce à vous, à vos conseils que j'en suis là aujourd'hui.

A mon frère, merci pour toutes ces années passées à tes côtés. De merveilleux souvenirs et encore d'autres à venir. Je t'adore.

A mes filles Elaïa et Alice, je suis si fière de vous, vous êtes les plus belles choses qui me sont arrivées dans la vie. Je vous souhaite de réaliser vos rêves et de trouver un métier qui vous épanouira autant que moi.

A ma belle-famille, merci de m'avoir accueillie dans votre famille avec autant de gaieté et de simplicité.

A mes amis, merci d'être là pour profiter de la vie et des bons moments, parce qu'il faut savoir déconnecter.

A mes amis carabins, Leïla, Raph, Charlotte, Florian et Hélène, merci pour ces moments inoubliables en internat. Que le temps et nos vies ne nous éloignent pas trop.

A mes confrères du groupe de pairs et devenus plus avec le temps, merci pour ces repas conviviaux et ces échanges instructifs.

A tous ceux qui m'ont permis de réaliser cette thèse, merci d'avoir accepté de participer aux entretiens.

TABLE DES MATIERES

I. LISTE DES ABREVIATIONS 8
II. INTRODUCTION 10
III. LES GROUPES D'ECHANGE ET D'ANALYSE DES PRATIQUES ENTRE PAIRS 13
A. Le DPC et les GEAP 13
B. L'histoire des GEAP 13
C. Les différents GEAP 14
D. L'organisation des GEAP 15
E. Les GEAP au sein de la faculté de Bordeaux 17
F. Question de recherche et objectifs 17
IV. MATERIEL ET METHODE 19
A. Schéma de l'étude 19
B. Population étudiée 19
C. Elaboration du guide d'entretien et méthode de recueil 20
D. Le guide d'entretien 21
E. Exploitation des données 21
V. RESULTATS 22
A. Les entretiens 22
B. La population 23
C. Les groupes 23
1. Nombre de groupe 23
2. Ancienneté du groupe 23
3. Nombre de participants par groupe 24
4. Profil des participants 24
5. Statut des participants 24
D. Les cas cliniques 25
1. Evocation du cas clinique 25
2. La remémoration 26
3. La justification du souvenir 26
4. Les cas cliniques abordés 27
5. Les raisons de la modification de leur pratique lié au cas clinique 30
E. Pertinence des réponses et traçabilité 31

1. Le partage d'expériences 31
2. Place de la bibliographie et de la validité des sources face à l'expertise du groupe 32
3. L'harmonie des réponses 34
4. Les compétences des confrères 34
5. Pertinence des réponses par la résolution de cas cliniques authentiques 35
6. Les correspondants comme référence 35
7. La subjectivité des réponses 36
8. Intérêt de la traçabilité des réunions 36
F. Adaptation de la pratique suite au GEAP pour le médecin généraliste remplaçant 39
1. Approche biomédicale 39
2. Le réseau de soin et les correspondants 43
3. Les démarches administratives 43
4. Absence de modification de la pratique 44
G. Apport du GEAP sur la communication 45
1. Relation médecin-patient et sa prise en charge sociale 45
2. L'intuition médicale 46
3. Renforcer le lien entre les confrères 46
H. Particularité du statut des jeunes médecins généralistes remplaçants 47
1. Préparation à l'installation 47
2. Difficulté de suivi du patient 48
3. Réassurance sur sa pratique de remplaçant 49
4. Se confronter à l'expérience de confrères plus expérimentés 49
5. Vision idéaliste de la médecine 49
6. Rompre l'isolement après l'internat par le groupe 50
7. Relation triangulaire 50
8. Oubli des connaissances 52
I. Fonctionnement des GEAP 53
1. Création du GEAP 53
2. Intégration des participants à leur GEAP 54
3. Organisation du groupe 54
4. Rôles des participants dans le groupe 56
5. Profil des groupes 57
6. L'organisation de la réunion 58
7. Acteur du cas clinique 61

8. Auditeur des cas cliniques 62
9. Satisfaction liée au fonctionnement du groupe 64
10. Les contraintes de leur GEAP 64
J. Evolution du groupe avec le temps 65
1. Adaptation et modification des comportements 65
2. Formalisation du groupe et des réunions 66
K. Lien avec la formation initiale 69
1. Sensibilisation aux GEAP au sein de la formation initiale 69
2. Continuité de la formation initiale vers le GEAP 71
3. La participation à d'autres types de groupes pendant la formation initiale 72
4. La formation à l'hôpital 73
L. La formation médicale continue 73
1. Le choix de cette formation 73
2. Volonté d'une formation médicale continue 76
3. Autres démarches de formation médicale continue 77
4. Promotion des GEAP dans la formation médicale continue 78
M. L'avenir des participants et du groupe 79
1. Au sein du GEAP 79
2. En dehors du GEAP 79
VI. DISCUSSION 81
A. Discussion de la méthode 81
1. Choix de la méthode qualitative 81
2. Echantillonnage 81
3. Recueil des données 82
4. Validité interne 83
5. Validité externe 84
B. Discussion des résultats 84
1. Le sujet 84
2. L'impact du GEAP sur la pratique 84
3. Le relationnel 85
4. Le jeune médecin généraliste remplaçant 86
5. La pertinence des réponses 86
6. L'évocation du cas clinique 87
7. Le fonctionnement du groupe 88

8. Le fonctionnement de la réunion 90
9. La formation médicale initiale 90
10. La formation médicale continue 91
C. Perspectives 92
VII. CONCLUSION 94
VIII. BIBLIOGRAPHIE 96
IX. ANNEXES 101
A. Annexe 1 : Guide de présentation des cas en GdP® (62) 101
B. Annexe 2 : Manuel du guide de présentation des cas en GdP® (63) 103
C. Annexe 3 : Mail de recensement du 8 novembre 2016 105
D. Annexe 4 : Mail de relance du 06 juin 2017 105
E. Annexe 5 : Guide d'entretien avant modification 106
F. Annexe 6 : Guide d'entretien après modification 107
G. Annexe 7 : Guide d'entretien de M2 109
H. Annexe 8 : Guide d'entretien de M6 113
I. Annexe 9 : Guide d'entretien de M11 118
X. SERMENT MEDICAL 123

I. LISTE DES ABREVIATIONS

- ADESA : *Association pour l'Evaluation Des Soins Ambulatoires*
- AMPPU : *Association Médicale Mosellane de Perfectionnement post-Universitaire*
- AquiReAGJIR : *Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants d'Aquitaine*
- CDOM33 : *Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Gironde*
- CROM Aquitaine : *Conseil Régional de l'Ordre des Médecins d'Aquitaine*
- CHEMG : *Collège Hautes Etudes en Médecine Générale*
- DES : *Département d'Enseignement Supérieur*
- DMG : *Département de Médecine Générale*
- DPC : *Développement Professionnel Continu*
- DREFC : *Diffusion des Recommandations Francophones en Consultation de Médecine Générale*
- EBM : *Evidence Based Medecine*
- ENT : *Environnement Numérique de Travail*
- FMC : *Formation Médicale Continue*
- FMC Action : *Association nationale de Formation Médicale Continue Action*
- GAPPP : *Groupe d'Amélioration des Pratiques Professionnelles entre Pairs*
- GdP® : *Groupe de Pairs®*
- GEAP : *Groupe d'Echange et d'Analyse de Pratiques entre Pairs*
- GEP : *Groupe d'Echange des Pratiques*
- GEPETO : *Groupe d'Echange des Pratiques et d'Evaluation Thématisée Organisée*
- GEPP : *Groupe d'Echange de Pratiques Professionnelles*
- GLAP : *Groupe Local d'Amélioration des Pratiques*
- GLEP : *Groupe Local d'Echange des Pratiques*
- GPU : *Groupe de Pratiques de l'UNAFORMEC*
- GQ : *Groupe de Qualité*
- HAS : *Haute Autorité de Santé*
- HPST : *Hôpital, Patient, Santé et Territoire*
- LORFORMEC : *Association Lorraine de Formation Médicale et d'Evaluation Continue*

- MGFORM : *Formation de Médecins Généralistes*
- MSU : *Maître de Stage Universitaire*
- OGDPC : *Organisme Gestionnaire de Développement Professionnel Continu*
- RC : *Résultats de Consultation*
- REvE : *Résumé d'Evaluation critiquE*
- RSCA : *Récit de Situation Complexe Authentique*
- SASPAS : *Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée*
- SFMG : *Société Française de Médecine Générale*
- SFTG : *Société de Formation Thérapeutique du Généraliste*
- UNAFORMEC : *Union Nationale d'Associations de Formation Médicale et d'Evaluation Continue*
- URCAM : *Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie*
- URML : *Union Régionale des Médecins Libéraux*
- URPS : *Union Régionale des Professionnels de Santé*
- VARAPP : *Valorisation et Recherche pour l'Amélioration des Pratiques Professionnelles*

II. INTRODUCTION

Les médecins généralistes remplaçants ou installés ont l'obligation de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles dans le but de perfectionner leurs connaissances, d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, la prévention en terme de santé publique et de tenir compte des dépenses de santé (1).

Il a été montré, selon une revue de la littérature (2), que les ateliers interactifs et groupes de formation modifient et améliorent de façon modérée la pratique professionnelle, contrairement à des séances didactiques seules. Ainsi, dans la revue Médecine (3), les petits groupes locaux de professionnels apparaissent comme les structures favorisant au mieux la mise en œuvre du Développement Professionnel Continu (DPC).

Les groupes d'échange et d'analyse des pratiques entre pairs (GEAP) sont donc une méthode d'apprentissage validée par le DPC. Les GEAP, promus par la Société Française de Médecine Générale (SFMG) en 1987 en France, sont des « médecins de la même spécialité se réunissant régulièrement sans hiérarchie entre eux, dans un climat de confiance favorisant la libre 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. » (4).

En 2015, la SFMG dénombrait seulement 10 groupes formés en Aquitaine inscrits à la SFMG alors qu'il y en a 263 dans toute la France (5). En Gironde, les GEAP apparaissent moins importants et moins connus (6) mais dans de multiples thèses, les médecins généralistes paraissent intéressés et satisfaits de par les rencontres, la convivialité, la multitude de thèmes abordés, le faible coût, l'absence de conflit d'intérêt et le sentiment d'améliorer sa pratique (7–12).

En effet, plusieurs travaux français et européens sont en faveur d'un impact positif sur la pratique, surtout lors de la présence d'un audit (13–19). Les études réalisées par la SFMG montrent l'efficacité supérieure de ces interventions pour améliorer la pratique des médecins du fait, entre autre de la parité par l'activité similaire et un langage commun. De plus, en 2004, une étude publiée dans la Revue du Praticien (20) montrait que les champs

abordés en réunion étaient représentatifs de la médecine générale. Les problèmes non résolus étaient abordés à la séance suivante et résolus à hauteur de 60%. La recherche internet représentait 1/4 des outils utilisés dans la recherche documentaire et ¾ des documents sélectionnés pour résoudre les questions soulevées étaient considérés comme valides par les membres des groupes de pairs.

Effectivement, on admet que le regroupement de pairs devient un groupe expert, chacun apportant ses compétences et sa pratique, résolvant les différents problèmes rencontrés en consultation mais pouvant nécessiter de s'appuyer sur des données recherchées au préalable ou ultérieurement.

La recherche bibliographique est donc un point important dans ce mode de formation. Sa validité est à rechercher. Sur internet, soit elle se limite aux documents en libre accès francophone (via Cismef, Critiques et pratiques, Minerva), ou anglophone (Primary Care electronic Library, Trip database, Medline via Pubmed), soit aux espaces documentaires en accès réservés type Prescrire, BMJ Clinical Evidence, La Revue du Praticien... (21).

D'autre part, que les médecins généralistes soient installés ou remplaçants, il apparait qu'ils choisissent cette formation par GEAP pour les mêmes raisons, or on ne retrouve quasiment que des évaluations sur la pratique pour des médecins généralistes installés. Alors que leur pratique est différente de par la mobilité et le moindre suivi des patients, on ne sait donc peu, voire pas l'impact que cette formation a sur les médecins généralistes remplaçants.

Faisant moi-même partie d'un GEAP constitué quasiment de médecins généralistes remplaçants, et bien que cette formation m'apparait comme stimulante et adaptée à l'exercice libéral, je m'interroge sur l'objectif principal de toute formation, à savoir l'amélioration de mes compétences en tant que jeune médecin généraliste remplaçante.

Au vu des différents résultats d'études, il parait intéressant d'évaluer plus précisément les apports dans l'exercice quotidien, de l'étude d'un cas clinique abordé en GEAP, formé de jeunes médecins généralistes remplaçants en Nouvelle Aquitaine, ainsi que leur fonctionnement et la validité des références utilisées pour résoudre ce cas. Pour tenter de répondre à cette question, nous réaliserons des entretiens individuels semi-dirigés.

Tout d'abord, nous aborderons l'évolution au fil du temps des GEAP dans leur ensemble et au sein de la formation initiale. Puis nous présenterons les différents fonctionnements des GEAP. Ensuite, au travers de l'étude, nous décrirons et commenterons les entretiens et leurs résultats. Nous discuterons, enfin, de l'apport de cette formation sur la pratique quotidienne dans le cadre de la formation continue, favorisé par la formation initiale.

III. LES GROUPES D'ECHANGE ET D'ANALYSE DES PRATIQUES ENTRE PAIRS

A. Le DPC et les GEAP

Le DPC est un dispositif de formation initié par la Loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires (HPST) en 2009 et adapté par la Loi de Modernisation du Système de Santé en 2016. Il est effectif depuis le 1er janvier 2013 (22).

Chaque professionnel de santé a une obligation triennale de suivre un parcours de DPC. Il a pour objectif l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles, de la gestion des risques, du maintien et de l'actualisation des connaissances et des compétences, et de la prise en compte des priorités de santé publique, via des actions et programmes d'analyse des pratiques professionnelles et d'approche cognitive.

Le GEAP est « une forme singulière d'autoformation collective qui semble répondre à la double obligation » de l'acquisition et du perfectionnement des connaissances associés à l'évaluation des pratiques (23).

Cette formation dépasse, d'ailleurs, le champ de la médecine car elle est, également utilisée au sein de l'éducation ou d'entreprise pour réorganiser le travail et harmoniser les pratiques des salariés.

B. L'histoire des GEAP

Les GEAP sont issus d'un mouvement européen et s'est développé, initialement en Angleterre et aux Pays-Bas à partir des années 80 (24).

Selon l'étude EquiP de 2003, réalisée sur 26 pays européens en 2000, le taux d'implication des médecins dans les GEAP était supérieur à 10% en Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Grande-Bretagne, Irlande, Pays-Bas, Norvège, Suède et Suisse. En France, la participation était considérée comme faible voire nulle (18).

Le développement plus conséquent dans certains pays européens semble lié à la formation initiale (18) ou à des interventions au sein du Département de Médecine Générale (DMG) (25). Il semble, également, exister un lien avec l'exercice médical en général. En effet, on remarque une correspondance entre le développement des GEAP et la pratique médicale en groupe. L'exercice en groupement de médecins est prédominant en Finlande, Suède, Royaume-Uni, et Pays-Bas, et minoritaire en France et Italie. A noter, la discordance en Belgique et Allemagne où la pratique de groupe est minoritaire selon ce rapport IRDES (26).

En France, les GEAP se sont inspirés initialement des groupes Balint. En effet, on ne peut parler des GEAP sans évoquer les groupes Balint. Ces groupes de « formation et de recherche » ont été développés en Angleterre par Mickael Balint, psychanalyste anglais, puis introduits en France dans les années 60 (27).

La SFMG a, par la suite, promulgué cette méthode en France à partir de 1987 et a déposé le terme de Groupe de Pairs® (GdP®) officiellement en 1994.

La décision d'indemnisation de cette formation médicale en 1997 a permis son essor (28). A partir de là, différents organismes ont développé ces groupes sous d'autres acronymes mais avec une organisation semblable.

C. Les différents GEAP

Il existe plusieurs types de GEAP où l'organisation et le contenu des réunions sont souvent variés et peu formalisés (29–31)

Quelques exemples :

- *Evidence Based Medecine (EBM) meetings*.
- *Les Groupes d'Amélioration des Pratiques Professionnelles entre Pairs (GAPPP),* utilisés par l'association VARAPP.
- *Les Groupes d'Analyse de Pratique entre pairs (GAPP),* utilisés par l'Association Médicale Mosellane de Perfectionnement post-universitaire (AMPPU) et l'Association Lorraine Formation Médicale Continue (LORFORMEC), qui sont très proches de ceux proposés par la SFMG.

- *Les Groupes d'Echange de pratique (GEP),* utilisés par MGForm et le Collège des Hautes Etudes en médecine générale (CHEMG).
- *Les Groupes d'Echange de pratique et d'Evaluation Thématisé Organisé (GEPETO),* utilisés par l'Association pour l'Evaluation Des soins Ambulatoires (ADESA).
- *Les Groupes d'Echange et d'Analyse des Pratiques (GEAP).*
- *Les Groupes d'Echanges de Pratiques Professionnelles (GEPP),* utilisés par le Collège des Généralistes de l'Est Parisien.
- *Les Groupes de Pairs® (GdP®),* utilisés par la SFMG, l'association FMC n°1 et l'ADESA.
- *Les Groupes de Qualité (GQ),* utilisés par l'URCAM et URML Bretagne via des groupes d'amélioration de la qualité ou les cercles de qualité de médecins de Dunkerque, développés au début des années 2000.
- *Les Groupes des Pratiques de l'UNAFORMEC (GPU),* développés depuis 2006.
- *Les Groupes Locaux d'Amélioration des Pratiques (GLAP),* utilisés par la SFTG et agréés depuis 2006 par la Haute Autorité de Santé (HAS).
- *Les Groupes Locaux d'Echanges de Pratiques (GLEP),* utilisés par FMC Action.

Les GEAP, malgré leurs différents noms, ont tous la même finalité mais ont des modalités de fonctionnement diversifiées (32).

Les thèmes peuvent être imposés comme pour les GQ, les GEP, les GPU, les GLAP ou les GEPETO. Il peut y avoir un animateur extérieur au groupe dans les GQ, les GLAP ou les GAPPP. Dans les GdP® et les GQ, tous les médecins sont d'un même secteur géographique. Il y a un engagement d'efficience économique et parfois une indemnisation pour les GQ, les GdP® et les GEP. La labellisation est proposée par la SFMG pour les GdP®.

D. L'organisation des GEAP

La qualité de ces groupes repose sur une certaine méthodologie et devant l'intérêt de cette formation, il est apparu nécessaire d'établir des critères spécifiques de qualité. Ceci a été possible et réalisé après 2 symposiums nationaux de GdP® organisés par la SFMG en 2003. Elle a, donc, élaboré et proposé des critères de qualité (33). Chaque réunion doit rassembler 5 à 10 praticiens volontaires. Les réunions doivent être régulières, au moins 8 par

an pour analyser et évaluer leur pratique professionnelle à partir de cas rencontrés lors de leur exercice quotidien. Chaque médecin doit participer à au moins 6 réunions dans l'année. Le groupe est homogène, composé de pairs de même exercice dans un même cadre géographique. Les réunions se déroulent en 3 temps (34) :

- Etude de cas clinique : choisi de façon aléatoire (exemple : la 1ère consultation de la dernière journée travaillée), présenté à l'aide d'un modèle (Annexes 1 et 2) et discuté par l'ensemble du groupe.

  Si le groupe n'a pas une réponse complète à un problème soulevé lors de la réunion, le groupe s'organise pour apporter une réponse à la prochaine séance.

  A noter que la SFMG propose l'outil DREFC (Diffusion des recommandations Francophones en Consultation de Médecine Générale) où sont répertoriées par résultats de consultation (RC), des recommandations disponibles sur internet.
- Analyse du parcours et de la coordination des soins : liens ville-hôpital/clinique, correspondants médicaux/paramédicaux, services sociaux, institutions de santé…
- Temps « libre » : recherches bibliographiques sur les questions non résolues à la dernière séance, micro-audits sur un thème, cas difficiles…

Parmi les participants, un modérateur assure le respect du temps de parole de chacun et un secrétaire rédige le compte rendu de la séance, ainsi qu'une feuille d'émargement.

Les GEAP satisfont donc l'obligation triennale par son action d'analyse des pratiques professionnelles (revue de dossier, réflexion sur la démarche et caractéristique d'un cas, analyse de parcours de soins, identification et analyse des risques), par son action cognitive (revue bibliographique, formation présentielle, e-learning…), et par son approche intégrée à l'exercice professionnel.

« Se former en Groupe de Pairs, c'est par conséquent acquérir de nouveaux savoirs, acquérir de nouveaux « savoir-faire », acquérir de nouveaux « savoir-être » » (23).

E. Les GEAP au sein de la faculté de Bordeaux

Depuis la promotion 2005-2006, les GEAP ont été progressivement intégrés au sein du DES de médecine générale de la faculté de Bordeaux. Leur initiation débute au cours du 3ème cycle à raison de 2 à 3 demi-journées par semestre.

La réunion dure environ 2 heures. L'effectif est de 8 à 10 participants. Il y a un interne secrétaire et un modérateur pouvant être soit un interne soit un enseignant. La réunion ne comporte qu'un temps, soit un cas clinique présenté par participant. Il peut s'agir d'un thème imposé ou d'un cas libre. La présentation nécessite une préparation en amont, plus ou moins par écrit, comportant le cas clinique, la question de recherche, la recherche bibliographique et la conclusion. Les problèmes sont résolus sur place par des recherches préparées ou pendant la réunion.

Depuis 2017, une nouvelle réforme nationale est entrée en vigueur, modifiant l'organisation du DES. Il faut valider la 1ère année pour accéder à la 2ème année. La maquette des stages change privilégiant les stages en soins primaires. La 1ère année, l'étudiant réalise un stage chez le praticien en ville et aux urgences. Il n'y a plus de stages identifié CHU. En 2ème année, les stages possibles sont la médecine polyvalente, la gynécologie et la pédiatrie. Enfin, en dernière année, le SASPAS est obligatoire associé à un stage dit « libre ». Ces changements ont, donc, amené à modifier les enseignements en majorant les GEAP qui sont en lien avec les stages. Les cours s'organisent donc de manière à se réunir en GEAP le matin et une synthèse est faite l'après-midi. A noter, qu'un système de tutorat est apparu afin d'accompagner les internes dans les stages, la réalisation de leur portfolio et leur intégration au sein des GEAP.

F. Question de recherche et objectifs

Au sortir de l'internat, j'ai eu la volonté de participer à un GEAP qui me paraissait d'accès plus facile que des formations présentielles souvent éloignées de mon domicile.

J'ai pu intégrer un groupe par le biais de l'association AquiREAGJIR qui m'a mis en contact avec la personne qui créait un groupe à proximité de mon domicile.

Ce groupe est constitué principalement de médecins généralistes remplaçants. Par cette expérience et par mon statut de jeune médecin généraliste remplaçante, je me suis demandé l'impact que pouvait avoir cette formation sur ma pratique. De plus, je me suis interrogée de l'impact sur la situation triangulaire, c'est-à-dire entre le patient, le remplacé et le remplaçant.

Question de recherche : quels sont les apports des GEAP dans la pratique quotidienne, à propos de cas cliniques abordés en réunion chez les jeunes médecins généralistes remplaçants en Nouvelle Aquitaine ?

Objectif principal : connaître les apports dans la pratique à propos de cas présentés en GEAP.

Objectifs secondaires :

- présenter les différents types de cas cliniques relatés en réunion,
- analyser la résolution des questionnements abordés en réunion,
- mettre en évidence un lien avec la formation initiale et la formation continue,
- décrire les spécificités du fonctionnement des GEAP.

IV. MATERIEL ET METHODE

A. Schéma de l'étude

Afin d'évaluer l'apport d'un cas clinique, abordé en GEAP, dans l'exercice quotidien, j'ai mené une étude qualitative (35) par entretiens individuels semi structurés avec des jeunes médecins généralistes remplaçants exerçant en Nouvelle Aquitaine, étant entre 1 et 6 ans post DES et participant à un GEAP depuis plus de 3 mois.

L'étude se divise en 2 parties : le recensement de groupes existants et l'entretien avec les membres des différents groupes recensés.

B. Population étudiée

J'ai débuté le recensement par envoi de mails (Annexe 3) le 08 novembre 2016 à différents organismes (SFMG, URPS, CDOM33, DMG, SFTG, UNAFORMEC, MGFORM, FMC Action, AquiReAGJIR, OGDPC et une liste de diffusion d'annonces de remplacement en Aquitaine fonctionnant via un Google group®).

Le 18 novembre 2016, le CDOM, après concertation, n'a pas accédé à ma requête pour me communiquer la liste de médecins généralistes remplaçants. La SFTG a affirmé n'avoir pas connaissance de GEAP en région Aquitaine. AquiReAGJIR a connaissance d'un GEAP au Pays Basque et du Sud Bassin correspondant au GEAP auquel je participe. La SFMG n'a pas répondu à ma demande.

Le recrutement, initialement, s'est fait, essentiellement, par le biais du Google group® et par participation des membres du GEAP auquel j'adhère.

J'ai donc inclus, initialement, des médecins généralistes remplaçants d'Aquitaine faisant partie d'un GEAP depuis plus de 3 mois, exerçant entre 1 et 5 ans post DES, volontaires de participer à un entretien.

J'ai exclu les médecins généralistes installés, exerçant depuis plus de 5 ans par rapport à l'année de validation du DES et ne participant pas à un GEAP depuis plus de 3 mois.

La taille de l'échantillon (36,37) n'a pas été définie au préalable car le nombre d'interviewés nécessaire pour l'étude dépend de la saturation des données recueillies au fur et à mesure des entretiens. J'ai estimé 15 entretiens nécessaires pour arriver à saturation.

Devant la difficulté de recrutement, j'ai effectué une relance par mail (Annexe 4), le 6 juin 2017 auprès du Google group® et du SIMGA. J'ai, également, contacté par téléphone et par mail, les maisons de santé recensées sur le CROM Aquitaine (38) et l' ARS Poitou-Charentes (39).

Cela n'a pas suffi, j'ai donc modifié mes critères d'inclusion et j'ai admis des médecins généralistes remplaçants étant à 6 ans post DES mais ayant débuté leur participation au GEAP à moins de 5 ans post DES, ainsi qu'exerçant en Poitou-Charentes correspondant à la Nouvelle Aquitaine.

C. Elaboration du guide d'entretien et méthode de recueil

J'ai choisi l'entretien individuel semi-dirigé, plutôt que le focus group, car plus accessible à mon niveau et adapté à ce type d'étude (40,41).

Pour élaborer le guide d'entretien, je me suis appuyée sur d'autres thèses ayant réalisé des entretiens individuels semi-dirigés, tout en les adaptant à ma question de recherche.

Le guide d'entretien a été expérimenté auprès de 5 médecins généralistes enseignant au sein du DMG, participant à des GEAP à titre personnel ou dans l'enseignement. Le but était de corriger et de préciser ou de reformuler certaines questions, afin qu'il soit le plus pertinent possible dans le cadre d'une étude qualitative (Annexes 5 et 6). N'étant pas habituée à faire des entretiens, cela m'a permis de tester les questions. Ces entretiens ont été enregistrés par dictaphone.

J'ai rencontré les interviewés après les avoir relancés par mail et par téléphone afin de recueillir leur volonté de participer.

L'entretien était enregistré par dictaphone puis retranscrit sur Word®.

D. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien comportait 4 parties : fonctionnement du GEAP, le cas clinique, les motivations et points de vue de l'interviewé sur le fonctionnement du GEAP et enfin le profil de l'interviewé. Il abordait au total 24 questions (Annexe 6).

Le cas abordé pendant l'entretien correspondait à un cas marquant lors d'une précédente réunion.

E. Exploitation des données

Chaque entretien a été retranscrit anonymement sur Word®. L'interviewer a été nommé A et les interviewés M.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel NVivo® (36) par encodage des verbatims.

Au fur et à mesure du codage, les codes ont été réorganisés par thèmes principaux, tout en gardant la question de recherche comme fil conducteur (42).

En parallèle, un contre-codage a été réalisé par le Directeur de cette thèse afin de confronter les résultats et procéder à une triangulation et donc une analyse critique car « l'esprit humain a tendance à filtrer les informations, retenant surtout ce qui confirme ses hypothèses, écartant parfois des contre-exemples » (43).

V. RESULTATS

A. Les entretiens

Les entretiens se sont déroulés du 15 juin 2017 au 05 octobre 2017, 2 au cabinet où les participants remplaçaient, 5 à leur domicile, 1 à mon domicile, et 5 par Skype lorsque la rencontre physique était trop compliquée, en termes de distance ou de disponibilité.

13 entretiens ont été menés. Les interviewés ont donc été nommés de M1 à M13 correspondant à l'ordre de la réalisation des entretiens (Annexes 7 et 8).

Tous les participants étaient volontaires et ont accepté l'enregistrement des entretiens.

Ils ont duré en moyenne 23 minutes, allant de 16 à 36 minutes.

Grâce au logiciel NVivo® et malgré le fait qu'il s'agisse d'une étude qualitative, le nuage de mots fait ressortir la fréquence des thèmes abordés lors des entretiens.



B. La population

17 personnes ont répondu aux mails de recrutement dont 9 lors du recrutement initial. 4 ne remplissaient pas les critères d'inclusion (1 ne participait plus à un GEAP et 3 étaient à plus de 6 ans de la fin de leur DES) et ont donc été exclus. Par l'intermédiaire d'un des participants, 3 personnes correspondant aux critères ont été contactées mais n'ont pas donné suite à la demande.

J'ai donc 13 participants et la saturation est survenue au 11ème entretien individuel.

Les interviewés sont âgés de 28 à 34 ans. Il y a 9 femmes pour 4 hommes. 12 vivent maritalement et 8 ont des enfants.

7 ont fait leur internat au sein de la faculté de Bordeaux, 2 en Antilles Guyane, 1 à Paris V, 1 à Tours, 1 à Poitier et 1 à Toulouse. La validation du DES va de 2011 à 2017 et 4 ne sont pas encore thésés.

Concernant leurs activités professionnelles, tous ont une activité libérale, 11 remplacent de façon régulière un ou plusieurs médecins (c'est-à-dire un à deux jours par semaine) et 5 ont ou ont eu une activité salariale à l'hôpital. 4 exercent en rural, semi-rural et urbain, 5 en semi-rural, 1 en rural, 2 en semi-rural et urbain et 1 en urbain.

C. Les groupes

1. Nombre de groupe

Parmi les 13 interviewés, il y a **6 GEAP différents**. 6 interviewés font partie du même GEAP qui est également celui auquel je participe. Il y a également 2 fois 2 interviewés faisant partie du même GEAP. Puis 3 interviewés, chacun faisant partie d'un GEAP différent.

2. Ancienneté du groupe

5 groupes sur 6 ont une **ancienneté** de moins de 5 ans et 1 groupe fonctionne depuis plus de 10 ans. 2 groupes existent depuis 2014, 2 depuis 2016, 1 depuis 2012 et 1 depuis

2004 : *« Depuis 1 an et demi. » (M06), « j'ai commencé en janvier, il y a un peu moins de 2 ans » (M09), « je crois qu'ils font le groupe de pairs depuis 2004 » (M10), « ça fait un an et demi que ça existe à peu près » (M11).*

3. Nombre de participants par groupe

Le **nombre de participants par groupe va de 6 à 12** : *« Au max, on est 12, je crois mais il n'y a jamais tout le monde. » (M03), « on se retrouve facilement à 8 ou 9 » (M07), « on est une dizaine enfin ça dépend des fois, entre 7 et 10 à chaque fois. » (M12).*

4. Profil des participants

Concernant l'âge des participants, 3 groupes rassemblent des personnes **allant de 27 à 50 ans ou de 27 à 65 ans** : *« Il y en a qui ont la trentaine, après il y en a 2 qui ont peut-être la cinquantaine, eux c'est les 2 plus vieux. Donc la moyenne d'âge, c'est plutôt 40 ans » (M01).* Dans les 3 autres groupes, les participants sont de la **même génération** : *« on est à peu près tous du même âge » (M08), « il y en a 2 qui ont un an de plus et euh... les autres, enfin sont de la même promo que moi. » (M09).*

Dans 2 groupes, il ne s'agit **que de participantes** : *« Il y a souvent des absents, des absentes ! Parce qu'on a essayé d'intégrer des garçons mais les garçons quand ils voient qu'il n'y a que des filles ils ne veulent pas venir. » (M02), « que des filles (sourire) qui sont remplaçantes comme moi. » (M09).*

5. Statut des participants

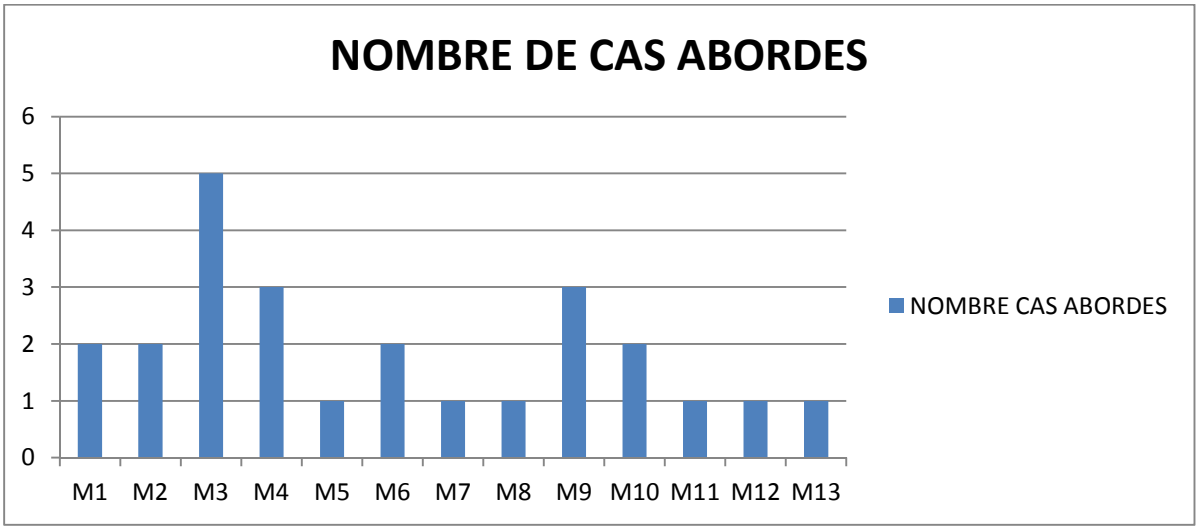
Dans 2 groupes, les participants avaient tous le **même statut de médecin généraliste remplaçant** : *« on est tous, on était tous remplaçants au départ » (M08), « que des filles (sourire) qui sont remplaçantes comme moi. » (M09), « on est que des médecins remplaçants. » (M12).* De par ce fait, 1 interviewé évoque un **manque de diversité** : *« je trouve qu'on est tous de la même génération donc il n'y a pas une grande diversité » (M13).*

Au sein de 4 groupes, on retrouve une diversité de statut par la présence de **médecins installés, de médecins remplaçants et d'internes** : *« il y a des médecins qui sont installés. Il y en a qui sont installés depuis euh 15 ans. Donc mon maitre de stage, lui qui est installé que depuis 5-6 ans. Euh… il y a aussi des anciens médecins remplaçants qui se sont installés il y a 2 ou 3 mois » (M01), « je suis donc médecin généraliste remplaçant […] on est 3, 4, 5, on est 5 médecins mais auxquels, il faut rajouter quasiment un interne par médecin sauf moi parce qu'ils sont tous euh... enfin maitres de stage » (M07), « le socle entre guillemets, je considère que c'est les médecins installés, quand je dis invité, moi qui les remplace je suis l'invitée, les internes qui sont avec eux qui sont actuellement en SASPAS et en niveau 1 » (M10).*

D. Les cas cliniques

1. Evocation du cas clinique

7 interviewés ont spontanément évoqué des cas cliniques leur ayant impacté leur pratique professionnelle, en plus du cas demandé.



2 interviewés d'un même groupe ont raconté le même cas clinique et 2 interviewés ont parlé d'un cas sur le même thème de dermatologie.

2. La remémoration

Parmi les entretiens, on distingue 3 temps de remémoration du cas clinique demandé :

- Remémoration **rapide** : *« Qui m'a marqué lors de la dernière réunion ... (sourire) euh qu'est-ce qu'on avait à la dernière réunion, euh après ça peut être mon cas ? » (M11), « ...Euh... Celui qui m'a le plus marqué, c'est celui d'[redacted] (sourire) » (M12).*
- Remémoration **hésitante** : *« euh ... (sourire)... hum... ça c'est difficile comme question (sourire) je vais essayer de me souvenir, alors donc nous les réunions c'est une fois par mois enfin à peu près, parfois, selon le planning des gens parfois ça saute, ... euh.... après donc la dernière fois hum...» (M01), « Faut que je réfléchisse... hum... Euh. Alors mes cas je m'en souviens mieux mais ... euh... alors ouais si ah si je me souviens par exemple... euh... Si ! » (M06).*
- Lorsque le souvenir est **très difficile**, spontanément, l'interviewé explique la raison. Pour les 2 interviewés, leur dernière réunion remontait à plus d'un mois et demi : *« Ouf! Alors du coup (sourire), oh lala, alors c'est, parce que c'était il y a un mois et demi et du coup comme c'était l'été, on était en effectif restreint, on était que 3. […] Euh... un cas qui a marqué.... […] Ah bah si euh sur ... Attends... je suis désolée... hum... Qu'est-ce qu'on avait parlé la dernière fois... Euh... Bah j'avais fait une fiche dessus, alors attends je te retrouve ça. […] Bah écoute typiquement, la dernière fois... Ah oui voilà, » (M09), « euh... un cas qui m'a marqué... Ce n'est pas forcément moi qui l'ai présenté on est d'accord. […] Euh... qu'est-ce que... Alors le problème c'est que je vais avoir du mal à être précise parce que ça remonte un petit peu. […] je ne me rappelle plus des questions qu'on avait posées. […] C'est difficile parce que ça remonte et à ma décharge, j'étais très fatigué, j'avais ma thèse » (M10).*

3. La justification du souvenir

Plusieurs raisons justifient leur souvenir qu'il soit rapide, hésitant ou difficile. Il peut s'agir :

- d'un **cas négatif ou difficile à résoudre :** *« c'est toujours pareil, moi je me souviens des choses quand c'est plutôt négatif. » (M12) « Lequel m'a marqué? Bah plus le problème dermato. […] Parce que je t'avoue qu'on séchait toutes » (M09).*

- d'un cas relevant de **leur centre d'intérêt :** *« c'est marrant, parce que chacun a son petit dada, évidemment, moi le cas, c'est souvent des diabétiques qui euh... sont très difficiles à suivre » (M07).*
- d'un cas où les **réponses sont divergentes :** *« voilà, je pense à ce cas-là parce qu'on y a réfléchi après ... et on a chacun… voilà on avait des réponses différentes » (M06).*
- d'un **contexte marquant :** *« elle fait l'arrêt pendant qu'on était en train de manger et ça voilà à part cette réunion, il y a rien qui nous aurait marqué plus sur l'hyperkaliémie que ça » (M04) « Je pense que je m'en souviens parce que j'étais un peu choquée par le cas clinique (sourire) » (M12).*
- d'un **contexte particulier de patient nomade :** *« il y a un contexte particulier qui fait que ça marque sur la prise en charge future » (M04).*
- d'un **cas difficile comme la fin de vie :** *« Je n'ai pas revu de cas similaires, et je l'ai bien en tête encore, et ce qu'on a dit en groupe me servira et je l'aurai directement en tête, si ça arrive. » (M11).*

4. Les cas cliniques abordés

Les cas cliniques évoqués ainsi que les questions soulevées lors des réunions sont diverses et sur l'ensemble des verbatims, les thématiques biomédicales (pathologie, thérapeutique), sociales, relationnelles, médico légales et le réseau de soin, sont abordées.

a) Questions d'ordre biomédical

Sur le plan thérapeutique, il a été discuté **l'indication du traitement de fond** concernant la Flecaïne® **:** *« c'était le cardiologue qui l'avait prescrit mais pour le coup le patient, je ne sais plus quelle pathologie cardiaque qu'il avait, donc on se posait la question du traitement. » (M10)* ou la possibilité d'apporter du **potassium en sous cutané** : *« on se demandait si euh on pouvait mettre du potassium par voie sous-cutanée. » (M05) « on s'était posé la question de ce qu'on peut mettre dans les perf sous-cutanée, notamment si on pouvait mettre du potassium ou pas. » (M06)* ou encore de **remettre en question la posologie d'un antibiotique** : *« elle l'avait traité sous amoxicilline et la pharmacie ou le médecin traitant du patient qui avait dit que ce n'était pas la bonne posologie » (M01)* ou

l'adaptation thérapeutique chez la personne âgée : « *les prescriptions qui méritaient qu'on réfléchisse à l'efficacité, à la nécessité de continuer certains médicaments chez les personnes âgées. » (M13).*

De façon plus globale, il est souvent ressorti la **question du diagnostic et de la prise en charge**, parcourant les différentes spécialités dont la **gynécologie** avec la **conduite à tenir devant un frottis ASCUS :** *« qu'est-ce qu'il fallait faire et tout ça. Avant, je ne m'étais jamais posé la question, j'ai eu le cas en direct euh... j'ai ... on va dire que j'ai ramé complet (sourire), j'ai répondu très mal à la personne, je ne savais pas du tout. » (M02)* ou **l'infectiologie** devant **une angine avec suspicion de phlegmon :** *« on se posait la question de comment est-ce qu'elle aurait pu voir que euh, qu'il y avait un phlegmon ou pas... qu'est-ce qu'elle aurait dû faire et qu'est-ce qu'elle n'aurait pas dû faire... » (M09)* ou la **gériatrie** et plus précisément **la fin de vie** : *« savoir ce qu'il fallait faire et quelles pouvaient être les démarches et quel soutien on pouvait avoir » (M11)* ou **l'addictologie** : *« puis après euh finalement le côté addicto » (M12)* ou **le dépistage individuel de cancer** : *« c'était à la radio de contrôle qu'il restait un petit épanchement et donc le remplaçant n'avait pas donné suite et* [redacted] *se demandait s'il ne fallait pas poursuivre les investigations sur cet épanchement… par rapport à un cancer. » (M03),* ou la prise en charge d'un **phimosis** : *« j'avais eu un cas sur un phimosis d'un petit et euh la maman me posait des questions donc je ne savais pas trop, voilà j'avais un peu évité les réponses » (M09).*

2 interviewés ont évoqué un cas de **dermatologie**. **Devant une éruption cutanée d'allure virale**, s'était posé la **question du diagnostic :** *« c'était vraiment la question sur le diagnostic. » (M09)* et de la **nécessité d'examens complémentaires dont les sérologies :** « *c'était si tu veux un gamin qui avait une sacrée éruption, qui était un peu atypique, et on se posait la question de savoir s'il fallait faire ou pas d'autres examens complémentaires ou pas, des sérologies ou autres » (M09).*

Des **cas plus rares** ont été évoqué comme un **syndrome de Turner** : *« au final ceux qui connaissaient pas le diagnostic, ils avaient aussi la question de la thérapeutique » (M04)* ou un **syndrome de Marshall** : *« le questionnement, c'était justement euh « bah oui syndrome de Marshall euh moi ça me dit rien euh qu'est-ce que ça donne? Euh comment ça marche ? Euh qu'est-ce qui faut faire? » (M02)* ou une **décompensation de trouble psychiatrique chez un adolescent** : *« je me souviens qu'il se posait la question d'une décompensation psy sous-*

jacente, quelque chose comme ça et euh d'une bouffée délirante aiguë […] qu'est-ce qu'il faut prescrire, quelle est la démarche à faire et tout ça. » (M10).

Un cas s'est interrogé sur **la fréquence du clostridium dans les cas de diarrhées :** *« et puis après on s'était interrogé sur le clostridium, si c'était fréquent ou pas » (M05).*

b) Questions sur l'observance et le refus de soin

Il a été abordé **des techniques pour améliorer ou favoriser l'observance thérapeutique et le suivi de patients** comme pour le cas d'un patient diabétique : *« c'est assez typique, d'essayer de savoir quels pourraient être nos comportements pour améliorer la compliance. » (M07),* ou **comment gérer un refus d'hospitalisation :** *« une patiente qui ne veut pas être hospitalisée, qui est quand même euh... qui a toute sa tête etc. mais qui vit toute seule chez elle. » (M06).*

c) Question d'ordre social

Un cas relatait une difficulté de **prise en charge sociale dans un contexte d'environnement insalubre :** *« c'est ça social, et puis bah est-ce qu'on peut vraiment obliger des gens à se prendre en charge alors qu'eux, se complaisent très bien dans leur milieu. » (M12).*

d) Question sur le réseau et les correspondants

Un cas a évoqué la nécessité d'un réseau **d'intervenants paramédicaux :** *« comment on peut gérer cette hypokaliémie à domicile » (M06).*

La question du réseau médical concernant **les correspondants médicaux et spécialistes d'organe** est ressorti sur plusieurs cas : *« on a principalement parlé de ces lésions […] Si on s'est posé la question de la demande d'avis dermatologique » (M08) « le questionnement, c'était justement euh « bah oui syndrome de Marshall euh moi ça me dit rien […] À qui faut envoyer ? » (M02).*

e) Question d'ordre médico-légal

Un cas s'est attaché à des **questions d'ordre médico-légal** mais l'évocation de ce cas faisait référence à **une réunion à thème qui était l'erreur médicale et plus précisément, la rédaction d'une lettre en réponse à une plainte de patient :** *« la mère de l'enfant […] avait envoyé une lettre à l'ordre des médecins et euh… donc dans son courrier c'était surtout, parce qu'elle avait oublié son tampon […] après c'était aussi euh...par rapport à la rédaction parce qu'elle devait faire aussi une réponse donc à la mère » (M01).*

5. Les raisons de la modification de leur pratique lié au cas clinique

La modification de la pratique par les GEAP n'apparait pas être systématique mais il est évoqué plusieurs raisons pouvant intervenir sur cette modification :

- S'il s'agit d'un **cas fréquent** : *« ça dépend surtout, si c'est quelque chose qui euh ... qui est fréquent en médecine générale, euh, qui te touche plus, ou si c'est quelque chose qui est hyper rare, qu'on voit jamais ou qui t'intéresse pas » (M03).*
- Si le cas concerne nos **centres d'intérêt** : *« Je pense que ça dépend de ses centres d'intérêt. Moi, j'aime bien la gynéco, ça va plus m'intéresser. Je vais être plus sensible à ça et potentiellement modifier ma pratique. » (M03).*
- Et cet impact est **fonction du patient, de la personnalité et du vécu du médecin** : *« je pense que c'est en fonction de ce qu'on pense être le mieux pour le patient et donc euh.... ce n'est que notre avis à la base, on a tous un avis, on a tous une prise en charge qui n'est pas forcément la même, même si on a eu la même base médicale et je pense que ça dépend de notre personnalité, de notre vécu » (M04).*

Pour résumer, le GEAP permet d'aborder des thèmes très variés.
Le souvenir des cas cliniques est lié à des contextes inhabituels. Leur impact sur la pratique est fonction du patient, du vécu du médecin et de ses centres d'intérêt.

E. Pertinence des réponses et traçabilité

1. Le partage d'expériences

La résolution du cas clinique abordé en réunion peut se faire **immédiatement par le partage d'expériences des participants du groupe** : *« quand c'est pour un truc particulier ou que la personne n'a pas trouvé, n'a pas trouvé de réponse, chacun lui dit ce qu'il fait en pratique » (M03), « pas mal par l'apport de chacun en fait euh ... puisqu'on a tous des petites compétences dans différents domaines je pense. » (M06), « Les problèmes sont souvent résolus de manière euh, sur le moment, avec euh, le groupe » (M11).*

Parce que **le partage est tiré d'expériences de l'internat,** c'est considéré comme pertinent **:** *« chacun s'appuie sur son expérience qui est aussi l'expérience de recherche personnelle ou apportée par les médecins, à l'époque, pendant l'internat etc. » (M11)*.

La validité est apportée par l'**attitude réflexive face aux réponses du groupe** qui permet également de faire ressortir **une identité médicale** : *« c'est d'avoir cette pluralité de réponses qui nous permet de choisir celles qu'on trouve les mieux, et de se forger, ce que j'appelle, l'identité médicale. » (M07).*

Cette **expertise de groupe** est principalement décrite lorsqu'il s'agit **de thématique sociale, relationnelle, d'observance** : *« je pense que sur un patient qui est peu… peu observant, bah je pense que c'est des petites choses qu'on n'apprend pas dans nos études et qui nous font modifier dans notre pratique, par des expériences que les autres ont eu. » (M04)***.** *« Alors la plupart du temps, c'est des problèmes pas loin de l'éthique ou de choses comme ça, où la réponse, elle n'est pas forcément évidente. Auquel cas, c'est un débat qui s'ouvre. » (M07).*

Il est, également, question de **subjectivité** pour décider de la validité des réponses puisqu'elles sont **fonction du patient et du médecin** : *« c'est la personne qui s'occupe du malade qui va décider entre les réponses, lesquelles elle valide. […] dans ce panel, on choisit subjectivement et personnellement ce qu'on veut » (M04).*

2. Place de la bibliographie et de la validité des sources face à l'expertise du groupe

La notion d'Evidence Based Medecine (EBM) apparait comme essentielle dans la pertinence des réponses : *« on essaye de faire en sorte que ce soit le plus EBM possible. » (M05).*

Les références bibliographiques évoquées sont **la revue Prescrire®, la Revue du Praticien®, les sources internet type HAS ou Vidal®.**

Les **réponses** peuvent être données **pendant la réunion** car elles ont été **préparées afin de délivrer une synthèse de la prise en charge** : *« Parfois il y a une recherche, donc on cite l'article, l'étude. » (M03), « parfois la personne qui présente le cas, a déjà réfléchi à la question et a déjà fait des recherches d'elle-même. » (M06), « quand il y a une situation qui nous a posé problème, on se renseigne, on fait une mini fiche et quand on voit euh les collègues, on en parle, et on parle de ce qu'on a trouvé » (M09),* **ou en direct,** elles sont **recherchées sur internet, en utilisant des revues ou le Vidal®**, **des fiches personnelles ou sur calepin :** *« parfois c'est euh on regarde directement sur euh ... sur le Vidal® » (M06), « je crois qu'on est 2 à être abonnées à Prescrire®, il y en a d'autres qui sont abonnées à la Revue du Prat®, donc on regarde en même temps. » (M09), « les sources, c'était surtout plutôt internet euh, avec des recherches bibliographiques standard qu'on essaye de faire au fur et à mesure. […] tout le monde a son petit calepin et on se le note pour les réutiliser plus tard. » (M11).*

Les réponses **peuvent être partagées à la réunion précédente** permettant leur **approfondissement** et leur **validité** : *« si on a des questions à la fin de ce groupe de pairs, bah pour la prochaine fois, […] mais on essaye tous d'apporter des choses qui sont un peu sûres, certaines et pas de l'approximation » (M04), « on fait une recherche un petit peu plus approfondie et ... on la présente au groupe la fois d'après. » (M05), « il y a des problèmes médicaux purs avec recommandations etc… et c'est souvent bah les internes qui s'occupent de rechercher pour la fois d'après euh…. les réponses qu'on n'aurait pas eues. » (M07).*

Elles sont **parfois échangées par mail à la suite de la réunion** : *« quand on n'arrive pas, parce qu'il y a trop de sujets ou autres, bah en général, il y a en a une qui se dévoue pour faire les recherches et elle envoie ses recherches quelques jours après quoi. » (M09), « ou alors les apportent par mail après dans le compte rendu s'ils avaient déjà eu un topo » (M13).*

La validité des réponses est apportée par :

- **L'actualisation des recherches** : *« la validité, c'est à partir du moment où quelqu'un a cherché, a vu et que c'est dans la même année, je pense que bah c'est valide » (M04).*
- **Le contrôle des réponses par des recherches faites ultérieurement** : *« on prend quasiment pour acquis ce que dit la personne et si on a des doutes, on le dit de suite et il y a la recherche qui est effectuée ensuite. […] c'est vrai que les recherches après apportent la validité. » (M11).*
- **La vérification du niveau de preuve** : *« mon ancien maitre de stage qui est quand même assez formé là-dessus, souvent il nous demande qu'elle est la validité euh… de l'étude. » (M01), « tu vas chercher quelque chose de fiable pour savoir quelle est la vraie réponse […] la source va être très importante à savoir si c'est une reco, si elle vient de l'HAS, quel niveau de preuve, tout ça. » (M02).*
- La valeur donnée à la source comme les **références HAS, Cochrane ou la revue Prescrire** : *« on s'aide beaucoup de la revue Prescrire, […] parce qu'on fait confiance à cette revue » (M01), « chercher des références dans Cochrane ou l'HAS pour que ça soit le plus valide possible. » (M05).*

Mais même si la notion de validité par les sources internet type HAS, les revues telles que Prescrire® ou encore le Vidal® sont relatées, **l'expertise du groupe sur le cas clinique abordé** est fréquemment retenue et suffisante pour modifier sa pratique et suivre ces expériences **:** *« ce n'était pas des recommandations de bonnes pratiques, comme on peut en retrouver à l'HAS… mais c'était plus des aides en fonction de la... de l'expérience des médecins. » (M07).*

De plus, le GEAP est considéré comme **groupe expert qui apporte de la pertinence aux réponses** : *« pour moi c'est quand même une validité, parce que chacun amène son expérience (M01), « on a des réponses un peu plus euh... vagues euh... oui sur certaines prises en charge je sais pas, psychologique ou des trucs comme ça, et là ça nous aide »*

(M02), **malgré la notion d'absence de niveau de preuve :** *« dans ces cas-là, c'est juste un avis d'expert. Personne ne se basait sur une étude, c'était juste sur sa propre expérience. » (M03), « C'est par expérience, et pas forcément par recos de haut niveau de preuve. » (M09), « C'est plutôt l'expérience qu'une validité en fait, euh rigoureuse, alors elles le sont forcément, puisque quand même, chacun s'appuie sur son expérience qui est aussi l'expérience de recherche personnelle ou apportée par les médecins, à l'époque, pendant l'internat etc. » (M11).*

3. L'harmonie des réponses

Les réponses collectives et concordantes ont plus de poids et n'appellent pas forcément à faire des recherches par la suite : *« la plupart des médecins ont dit « ouais non, il faut poursuivre parce que les épanchements pleuraux ça pue » […] je crois qu'il n'y avait pas eu de recherche » (M03), « ça conforte aussi quand on voit que d'autres personnes ont la même pratique » (M05), « si elle, elle a fait telle ou telle chose et finalement, ça s'est bien passé et euh et que une autre collègue a fait de la même façon et que ça s'est bien passé, voilà, bah du coup, on aura tendance à faire un petit peu la même chose, si on n'a pas vraiment de recommandations là-dessus » (M09).*

4. Les compétences des confrères

L'apport sur la pratique est **en lien avec la validité qu'on donne aux réponses apportées par ses pair**s : *« modifier notre pratique quand on juge que les réponses sont ... adéquates. » (M07).*

La pertinence des réponses est justifiée par **la confiance qui est accordée dans les compétences des confrères :** *« j'ai l'intime conviction qu'ils sont bons, et consciencieux et donc je donne beaucoup de valeurs à ce qu'ils me disent. » (M07), « on a tous un bagage de formation récente, il y a certaines personnes quand même du groupe qui sont assez pointues sur leur démarche et sur leur formation […] d'avoir une confiance sur leur propos. » (M13).*

5. Pertinence des réponses par la résolution de cas cliniques authentiques

La pertinence des réponses est renforcée par **le suivi et la résolution du cas** : *« le fait qu'on en a parlé, il y a eu un médecin qui lui a dit « bah écoutez, je ne suis pas votre médecin traitant donc maintenant vous irez voir que lui. » Et on a fait passer le mot aux pharmacies comme quoi si les ordonnances n'étaient pas de ce médecin-là, ils ne lui délivraient pas. » (M04), « après on peut discuter de la suite du cas, à savoir est-ce que j'ai vraiment réussi à résoudre mon problème […] 1 mois, 2 mois ou même 6 mois après, le cas s'est conclu et c'est ça qui est agréable, c'est repris et euh du coup, le médecin, donc, termine son cas et explique la fin. » (M07).*

De même, **lorsqu'un cas présenté en réunion, est déjà résolu**. Sa présentation a pour but de décrire une pathologie rare **:** *« Ce n'était pas en soi un problème, c'était plutôt pour montrer que ça existe et que des fois on voit qu'une fois par an ou même moins (sourire) […] sur internet, on a regardé plein de site » (M04).*

6. Les correspondants comme référence

Les référents hospitaliers confèrent une validité surtout quand il n'y a pas de sources bibliographies retrouvées ou si les réponses sont discordantes : *« Elles ont une validité (sourire) parce que c'est les gériatres qui nous le disent (sourire) mais euh (sourire) mais bon elles doivent avoir leurs sources (sourire). » (M05). « L'ancienne interne, enfin celle qui vient de finir son internat, qui était passée en gériatrie et en médecine interne, euh...pour moi c'était assez fiable sa source venant de l'hôpital […] il n'y avait pas de source documentée type HAS ou autre mais euh... c'était plutôt des référents hospitaliers, la source, les gériatres. » (M06).*

Il est également retenu l'importance de **la concordance entre les avis de spécialistes et ce qui est développé en GEAP. Les réponses ultérieures apportées par les spécialistes permettent de valider ce qui a été dit pendant la réunion:** *« elle l'a envoyé chez la dermato, et la dermato a conclu tout bêtement à une virose banale, elle l'avait mis sous antihistaminiques et n'avait pas fait de sérologie, et donc au final, on avait à peu près cette réponse-là aussi » (M09).*

7. La subjectivité des réponses

Il est décrit une **absence de vérification des sources** : *« A : Il n'y a pas de vérification des sources ? M10 : Non, non. » (M10).*

De même, que **l'expertise du groupe est parfois considéré comme subjective** et non valide : *« en tout cas moi, je ne vais pas forcément rester sur ça […] si on me dit qu'on a remarqué que l'arnica ça marche hyper bien, je suis d'accord mais pas forcément le retenir parce que pour moi, l'avis d'une personne, c'est pas forcément l'avis fiable. » (M02).*

De plus, le cas clinique peut rester **en suspend et ne pas être revu** : *« Peut-être qu'ils l'ont déjà fait avant mais je n'ai jamais vu. On n'est jamais revenu sur un truc. » (M03), « des fois, on n'a pas forcément la réponse » (M10).*

8. Intérêt de la traçabilité des réunions

5 groupes sur 6 ont une traçabilité de leur réunion mais chacun de manières différentes, qu'elle soit personnelle ou pour le groupe.

1 groupe fait un **compte rendu de la réunion et le partage par mail** : *« oui du coup, il y a un secrétaire qui note euh... tous les ... enfin qui note tout l'échange, qui retranscrit euh... version informatique et qui l'envoie à chacun pour la fois prochaine. » (M05).*

1 groupe retranscrit la réunion et plus précisément **les cas cliniques abordés sur un cahier** : *« Il y a une traçabilité sur les cas dont on parle euh, pas sur le reste. […] la retranscription se fait dans un cahier euh manuscrit mais c'est vrai que ... enfin j'ai l'impression que… ils ne le regardent jamais […] le cahier c'est nous les médecins qui regardent et qu'ils le sortent à chaque réunion. » (M10).*

1 interviewé fait des **recherches bibliographiques** et les expose en début de réunion. Il les garde pour en faire sa **traçabilité personnelle** : *« la traçabilité sur notre groupe de pairs, moi elle concerne euh ce que j'ai fait en tant que... recherches bibliographiques. Ça, je le garde. » (M07).*

Dans 2 groupes, il est évoqué **des fiches de thérapeutiques en tant que traçabilité personnelle,** et sont **réutilisées :** *« les thérapeutiques, ça sert toujours on se les note en général, tout le monde a son petit calepin et on se le note pour les réutiliser plus tard. » (M11)*, mettant même parfois en lumière un **manque de connaissance ou de compétence sur certains sujets :** *« j'avais fait euh une fiche là-dessus avec Prescrire® et la Revue du Prat®. Et j'avais fait une synthèse et après on en avait parlé en réunion de pairs. Et puis bah effectivement, on s'est aperçu qu'on n'était pas ... vraiment calées sur le sujet. […] j'ai un peu une mémoire de poisson, j'aime bien tout noter, mes références, et comme ça, au moins, je sais que ce que j'ai noté, c'est que je l'ai recherché, j'ai ma référence dessous, et je ne me mélange pas » (M09)*.

La particularité d'un groupe est de **partager les fiches personnelles** retraçant ce qui a été dit en réunion **via Facebook®** : *« dès que j'ai une situation qui me pose problème, je fais une fiche dessus, et du coup à la fin, je leur envoie ma fiche sur notre groupe Facebook®. » (M09).*

Dans 2 groupes, il y a une **feuille d'émargement** : *« A : donc vous notez bien qui est-ce qui est présent ? M3 : Oui, il y a une feuille qui passe au départ. » (M03), « je fais émarger les présents » (M07).*

La traçabilité permet un **gain de temps** sur la recherche de réponses suite à un cas problématique survenant ultérieurement à la réunion : *« ça m'évite de refaire dix mille fois la même recherche sur internet et je sais ce que j'ai marqué » (M09).*

La **relecture** du compte rendu apparait utile : *« j'essaie de les ressortir maintenant, voilà quand je sais qu'on a abordé certains sujets. […] de pouvoir s'y replonger quand on se pose des questions et quand on sait qu'on a abordé les sujets. » (M13).*

Elle apporte une **réassurance pendant la consultation**, par le biais d'un système de fiches personnelles : *« quand tu es en consultation et que tu as une situation un peu stressante, c'est ... tu es beaucoup plus sereine quand tu vois ta fiche » (M09).*

Dans 2 groupes, il n'y a **pas de compte rendu** sur les cas cliniques abordés : *« par contre, non en effet il n'y a pas de traçabilité des cas présentés euh... parce que, en fait, on n'est pas lié à un quelconque organisme » (M07), « on ne fait pas du tout de synthèse rédigée de notre réunion.» (M09).*

Lorsqu'**aucune traçabilité** n'est produite suite à la réunion, ils s'accordent à dire qu'il y a un **risque d'oubli** de ce qui a été évoqué en réunion : *« vu que nous on n'écrit pas nos cas euh ... les sites je ne les ai plus en tête » (M04), « effectivement un support écrit reste alors qu'on oublie enfin moi en ce qui me concerne ça c'est sûr, j'oublie beaucoup plus facilement ce qu'on dit à l'oral » (M10).*

Dans les groupes où il n'y a pas de traçabilité, ils se justifient par la **contrainte de produire un compte rendu** et la possibilité de se souvenir par d'autres moyens : *« si on ne sait pas et si on ne s'en rappelle plus, bah vu qu'on voit nos collègues tous les mois, on leur dit « au fait j'ai eu le même cas que vous là, qu'est-ce que je fais ? » ou on les appelle et ça va aussi vite que d'écrire des papiers, je pense que ça serait plus contraignant. » (M04), « ça ferait encore plus de travail, donc encore plus de paperasse. » (M07), « C'est pour ça qu'on ne fait pas de trace, qu'on ne dit pas qu'il y a un secrétaire, voilà pour pas qu'on se mette des contraintes supplémentaires parce que sinon au bout d'un moment, on risque de se lasser et de ne plus le faire. » (M09).* De même, un interviewé n'en voit **pas l'utilité** : *« qu'une traçabilité, c'est bien ça va être écrit sur un papier et puis le compte rendu, est-ce que vous pensez qu'on va le relire dans 6 mois, je ne suis pas sûre. » (M04).*

1 interviewé a eu l'expérience dans un **autre GEAP** d'un **exemple de traçabilité formalisée :** *« une base de données qui s'appelait « REvE », qui réunissait tous les comptes rendus des questions sur ce truc-là. […] regrouper les réponses pour en avoir accès plus facilement en consult' » (M02).*

Pour résumer, le GEAP est considéré comme un groupe expert par la pertinence des réponses apportées, se confrontant parfois aux recommandations ou sources considérées comme valides. Les critères tels que la concordance des réponses, l'apport des référents, la confiance accordée aux compétences des confrères et la résolution pratique des cas cliniques confèrent une validité aux réponses.

Enfin, les comptes rendus des réunions apparaissent pertinents car synthétisent les réponses qu'elles proviennent du groupe ou de sources bibliographiques et donc cela renforce leur utilité dans la pratique.

F. Adaptation de la pratique suite au GEAP pour le médecin généraliste remplaçant

1. Approche biomédicale

Réalisation des propositions faites en réunion et résolution de cas

La modification de leur pratique au quotidien passe par le fait de **faire différemment** : *« c'est vrai que sur l'évolution de ce cas, je serai amené à faire différemment si ça revenait à se remettre en place chez une dame en fin de vie. » (M11)*, et de **réaliser les propositions thérapeutiques** : *« ça a été de suivre leurs conseils, encore une fois, de voir avec la famille. Ça, c'est des choses qui marchent assez bien, en fait. […] de suivre ces conseils dans une partie des cas a été vraiment bénéfique pour le patient. » (M07)*.

Il est décrit une **adaptation des recommandations et de sa pratique au patient :** *« bah justement, pas être que dans les recommandations et puis des fois il y a des gens qui ont besoin, rien qu'au niveau de la tolérance, qu'on appuie un petit peu plus les recherches dès le début. » (M05)*, et donc de **suivre son intuition :** *« je me suis remise en question en disant que, euh, aussi c'était bien euh de suivre son intuition clinique » (M05)*.

Ils **adaptent leur pratique sur des cas courants ou qui leur ont semblés compliqués :** *« voilà de discuter régulièrement des cas les plus courants ou des cas parfois compliqués, bah ça permet d'adapter notre pratique. » (M01), « ça permet de discuter avec d'autres personnes qui sont hors du cabinet etc., sur des cas qui nous ont posés problème et améliorer la pratique au fur et à mesure. » (M11).*

Ça leur permet également de **s'adapter à la pratique : «** *on choisit ce qui nous parait le plus adapté, et puis si ça ne marche pas, bah on essaye autre chose et bah au final bah… c'est jamais, la médecine, c'est jamais ... sûre à 100% et faut essayer pour euh... pour voir après en faisant le moins de bêtise possible. » (M04).*

L'analyse du cas clinique en réunion permet la **résolution d'autres cas dermatologiques :** *« ce qui nous a permis d'avoir quelques avis par la suite. » (M08)* et d'avoir des **expériences sur des cas similaires :** *« le fait de voir les cas des autres et d'avoir la réponse eh bien d'un dermato, de... voilà quelque chose de clair, ça nous permet nous après quand on en revoit, d'être plus calée là-dessus quoi. » (M09)*.

La **prise en charge au domicile** de certaine pathologie est devenu **envisageable :** *« je me dirai que c'est peut-être faisable à domicile, euh... ouais je pense que je serai moins dans l'impasse enfin, dans l'interrogation de savoir quoi faire. » (M06)*.

<u>Modification de sa pratique sur les prescriptions</u>

Ca a permis une **adaptation des prescriptions :** *« je pense que désormais quand on va voir les ADO, les dyslipidémiants et l'âge des patients, on réfléchit à 2 fois sur l'utilité de renouveler certains médicaments. » (M13)* et de **les temporiser :** *« je me suis dit que euh... ça serait, que voilà, faut pas se précipiter sur les traitements et euh demander un avis spécialisé. » (M10)*.

Un cas a permis au participant **de remettre en question la prescription d'un spécialiste** et donc **de modifier sa pratique concernant le renouvellement d'ordonnance : «** *je ne sais pas si je me serai interrogé sur la Flecaïne® prescrite par le cardio si c'était bien prescrit ou pas parce qu'on fait confiance au spécialiste alors c'est vrai que j'ai vu plusieurs patient sous Flecaïne® et donc je me suis dit du coup cœur sain ou cœur pas sain. » (M10)*.

De même, dans le cadre d'initiation de traitement, le cas en question a permis de **reprendre des bonnes pratiques et de limiter la « désinformation » :** *« vrai qu'on en a parlé, moi j'avais une position claire la dessus et moi à cause de mes remplacements […] je me laisse plus facilement embarquer quand le patient me le demande, alors que euh il y en a d'autres qu'au contraire ça a fait changer leur pratique et je me dis « bon allez il faut que je reprenne les bonnes habitudes ». » (M06).*

Et d'un point de vue des examens complémentaires, un participant a **augmenté ses prescriptions de contrôle de la kaliémie :** *« bah ça modifie ma pratique sur le potassium.*

Parce que maintenant, quand j'en vois un, bon 7 c'est vrai que c'était très élevé. Et quand j'en vois un supérieur à 5.5 je fais au moins recontrôler le lendemain » (M04), et un autre dit avoir plus le **« réflexe radio » :** *« depuis qu'on a fait ce cas-là […] j'ai le réflexe radio pour les enfants beaucoup plus facile qu'avant. » (M03).*

Partage et approfondissement des connaissances

Lorsque qu'un **cas dit rare** était évoqué, l'intérêt et l'impact de ce cas sur la pratique était **le partage de connaissances :** *« le diagnostic était déjà posé, il avait déjà vu un neurologue et un rééducateur donc euh... il a suivi sa prise en charge. Là c'était vraiment voilà le fait d'en parler, d'avoir une connaissance. » (M04)*, *« c'est vrai que ça m'a permis de me dire euh... que euh... enfin, on n'a pas souvent l'occasion de rencontrer de la psychiatrie chez les adolescents enfin moi ça ne m'est pas arrivé souvent en consultation. » (M10)*, et **l'approfondissement des connaissances :** *« une meilleure connaissance […] sur l'information que je vais donner. […] tu te rends compte que finalement bah quand tu ne viens pas, il y a plein de chose que tu méconnais » (M02).*

Cette formation par GEAP permet **d'analyser de manière approfondie les cas que l'on vit** : *« je pense que le groupe de pairs, ça t'oblige à chercher après des arguments pour euh... répondre à la question, ce que l'on ne faisait pas avant... » (M03).*

Les échanges instructifs sont appréciés lors des réunions, afin d'**améliorer sa capacité à reconsidérer, à remettre en question ses acquis** comme cet exemple sur un débat concernant le dosage de l'antigène spécifique prostatique (PSA) : *« C'était un bon débat sur le PSA, parce que les gens n'était pas d'accord et ça te fait réfléchir, d'entendre les contre-arguments » (M03),* **et d'apporter aux autres participants ses compétences :** *« ça m'arrive de voir des choses que je me dis ah bah tiens ça j'ai oublié, mais ... je vais rentrer, je vais regarder mais je ne peux pas en discuter avec quelqu'un, j'ai rien à apporter à personne donc c'est vrai que moi je trouve que ça m'apporte un peu moins. » (M04).*

De même que le **partage d'expérience de leur pratique amène une autre vision, une autre manière de faire :** *« Je pense que c'est bien de partager nos expériences, parce que la médecine en soit, on peut tous l'apprendre et on peut tous la faire mais on ne le fait pas de la même manière. » (M04), « ça modifie, encore une fois, en fonction des conseils qu'on entend et même sur des cas qu'on ne présente pas etc... Des fois on se dit, ah oui c'est vrai, je n'avais pas pensé à ça. » (M07), « on a l'habitude de voir certains motifs de consultation d'une*

certaine manière et puis du coup les gens disent bah non moi j'aime bien aborder ça comme ça » (M10).

Les échanges de pratique ont leur importance du fait de la **diversité des pratiques des médecins :** *« dans notre groupe par exemple, il y en a qui sont plus pragmatiques, d'autres qui sont peut-être plus euh... moins rigoureux enfin on prend différemment les patients en charge mais au final on arrive toujours quand même plus ou moins à un résultat. » (M12).*

Il est décrit **un gain sur les échanges de pratique sur des cas non vécus : «** *de discuter de choses qu'on n'a peut-être pas été encore confronté et qu'on le sera plus tard et du coup comment réagir par rapport à ça. » (M10).*

Réassurance dans sa pratique professionnelle

Les participants sont **rassurés et confortés dans leur pratique et dans leur prise de décision** du fait des réponses de leur confrère ou par leur pratique similaire **:** « *au final, on avait à peu près cette réponse-là aussi, mais on voulait se rassurer en se disant bah on n'a pas fait d'impair, si on avait été dans la même situation de notre collègue. » (M09), « qu'on en a discuté avec d'autres médecins, qu'on considère compétents […] on se dit au moins que euh, bah on a fait au maximum de ce qu'on pouvait et ça aussi c'est important, je trouve, pour bien dormir le soir. » (M07).*

Le GEAP permet **de dédramatiser sur des erreurs médicales :** *« pouvoir discuter, d'être décontracté, de problèmes qu'on a rencontré même si on a fait des ...grosses bêtises, ce qui arrive. Il y en a qui nous les raconte.... eh beh on est là pour dire beh « ouais mais tu vois moi aussi peut-être que je serai passé à côté », pour dédramatiser » (M02).*

La concordance des idées a pour effet de réassurer : *« pour le gamin en question j'ai mis un antibiotique, si on me dit bah nous aussi on aurait fait ça ok, ce n'était pas une fièvre récurrente bah oui ça me conforte dans ce que je pense » (M02), « peut-être à me conforter, savoir que les autres partagent la même opinion que moi » (M06).*

Le soutien psychologique ressenti différencie cette formation des autres : *« il y a un côté psychologique aussi, bien entendu, qui est différent des formations labo, des formations comme le DPC ou autre. » (M02).*

2. Le réseau de soin et les correspondants

Partage de réseau professionnel et du parcours de soin

Cela passe par une **amélioration de la communication ville-hôpital :** *« ça nous donne un peu plus de légitimité pour demander de l'aide au niveau hospitalier. » (M05)*.

Il est évoqué, dans l'intérêt du patient, de **privilégier une coordination des soins avec adressage au confrère :** *« c'est important, notamment de voir des spécialistes, des fois de passer la main, de leur proposer de voir un autre médecin etc…» (M07)*.

Certains ont également **échangé sur le réseau de soin palliatif :** *« chacun apportait un petit peu son vécu bah avec des astuces euh, type aller contacter les soins palliatifs de l'hôpital » (M11)*, et sur **les confrères dermatologues en ville :** *« ça nous a permis d'échanger sur les dermatologues, euh à qui on pouvait demander » (M08)*.

Il est apprécié **l'échange d'adresses, de correspondants, de connaitre ses confrères de proximité** : *« elles me permettent bah de connaitre tous mes collègues autour et de savoir que bah si j'ai un souci euh, celui-là est plutôt spécialisé en pédiatrie bah je vais l'appeler » (M04), « moi je suis arrivé, j'étais tout nouveau dans ce lieu, alors je connaissais, pour le coup vraiment personne, ni pharmaciens ni les autres médecins » (M07).*

Logiciel de traçabilité en réseau

Ce travail d'équipe permet, également, de **mettre en place des moyens de partage entre les différents professionnels médicaux et paramédicaux d'une même zone géographique** où des médecins de même canton ont mis en place un **logiciel de traçabilité entre les médecins et les pharmacies :** *« au sein du pôle, il y a un logiciel qui est commun mais pas pour tous les médecins et donc ceux qui ont le même logiciel, ils font plus attention parce qu'on voit où elle est passée. […] Et on a fait passer le mot aux pharmacies comme quoi si les ordonnances n'étaient pas de ce médecin-là, ils ne lui délivraient pas. » (M04).*

3. Les démarches administratives

Ces réunions leur permettent de **régler certaines difficultés administratives :** *« on parle aussi des questions de l'URSSAF, de la CARMF, même pour la déclaration d'impôts, on s'est mise à 6 pour faire notre déclaration d'impôts » (M09)*.

4. Absence de modification de la pratique

Cas non résolu

Plusieurs raisons ont été évoquées pour expliquer l'absence d'impact sur la pratique comme **l'absence d'une nouvelle confrontation à un cas similaire au cas abordé :** *« Je n'ai pas eu la situation depuis » (M06)*, ou des questions non résolues car les **réponses sont prévues à la prochaine réunion :** *« ce n'est pas tout à fait fini puisqu'on va avoir le deuxième round (sourire) avec un cas et voir comment on réfléchit » (M13)*, ou **l'absence de recherche ou de retour sur le cas évoqué :** *« on s'était interrogé sur le clostridium, si c'était fréquent ou pas, mais on n'a pas fait de vraies recherches là-dessus. » (M05)*, *« je crois que du coup on n'a pas encore eu de retour là-dessus » (M05)*, *« c'était un peu flou en terme de diagnostic précis, donc bon on n'avait pas fait de recherches après. » (M10)*.

Et un participant a déclaré **ne pas avoir modifié sa pratique :** *« ce cas-là précis, pas grand-chose » (M03)*.

Absence d'apport relatif par le défaut de mémoire

Pour 2 interviewés, la **difficulté de se remémorer les cas abordés** en réunion montre les limites de l'apport : « *Je ne m'en rappelle pas » (M03), « ça pourra nous servir un jour quoi. Après même si je ne rappelle pas de tout forcément à chaque fois » (M04).*

Pour résumer, le médecin généraliste remplaçant modifie sa pratique suite au cas clinique évoqué par le partage des connaissances et des compétences, et par la réassurance dans sa pratique face parfois à des prescriptions mal comprises.
Il améliore son réseau de correspondants et de soin et règle certaines démarches administratives et comptables.
Certains cas peuvent être non résolus ou non mémorisés, ce qui peut limiter l'impact sur la pratique.

G. Apport du GEAP sur la communication

1. Relation médecin-patient et sa prise en charge sociale

Il est réalisé l'importance d'une **communication de qualité entre le médecin et le patient :** *« même si on fait les choses bien, s'il n'y a pas de communication avec les patients, bah ça peut très mal se passer et à l'inverse, même si on fait des erreurs ou quoique ce soit mais qu'on communique bien et bien finalement, il y a de fortes chances que ça se passe bien […] par rapport à ma pratique c'est surtout qu'il faut que je travaille sur la communication » (M01), « comme c'est des médecins qui prescrivent très peu d'antibio, ils m'avaient donné leur ... ils m'avaient aidé sur ça, […] comment appréhender le patient. » (M03), « ça a quand même un intérêt euh... comment dire... médical et je trouve aussi euh... peut-être plus relationnel tu vois, relation patient-remplaçant » (M12),* de même, **à l'écrit :** *« on a parlé aussi de ça, qu'il fallait rester neutre euh… qu'il fallait savoir quand même gérer sa colère… et ne pas rentrer dans le jeu,… dire des choses objectives,… mettre la posologie du Vidal. » (M01)*.

Il y a une **amélioration de la délivrance des informations aux patients :** *« le fait d'en parler […] maintenant c'est nickel, maintenant je ne bafouille plus, il n'y a plus aucun problème […] sur l'information que je vais donner. » (M02).*

De plus, cela a permis de se rendre compte que parfois il faut **accepter les différences sociales :** *« ce que j'ai retenu c'est que tu ne peux pas forcément forcer les gens à avoir un meilleur niveau de vie ou... et changer leur situation » (M12),* de **faire face à une impasse thérapeutique :** *« je leur en parle toujours mais après je ne peux pas les forcer à faire ce qu'ils n'ont pas envie de faire. Pareil pour toutes les autres choses d'addictologie. » (M12),* et **d'éviter l'acharnement thérapeutique :** *« de se rendre compte que, oui mais on ne peut pas aussi, non plus sauver tout le monde et ça c'est assez intéressant aussi de se dire oui mais il y en a que tu ne soigneras pas. » (M07)*.

De même, il est **acquis des méthodes pour gérer un cas complexe :** *« plus on voit de choses, plus on... a de l'assurance face au patient, si on a un cas qui est un peu particulier et auquel on n'a pas de réponse immédiate, on arrive à trouver d'autres chemins de réponses face à des cas un peu compliqués. » (M08)* et des **techniques d'intervention dans le but d'une adhésion au traitement** sont abordées et réutilisées en pratique : *« je pense que sur*

un patient qui est peu… peu observant, bah je pense que c'est des petites choses qu'on n'apprend pas dans nos études et qui nous font modifier dans notre pratique, par des expériences que les autres ont eues. » (M04).

2. L'intuition médicale

Un participant donne pour exemple, en relatant spontanément un cas clinique, une **adaptation de sa pratique sur un cas faisant écho à une précédente séance, portant sur le « Gut feeling » :** *« on avait parlé du Gut feeling, un moment, donc l'intuition des médecins et après, 2-3 semaines […] je voyais une mamie […] j'avais une intuition de ... bah je sais pas qu'il allait se passer quelque chose, bah du coup j'ai appelé le Samu pour l'envoyer aux urgences, j'ai dû mentir sur ces constantes etc. parce que finalement je n'avais aucun truc objectif et euh finalement j'apprends qu'elle est décédée dans l'ambulance » (M01).*

3. Renforcer le lien entre les confrères

<u>Rompre avec l'isolement</u>

Cette formation leur permet de trouver une **cohésion de groupe de médecins de même zone géographique** : *« vraiment une cohésion de groupe, et ça permet de mieux nous connaitre et donc de mieux nous respecter » (M07),* de faire le **lien entre remplaçants d'un même secteur géographique** : *« qu'on puisse créer des liens avec les autres remplaçants qui travaillent peut-être dans les même cabinets que nous. » (M05), « c'était une manière de, de ... de rencontrer d'autres remplaçants» (M06), « de connaitre nos futurs confrères parce qu'on est... on a plus au moins tendance à vouloir s'installer dans le coin, ça nous crée une affinité quand même sur les confrères du coin. » (M13),* ou **entre médecins et paramédicaux de même canton en zone rurale** : « *je pense qu'en milieu rural, c'est quand même important d'avoir des collègues à coté et de pas se sentir seul comme les générations avant. » (M04), « je connaissais, pour le coup vraiment personne, ni pharmaciens ni les autres médecins, donc c'était vraiment agréable pour moi de m'introduire dans ce canton par ce biais. » (M07).*

Ils ont **moins l'impression d'exercer seul** : *« Parce que moi je n'avais pas envie d'exercer la médecine toute seule, la médecine générale. Donc dès le début je me suis dit, voilà tu es seule dans un cabinet euh beh non je pense qu'il faut partager, il faut évoluer »*

(M02), « on voulait créer un groupe de pairs en fait enfin du moins de parler un peu de nos expériences, pour pas rester toute seule » (M09), « on est souvent isolé, même dans un groupe de médecins, dans un cabinet. » (M11).

Il apparait un **besoin de rencontre et d'un partage convivial** : *« C'est un moyen de rencontre et euh... moi c'est ça que j'ai privilégié. » (M02), « On voit plus ça comme un plaisir, de se retrouver et de parler de cas que comme une contrainte quoi. » (M09), « de voir des têtes différentes » (M10).*

Développement des moyens de communication numérique

2 GEAP utilisent **les réseaux sociaux pour garder un lien entre eux en dehors des réunions** et ils ont donc mis en place un groupe **« WhatsApp® »** : *« ça nous a permis de mettre en place le groupe WhatsApp® sur lequel on peut se poser des questions en direct. Et qui est quand même très intéressant. » (M08), « on a un groupe WhatsApp® et euh dans la journée, en fait, on ... on a toujours notre téléphone à côté, et dès qu'il y a une des filles qui a un problème, elle envoie un message sur le groupe WhatsApp® et il y a forcément une des 6 collègues qui le voit, qui peut l'aider à répondre à une question. » (M09).*

Pour résumer, le GEAP a un rôle important dans la communication entre médecin et patient par le partage de compétences face à des situations complexes tel que l'observance ou le refus de soin.
Cette formation permet d'améliorer la relation entre les médecins généralistes d'un même secteur géographique et donc de rompre avec l'isolement qui peut être ressenti. Certains groupes utilisent l'application WhatsApp® pour poursuivre le lien en dehors des réunions.

H. Particularité du statut des jeunes médecins généralistes remplaçants

1. Préparation à l'installation

Ces rencontres mensuelles permettent d'échanger et de se **préparer à l'installation :** *« on aborde aussi un peu les sujets d'installation, ça nous est arrivé. […] ça me permet de voir*

un peu quel logiciel, quelle assistance, quel lien avec les assurances maladie, des choses qu'on n'évoque pas forcément dans les cas cliniques purs » (M13).

Certains cas permettent de **s'imaginer en tant qu'installé** : *« Si j'avais été installé, j'aurais pris d'autres options. » (M11), « pour notre pratique de futurs installés, […] de nous permettre, même dans le cas de nos remplacements que s'il y a des non-sens, d'engager le changement de thérapeutiques. » (M13).*

De même que lorsque dans un même groupe, il y a le remplacé et le remplaçant, cela leur permet de **suivre les patients**, ce qui s'inscrit dans leur **démarche et leur envie d'installation** : *« ça me permet de demander des nouvelles parce que si moi je veux faire médecin généraliste et que je veux rapidement m'installer c'est parce que j'ai horreur de ne pas savoir ce qu'il se passe après. » (M04).*

Les interviewés se rendent compte qu'il existe les **mêmes difficultés qu'on soit remplaçants ou installés** : *« que je sois remplaçante ou installée, je pense que j'aurai toujours des soucis et que les soucis ne sont jamais les mêmes et qu'on a besoin d'en discuter avec quelqu'un pour bah… avoir d'autres avis » (M04).*

Leur **activité de remplaçants se rapproche d'une activité de médecins installés** lorsqu'ils remplacent de manière régulière et **les réunions apparaissent comme avoir plus d'impact sur ces cas** : *« je fais des remplacements un peu longs […] le suivi a été plus important et certaines réponses qui ont pu être apportées dans d'autres cas cliniques que celui-ci, au sein du groupe de pairs, ont pu m'aider à améliorer le suivi des patients. » (M08).*

2. Difficulté de suivi du patient

Parfois, il est décrit une **absence de retour sur le suivi du fait du statut de remplaçant** : *« au niveau du suivi, on n'a pas forcément de retour, euh à chaque fois sur nos prises en charge. » (M05), « Il n'avait pas de critiques, pas particulièrement, à apporter. Il m'a pas dit s'il aurait fait pareil, s'il avait fait différemment, il a pris le relais sans notifier plus que ça, la suite. » (M11).*

Les réunions permettent de mettre le doigt sur des conduites à tenir pour permettre une **continuité des informations dans le dossier médical** : *« tu vois il y a des fois, je pense que si les dossiers ne sont pas bien mis à jour, il peut y avoir une perte d'info. » (M03).*

3. Réassurance sur sa pratique de remplaçant

Parce qu'ils sont remplaçants et ne peuvent pas ou n'osent pas pratiquer de la manière dont il le ferait si c'était leur patientèle, les réunions aident à **prendre de l'assurance** : *« à mieux faire face aux situations ou justement à ne pas désespérer quand j'arrive pas à faire des choses » (M12).*

4. Se confronter à l'expérience de confrères plus expérimentés

En tant que remplaçants, ils sont confrontés à **moins de patients** et ont également un **manque de recul sur l'état du patient** : *« on n'a pas le recul non plus euh, quand on ne connait pas les gens, euh, de base, avec leur état de base. Euh c'est difficile d'évaluer s'il y a une dégradation nette ou pas » (M05),* de ce fait ils **apprécient d'être auditeur** lors des réunions : *« je suis que remplaçante, donc je travaille un peu moins que mes collègues qui voient beaucoup plus de patients mais je pense que c'est bien d'assister à ces réunions parce qu'il y a beaucoup de cas qui sont présentés » (M04).*

Et étant une population plus jeune, ils admettent avoir un **manque de pratique** : *« on est jeune, il y a plein de situations qu'on n'a pas encore rencontré » (M02), « ça manque, au début, euh l'expérience, enfin justement, l'absence d'expérience et les connaissances seules euh c'est totalement insuffisant dans la pratique quotidienne. » (M08).*

5. Vision idéaliste de la médecine

Au sortir de la fac, certains ont une **vision idéaliste de la médecine** et les réunions facilitent un retour à la réalité : *« ça c'est des cas qui me posent vraiment des problèmes, surtout en tant que jeunes médecins où on arrive dans le milieu en se disant, on va pas sauver le monde mais pas loin euh... et avec plein d'idées neuves etc... Et euh, et puis on se rend compte, face à la réalité, que non. » (M07).*

Du fait de leur âge et de leur jeune pratique, ils peuvent avoir des **questionnements différents** *: « il y en a qui connaissait pas du tout parce qu'on est des jeunes médecins, je*

pense que ce n'est peut-être pas les mêmes questionnements que quand on est plus âgé ou on connait, on a rencontré plus de personnes avec ça. » (M02), ou un **regard différent** sur un patient ou une pathologie : *« le rôle du remplaçant c'est d'avoir un regard différent de celui du médecin, alors peut-être que tu peux apporter quelque chose en plus. » (M12).*

6. Rompre l'isolement après l'internat par le groupe

L'isolement après l'internat apparait comme déterminant dans la volonté de participer à un GEAP : *« quand tu quittes la fac, tu es livrée à toi même et donc je pense que la formation c'est important, et la formation de ce type aussi. » (M02), « quand on sort de l'internat, on se retrouve toute seule dans notre cabinet à remplacer et ... et ça fait du bien de pouvoir en parler avec d'autres personnes et d'échanger sur sa pratique » (M09).*

Le **travail de groupe** semble être une particularité des jeunes médecins généralistes remplaçants : *« la nouvelle génération, je pense qu'on communique davantage. C'est pour ça qu'il y a plein de pôle de santé, de maison de santé parce qu'on n'aime pas être seul. » (M04).*

7. Relation triangulaire

<u>Communication patient-remplaçant</u>

La **communication dépend principalement du patient et du remplaçant** et les réunions ne permettent pas, parfois, de modifier la pratique malgré le fait qu'en tant que remplaçant, il est considéré d'avoir **plus de temps et donc d'avoir la possibilité d'approfondir la consultation** : *« parce qu'on n'a moins de patients, on a peut-être plus le temps d'approfondir les choses même si ça ne plait pas forcément aux patients. » (M12).* Mais **le médecin remplaçant peut être moins écouté** : *« Le patient, il a plutôt tendance à faire ultra confiance à son médecin, et... moins écouter l'avis du remplaçant, après on peut toujours donner notre opinion au médecin et voir s'il veut aller dans notre sens » (M12).*

<u>Divergence de pratique entre remplacé et remplaçant et ses influences</u>

Concernant la **relation partagée avec le tiers**, c'est-à-dire, le remplacé, **le GEAP n'apparait parfois pas comme déterminant**. Malgré ce qui peut être dit en réunion, l'échange *a posteriori* sur les patients dépend de la relation entre le remplaçant et le

remplacé : *« c'est surtout la communication, il y a des médecins qui communiquent plus sur ce genre de cas, il y en a qui n'en parlent pas forcément et puis on leur dit et ils disent oui ok et ils prennent et d'autres, il débriefe. Ca dépend des médecins qu'on remplace aussi je pense. » (M11), « tout dépend qui on remplace et quelles affinités on a et depuis combien de temps on le remplace. C'est ça qui fait qu'on aura tendance à rediscuter de certain cas, qu'on aurait eu tendance à arrêter ou qu'on a arrêté et de l'expliquer plus facilement au médecin avec qui on travaille. » (M13).*

Il existe des **difficultés d'application des propositions** faites pendant les réunions : *« ça c'est sûr dans le groupe de pairs, tu parles des cas que tu vois et de la façon dont tu essayes de les résoudre le mieux possible selon toi, mais après, […] de toute façon les pratiques du médecin que tu remplaces, qu'elles sont tellement différentes que tu ne peux pas te mettre à ... voilà, c'est sûr que forcément qu'à un moment donné qu'il va y avoir des fois que ton statut de remplaçant, tu ne vas pas pouvoir faire ce que tu veux. » (M09).*

Les remplaçants se sentent parfois **influencer sur leurs prescriptions** et les réunions aident à **éviter la « déformation » des connaissances et des compétences** : *« je me suis dit « euh waouh », c'est vrai qu'on en a parlé, moi j'avais une position claire la dessus et moi à cause de mes remplacements euh je ... j'ai plus cette position aussi, euh, aussi claire, ou je me laisse plus facilement embarquer […] le fait de remplacer, le statut de remplaçant influence ma pratique dans le sens où je me sens moins libre de faire ce que je pense être le mieux. » (M06), « des patients auxquels je voudrais euh modifier tel ou tel traitement, je sais que je ne pourrais pas forcément parce que je ne suis pas le médecin traitant » (M07), « ta position de remplaçante fait que tu vas t'habituer aux habitudes des prescriptions, et tu ne vas pas forcément faire ce que tu voudrais faire. » (M09).*

Le GEAP permet donc **d'accepter la divergence de pratique** et donc **d'adapter sa pratique au remplacé** : *« parce qu'il y a cette situation triangulaire […] il y a quelques pathologies où on n'est pas d'accord sur la prise en charge, je ne suis pas le médecin traitant officiel donc c'est à moi de m'adapter. » (M07), « Sur du chronique, c'est peut-être un petit peu plus discutable, puisque forcément, on va laisser la main au médecin traitant » (M08), « en tant que remplaçant on a peut-être plus euh... une tendance à renouveler les médicaments en respectant un petit peu les prescriptions des médecins qu'on remplace »*

(M13), et plus **particulièrement sur des remplacements ponctuels** : *« il y a un autre rempla où je fais des remplas plus ponctuels, la patientèle est moins habituée aux jeunes médecins, et c'est sûr que tu t'adaptes à la situation, à l'heure » (M09).*

Il est admis une **adaptation de la pratique** qui serait différente en tant qu'installé : *« Si j'avais été installé, j'aurais pris d'autres options. Voilà, le fait d'être remplaçant, on fait avec ce qu'on a sur le moment » (M11).*

A l'inverse, les remplaçants s'autorisent à **temporiser** : *« quand tu es remplaçant tu te dis bon « si ça va pas mieux vous reviendrez la semaine prochaine » et tu sais qu'il y a le médecin qui revient et qui va prendre le relais. » (M03),* ce qui oblige **le remplacé à s'adapter à la pratique du remplaçant** : *« on retranscrit après au médecin qu'on remplace mais on n'est pas sûr de faire à l'identique de ce qu'il ferait lui. Et donc lui, il se débrouille aussi un petit peu avec notre… voilà, avec ce qu'on a fait durant son temps d'absence. » (M11).*

<u>Absence d'influence de la pratique du remplacé sur celle du remplaçant</u>

Dans le cadre de **remplacements réguliers**, il est décrit **une absence d'influence sur la pratique** : *« il y a un endroit où je suis la remplaçante fixe, c'est que je fais ce que je veux, enfin il n'y a pas de différences à si j'étais installé » (M09).*

Selon le cas abordé en réunion, il n'y a pas de différence de pratique qu'il soit installé ou remplaçant : *« si je trouve pertinent, après le groupe de pairs, d'appeler la femme du patient pour essayer de savoir ce qu'il pense de sa maladie, de ce qu'elle pense de sa maladie, je le ferai, ça ce n'est pas quelque chose qui me serait reproché ultérieurement » (M07), « Ça dépend des cas mais la plupart du temps […] notamment sur des sujets de dermatologie, finalement, on a un poids qui est le même que le médecin puisqu'on est sur de l'aigu. » (M08).*

8. Oubli des connaissances

Malgré la proximité du DES, il y a une impression d'**oubli rapide des connaissances** : *« une fois qu'on a fini les DES, euh c'est très scolaire comme apprentissage, c'est voilà, on reste interne avec des chefs etc... et ça évolue vite et on oublie vite euh l'internat, tout ce qu'on a appris et c'est bien de revenir sur les bases » (M11).*

Pour résumer, le GEAP permet aux jeunes médecins généralistes remplaçants de se préparer à l'installation, de se rassurer dans sa pratique, de rompre l'isolement rapidement ressenti à la fin de l'internat et d'améliorer ses acquis grâce aux compétences de leurs confrères plus expérimentés.
Cette population a pour particularité, également, d'avoir une vision théorique voire idéaliste de la médecine.
Enfin, le GEAP a un impact sur cette relation triangulaire en aidant le remplaçant à se repositionner face au patient et au remplacé.

I. Fonctionnement des GEAP

1. Création du GEAP

Les initiateurs du groupe ont participé à des GEAP pendant leur formation initiale et cela leur a permis d'avoir un **retour d'expérience sur la façon de mener leur GEAP** : *« qu'il fallait essayer de faire quelque chose de manière un petit peu plus détendue avec moins de personnes et pas forcément le ... trop le formaliser. » (M9).*

Ils avaient **connaissance des recommandations** : *« On n'est pas forcément dans les recommandations officielles du groupe de pairs, euh, parce qu'il me semble que dans ce cas-là il faut euh que ce soit un cas choisi au hasard. » (M07).*

Ils ont fait **appel à des confrères pour avoir des informations sur le fonctionnement** : *« j'en avais appelé une justement pour lui demander comment elle fonctionnait et elle m'avait bien... expliqué. » (M06).*

D'autres **informations provenait de la SFMG** : *« quand je l'avais monté, je m'étais basée sur des documents de la SFMG euh ... bah qui expliquaient en fait, comment monter un groupe de pairs®, enfin les principes du groupe de pairs®. » (M06), « je regarde pas mal les recommandations de la SFMG euh... parce que c'est eux qui disent qu'ils ont créé le groupe de pairs®… » (M07).*

2. Intégration des participants à leur GEAP

La participation à leur GEAP a commencé au **début de leurs remplacements** : *« ça fait depuis le début de mes remplas » (M09), « j'ai continué à remplacer les médecins enfin 2 des médecins qui étaient dans le même cabinet de groupe euh... chez qui j'étais en SASPAS et du coup en fait euh..., spontanément ils m'ont proposé en fait de les réunir à leur groupe de pairs » (M10).*

1 interviewé n'a pas débuté le groupe de pairs au début des remplacements car avait **pour priorité sa thèse** : *« je n'étais pas dedans du tout. J'étais dans ma thèse, c'était ma thèse quoi. (sourire) Il faut la passer. » (M02).*

1 groupe a été formé suite à une **annonce par mail**. Leur participation a été grâce à cette **opportunité** : *« une des participantes qui avait mis une annonce sur la mailing list des remplaçants en disant qu'elle voulait créer un groupe de pairs […] du coup, j'ai répondu à son appel (sourire). […] moi comme je n'avais jamais participé à un groupe avant […] ça ne me serait pas venu à l'idée spontanément » (M05), « je l'ai découvert par l'intermédiaire d'un mail que j'ai reçu sur euh… le groupe Google® […] j'ai été mise face à la proposition, à l'opportunité. » (M08), « je ne savais pas que ça existait avant de recevoir le mail » (M12).*

Pour d'autres, il s'agit d'une **opportunité via le médecin remplacé** : *« c'est vrai que je n'y avait pas forcément pensé, […] quand ces médecins-là que je connais bien et qui enfin voilà avec qui on s'entend bien, m'ont proposé, ils ont proposé à une autre interne avec qui j'étais amie et on y est allée » (M10),* ou **via le maître de stage** : *« c'est tout simplement avec, euh, mon ancien maitre de stage quand j'étais donc interne » (M01).*

3. Organisation du groupe

Ils fonctionnent par **zone géographique** : *« des médecins remplaçants pour le moment, donc un installé donc voilà, qui remplacent dans le coin dans la région où on est. » (M11), « s'il y avait des praticiens dans le* [redacted] *mais plutôt coté euh* [redacted] *qui étaient motivés pour constituer un groupe de pairs. » (M13).*

Ils se regroupent à la **fréquence** d'une fois par mois voire tous les mois et demi : *« on se réunit ... au mieux tous les mois donc des fois c'est tous les 1 mois et demi. » (M02), « c'est une fois par mois normalement, mais après il y a un ou 2 cas que ça sautait puis il n'y a pas l'été. » (M03), « c'est une réunion par mois...euh on convient de la date de la réunion à la réunion précédente, histoire qu'un maximum de personnes soient disponibles. » (M05), « c'est tous les mois » (M12).*

Différentes organisations concernant le **lieu** sont décrites :

- 2 groupes se réunissent au sein d'un **cabinet médical :** *« on se réunit donc toujours au même endroit donc c'est au cabinet médical euh d'un des médecins » (M01).*
- 1 groupe ont un **hôte fixe** : *« C'est toujours chez les mêmes personnes parce qu'ils ont des enfants euh qui voilà c'est difficile de les faire garder parce que c'est un couple qui travaille tous les 2, enfin qui sont médecins tous les deux et qui participe au groupe de pairs tous les 2 » (M06).*
- 2 groupes se réunissent, **en alternance, au domicile d'un des participants** : *« la personne qui invite chez elle, parce qu'on change de personne tous les mois » (M02), « C'est au choix, chez une des filles, euh donc on fixe une date et après bah le jour du groupe de pairs, donc chacun ramène de quoi manger, on fait un petit apéro dinatoire » (M09).*
- 1 groupe se réunit au **restaurant** : *« on se retrouve au resto. Euh... on discute ... en mangeant. » (M04).*

2 groupes s'organisent de manière à avoir des **horaires cadrés** : *« on commençait vers 20h30, le temps que tout le monde finisse […] vers 22h30 23h, on dit stop et on arrête » (M01), « En général, ça dure une heure et demi, deux heures. […] et voilà jusqu'à la fin du repas. » (M07).*

1 groupe a une **structure encadrante** : *« c'est envoyé après chaque groupe de pairs par la secrétaire ou le secrétaire qui a pris des notes au fur et à mesure. » (M03).* Les autres groupes **n'utilisent pas cette formation pour valider leur DPC** : *« on n'est pas lié à un quelconque organisme » (M07), « comment ça une structure encadrante ? A : Pour valider le DPC ? M10 : Ah non. » (M10).*

A noter, qu'un groupe fait intervenir en début de réunion des **laboratoires pharmaceutiques** : *« il y a souvent un labo qui est là, qui amène le repas en fait, ils discutent des produits et puis après généralement ils nous laissent des produits qu'ils présentent. » (M10).*

4. Rôles des participants dans le groupe

Les rôles des participants sont **prédéfinis** : *« mon ancien maitre de stage c'est lui qui euh, coordonne un peu le tout. C'est lui qui fait le planning, qui réparti, euh, que ce soit le secrétaire, le modérateur etc., c'est lui qui organise tout. » (M01), « Chacun fait à manger à tour de rôle, amène des trucs. […] A : il y a un secrétaire ? M3 : Oui et un modérateur. » (M03).*

2 groupes ont **1 modérateur à tour de rôle** à chaque réunion : *« il a son planning où c'est chacun qui tourne enfin pour le modérateur » (M01), « On essaie de fixer un secrétaire et un modérateur, qui respecte le temps, qui essaie de donner la parole à chacun. » (M06),* dont 1 qui a un **rôle plus important en fin de réunion** : *« en général, on finit le groupe de pairs, voilà, le modérateur dit « est-ce que quelqu'un a un cas, quelque chose, dont il aimerait parler » » (M03).* Les autres groupes n'ont **pas de modérateur** : *« Il n'y a pas de modérateur non plus parce que voilà, on parle un peu les unes après les autres (sourire) » (M02).*

1 groupe a **abandonné le rôle de secrétaire** : « A un moment, il y avait un secrétaire, on a vite lâché *(sourire) » (M02).* Les **2 groupes qui ont un modérateur, ont également un secrétaire « tournant »** : *« il y a le secrétaire qui prend des notes pour chaque cas et ensuite il est chargé euh, à la fin, il récupère tous les documents qu'on a emmenés » (M01), « il y a un secrétaire qui prend note et fait le compte rendu. » (M08), « Oui en général, il y a un rapporteur qui voilà, qui essaye de rapporter chaque cas au mieux et retranscrit ça pour la fois d'après en fait, pour que ça soit archivé. » (M11).* 1 groupe a un **secrétaire fixe** : *«il y a une des médecins qui retranscrit le ... comment dire... ce que chaque personne a à dire » (M10).* Et à l'inverse, **ceux qui n'ont pas de modérateur, ne définissent pas de secrétaire en début de réunion** : *« quand nous on se voit, il n'y a pas de secrétaire. » (M04), « C'est pour ça qu'on ne fait pas de trace, qu'on ne dit pas qu'il y a un secrétaire » (M09).*

5. Profil des groupes

Les particularités de certains groupes sont **les expériences et compétences différentes** : *« je ne suis pas sûre finalement qu'on soit si homogène que ça en termes d'expérience » (M08).*

La diversité des participants par leur statut ou par leur différences d'âge et donc de générations accroit leur intérêt pour ce type de formation et leur apporte de l'expérience : *« c'est pas mal d'avoir l'avis des autres qui sont là depuis plus longtemps et qui connaissent un peu plus que nous » (M03), « Parce que c'est vrai que je suis un des plus jeunes et euh… C'était assez intéressant d'avoir le retour des ... des vieux entre guillemets si j'ose dire (sourire). » (M07).* La mixité de pratique Internes-Remplaçants-Installés montre **l'évolution rapide de la pratique et conforte dans la nécessité de cette formation** : *« ce qui est passionnant, je le vois avec les internes des médecins qui sont là et qu'ils m'apprennent des choses, c'est-à-dire, je sors de la fac il y a 3 ans mais les mecs, ouais... il y a déjà des trucs qui ont changé » (M07).*

Dans chaque groupe, on retient **un leader** : *« du coup, mon ancien maitre de stage c'est lui qui euh, coordonne un peu le tout. […] grâce à lui en tout cas, les choses sont vraiment carrées » (M01), « Au début, j'avais préparé une trame pour les premiers groupes de pairs puisque la plupart ne connaissait pas le principe. » (M06), « il y a quand même* [redacted] *qui gère un petit peu plus, en tout cas au début sur euh... sur la décision de quel cas clinique aborder, euh... et sur les modalités à savoir le secrétaire, le modérateur » (M13).*

De même, qu'il existe **un noyau dur dans le groupe** : *« il y a eu enfin la base, c'est exactement les mêmes personnes mais après bien sûr il y a eu quelques changements, quelques-uns qui sont rentrés d'autres sont sortis mais euh, la plupart donc c'est les mêmes. » (M01).*

6. L'organisation de la réunion

Les différents temps de la réunion

GROUPES	TEMPS
G1	Revue des recherches / Cas cliniques aléatoires / Cas posant problèmes
G2	Revue des recherches / Cas cliniques aléatoires
G3	Revue de la littérature / Revue des recherches / Cas posant problèmes
G4	Revue des recherches / Cas cliniques aléatoires / Cas posant problèmes
G5	Cas posant problèmes / Photos de cas dermatologiques / Questions administratives
G6	Recommandations / Revue des recherches / Cas cliniques aléatoires / Cas posant problèmes

Dans 1 groupe, il y a **d'abord le repas puis il débute la réunion** : *« on se fait d'abord un petit diner tous ensemble et puis ensuite on travaille. » (M12).*

Pour 2 groupes, la réunion débute par de **brèves recommandations** : *« au début de la réunion, on fait un petit point nouvelles recos, nouvelles actualisations. » (M04), « ça commence par ça. C'est vraiment des brèves, je dis une phrase ou deux, des recommandations HAS, de ce que j'ai trouvé euh dans Prescrire® ou des trucs comme ça. » (M07), « des médecins qui disent, ah bah j'ai vu telle nouvelle circulaire, nouvelle recommandation. Voilà, euh à mettre à jour, ou le conseil de l'ordre m'a prévenu que... enfin voilà. Ça peut être abordé en plus. » (M10).*

Dans 3 groupes, il présente **en fin de réunion, un cas ayant posé problème** : *« il y a une deuxième partie par exemple où c'est un médecin qui présente un cas un peu particulier, un peu complexe » (M01), « s'il y a un truc un peu particulier euh… qu'on aimerait avoir l'avis, à la fin, on présente vite fait ce qui nous pose problème. » (M03), « Et après bah on parle un peu de toutes les situations qui nous ont un peu posées problème au cours de nos remplas. » (M09).*

Dans 5 groupes, ils abordent **les réponses aux questions non élucidées à la réunion précédente** : *« on a 2 temps, donc en général, on commence par les réponses aux questions et on finit la deuxième partie sur les cas. » (M02), « après ... on fait le point sur les questions de la fois précédente. Euh ceux qui avaient des petites recherches à faire les présentent aux autres » (M05), « on présente les sujets de recherches que chacun a préparés pour le groupe de pairs » (M12).*

Dans 1 groupe, il y a un temps pour **partager des photos de cas dermatologiques** : *« après, on a chacune, en général, apporté une photo sur son téléphone, qu'elle a prise d'un patient euh avec des problèmes dermato et on parle du problème dermato. » (M09).*

Il peut y avoir un temps **de partage des questions préparées au préalable sur le cas clinique** : *« généralement, on a préparé quelques questions qui nous posaient problème, on voit si le groupe a d'autres questions » (M05), « et on se pose des questions sur le cas clinique » (M08), « après la personne parle de son cas et des gens posent des questions euh sur le cas sur ce qu'on a ressenti, sur euh enfin voilà. » (M10).*

Après présentation du cas clinique, s'il y a des questions non résolues, il y a un temps de **distribution des points de recherche** : *« ces questions peuvent entrainer des questions de recherche qu'on se répartit ensuite pour la prochaine réunion. » (M08), « celui qui a soulevé la question, un peu d'un commun accord avec le groupe, on voit s'il y a besoin ou pas de faire un éclaircissement, et du coup c'est fait par une personne et généralement la personne qui a présenté le cas clinique. » (M13).*

Parfois, il y a un temps consacré aux **évolutions de carrière** : *« et puis de nos évolutions de carrière » (M08).*

<u>Les cas cliniques aléatoires ou problématiques</u>

2 groupes choisissent des **cas dits complexes**, c'est-à-dire, qu'ils leur ont posés problème avec parfois une préparation des questions au préalable : *« on discute chacun de cas qui nous ont marqué. » (M07), « Nous, c'est vraiment quand il y a une situation qui nous*

a posé problème, on se renseigne, on fait une mini fiche et quand on voit euh les collègues, on en parle, et on parle de ce qu'on a trouvé » (M09).

Il peut y avoir des **cas complexes présentés à la demande du participant**, qui se surajoutent aux cas initialement présentés : *« il y a une deuxième partie par exemple où c'est un médecin qui présente un cas un peu particulier, un peu complexe » (M01), « spontanément, on parle facilement de nos cas qui nous ont posés problème » (M08).*

Dans 4 groupes, les participants présentent des **cas cliniques dits aléatoires** : *« c'est voilà chacun son tour qui présente un cas clinique donc normalement c'est tiré, bien sûr, au hasard dans la pratique (sourire) » (M01), « par exemple si on se retrouve le 5 septembre, en fait euh... on devra parler du 5ème cas de la journée qu'on a eu. Voilà. Et donc on fait un tour de table » (M10), « un cas choisi au hasard et déterminé en fait euh, le mois d'avant ou la semaine d'avant dans la patientèle qu'on a eue dans la journée. » (M11).*

L'évocation des cas cliniques de manière aléatoire est appréciée et considérée comme un atout par le fait qu'ils sont **proches de la pratique, nécessaires à leur pratique et amenant toujours une problématique** : *« ça permet euh bah déjà au moins, sur les choses courantes, bah, d'être parfaitement au point, de faire aucune erreur parce que finalement c'est ça qui revient le plus » (M01), « le but étant d'échanger sur des cas très différents et de pouvoir euh se rendre compte que n'importe quel cas clinique peut nous poser problème. » (M08), « je trouve ça bien parce que ça permet de parler de choses même si ce ne sont pas forcément des gros problèmes médicaux ou des gros problèmes relationnels mais il y a toujours des choses à dire » (M10).*

Il y a toujours un **questionnement sur une situation paraissant anodine** : *« des situations qui nous auraient pas forcément posées problème, bah une autre va trouver que ça lui a posé problème et là on va se dire, bah oui finalement, à chercher là-dedans, je n'aurai pas pensé, ce n'est pas une situation si anodine que ça. » (M09).*

Ils amènent une **réflexion sur une pratique automatique** : *« on s'interroge sur des choses qu'on a fait de manière euh... enfin pas forcément... c'est pas que ce n'est pas réfléchi, mais de manière un petit peu automatique […] on ne se serait pas forcément remis en question sur, euh, une prise en charge comme ça » (M05).*

Ce choix neutre permet de ne **pas être influencé** : *« plutôt euh le premier d'une demi-journée ou le dernier, voilà, histoire que ce soit euh le même et qu'on ne soit pas influencé. » (M08).*

Il est avoué que **parfois le choix de cas aléatoires n'est pas respecté** : *« les cas cliniques que l'on présente dans la première partie, sont des cas qui normalement sont tirés au hasard, même si parfois on pense qu'il ne sont pas pris au hasard » (M01), « pas dire de prendre au hasard, donc on choisit une consult qui nous a posé problème ou dont on a envie de parler. Et donc là j'ai dû le faire une ou deux fois mais sinon je ne prenais pas au hasard (sourire). » (M03).*

Une critique est ressortie vis-à-vis du choix des cas cliniques aléatoires par le fait qu'il y a un **manque d'intérêt concernant la thématique du cas et donc une absence d'impact sur la pratique** : *« je trouve dommage c'est que des fois comme on fait vraiment au hasard, des fois il y en a des cas qui n'ont vraiment aucun intérêt. » (M03).*

Dans 1 groupe, ils font parfois des **réunions sur une thématique**, comme par exemple les erreurs médicales : *« Ce qu'on a fait, c'est des groupes de pairs particuliers où c'était sur une erreur médicale.» (M03).*

7. Acteur du cas clinique

L'acteur au sein de la réunion du GEAP est celui qui raconte le cas clinique qu'il a vécu et qui amène sa ou ses questions.

Le participant se sent **conforté dans la prise en charge du cas clinique** qu'il a présenté : *« moi, finalement, les cas que je présente, j'ai déjà fait d'une certaine manière et c'est plus, je pense, pour euh… pour me conforter un peu, pour savoir si j'ai bien fait » (M06).*

Cela lui permet, également, de **modifier sa prise en charge sur le cas *a posteriori*** : *« ça permet euh voilà déjà pour les prochains cas de ne pas me tromper si je me suis trompé et après la recherche, je peux aussi rappeler la patiente, qu'on modifie euh la prise en charge etc., qu'on va faire d'autre chose » (M01).*

Ce rôle motive et amène à **préparer des questions de recherche** : *« quand c'est moi qui raconte le cas et après donc bah, déjà souvent, j'ai fait des recherches sur une question que je pense euh principale, primordiale » (M01).*

Mais parfois, il peut y avoir une **difficulté de remise en question sur sa pratique** : *« Je suis peut-être plus ouverte au cas des autres qu'au mien, parce que j'ai déjà fait d'une certaine manière moi et du coup c'est difficile pour moi de revenir en arrière sur ma manière de faire. » (M06).*

Ils justifient un meilleur impact sur leur pratique lorsqu'ils sont acteurs par le fait **d'être le protagoniste et donc de vivre le cas**: *« Je pense que je dirais que ça le modifie plus quand on est acteur parce qu'on le vit.[…] il y a plein de choses qu'on ne peut pas dire, on n'a pas de vidéo pour montrer comment se comportent les gens » (M02), « quand on fait l'expérience des choses je pense qu'il y a toujours un moment où l'on retient plus entre guillemets que si on a fait qu'écouter ou qu'être spectateur » (M10), « ça m'impacte un peu plus parce que au final, c'était un cas compliqué vraiment de base pour moi » (M11).*

Ils expliquent, également, que le fait d'avoir un **résultat immédiat sur le cas vécu** a un effet plus important : *« ça va lui modifier tout de suite la pratique parce que euh il va parler, il va avoir comme on dit, on a dit tout à l'heure, les avis différents et donc il va pouvoir avancer un petit peu sur la cas où il était bloqué » (M04), « le fait d'être acteur et d'avoir les réponses de tout le monde, c'est vraiment des choses où je n'avais pas de recul particulier et ça me permet d'avoir d'autres outils maintenant » (M11).*

Le fait d'être acteur permet de **mieux se souvenir du cas** abordé en réunion : *« quand tu vis le cas, au final tu t'en souviens plus que quand c'est des cas qui te sont rapportés par tes collègues » (M09).*

8. Auditeur des cas cliniques

L'auditeur est celui qui écoute le cas et qui peut amener des questions et des réponses.

Plusieurs raisons rendent le rôle d'auditeur intéressant et montre qu'il a également un impact sur la pratique :

- Il s'agit de **cas qu'ils seront susceptibles de vivre** : *« de tous les cas qu'on parle, il y en a forcément qui vont nous arriver un jour et donc euh à ce moment-là, on aura eu des réponses » (M04), « ce qui me permet d'être peut-être moins hésitante sur un cas similaire » (M08).*
- De même, que cela permet une **revue de dossiers** : *« comme c'est des cas les plus fréquents, j'ai déjà vu ce cas, je vais revoir ce cas » (M01), « ça rappelle un cas qu'on a eu et on va dire j'ai eu tel cas et là oui ça va avoir oui un peu plus d'impact. » (M02).*
- Ils apportent un **questionnement et une approche différente** : *« si j'avais été à la place d'[redacted], peut-être que c'était quelque chose auquel j'aurais pas pensé à vous en parler. Alors que là il y a forcément un retour. » (M05), « Je suis peut-être plus attentive au fait de... de... de savoir ce que eux ils ont fait, de savoir ce qui leur a posé problème à eux et je me pose la question de savoir, bah moi qu'est-ce que j'aurais fait, ça m'aurait posé problème à moi aussi. » (M06).*
- Il met l'accent sur le **partage d'expérience par l'écoute** : *« ça permet donc d'écouter, d'écouter les différents points de vue » (M01).*
- Cela amène une **expérience supplémentaire** : « ça apporte une expérience euh... supplémentaire, en tout cas quelque chose que je n'avais pas rencontré » (M08).
- Il rapporte une **motivation supplémentaire à la lecture de revue** : *« peut-être d'être plus à même de lire les magazines que je reçois et d'essayer de m'informer au mieux pour pouvoir lors d'une intervention, apporter au groupe des choses pertinentes. » (M13).*
- Il revoit les **recommandations** concernant le cas entendu : *« ça permet bah d'être au point, d'avoir aussi des rappels. Euh d'avoir donc euh les dernières recommandations. » (M01).*
- Le **cas** entendu peut être **marquant** et donc **accentue le souvenir** : *« Je pense que je m'en souviens parce que j'étais un peu choquée par le cas clinique (sourire) » (M12).*

Un participant affirme sans justification une **modification de sa pratique** en tant qu'auditeur : *« ça m'est arrivé d'être auditrice et de modifier quand même ma pratique. » (M03).*

A l'inverse, certaines raisons apportent des points négatifs au rôle d'auditeur comme :

- Un **défaut de mémoire** mais qui peut être corrigé par la traçabilité des réunions : *« les cas qu'elles ont eus et qui ont été résolus, moi si je ... des fois, je ne m'en rappelle plus de ce qu'on avait dit en groupe de pairs, et du coup, je retourne sur la fiche pour me rappeler de la conduite à tenir. » (M09).*
- Un **manque ou une moindre implication** : *« si j'étais auditeur, j'aurais été un peu peut-être moins impliqué là-dedans » (M11).*
- Le fait d'avoir **moins d'expérience et donc de ne pas pouvoir apporter de réponse** : *« si j'étais auditeur, j'aurais été un peu peut-être moins impliqué là-dedans en donnant des outils mais j'en aurais peut-être pas eu à donner puisque je n'aurai pas vécu ce cas non plus. » (M11).*

1 interviewé dit **ne pas ressentir d'influence** sur l'impact de la pratique en fonction du rôle : *« A : Donc peu importe le rôle que tu as par rapport au cas qui a été présenté. M12 : Ah oui oui bien sûr. » (M12).*

9. Satisfaction liée au fonctionnement du groupe

La **bonne organisation du groupe et le bon déroulement des réunions** parait important : *« tout le monde y trouve plaisir, à apprendre des nouvelles choses. » (M04), « Sinon c'est assez bien rodé notre truc. (Sourire) » (M05), « je trouve qu'il tourne plutôt pas mal » (M11).*

10. Les contraintes de leur GEAP

Pour 2 interviewés, la **distance domicile-réunion** apparait être un inconvénient pour eux : *« moi ce qu'il m'ennuie le plus c'est la distance » (M01), « Pour y aller, il faut 40 minutes, un peu moins, donc ça c'est quand on rentre tard le soir, c'est un peu chiant.» (M03).*

Les réunions du soir **se terminent tard et donc la fatigue** se fait sentir : *« je pense qu'on est tous fatigués quand on se voit et qu'on commence un peu tard à échanger sur des cas cliniques » (M06).*

Pour résumer, les 6 GEAP ont une organisation plutôt similaire du fait que leurs initiateurs se sont inspirés du fonctionnement des GdP® de la SFMG et de leur formation initiale. Ils diffèrent sur les rôles des modérateurs et des secrétaires mais il apparait, dans chaque groupe, un leader.
Les impacts sur la pratique selon le rôle d'acteur ou d'auditeur du cas clinique sont semblables.
Ils s'accordent à dire que la diversité des participants est un plus et qu'une bonne organisation est nécessaire pour que le GEAP soit bénéfique pour la pratique.

J. Evolution du groupe avec le temps

1. Adaptation et modification des comportements

Avec le temps, il est remarqué diverses modifications ou adaptation des comportements :

- **Anticipation des réponses apportées** : *« au bout de 3 ans, les idées, on sait un peu ce qui va être dit, enfin qui va dire quoi » (M07).*
- **Confiance en la compétence des participants** : *« qu'avec le temps, j'ai appris à faire confiance aussi aux gens qui font partie du groupe et que j'ai ... j'ai l'impression que leur avis a de... a vraiment du poids. » (M08).*
- **Sincérité des propos** : *« on commence peut-être à se connaitre et qu'on va se connaitre mieux, mais en même temps, ça permettra aussi de... peut-être se livrer plus, donner des cas plus personnels et avancer un peu plus sur ce genre de chose » (M11).*
- **Spontanéité lors de la présentation des cas** : *« On essayait de bien respecter la trame, […] Maintenant c'est un peu plus spontané, on va dire. » (M06).*
- **Rôle du modérateur moins prépondérant** du fait de la spontanéité des participants : *« c'est vrai que le modérateur, euh ouais... il y a des choses qui deviennent un peu*

spontané, qu'on ne fait plus trop maintenant je pense. » (M06), « le modérateur s'est plus ou moins amendé au fil du temps » (M13).

- **Majoration des digressions** : *« à tel point que parfois on… je trouve pas mal dans des digressions où on met un peu de temps à se mettre au travail » (M06), « On fait pas mal de digressions. C'est vrai qu'on finit par parler beaucoup euh de nos vies personnelles mais on ... c'est difficile de cadrer.» (M08), « Bah au début, c'était un peu plus sérieux parce qu'on ne se connaissait pas. » (M13).*

Avec le temps, **le groupe et le contenu de la réunion évoluent** : *« de parler au départ, juste d'échanger sur nos expériences des cabinets horribles (sourire) dans lesquels on remplaçait. […] et puis bah petit à petit, on parlait des cas cliniques et c'est devenu un groupe de pairs un petit peu plus formel. » (M09).*

Avec le temps, des **discussions au sein du GEAP** se mettent en place, comme par exemple sur **les cas aléatoires versus les cas complexes** : *« Je sais qu'elles discutent beaucoup sur euh on choisit la consultation ou on ne choisit pas » (M02).*

2. Formalisation du groupe et des réunions

Les propositions de changement ou de non changement du GEAP ont pour objectif d'améliorer l'impact et de pérenniser le groupe.

<u>Absence de formalisation du groupe et des réunions</u>

Il n'y a **pas de volonté de formaliser le groupe** pour le DPC dans le but de **ne pas se rajouter de contraintes** : *« je sais que ça peut être compté dans le cadre du DPC, […] mais là, on n'est pas du tout dans cet objectif-là, […] on veut pas se mettre des contraintes pour l'instant » (M09).*

<u>Assiduité dans le travail</u>

Il n'y a pas non plus de volonté de changer l'ambiance car l'interviewé estime qu'il y a une **nécessité de convivialité et d'assiduité pour pérenniser le groupe** : *« faudrait être un peu plus rigoureux sur les recherches […] peut-être que le modérateur fasse mieux son boulot*

pour euh… pour éviter les digressions mais en même temps euh voilà c'est le côté convivial, on ne peut pas non plus faire un truc euh tout carré et le côté convivial c'est aussi qu'il y ait quelques digressions. » (M06), « ça risque peut-être de durer longtemps, j'espère, donc euh faut qu'il y ait vraiment les 2 choses, c'est-à-dire le travail et la sympathie de la réunion. » (M11).

Il y a un désir de garder une certaine **assiduité dans le travail** : *« peut-être que ce soit un peu plus organisé euh parce que là c'est un peu copain-copain. » (M04), « Peut-être qu'il faudrait qu'on cadre, un peu mieux notre façon de présenter les cas et euh... le temps qu'on met à les présenter. » (M08).*

Réorganisation des réunions

Il est proposé de **réorganiser la réunion en 3 temps** afin de coller aux recommandations de la SFMG : *« peut-être de faire plus les 3 parties qui sont initialement prévues parce que nous finalement comme on est assez nombreux, on ne fait que la première partie pour ne pas finir trop tard » (M03).*

Il y a pour ambition **d'aménager les horaires des réunions** : *« faudrait se voir plus tôt mais c'est compliqué comme on travaille » (M06).*

De plus, il est envisagé de respecter **un agenda mensuel des réunions** : *« Faudrait qu'on arrive à avoir un agenda plus stricte pour les réunions mais euh et qu'on ne passe pas, parce que des fois ça arrive qu'on mette un mois et demi, deux mois pour la prochaine réunion parce que c'est un peu compliqué de trouver une date » (M09).*

Modalité du choix des cas et leur résolution

Concernant les cas cliniques relatés, les avis sont partagés. Ceux décrivant des cas cliniques complexes aimeraient **aborder des cas aléatoires** : *« Moi j'avais proposé, mais ils préfèrent faire des cas qui leur ont posé problème. […] j'avais proposé au début de faire un cas au hasard. » (M07),* et à l'inverse, ceux relatant des cas cliniques aléatoires aimeraient **aborder des cas cliniques complexes** : *Donc moi sur le hasard de la consult, je ne suis pas sûre. Moi je dirai plus une consult qui t'a posé problème. » (M03), « je trouve que ça m'avance plus si on parle de cas difficiles dans le groupe de pairs, que de sélectionner un cas au hasard » (M12).*

Il est proposé que les **recherches et donc les réponses soient faites au moment de la réunion** dans le but d'un **meilleur impact** : *« je trouve qu'on retient vachement plus quand on a les réponses euh, immédiatement et ...du coup ça, c'est peut-être une piste pour qu'il y en est toujours un avec un ordinateur pour faire des minis recherches et puis apporter des solutions. » (M05).*

Et dans le même but, il est évoqué l'idée **de rechercher à chaque fois la validité des réponses** : *« après est-ce qu'il faudrait avoir des sources peut-être à chaque fois plus validées ou un peu plus de rigueur peut-être pour améliorer. » (M11).*

Diversification des participants

Il est proposé de diversifier le groupe en permettant la **participation de tous les médecins du canton** : *« je pense que ce serait bien qu'il y ait plus de médecins parce qu'ils ne sont pas tous, enfin tous les médecins du canton ne sont pas là » (M04),* et de faire un **roulement des participants** : *« qu'on pourrait discuter de changer parce qu'au bout d'un moment, parce que même au bout de 3 ans, les idées, on sait un peu ce qui va être dit » (M07), « peut-être avoir un pôle de 10 pour tourner et que les absents soient remplacés par des nouveaux. » (M11), « on a commencé à intégrer des jeunes installés et tout donc qui peut peut-être nous apporter des questionnements sur ce qu'on n'avait pas en tant que remplaçant. » (M13),* tout en **étant conscient que le groupe ne doit pas s'agrandir** : *« ça serait bien qu'on ne soit pas trop nombreux, parce que plus on est nombreux, plus on va se perdre. » (M12).*

Traçabilité et secrétaire

Il est évoqué de **réaliser une traçabilité pour aider à se remémorer** : *« j'avais émis l'hypothèse de regrouper tout ça euh ... bah ou sur une base de données, ou sur un site pour pouvoir y accéder rapidement en consultation » (M02), « si on avait des notes, on pourrait ressortir ce qui avait été préconisé dans ce cas-là, voir si ça a changé » (M07).*

Pour le groupe où il y a déjà des comptes rendus de fait, il est envisagé **d'exploiter cette traçabilité** : *« c'est bien d'écrire, de rapporter ces groupes de pairs, mais effectivement, […] on ne les exploite peut-être pas assez en tout cas. » (M10).*

Enfin, un interviewé **se questionne sur l'intérêt d'un secrétaire** : *« je ne sais pas si le fait… tout à l'heure, on a parlé de secrétaire, je ne sais pas si ça améliorerait quelque chose... » (M04).*

Pour résumer, au sein du groupe, les comportements se modifient et par la même occasion, la présentation des cas cliniques, les rôles de chacun, la relation entre les participants et donc l'ambiance.
Avec le temps, des discussions autour de la formalisation du groupe et des réunions apparaissent, comme le choix des cas cliniques et leur résolution, la production de compte rendu ou la diversification des participants. Il y a un besoin d'assiduité dans le travail sans pour autant valider cette formation au sein du DPC.

K. Lien avec la formation initiale

1. Sensibilisation aux GEAP au sein de la formation initiale

5 interviewés ont reçu une **information sur la formation par GEAP pendant leur DES** : *« on nous a parlé quand même des groupes de pairs pendant les cours de DES » (M01), « Ils nous en avaient parlé en cours à la fac (sourire). Et euh..., on nous avait parlé des groupes de pairs, des groupes Balint et puis des groupes d'EPU. » (M08), « ça fait depuis l'internat qu'on nous en parle […] il y a pas mal d'internes qui en ont fait partie soit avec d'autres médecins soit avec d'autres internes » (M10).*

3 interviewés dit avoir **participé à des séances de groupes pendant les cours de DES**, leur faisant penser au GEAP : *« on faisait des groupes d'étude et d'analyse de pratique et du coup, on ... on avait ... un petit peu le même fonctionnement en cours. » (M05), « il fallait venir avec un cas clinique qu'on avait rencontré euh au sujet de la fin de vie. C'est comme les RSCA. Et on échangeait autour, donc c'était une forme de groupe de pairs » (M06).*

7 ont pu **participer à un GEAP pendant l'internat via leur maître de stage** : *« j'avais participé à des groupes de pairs pendant mes stages en médecine générale et avec des*

maitres de stage » (M02), « j'ai commencé vraiment quand j'ai commencé mon stage de prat » (M04), « quand j'étais interne, en stage de niveau 1, j'avais une de mes praticiens qui était en groupe de pairs et j'étais allée à 2 réunions avec elle et c'est comme ça que j'ai connu. » (M06).

Du fait d'un **bon retour sur cette formation**, cela a permis à un interviewé de lui donner **l'envie de participer à un GEAP** : *« ils avaient l'impression de progresser dans leur pratique comme ça, d'avoir des internes avec eux et de discuter avec des médecins de… on va dire de leur âge, de leur époque. » (M11).*

1 autre interviewé ayant **participé pendant le SASPAS a eu un mauvais retour** de cette formation sans pour autant le dissuader d'y participer par la suite : *« je trouvais ça un peu trop stricte et euh voilà, un peu trop formel, et les gens ne s'écoutaient pas. Enfin, c'était vraiment, je trouvais qu'ils étaient trop nombreux. […] Et du coup, ouais, je trouvais que ce n'était pas ... ça n'apportait pas grand-chose » (M09).*

4 interviewés sont les initiateurs de leur groupe. Ils avaient été **sensibilisés au GEAP lors de leur formation initiale** : *« c'était un médecin généraliste, c'était dans son cabinet, il y avait 6 internes peut-être et on présentait son RSCA, donc soit son récit, soit les recherches, euh et c'était comme un groupe de pairs » (M06), « dans certains cours, il y en avait un qui parlait d'un cas clinique, d'autres qui en discutaient, donc ça nous sensibilisait aussi effectivement avec les groupes de pairs. » (M09).*

1 interviewé a **participé au GEAP pendant son internat par le biais de son mari** qui participait à ce GEAP : *« mon mari faisait partie du groupe de pairs qu'il a intégré grâce à son maitre de stage pendant l'internat et on a continué » (M03).*

Pour 3 interviewés, **la participation au GEAP s'est poursuivi et a permis de faire la transition entre le DES et les remplacements** : *« j'ai toujours continué avec eux même euh ... après donc il nous restait deux autres stages donc j'ai continué avec eux et ensuite donc en tant que médecin remplaçant bah j'avais continué pareil avec eux. » (M01), « on connaissait quand même parce qu'on était déjà interne ici […] pas pour faire bien mais parce que voilà* [redacted] *était directeur thèse de* [redacted] *et que ça s'est enchainé. » (M03), « ça a commencé*

comme ça quand j'étais interne. Et quand j'ai fini mon internat, bah, j'ai continué à aller tous les derniers vendredis du mois. » (M04).

1 interviewé dit **ne pas avoir été sensibilisé pendant les cours de DES** dans sa faculté de Toulouse, à la formation par GEAP mais **y avait participé pendant les stages** : *« Je ne connaissais pas du tout en fait au sein de l'internat. On nous en avait jamais parlé de ces groupes de pairs » (M11).*

1 interviewé **ayant fait son DES à la faculté de Bordeaux n'a pas participé à un GEAP pendant les cours de DES** mais y avait été sensibilisé : *« Tu en avais fait à la fac ? M8 : Non. » (M08).*

2 interviewés, ayant fait **l'internat Antilles-Guyane**, n'avaient **aucune notion de la formation par GEAP** : *« je ne connaissais pas du tout avant de recevoir le message » (M12), « En fait je ne connaissais pas avant même d'avoir répondu à l'annonce euh » (M13).* De ce fait, n'ayant **pas connaissance de cette formation, il n'y avait pas de raison d'y participer** : *« en fait, [redacted] ne l'aurait pas proposé, je pense que je n'aurais toujours pas intégrer un groupe de pairs […] je n'aurais pas eu forcément l'idée de créer un groupe de médecins. » (M12).*

1 interviewé dit ne **pas avoir eu d'autres expériences avec d'autres GEAP** : *« j'en ai connu qu'un donc je ne sais pas trop comment les autres se passent. » (M10).*

2. Continuité de la formation initiale vers le GEAP

L'**objectif** pour 2 interviewés étaient de **participer à un GEAP en sortie du DES** : *« probablement que j'aurais fini par chercher euh ... un groupe de pairs ou un groupe d'EPU » (M08), « un groupe de pairs déjà formé » (M06).*

Malgré des **connaissances fraîches en post DES**, il y a une volonté de **rester « à la page »** car la notion de **l'évolution rapide de la médecine est ancrée** et ressort dans les propos : *« parce que je considère que même au bout d'un an après avoir quitté la fac, la médecine a évolué. » (M07), « nos connaissances, bon on les réactualise tout le temps mais les connaissances sont fraîches » (M09), « parce que la médecine, ça avance tellement vite, qu'on n'est jamais à la pointe. » (M12).*

Ce qui pousse à **intégrer un groupe de pairs rapidement** après l'internat ou de le poursuivre est :

- **L'isolement après l'internat**. Ils ressentent un **fossé entre l'internat et les débuts de leurs remplacements** : *« il peut y avoir un fossé quoi entre, euh…, on sort de l'internat, […] on était bien encadré et puis quand on arrive euh, quand on arrive pour remplacer euh... beh on se sent un peu seul et pas forcément en accord avec ce qu'on ... avec ce qu'on voit, avec les médecins qu'on remplace. » (M06), « le manque de formation continue euh... en fait quand on sort du cadre de la fac, il n'y a plus rien » (M08). « quand tu sors de la fac, que tu es remplaçante, bah souvent tu es bien seule, et qu'au début, ce n'est pas toujours facile et tu es contente d'avoir des personnes avec qui en parler » (M09).*
- **Le manque de pratique** : *« je pense qu'une fois qu'on a fini les DES, euh c'est très scolaire comme apprentissage, c'est voilà, on reste interne avec des chefs » (M11),* et donc la volonté **d'acquérir d'autres expériences :** *« c'est d'acquérir plus d'expériences »(M09), « ne pas rester, voilà sur une seule vision d'un cas, qu'on pourrait refaire bah sur la trentaine d'année qui restent à bosser voire plus (sourire) » (M11),* et de **mettre à jour ses connaissances** : *« ça permet des fois de remettre les choses à jour en termes de ...de recommandations, de prise en charge et tout ça. » (M10), « se poser la question de ce qu'on fait, est-ce que c'est toujours valide » (M11).*
- **La nécessité d'une réassurance sur sa pratique** : *« ça nous permet de moins stresser, de voilà, d'échanger sur nos pratiques et voilà, c'est plus là-dessus que euh, qu'à la base que ce groupe a été créé quoi. » (M09).*

3. La participation à d'autres types de groupes pendant la formation initiale

Certains n'avaient pas participé à des GEAP à proprement parler mais avaient assisté à un **groupe Balint pendant l'internat** : *« les groupes Balint, je trouve ça très intéressant. Et ... avoir un psychiatre qui puisse nous aider sur les problèmes psy, je trouve en médecine générale c'est quand même les bases. » (M02), « Ça peut rappeler aussi les groupes Balint, je*

ne sais pas s'il y en a ici, c'était à Paris, c'était un échange aussi avec un groupe psychiatre qui gérait ça » (M07).

Un autre a participé à un **groupe d'EPU pendant l'internat** : *« C'est vrai que ça se rapproche un peu euh... de ... des groupes d'EPU auxquels j'avais pu assister quand j'étais en stage chez le praticien » (M08).*

4. La formation à l'hôpital

Un interviewé **compare les staffs réalisés à l'hôpital aux GEAP :** *« l'hôpital, pour moi, ce n'est pas la médecine générale donc euh... les staffs qu'ils font, […] ça ne m'apportait rien de ... pour moi en tout cas » (M04).*

Pour résumer, 11 des interviewés ont été sensibilisés pendant leur formation initiale aux GEAP.
La proximité du DES est propice pour participer à ce type de formation de groupe du fait de l'isolement ressenti à la fin de l'internat, du manque d'expérience en ville et de la nécessité d'une réassurance sur sa pratique.

L. La formation médicale continue

1. Le choix de cette formation

<u>Volonté d'une formation de qualité en groupe</u>

Il est admis que cette formation a un **intérêt et une qualité pédagogique** : *« c'est surtout pour l'intérêt pédagogique. […] si je fais 40 minutes de route c'est vraiment pour la qualité pédagogique et pas pour l'ambiance » (M01).*

Cette formation leur permet de **partager des expériences de manière générale et plus intime** : *« c'est intéressant de euh, de discuter, de partager les pratiques puisque la médecine générale, c'est plutôt euh, personne-dépendant […] On ne parle pas forcément des cas etc. Et ça permet de discuter avec d'autres personnes qui sont hors du cabinet » (M11).*

Ils **partagent des expériences des autres cabinets** : *« d'échanger sur nos expériences des cabinets horribles (sourire) dans lesquels on remplaçait. » (M09).*

Choix d'une formation indépendante

La notion **d'indépendance vis-à-vis des labos** est évoquée et apparait être une des raisons de leur choix pour cette formation : *« on voulait euh une formation vraiment indépendante, indépendante de laboratoires pharmaceutiques » (M01), « c'est beaucoup plus indépendant, intellectuellement. » (M05).*

Il y a la volonté d'avoir une **réunion dédiée** à des échanges sur des cas cliniques pour éviter d'en discuter pendant d'autres formations : *« c'est vraiment dommage que pendant ces soirées-là qu'on discute pas d'autres choses et qu'on prévoit pas des soirées exprès, justement, pour discuter de ces problèmes-là. » (M02).*

Cette formation de groupe est choisie par l'intermédiaire de participants **partageant les mêmes valeurs sur la pratique médicale** : *« Je pense que c'est parce qu'on s'entendait bien aussi […] que j'aime bien sa façon de travailler, de penser et qu'on a des points en commun » (M03).*

Formation accessible

Il apparait **plus simple de participer au GEAP en tant que remplaçant** : *« le souci des installés c'est qu'ils travaillent beaucoup […] A : Pour toi, c'est plus simple d'être remplaçant et de participer à des groupes de pairs ? M11 : Pour l'instant oui complètement, après ça reste à déterminer une fois installé, si on adhère au projet je pense qu'on fait l'effort de venir » (M11), « par rapport à tout ce qui nous est proposé comme formation, le plus accessible » (M05), « je fais des remplacements donc c'est plus facile (sourire) » (M12).*

L'accessibilité à cette formation est plus aisée en métropole : *« Mais c'est pour ça dans les îles, comme on bougeait beaucoup, ce n'était pas évident de suivre une formation parce qu'on bougeait tous les 6 mois » (M13).*

Formation appréciée

L'avis positif des confrères a permis de promouvoir cette formation : *« j'ai aussi des amis euh... 2 amis internes qui participaient à des groupes de pairs […] et ça leur apportait beaucoup » (M06).*

La bonne entente au sein du groupe est un atout pour cette formation : *« bah moi, je le trouve très bien mon groupe de pairs (sourire) » (M09), « je trouve bah déjà le groupe est bien. » (M10).*

L'ambiance est ressentie comme **conviviale** pour tous les interviewés : *« je trouve ça convivial, parce que ça permet de connaitre nos collègues. » (M04), « du coup le côté d'apprendre un petit peu euh de l'expérience clinique des autres et aussi de se connaitre tout simplement et de passer un petit moment, ça a bien marché, ça a bien plu. » (M07).*

Il est apprécié d'avoir une **convivialité associée à une ambiance de travail** : *« bien sûr l'ambiance elle est très conviviale ça c'est sûr c'est... après il y a quand même… euh on y va quand même pour le boulot » (M01), « l'ambiance est vraiment sympa parce que euh au-delà des échanges professionnels, on peut avoir des échanges amicaux et c'est vraiment assez agréable » (M08), « Plutôt très bonne comme ambiance (sourire). Euh voilà, c'est convivial et en même temps studieux » (M11),* et de **l'organisation** : *« Très très bonne. C'est très convivial. Du coup, tout est organisé pour. » (M05).*

Cette convivialité peut aller jusqu'à la **détente** : *« souvent on se perd un petit peu parce que c'est sympa le soir de se retrouver un petit peu et de décompresser un petit peu » (M12).*

La relation peut devenir **amicale** : *« on connait les familles des uns et des autres, donc voilà c'est sympa. (Sourire) » (M05), « qu'on finit par parler beaucoup euh de nos vies personnelles » (M08), « super bonne parce que du coup on est copine » (M09).*

Le **succès du GEAP** montre que cette formation est bénéfique : *« A tel point maintenant que malheureusement on refuse un peu les médecins qui voudraient y participer […] C'est vraiment suivi et j'étais étonné que ça prenne aussi bien et aussi vite et que... les médecins s'investissent vraiment, je trouve qu'ils sont très investis dans cette formation. » (M07).*

<u>Satisfaction liée à l'organisation</u>

L'absence de contraintes et la liberté d'organisation décidées par le groupe apparait être un avantage à cette formation et **permet la longévité du groupe** selon 2 interviewés : *« pour pas qu'on se mette des contraintes supplémentaires parce que sinon au bout d'un moment, on risque de se lasser et de ne plus le faire. » (M09), « le fait qu'il y ait une très bonne ambiance, qu'il y ait un peu de travail, […] je pense que pour que ce soit pérenne aussi ce groupe de pairs, faut que ce soit entre les 2. » (M11).*

Concernant l'organisation des réunions, **le gain de temps par le repas du midi** est apprécié : *« c'est entre midi et deux le vendredi, ça permet de faire une pause, d'être ensemble, on mange en même temps donc on perd moins de temps, donc ça c'est super avantageux quoi » (M04)*, de même que d'avoir des réunions avec **des horaires cadrés** : *« au niveau de la durée, c'est bien quand on sait à quelle heure ça se termine » (M01).*

Formation sans hiérarchie

Il est abordé également la notion **d'échanges sans jugement, de neutralité et d'absence de hiérarchie** : *« on est jeune, il y a plein de situations qu'on n'a pas encore rencontré, il ne faut pas qu'on puisse se juger, il faut qu'on puisse en rire, qu'on puisse s'aider » (M02), « c'est amical... c'est donc on discute vraiment de tout et on n'est pas là pour se mettre des balles dans le pied » (M04).*

2. Volonté d'une formation médicale continue

La **nécessité d'une formation médicale tout au long de sa carrière professionnelle** est bien établie : *« on s'est dit que la médecine est en constante évolution, il faut toujours se mettre à jour des recommandations, et euh donc il est nécessaire d'avoir bah une formation médicale continue » (M01), « je suis intimement persuadé que c'est indispensable pour ne pas être has been si j'ose dire. » (M07), « j'adore tout le temps me former, toujours plus plus plus, c'est toujours plus intéressant. » (M12).*

Il en ressort une **conscience professionnelle** et la **peur de prescriptions inadaptées** motive à se former : *« je n'ai pas envie de finir comme ces vieux médecins qui prescrivent des trucs qui n'existent plus. » (M02), « permettre de donner le meilleur traitement possible à ses patients » (M07), « C'est sûr, essayer d'être un bon médecin dans le sens en tout cas de respecter les recommandations sur les traitements à apporter aux patients. » (M13).*

La formation par GEAP permet d'être **assidu et est une motivation à la recherche et à la formation médicale continue** : *« me forcer à progresser dans ma pratique, me booster, me motiver pour faire des recherches » (M06), « ça nous force à ... à, quand il y a des cas qui nous posent un peu problème, à essayer de les résoudre et de chercher les recos, parce qu'on*

sait qu'on va en parler au groupe de pairs » (M09), « c'est motivant de se retrouver ensemble et de se dire « aller pour tout le monde je fais une recherche » » (M12).

Elle incite à **la lecture de revues telles que Prescrire®** : *« Je suis toute seule chez moi dans mon canap que je lise Prescrire® ou pas, personne va le savoir, […] je pense que ça m'aide plus à le faire, à y aller, la pression sociale (sourire). » (M03), « peut-être d'être plus à même de lire les magazines que je reçois et d'essayer de m'informer au mieux pour pouvoir lors d'une intervention, apporter au groupe des choses pertinentes. » (M13).*

Elle fait **la liaison avec une formation personnelle** : *« on parle de quelque chose et puis des fois les soirs on rentre, si on n'a pas eu toutes les infos, on se dit « ah bah tiens, je vais regarder ça parce que je ne m'en souviens plus trop » ou qu'on n'a pas eu le temps de poser la question, que c'est passé à autre chose. » (M04).*

Elle apporte une **rigueur dans la pratique et la formation médicale continue** : *« ça nous oblige à une certaine rigueur au final. » (M09),* grâce à la **stimulation par le groupe qu'on peut considérer comme une pression sociale positive** : *« avoir entre guillemets la pression « Bon bah on a le groupe de pairs, faut qu'on y aille sinon tout le monde va dire qu'on n'y est pas allé ». Donc j'y vais ça me motive. » (M03), « on n'a pas vachement le temps de lire toutes les revues qu'on reçoit donc ça nous permet au moins de se tenir à cette formation tous les mois, pour les autres. » (M12).*

Cette formation amène une **démarche réflexive et des questionnements** qui se poursuit en dehors du groupe et donc s'inscrit dans la FMC : *« De se poser la question,… rien que de s'interroger sur des choses qu'on fait un petit peu de manière automatique » (M05).*

3. Autres démarches de formation médicale continue

Des interviewés décrivent une **complexité dans les démarches pour la formation médicale continue, à la fin de l'internat, n'étant plus encadrés** : *« on ne sait pas trop par ... comment s'y prendre, les organismes de formation OGDPC […] moi c'était bien cadrer là où*

j'étais interne, les formations, et euh... et la démarche à suivre pour les formations continues n'était pas évidente. » (M06).

Certains participent à d'autres formations, telles que :

- Des **congrès organisés par REAGJIR ou FMC Action** : *« Parce que j'ai été à un congrès de REAGJIR où il y avait une demi-journée de formation et c'était organisé par FMC action » (M06).*
- Des **Diplômes Inter Universitaires** : *« on s'est inscrit à des DIU, à des capacités, à des choses comme ça, en premier lieu.» (M13).*
- La revue **Prescrire®** : *« en plus je lis Prescrire® aussi mais c'est différent. Prescrire®, c'est... enfin c'est complémentaire, c'est plus pour les... pour adapter les traitements » (M06).*

4. Promotion des GEAP dans la formation médicale continue

1 interviewé étant **déçu de certaines FMC** auxquelles il a participé, **a créé le GEAP** : *« c'est que je pense que le médecin généraliste est formé et très bien formé en France, mais je trouve que la formation continue n'est pas loin d'être catastrophique. […] si je veux, je peux passer 40 ans sans me former voilà et puis arriver à 65 ans et prescrire toujours les mêmes médicaments quand j'en avais 30 alors que ça évolue » (M07).*

Il interpelle sur le fait qu'il n'a **pas de contrôle de ses compétences** : *« le pilote de ligne, il est contrôlé tous les 2 ans et le médecin généraliste, 0 fois dans sa vie » (M07).*

Pour résumer, les GEAP s'inscrivent dans une démarche de formation médicale continue. Ils ouvrent vers d'autres FMC de par les questionnements soulevés lors des réunions, comme la lecture de revue, la participation à des congrès ou diplômes universitaires.
Le médecin a la satisfaction de participer à une formation indépendante, accessible, sans hiérarchie, conviviale et organisée.

M. L'avenir des participants et du groupe

1. Au sein du GEAP

La plupart des interviewés souhaitent **poursuivre leur participation au sein de leur groupe** : *« je compte y rester et puis qu'on continue comme ça » (M04), « De continuer, avec les mêmes » (M07), « c'est continuer et puis pourquoi pas mettre en place ces petites améliorations » (M08).*

3 interviewés **changent de statut en s'installant ou en devenant salariés et souhaitent poursuivre au sein du GEAP** : *« je vais peut-être prendre un mi-temps en salariat et du coup, faut que je demande s'ils sont d'accord pour que je vienne toujours (sourire) » (M05), « c'est l'objectif aussi enfin le mien, ça serait de continuer, installé. » (M11).*

Le groupe évolue par des **changements de participants** : *« le groupe va évoluer puisqu'il y en a une qui va partir, qui va déménager sur Montpellier donc on va recruter une autre enfin un ou une autre. » (M09),* en **diversifiant les participations** : *« il y aura une remplaçante qui m'a dit qu'elle était intéressée mais elle est plus vieille enfin elle a peut-être 45 ans et elle a toujours été remplaçante. Donc je pense que ça peut être intéressant aussi. C'est ça qui fait la richesse... » (M06), « après on a commencé à intégrer des jeunes installés et tout, donc qui peut peut-être nous apporter des questionnements sur ce qu'on n'avait pas en tant que remplaçant. » (M13).*

2. En dehors du GEAP

2 interviewés étant créateur du groupe ont pour objectifs de faire **d'autres formations** et plus particulièrement dans le **domaine de l'enseignement**, comme l'animation de groupe : *« je veux faire, d'ailleurs, une formation à l'animation, pour apprendre à être modérateur. » (M06),* ou de **devenir Maître de Stage Universitaire (MSU)** : *« à titre beaucoup plus personnel, bah je ne sais pas d'ici quelque…, je vais faire la démarche d'avoir un interne et puis qui participe aussi à ces groupes de pairs. » (M07).*

2 interviewés envisage de **changer de groupe voire d'en créer un, du fait de l'éloignement géographique et en prévision d'une installation**: *« je pense que je vais de plus en plus arrêter avec ce groupe parce que ça commence à devenir trop loin et de plus […] je vais m'installer dans un cabinet de groupe où il y a déjà 4 médecins mais eux ils ne font pas le groupe de pairs, […] du coup mon idée c'était de leur proposer, qu'on fasse ensemble un groupe de pairs» (M01), « Après, si on a un groupe de pairs là où on va travailler, peut-être qu'on ira plutôt là » (M03).*

Pour résumer, les participants souhaitent poursuivre dans leur groupe malgré des changements de statut. Le groupe tend à évoluer par des changements de participants.
2 initiateurs de leur groupe évoquent leur volonté de s'impliquer dans la formation d'internes et de devenir MSU.

VI. DISCUSSION

A. Discussion de la méthode

1. Choix de la méthode qualitative

L'objectif principal était d'évaluer l'apport sur la pratique d'un cas clinique abordé en réunion de GEAP et le choix de la méthode qualitative nous semblait être la plus appropriée du fait de la volonté de comprendre en quoi ce cas clinique avait eu un impact ou non sur leur pratique professionnelle.

2. Echantillonnage

a) Justification de l'échantillon

La population de jeunes médecins généralistes remplaçants étant peu étudiée dans le cadre de cette formation par GEAP, il m'est apparu intéressant d'évaluer l'impact sur leur pratique et leur particularité.

Le choix d'une population se situant entre 1 et 6 ans post DES permettait de cibler majoritairement les remplaçants puisque l'âge moyen d'installation est de 35 ans soit 7 ans après la fin de l'internat (44).

b) Recrutement

Le recrutement a été difficile et long, du fait d'un taux de réponses très faible comme a été confrontée E. Trefeuil dans le cadre de sa thèse (45). J'ai dû modifier les critères d'inclusion en passant de 1 à 5 ans, à 1 à 6 ans post DES et en recrutant au sein de la Nouvelle Aquitaine et non que de l'Aquitaine.

Au cours du recrutement, 3 personnes correspondant aux critères d'inclusion initiaux et susceptibles d'être interrogées n'ont pas répondu à mes relances. Leur participation aurait permis d'éviter de modifier les critères d'inclusion.

Les participants provenaient de facultés différentes, telles que Bordeaux, Tours, Paris V, Toulouse, Poitiers et Antilles-Guyane. Il aurait été intéressant d'inclure uniquement des personnes ayant fait leur internat au sein de la faculté de Bordeaux, afin de discuter d'un impact plus précis du rôle de la formation médicale initiale sur cette FMC.

Enfin, on peut se poser la question d'un biais de sélection des interviewés par le fait d'avoir recruté une majorité des participants de mon GEAP.

3. Recueil des données

a) Entretiens semi-dirigés individuels

Pour recueillir les données, nous avons choisis les entretiens semi-dirigés individuels pour favoriser la liberté d'échanges autour des différentes thématiques et pour que les interviewés puissent verbaliser leur vécus vis-à-vis de l'objectif principal.

a) Biais d'intervention

On peut discuter d'un biais d'intervention puisque j'ai mené les entretiens malgré mon manque d'expérience dans cette technique. Les interventions étaient parfois un peu fermées ou orientées. Il pouvait y avoir un manque de recul sur le sujet du fait de ma participation personnelle à un GEAP.

Ce biais est limité par le fait d'avoir testé l'entretien auprès de 5 personnes faisant partie du DMG.

b) Biais de sélection des informations

Concernant les entretiens avec les participants de mon GEAP, on peut se poser la question d'un biais de sélection des informations. En effet, il y avait une tendance à moins décrire le fonctionnement du groupe. De plus, il pouvait y avoir une influence des réponses fournies par les interviewés comme pour la perception des données. De même, on pouvait s'attendre à ce que l'interview des personnes de mon GEAP favorise la verbalisation des ressentis et de confidences.

Ce biais est limité par l'attitude neutre lors de l'entretien, le rappel d'absence de jugement de leur propos, l'anonymisation des interviews et le contre-codage des données.

c) Souvenir des cas cliniques

Lors de l'entretien, les participants devaient se souvenir d'un cas clinique abordés lors d'une précédente réunion. Le défaut de mémoire pouvait être un frein aux recueils de données.

d) Lieu des entretiens

Le lieu des entretiens était pour la plupart neutre (cabinet de remplacement, domicile de l'interviewé ou à mon domicile). Il a fallu à 5 reprises, faire l'entretien par visioconférence du fait de l'éloignement géographique et de problème de disponibilité. Ceci n'a pas gêné pour notifier les attitudes non verbales.

4. Validité interne

Pour l'analyse des données, nous avons utilisé le logiciel NVivo. Un contre-codage par le Directeur de thèse a permis une triangulation des données, améliorant la validité interne de l'étude.

De plus, les résultats obtenus (l'impact sur la pratique, le fonctionnement du groupe, le relationnel entre les médecins du groupe…) ont plus de forces du fait que l'on retrouve les

mêmes résultats dans d'autres thèses avec des méthodes différentes (entretiens par focus group, études quantitatives) (37,46–49).

5. Validité externe

La validité externe de la méthode est la possibilité de généraliser les observations faites pendant l'étude à la population correspondant à l'échantillon. La description précise de la population étudiée permet d'améliorer cette validité externe.

De plus, la saturation des données a été remarquée au 11ème entretien. 2 entretiens supplémentaires ont été réalisés pour la confirmer.

B. Discussion des résultats

1. Le sujet

L'originalité de ce sujet est de mettre en avant l'impact de l'analyse d'un cas clinique abordé en GEAP, sur la pratique professionnelle des médecins généralistes remplaçants. En effet, il n'y a pas, à ma connaissance, d'étude faite par cette approche.

2. L'impact du GEAP sur la pratique

Les résultats de cette étude concernant l'impact du GEAP sur la pratique professionnelle est concordant avec les différents travaux de la littérature (12,45,47,49–51). Les participants modifient leur pratique sur le plan bio médical, en rapport avec les cas cliniques abordés. Ils approfondissent leurs connaissances et acquièrent d'autres compétences améliorant leur identité professionnelle. Ils constituent leur réseau de soin. Cette formation leur apporte une réassurance dans leur pratique, une rigueur dans le travail et un confort intellectuel. Cela a une retombée évidente pour le patient et en termes de santé publique.

Les critères de qualité d'un GdP® labellisé par la SFMG sont la composition homogène du groupe, constitué de pairs ayant une même pratique, un nombre de participants allant de 5 à 12, la participation à au moins 5 réunions par an, la présence d'un modérateur et d'un secrétaire, une réunion organisée en 3 temps, la présentation de cas cliniques tirés au sort, la réalisation d'un compte rendu et enfin, l'utilisation des données de la science. Chaque groupe étudié a un fonctionnement différent et aucun ne suit tous ces critères de qualité (33). Malgré tout, l'impact sur la pratique décrit par les participants est cohérent avec ceux attendus par la SFMG (11,52). L'analyse de cas cliniques aléatoires permet d'aborder des thèmes variés. Tout comme, l'organisation de la réunion en 3 temps permet d'améliorer son réseau et la communication entre confrères. Et la production d'un compte rendu permet de référencer les sources utilisées pour répondre aux problématiques abordées.

Dans une thèse réalisée par S. Gamel, parmi les médecins généralistes lorrains interrogés participant à des GEAP, 20% faisaient partie d'un GEAP répondant aux critères de qualité de la SFMG. Il n'y avait pas de différence significative concernant la satisfaction entre ces médecins généralistes et ceux participant à des GEAP n'ayant pas tous les critères de qualité (49).

3. Le relationnel

L'impact du GEAP sur la communication parait important, selon les interviewés. La situation triangulaire du médecin remplacé-patient-remplaçant apporte une difficulté à la consultation. Cette formation permet de donner des pistes d'amélioration dans la relation triangulaire et dans la façon de délivrer les informations que ce soit au patient ou au médecin remplacé. Dans un des groupes, il y a eu des échanges entre le médecin remplacé et le remplaçant pendant une réunion. Ils ont pu parler du suivi du patient en confrontant leur prise en charge, profitant aux deux acteurs et s'enrichissant des commentaires de leurs confrères.

De plus, elle renforce le lien entre les confrères même en dehors des réunions. Elle diminue la sensation d'isolement chez les jeunes médecins généralistes interviewés, remplaçant pourtant dans des cabinets de groupe.

Enfin, il est abordé la notion d'intuition médicale (gut feeling), malgré le fait que les GEAP s'inscrivent dans une démarche EBM (53). Un des participants a modifié sa pratique dans ce sens, suite à un cas clinique analysé pendant une réunion sur ce thème. Ce médecin a relaté un cas vécu, surpris de sa prise en charge plutôt intuitive qui a fait écho aux échanges en GEAP.

4. Le jeune médecin généraliste remplaçant

L'étude de cette population de remplaçants montre que sa pratique peut être sous l'influence du médecin remplacé. Ceci est retrouvé dans la thèse de N. Gallet (54). La formation par GEAP permet de mettre en évidence cette influence et d'en discuter. Elle aide le remplaçant à mieux se positionner dans cette situation triangulaire. Il oscille entre les pratiques du médecin remplacé et les propositions thérapeutiques du groupe.

L'intérêt d'étudier cette jeune population était aussi de montrer que le GEAP permet de répondre aux attentes du remplaçant qui sont les questions d'ordre administratives et de la préparation à l'installation, et aide à se construire une identité médicale qu'elle soit personnelle, sociale et professionnelle (23,50,55). Cette population exprime leur difficulté à avoir un suivi de patient ainsi que de se constituer un réseau du fait de leur statut et de l'absence de retour sur leur pratique. La présence donc du médecin remplacé au sein du groupe peut pallier ce manque.

Enfin, certaines thèses montrent que cette formation est peu accessible à ces jeunes médecins remplaçants (12,45), alors que d'autres thèses (7), comme nos résultats montrent le contraire.

5. La pertinence des réponses

Selon les interviewés, le GEAP peut être considéré comme un groupe expert ayant un bon niveau de preuve pour leur pratique. Mais jusqu'où peut-on considérer comme pertinent ou faire confiance aux compétences de nos confrères du groupe ou de nos correspondants ?

Les participants pensent que les compétences des médecins plus âgés ont parfois plus de poids du fait de leur expérience. Il apparait que face à un patient en consultation, il est plus intéressant d'intégrer l'expérience d'un confrère, fondée sur des cas identiques. Car essayer de transposer les résultats d'études cliniques réalisées dans des conditions de protocole et de population trop éloignés de notre pratique, leur semble moins cohérent. Le commentaire d'expert vient donc replacer le résultat dans son contexte (56).

Mais l'expertise du groupe peut être confrontée aux preuves disponibles telles que les recommandations HAS ou consensus professionnel, ce qui alimentent les débats dans ces réunions.

De même, pour les interviewés, la concordance des réponses des confrères et des correspondants (spécialistes d'organe), paraît être un élément de validité. Pour autant, un consensus basé sur l'expérience des professionnels est-il valide ? Ceci peut être assimilé à un accord professionnel qui « exprime une opinion quasi unanime », correspondant « à un fait d'observation ». Mais « un accord professionnel nécessite d'être validé par un groupe de lecture externe au groupe de travail » (57). D'où l'intérêt dans ces réunions, de vérifier la validité des réponses ayant un bon niveau de preuve.

Enfin, on a remarqué que les jeunes remplaçants non thésés ont plus de facilité que leur ainés, à avoir accès à des revues numériques par le biais de l'université. Or, ceci n'est pas ressorti dans cette étude.

6. L'évocation du cas clinique

La remémoration d'un cas clinique apparait être primordiale dans l'étude pour faire ressortir son impact sur la pratique. Malgré des hésitations, les réponses sont souvent précises. Si le souvenir d'un cas clinique était trop difficile, le médecin remplaçant ne pouvait pas ou peu répondre aux questions. Si l'interviewé ne trouvait pas d'impact sur sa pratique par rapport au cas évoqué, il avait tendance à raconter d'autres cas cliniques qui avaient modifié sa pratique. De même, les interviewés dits « acteurs » pensant être plus marqués par leur cas clinique, raconte plutôt des cas où ils ont été auditeurs et inversement. Tout ceci

amène à penser que le vécu ressenti des participants acteurs ou auditeurs peut être différent de la réalité de l'apport sur leur pratique.

L'impact sur la pratique en fonction du type de cas clinique abordé peut être discuté. En effet, on peut s'attendre à avoir plus d'impact sur des cas dits « difficiles » ou thématisés. L'analyse de ce type de cas répond à des problèmes déjà ressentis et définis par le participant. Il peut y avoir un biais de sélection. Les échanges seront moins variés et moins en adéquation avec la réalité des consultations (20,58). Le GEAP permet de révéler des problématiques même sur un cas clinique pris aléatoirement. Ils ont donc un impact sur la pratique sans que l'interviewé « acteur » en a conscience, au moment de la narration. Il y a une réflexion sur un cas paraissant anodin et sur une prise en charge automatique.

On peut aussi se demander si l'évocation d'un cas clinique pendant l'entretien est plus difficile et moins spontanée qu'un cas remémoré grâce à un cas similaire vécu en consultation.

7. Le fonctionnement du groupe

Le fonctionnement des GEAP, décrit par les interviewés, sont en accord avec les recommandations HAS et de la SFMG concernant la périodicité des rencontres, leur homogénéité en terme de spécialité des participants et leurs analyses de pratiques sur les données référencées (revues, recommandations, niveau de preuve…) (32).

Cette formation est utilisée pour rompre l'isolement ressenti par les participants, à la sortie du DES. Les réseaux sociaux tels que WhatsApp® ou Facebook® sont l'extension du GEAP, le lien en dehors des réunions. Ces applications numériques sont un moyen interactif d'échanger en direct sur des cas cliniques. Des photos peuvent être envoyées pour des questions dermatologiques. Ils peuvent également se communiquer des adresses de correspondants médicaux et paramédicaux. Dans certains GEAP, ces moyens peuvent servir de traçabilité par l'échange des comptes rendus ou le stockage des différentes questions-réponses anonymisées.

Dans le groupe, il est intéressant de noter la présence des différentes générations de médecins avec des statuts différents tels que remplaçants, remplacés et internes. Ceci répond aux attentes de la population étudiée telles que le suivi des patients, l'expertise du groupe, la validité des réponses apportées, le réseau professionnel. Il ressort dans les groupes composés que de jeunes remplaçants, des problématiques d'installation et médico-administratives, alors que ceci n'est pas évoqué par les participants de groupes mixtes.

De plus, cette jeune population à la vision plus théorique et plus scientifique se confronte à l'expérience de médecins plus âgés ayant une démarche parfois plus intuitive qu'« EBM ».

Selon les interviewés, plus on se connait, plus le groupe est convivial et plus les propos sont sincères. Mais il y a plus de digressions et les réponses des participants sont attendues. La diversité des participants au sein d'un groupe amène un fonctionnement de meilleure qualité, notamment par le changement des internes tous les 6 mois.

La présence d'internes lors des réunion peut être, également, un élément amenant les participants à devenir de futurs formateurs, de futurs maîtres de stage, comme l'ont évoqué certains interviewés et comme ceci est retrouvé dans la thèse de L. Benyahia Hamon (59).

Dans chaque GEAP, il y a un leader qui a créé le groupe et qui a tendance à organiser les réunions mais il n'y a pas de hiérarchie entre les participants. Ces leaders ont probablement un profil de pédagogue car certains interviewés ont exprimé le souhait de devenir MSU et de se former à l'animation de groupe.

La présence d'un leader peut amener un sentiment de hiérarchie impactant le fonctionnement du groupe. Pour permettre au groupe une meilleure autonomie, il peut être proposé, à tous les futurs membres du GEAP, de participer à une formation qui définit les règles de fonctionnement différent (51).

L'objectif des participants est de pérenniser le groupe avec le moins de contraintes possibles pour garder une convivialité et une bonne organisation (par exemple, les horaires cadrés). Ceci est également décrit dans le travail de N. Lajzerowicz (47).

L'assiduité des participants est, également, un élément fondateur de la pérennisation du groupe.

8. Le fonctionnement de la réunion

La modification du déroulement des réunions par exemple, sur le changement du type de présentation des cas (aléatoires, thématisés, problématiques), peut être une proposition pour rendre les réunions plus attractives, pour ne pas que le groupe « s'essouffle ».

Comme on peut voir dans certains écrits dont le travail de P. Cordonnier (9) ou A. Vandermeer (60), le choix de la formation et son impact sont souvent liés au sujet qu'on connait le mieux ou qui nous intéresse le plus d'où l'avantage d'aborder des cas cliniques aléatoires. Ils permettent de varier les questionnements sur des cas cliniques différents.

Il est admis que l'évocation de cas cliniques aléatoires n'est parfois pas respectée. En effet, certains interviewés pensent qu'ils sont moins intéressants ou ont plus d'intérêt à présenter un cas problématique.

Dans l'organisation de la réunion, il ressort que ceux qui ne font pas de traçabilité, la voit comme une contrainte alors que dans les groupes où il y a une traçabilité, aucun n'a évoqué la pénibilité de produire un compte rendu. Certains ont une traçabilité personnelle sur des brèves concernant des nouvelles recommandations. Il est prévu, en début de réunion un temps de restitution et d'échanges autour de ces brèves. A l'inverse, la traçabilité peut ne pas être exploitée. Dans d'autres groupes, le compte rendu est diffusé par mail ou par Facebook® mais non repris dans les réunions suivantes. Elle apparait utile et est proposée lorsque certains médecins ont des difficultés à se souvenir, surtout dans le rôle de l'auditeur.

9. La formation médicale initiale

La formation initiale est un élément important dans la promotion de la formation par GEAP puisque tous les créateurs des groupes y ont participé pendant l'internat avec leur maitre de stage. La simple délivrance d'information sur le GEAP pendant le DES ne parait pas suffire à y participer. De plus, l'absence totale d'expérience à un GEAP pendant le DES est un frein pour y participer. Dans ces cas précis, l'opportunité du mail a été le déclencheur de cette formation.

La fin de la FMI crée un vide au début des remplacements. En effet, la participation à la FMC (DPC) est jugée trop complexe par les interviewés et, ils mettent l'accent sur la nécessité de promouvoir les GEAP lors de la formation initiale. Ceci est confirmé par la thèse de V. Perin (6) où cette formation est connue par les médecins généralistes remplaçants mais peu utilisée.

Enfin, puisque la recherche d'une validité aux réponses apportées pendant les réunions est parfois nécessaire, il faut continuer à former les étudiants à la recherche de sources numériques valides et de les orienter vers des revues reconnues.

10. La formation médicale continue

Le choix de cette formation s'inscrit dans une volonté et un plaisir de formation continue qui est bien exprimée.

Elle oblige à être assidu de par l'engagement de rencontres mensuelles, auprès de ses confrères, et de par la volonté de transmettre son expérience. Du fait de la confrontation à ses pairs, elle incite les interviewés à se former en dehors du groupe, par la participation à d'autres FMC.

La participation aux GEAP est considérée comme une évaluation de ses pratiques professionnelles car les médecins « utilisent les recommandations existantes pour une partie de leur activité, ils analysent ce qu'ils font par rapport à ce qu'il est recommandé de faire (*feed-back*) et ils s'engagent dans un processus continu d'amélioration de leurs pratiques » (29).

Mais ce n'est pas pour autant qu'ils utilisent cette formation pour valider le DPC, malgré un fonctionnement approuvé et conforme aux données HAS (1). Car ils ne veulent pas rajouter de contraintes à leur groupe. On peut supposer que s'il y avait moins de difficultés d'organisation pour le DPC, la participation à ces GEAP pourrait satisfaire l'obligation de la FMC.

C. Perspectives

Au vu des résultats et de la tendance actuelle concernant le bien-être des médecins comme peuvent le défendre certains travaux sur le syndrome d'épuisement professionnel (8,61), il est nécessaire de développer les GEAP au sein de la formation initiale (30,46). La réforme du DES pour la promotion 2017-2018, va dans ce sens. Sa promotion peut être, également faite au niveau des différentes associations de médecins généralistes comme ce qui est fait par exemple par l'association AquiReagjir (Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants d'Aquitaine). En effet, elle organise diverses formations présentielles dont une sur les GEAP avec l'aide de la SFMG, auprès des jeunes médecins généralistes installés et remplaçants.

De même, il serait nécessaire de réfléchir à comment intégrer cette formation au sein du DPC avec moins de contraintes. En effet, il est ressorti un besoin d'être accompagné dans la FMC. Il faudrait donc donner plus d'informations ou inciter et promouvoir le DPC, à la fin du DES, tout en le simplifiant.

Alors que les réunions concernent l'abord de cas cliniques qu'ils soient aléatoires, problématiques ou thématisés, cette étude proposait un nouvel exercice. Je leur demandais de se souvenir d'un cas vu lors d'une précédente réunion et de me raconter l'impact que celui-ci a eu sur leur pratique professionnelle. Il est, donc, possible de réaliser cet exercice de remémoration au cours d'une réunion et de discuter de son apport depuis son analyse en GEAP. Cela peut rentrer dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles.

Pour finir, concernant la traçabilité, plusieurs idées sont ressorties comme développer une base de données personnelle au groupe ou accessible à tous les groupes de pairs d'un même secteur géographique, pour une recherche plus rapide et plus simple comme le suggérait un des interviewés ou H. Porco dans sa thèse (11). Les réseaux sociaux tels que WhatsApp® ou Facebook® semblent en être une première approche. Tout en gardant l'anonymat des cas cliniques abordés (comme pendant la réunion), il peut y être stocké les comptes rendus, incluant la bibliographie des recherches, ainsi que les différents échanges

faits en dehors des réunions. Ceci pourrait s'étendre aux différents groupes de pairs existant dans une même zone géographique pour permettre une interaction entre eux. Cette traçabilité s'inscrirait dans une démarche EBM (53).

VII. CONCLUSION

Une pratique au service des patients nécessite de s'engager dans une démarche réflexive de qualité. Le GEAP est une formation allant dans ce sens.

Cette étude a permis de confirmer un impact bénéfique sur la pratique professionnelle de l'étude d'un cas clinique lors d'une réunion de GEAP. Cette formation permet un partage des connaissances et des compétences par l'analyse des cas cliniques, une réassurance dans sa pratique, une amélioration de son réseau de soin et de sa relation entre confrères, tout en étant indépendante, accessible, sans hiérarchie, conviviale et organisée. Elle permet d'analyser des thématiques variées, correspondant à la « vraie vie ».

L'originalité de cette étude a été de montrer que, pour cette population de jeunes médecins généralistes remplaçants, le GEAP permet d'analyser les discordances possibles dans les pratiques des médecins remplacés-remplaçants. Dans la situation triangulaire, il aide le remplaçant à se repositionner face au patient et au remplacé. Il permet de se préparer à l'installation, de rompre l'isolement rapidement ressenti à la fin de l'internat et d'améliorer ses acquis grâce aux compétences de leurs confrères plus expérimentés.

L'hétérogénéité du groupe en termes de pratique, d'âge et de statut comme la présence du médecin remplacé et du médecin remplaçant permet d'améliorer le suivi du patient qui est un point souvent regretté par les remplaçants. Les réseaux sociaux, maintenant très ancrés dans notre mode de vie, ont leur place au sein du groupe afin de garder le lien en dehors de celui-ci et de permettre une traçabilité.

L'apport d'une traçabilité, dans une démarche EBM, oblige les participants à rechercher des réponses de qualité (niveau de preuve). De même que l'expertise du groupe, la concordance des réponses, l'apport des référents (spécialistes d'organe), la confiance accordée aux compétences des confrères et la résolution pratique des cas cliniques confèrent une pertinence aux réponses.

Il existe un apport dans la pratique quel que soit le statut des participants acteurs ou auditeurs.

Les 6 GEAP analysés s'inspirent du fonctionnement des GdP® de la SFMG et de l'expérience des participants lors de leur formation initiale. Ils s'inscrivent dans une démarche de formation médicale continue et ouvrent vers d'autres FMC de par les questionnements soulevés lors des réunions, comme la lecture de revue, la participation à des congrès ou diplômes universitaires. Ils permettent une évaluation des pratiques professionnelles malgré l'absence de validation du DPC.

Depuis la réforme 2017-2018, les GEAP sont au centre de la formation théorique des internes en DES de médecine générale et méritera d'être évalué.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Haute autorité de Santé. Développement professionnel continu : méthodes et modalités de DPC [Internet]. 2015 janv. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf

2. Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf FM, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. In: Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2009 [cité 2 déc 2015]. Disponible sur: http://onlinelibrary.wiley.com.docelec.u-bordeaux.fr/doi/10.1002/14651858.CD003030.pub2/abstract

3. Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. Développement professionnel continu Pour une pratique « réflexive ». Médecine. 1 févr 2013;9(2):74‑81.

4. SFMG. Société Française de Médecine Générale : Groupe de pairs® [Internet]. [cité 28 nov 2016]. Disponible sur: http://www.sfmg.org/groupe_de_pairs/

5. SFMG. Carte de France des GdP [Internet]. 2015 [cité 7 nov 2016]. Disponible sur: http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_home/132/fichier_carte-gdp4e74d.pdf

6. Perin V. Quel développement professionnel continu pour le jeune médecin généraliste ?: état des lieux en 2010 en Gironde [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux II; 2012.

7. Attye A. Evaluation de la formation médicale continue des médecins remplaçants et de leur développement personnel continu à 24 mois du post internat [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2014.

8. Bataillon R, Hascoët J-Y, Lenéel H, Samzun J-L. L'évaluation des pratiques professionnelles, pour quoi faire ? A partir des résultats d'une enquête du Baromètre des pratiques en médecine générale. Rev Prat Med Gen. 27 févr 2006;20(722/723):259‑61.

9. Cordonnier P. La formation continue des médecins généralistes à l'aube du développement professionnel continu. [Internet]. Université de Strasbourg; 2011. Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/these_pauline_cordonnier_FMC.pdf

10. Philibert A-C. Les groupes d'échange de pratique entre pairs: un modèle de développement professionnel continu en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2012.

11. Porco H. Groupes de pairs: enquête en Rhône-Alpes auprès de 83 médecins généralistes, méthodes de travail et caractéristiques des médecins généralistes travaillant en groupes de pairs [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2001.

12. Pasco G. Constitution et évaluation à six mois du fonctionnement d'un groupe d'échange de pratique de type groupe de pairs® entre médecins généralistes remplaçants [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux; 2015.

13. Castelain E, Bouche P. Groupes d'échanges de pratiques et optimisation de la prise en charge en médecine générale. Rev Prat Med Gen. 27 oct 2003;17(628):1370‑4.

14. Bowie P, McKay J, Dalgetty E, Lough M. A qualitative study of why general practitioners may participate in significant event analysis and educational peer assessment. Qual Saf Health Care. juin 2005;14(3):185‑9.

15. Prescrire Rédaction. Cercles de qualité médecins-pharmaciens suisses : intérêt confirmé. Rev Prescrire. 2008;28(297):542‑4.

16. Spiegel W, Mlczoch-Czerny M-T, Jens R, Dowrick C. Quality circles for pharmacotherapy to modify general practitioners' prescribing behaviour for generic drugs. J Eval Clin Pract. août 2012;18(4):828‑34.

17. Wensing M, Broge B, Riens B, Kaufmann-Kolle P, Akkermans R, Grol R, et al. Quality circles to improve prescribing of primary care physicians. Three comparative studies. Pharmacoepidemiol Drug Saf. sept 2009;18(9):763‑9.

18. 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. 8 janv 2003;20(4):443‑51.

19. Tausch BD, Härter MC. Perceived effectiveness of diagnostic and therapeutic guidelines in primary care quality circles. Int J Qual Health Care. 1 juin 2001;13(3):239‑46.

20. Andreotti G, Lucci-Penau C, Garnier J-P, Pithon M, Guegan J-C, Colongeon Boukobza D, et al. Recueil et analyse de la production des groupes de pairs : une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles. Rev Prat Med Gen. 13 sept 2004;18(660/661):935‑7.

21. Eveillard P. A la recherche des données validées : Application pratique aux groupes de pairs. Rev Prat Med Gen. 4 déc 2007;21(790):1173‑4.

22. Evolutis DPC. Guide DPC se former en 2014 [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.evolutisdpc.fr/_public/pdf/Guide_EvolutisDPCVF.pdf

23. Les groupes de pairs. Inf Psychiatr. 22 févr 2014;me 82(1):25‑8.

24. ODPCMV. Guide de fonctionnement d'un groupe d'échange de pratique [Internet]. 2015 janv [cité 10 févr 2016]. Disponible sur: http://www.odpc-mv.fr/IMG/pdf/guide_de_fonctionnement_d_un_gep_2.pdf

25. Tausch B, Härter M, Niebling W, Dieter G, Berger M. Implementation and evaluation of quality circles in general practice. Z Für Ärztl Fortbild. août 1995;89(4):402‑5.

26. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives. 2007 nov. (Questions d'économie de la santé n° 127). Report No.: 1675.

27. Cohen-Léon S. Groupe Balint. Approche Balint. Rev Psychothérapie Psychanal Groupe. 9 juill 2008;(50):141‑8.

28. Raineri F. Le Groupe de Pairs en médecine générale : modalités de fonctionnement et typologie des participants en 2001. Documents de recherches en médecine générale - Société française de médecine générale. 2002;(59):12‑8.

29. Brami J. EPP et groupe d'analyse de pratiques entre pairs : l'association idéale pour le généraliste. Rev Prat Med Gen. 12 sept 2006;20(740/741):902‑4.

30. Morin C, Blondy D, Borrel M, Bui TV, Croixmarie F, Fontaine E, et al. Groupes d'échange de pratique. Développement professionnel continu des Internes en DES de Médecine Générale de l'Université Paris Descartes. Medecine. févr 2012;77‑84.

31. Haute autorité de Santé. Développement professionnel continu - Fiche méthode - Les staffs d'une équipe médico-soignante, les groupes d'analyse de pratiques (GAP), les pratiques réflexives sur situations réelles [Internet]. 2014 mai. Disponible sur: https://studylibfr.com/doc/2006174/les-staffs-d-une-%C3%A9quipe-m%C3%A9dico-soignante--les-groupes-d-a...

32. Haute autorité de Santé. Une démarche d'amélioration de la qualité. Les groupes d'analyse des pratiques entre pairs [Internet]. 2006. Disponible sur: https://www.irbms.com/download/documents/HAS-groupes-analyses-pratique-entre-pairs.pdf

33. SFMG. Le Groupe de Pairs°. Le plaisir de se former ensemble [Internet]. Disponible sur: http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_categorie/182/fichier_groupe_de_pairs9e37e.pdf

34. SFMG. Société Française de Médecine Générale : Déroulement d'une réunion [Internet]. [cité 17 mai 2017]. Disponible sur: http://www.sfmg.org/groupe_de_pairs/deroulement_d_une_reunion/

35. Alami S, Desjeux D, Garabuau-Moussaoui I. L'approche qualitative. Que Sais-Je. 7 févr 2013;2e éd.:11‑29.

36. COLLEGE DE MEDECINE GENERALE DE NICE (CAGE) - Recherche qualitative [Internet]. [cité 13 juin 2016]. Disponible sur: http://www.nice.cnge.fr/rubrique.php3?id_rubrique=53

37. Département de médecine générale. Enseignement de recherche [Internet]. 2010 mars; Paris 7. Disponible sur: http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/Outils%20methodo%20pour%20la%20these/2recdonn.pdf

38. Conseil Régional Aquitaine Ordre des Médecins. Les maisons de santé pluridisciplinaires [Internet]. [cité 9 juin 2017]. Disponible sur: http://ordre-medecins-aquitaine.org/page.php?nom=conseil-regional-maisons-de-sante

39. Agence Régionale de Santé. Implantation des maisons de santé pluridisciplinaire et des pôles de santé 2015 [Internet]. 2015 [cité 9 juin 2017]. Disponible sur: http://www.poitou-charentes.paps.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/PAPSPoitouCharentes/J_EXERCE/01-travailler_en_execice_coordonne/Exercice_coordonne/MSP_POLES_Septembre2015_ZAP2014_ZOC2011.pdf

40. Touboul P. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative [Internet]. 2013. Disponible sur: https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf

41. Touboul P. Recherche qualitative : la méthode des Focus Groupes. Guide méthologique pour les thèses en médecine générale [Internet]. 2011. Disponible sur: https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf

42. Alami S, Desjeux D, Garabuau-Moussaoui I. L'analyse et la restitution des résultats. Que Sais-Je. 7 févr 2013;2e éd.:107‑20.

43. Paillé P. La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche professionnalisante : douze devis méthodologiques exemplaires. Recherches qualitatives. 2007;27(2):133‑51.

44. Lucas-Gabrielli V. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). 2004;8.

45. Trefeil E. Freins au développement des groupes d'échange et d'analyse des pratiques (GEAP) en Gironde. [Thèse d'exercice]. [Bordeaux, France]: Université de Bordeaux; 2017.

46. Appe N. les groupes d'échanges de pratiques dans la formation médicale continue et la formation médicale initiale des médecins généralistes. Enquête qualitative à partir de 2 Focus Groups. [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2014.

47. Lajzerowicz N. Les groupes d'échanges et d'analyse de pratique en médecine générale : une méthode pédagogique à diffuser ? Bordeaux; 2013.

48. Poracchia A-C. Le groupe de pairs, une technique de formation médicale continue ? [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2005.

49. Gamel S. Les groupes de pairs en médecine générale: opinion des participants lorrains [Thèse d'exercice]. [France]: Université Henri Poincaré-Nancy 1. Faculté de médecine; 2005.

50. Berthier A. Le bénéfice collectif et les usages possibles des Groupes de pairs. Documents de recherches en médecine générale - Société française de médecine générale. 2002;(59):36.

51. Berthier A. Qualité du savoir-être et dynamique des groupes de pairs°. Documents de recherches en médecine générale - Société française de médecine générale. 2002;(59):22p.

52. La Rédaction. Débat : Groupes d'analyse de pratique entre pairs. Rev Prat Med Gen. 18 avr 2005;19(690/691):522‑3.

53. La Revue du Praticien Rédaction. Les groupes de pairs et la démarche EBM. Rev Prat Med Gen. 23 mai 2005;19(694/695):654‑6.

54. Gallet N. Analyse des facteurs influençant le travail du médecin généraliste remplaçant. [Thèse d'exercice]. [Lyon]: Claude Bernard Lyon 1; 2015.

55. Zipper A-C. L'inter-formation en groupe d'analyse de pratique entre pairs en médecine générale: approche socio-anthropologique [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2012.

56. Dupagne DD. Formation Médicale Continue : bientôt la FMC 2.0 ? [Internet]. [cité 9 oct 2018]. Disponible sur: https://www.atoute.org/n/article64.html

57. ANAES. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Acta Endosc. janv 2000;28(2):151‑5.

58. Gallais JL. Règles du jeu, effets et enjeux des groupes de Pairs comme procédure dans le soin, la formation et la recherche. Doc Rech Med Gen. juin 2002;(59):6‑11.

59. Benyahia Hamon L. Les facteurs influençant le choix des modalités de formation médicale continue des jeunes médecins généralistes : enquête auprès de trois promotions issues de l'université d'Angers [Internet]. [Angers]: Université d'Angers; 2013. Disponible sur: http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20075982/2013MCEM1671/fichier/1671F.pdf

60. Vandermeer A. Critères de choix et stratégies d'évaluation des besoins de formation médicales continue : une enquête transversale descriptive sur un échantillon de médecins généralistes de région Centre. [Thèse d'exercice]. [Tours]: Université Francois Rabelais; 2012.

61. Ostermann G. Le syndrome d'épuisement professionnel. Essentiel des preuves; 2017 mars 18; Bordeaux.

62. SFMG. Guide d'analyse et de présentation des cas en Groupe de Pairs° [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_categorie/272/fichier_grille-analyse-gdp53e80.pdf

63. SFMG. A quoi sert le « Guide d'analyse et de présentation des cas en Groupe de Pairs° »? [Internet]. 2015 [cité 17 mai 2017]. Disponible sur: http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_categorie/272/fichier_manuel-guide-groupe-de-pairsfde8a.pdf

IX. ANNEXES

A. Annexe 1 : Guide de présentation des cas en GdP® (62)

SFMG
le plaisir de comprendre

Guide d'analyse et de présentation des cas en Groupe de Pairs®

1. LE PATIENT

Genre ☐ Masculin ☐ Féminin Age : Profession :
Vous êtes le médecin traitant ☐ Oui ☐ Non
Particularités importantes pour la prise de décision (sociales, familiales, professionnelles, psychologiques, etc.)

2. LE CADRE DE LA RENCONTRE

☐ Consultation ☐ Visite à domicile ☐ Visite en institution ☐ Autre :
☐ Patient vu seul ☐ Patient accompagné par :

3. LA DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

Motif(s) de consultation (Les mots du patient. Qui est à l'origine de la consultation ? Quelles sont les attentes du patient ?)

Antécédents, pathologies en cours, et facteurs de risque utiles à la prise de décision

Données cliniques (anamnèse et examen clinique) et **paracliniques** utiles à la prise de décision

Relation médecin-patient (éléments ayant influé sur la démarche diagnostique)

Résultats de consultation (diagnostics) retenus

4. LES DECISIONS PRISES

Nature des décisions : *(ordonnance, recours spécialisé, hospitalisation, arrêt de travail, soins paramédicaux, procédure administrative etc.)*

5. LA REFLEXION A DISTANCE DE L'ACTION

Références bibliographiques ayant aidé à la prise de décision, **en situation de soin**

Références bibliographiques ayant été consultées **pour l'analyse a posteriori**

Informations retenues, extraites de ces publications :

Les décisions prises étaient-elles conformes aux données de la littérature ? ☐ Oui ☐ Non
Si non, quels ont été les **autres facteurs décisionnels ?**

- Besoins, attentes, représentations et préférences du patient
- Représentations, attentes et préférences du médecin,
- Offre locale de soin
- Difficultés pendant la consultation, relation médecin-patient

6. LES PROBLEMES SOULEVES

Par le médecin :

Par le groupe :

7. LES POINTS A ECLAIRCIR

© Société Française de Médecine Générale - 2015

B. Annexe 2 : Manuel du guide de présentation des cas en GdP®(63)

SFMG
le plaisir de comprendre

À quoi sert le « Guide d'analyse et de présentation des cas en Groupe de Pairs® » ?

Ce guide a pour objectif d'aider le médecin, s'il le souhaite, à organiser sa pensée avant et pendant la réunion de Groupe de Pairs® et lui permet de repérer les éléments majeurs de sa démarche décisionnelle. En utilisant ce guide chez lui, tranquillement, à distance de l'action, le médecin analyse rétrospectivement sa pratique en prenant conscience du cheminement de sa décision dont il fera, in fine, le récit aux autres.
La structuration de la consultation « passée » permet au médecin de présenter les problèmes soulevés avec précision et d'éviter les digressions au cours des débats qui suivent la présentation aux pairs. Le premier temps des groupes de pairs est ainsi plus efficient.

1. L'analyse de la pratique

1. Les éléments de la démarche diagnostique

- Quelles sont les plaintes et demandes implicites et explicites du patient ?
- Quels sont les antécédents et comorbidités en cours utiles à la décision [Contexte bio médical) ?
- Quels sont les éléments de l'anamnèse utiles à l'analyse ?
- Quel type d'examen clinique a été réalisé (ou pas) et pourquoi ?
- Quels risques graves éventuels ont été éliminés ?
- Quels diagnostics (diagnostic, problème de santé) ont été retenus ?

Pour aller plus loin, lire la démarche diagnostique en consultation sur le site de la SFMG.

2. Les éléments de la démarche décisionnelle

Le médecin s'engage à assurer au patient des soins fondés sur les **dernières données acquises de la science.** Il doit également s'astreindre à **une décision partagée** avec son patient (en dehors d'un contexte d'urgence vitale)

La démarche décisionnelle est le plus souvent un compromis entre **plusieurs déterminants** :

- Les données de la science lorsqu'elles existent. (Recommandations, publications Scientifiques…)
- **Le patient** (ou son entourage) quelles sont ses demandes ? Ses attentes ? Ses croyances ? Ses représentations ?
- **L'offre locale de soins (contraintes de RV, éloignement des ressources, difficultés d'accès (pas de voiture, route enneigée, soins trop onéreux ou mal remboursés)**
- **Le soutien social** (voisins, amis, proches, réseau social…)
- La situation personnelle du médecin : fatigue, charge de travail, personnes sur lesquelles le patient peut compter ou qui influencent ses décisions, expérience récente difficile, malade, gestion de la consultation difficile, fin de journée…

In fine le médecin doit faire la part des choses entre le possible, le souhaitable et le réalisable, le faire, le laisser faire, l'arrêter de faire mais dans tous les cas il doit pouvoir **argumenter ses décisions devant ses pairs**. Voir la démarche décisionnelle en médecine générale

3. Analyser les problèmes rencontrés au cours de la situation

- Difficultés perçues ? (recueil de données, connaissance, relation avec le patient, disponibilité…)
- Quelle **recherche documentaire** effectuée pour appuyer ses décisions ?
- **Autres ?**

2.L'analyse des déterminants intimes du médecin

Le médecin devrait prendre un temps pour se questionner sur ses présupposés, ses valeurs, croyances, son acceptation du cadre social, tous éléments qui ont dirigé de façon plus ou moins consciente son attention, ses réflexions et ses décisions.

© Société Française de Médecine Générale - 2015

C. Annexe 3 : Mail de recensement du 8 novembre 2016

Bonjour,

Dans le cadre de ma thèse qui porte sur les groupes de pairs et de l'apport de l'étude d'un cas clinique, dans l'exercice quotidien, je cherche à recenser les médecins généralistes remplaçants en Aquitaine participant à cette formation.

Avez-vous ce type d'information ? Savez-vous vers qui pourrais-je me renseigner ?

Merci par avance de votre réponse.

Cordialement

Audrey Mangin
Médecin généraliste remplaçante

D. Annexe 4 : Mail de relance du 06 juin 2017

Chers confrères,

Je me permets de vous contacter, dans le cadre de ma thèse, car je recherche des médecins généralistes remplaçants faisant partie d'un groupe de pairs.

Ma thèse porte sur les groupes d'échanges et d'analyse de pratiques entre pairs et je m'intéresse à une population de jeunes médecins généralistes remplaçants, thésés ou non, participant à un GEAP et ayant fini le DES entre 1 et 5 ans.

Participez-vous ou avez-vous connaissance de groupes de pairs et qui plus est, intégrant des médecins généralistes remplaçants ?

Si oui n'hésitez pas à me contacter, ainsi que ceux connaissant des personnes répondant à ces critères, par téléphone au 07 [redacted] ou par mail : [redacted]

En vous remerciant par avance du temps que vous m'accordez.

Bien cordialement

Audrey Mangin
Médecin généraliste remplaçante

E. Annexe 5 : Guide d'entretien avant modification

GUIDE D'ENTRETIEN

Thème : La formation médicale continue (FMC), type groupe d'échange et d'analyse de pratique entre pairs (GEAP), chez les jeunes médecins généralistes remplaçants, en Nouvelle Aquitaine. Etude qualitative à propos de l'apport des cas cliniques, présentés en réunion, pour la pratique.

Objectifs : Connaitre les apports du fonctionnement des GEAP dans l'exercice quotidien des médecins généralistes remplaçants en abordant précisément un cas clinique relaté en réunion. Secondairement, décrire le fonctionnement des GEAP, connaître l'impact sur la pratique de la résolution des problèmes abordés, de l'intérêt de la recherche bibliographique et de la mise à jour des connaissances.

Sélection de l'interviewé : Médecin généraliste remplaçant thésé ou non, volontaire, exerçant en Nouvelle Aquitaine et participant à un GEAP, 1 à 6 ans post DES.

Durée : 30 min

Enquêteur : MANGIN Audrey

« L'entretien sera enregistré si vous acceptez, et restera confidentiel et anonyme. Je ne vous appellerai que par l'initiale de votre nom tout au long de l'interview. »

Questions :

1. Typologie de l'interviewé :
    i) Année de naissance
    ii) Sexe
    iii) Situation maritale / enfant
    iv) Date de validation du DES (entre 1 et 6 ans)
    v) Faculté d'origine
    vi) Soutenance de thèse
    vii) Activité de remplacement (date de début, lieux, mode)
    viii) Participation à la FMC en 2016, ressources bibliographiques (+/-ENT)
    ix) Connaissance du GEAP
    x) Nombre d'année d'expérience de GEAP
2. Typologie du GEAP :
    i) Date de création du GEAP
    ii) Fréquence des réunions
    iii) Fonctionnement (nom, lieu, nombre de participant, structure encadrante, modérateur, secrétaire, tournant)
    iv) Modalité de présentation des cas (cas aléatoires, thématiques)
    v) Nombre de cas abordés en moyenne
    vi) Traçabilité (liste des participants, compte rendu : résumé, problèmes soulevés, recherches prévues, bilan annuel…)
    vii) Résolution des problèmes soulevés (en groupe, recherche bibliographique immédiate ou différée, avis d'expert…)

3. Cas clinique aléatoire de la séance précédente :
    i) Résumé du cas
    ii) Rôle de l'interviewé par rapport au cas (narrateur, passif/actif)
    iii) Questionnement sur le cas
    iv) Problèmes résolus
    v) Recherche bibliographique, ressources (facilité d'accès, validité, moteur de recherche)
    vi) Vérification et validité des ressources
    vii) Mise en pratique du cas (ce qui a été retenu, modification et apport sur la pratique)
    viii) (Apport de la formation du DES pour l'approche en GEAP du cas clinique et de la recherche bibliographique)
    ix) Besoin complémentaire en formation
4. Avis général du GEAP :
    i) Apport pour la pratique
    ii) (Apport de la formation du DES concernant la recherche bibliographique et les GEAP)
    iii) Changements à apporter au GEAP où il participe
    iv) Avis sur le rôle passif ou actif du participant concernant le cas traité

F. Annexe 6 : Guide d'entretien après modification

GUIDE D'ENTRETIEN

Thème : La formation médicale continue (FMC), type groupe d'échange et d'analyse de pratique entre pairs (GEAP), chez les jeunes médecins généralistes remplaçants, en Nouvelle Aquitaine. Etude qualitative à propos de l'apport des cas cliniques, présentés en réunion, pour la pratique.

Objectifs : Connaitre les apports du fonctionnement des GEAP dans l'exercice quotidien des médecins généralistes remplaçants en abordant précisément un cas clinique relaté en réunion, 1 à 6 post DES. Secondairement, décrire le fonctionnement des GEAP, connaître l'impact sur la pratique de la résolution des problèmes abordés, de l'intérêt de la recherche bibliographique et de la mise à jour des connaissances.

Sélection de l'interviewé : Médecin généraliste remplaçant thésé ou non, volontaire, exerçant en Nouvelle Aquitaine, 1 à 6 ans post DES et participant à un GEAP.

Durée : 30 à 45 minutes

Enquêteur : MANGIN Audrey

« L'entretien sera enregistré si vous acceptez, et restera confidentiel et anonyme. Si nécessaire je vous appellerai par l'initiale de votre prénom au cours de l'interview et l'enregistrement sera détruit après retranscription écrite de celui-ci. »

Questions :

1. Le fonctionnement du GEAP :
    i) Quelles sont les circonstances de votre participation à ce GEAP et depuis quand y participez-vous ?
    ii) Et l'ambiance ?
    iii) Comment fonctionne-t-il ? Y-a-t-il une traçabilité ?
    iv) Comment fonctionne une réunion ?
    v) Comment sont résolus, en général, les problèmes soulevés ? Et leur validité ?
2. Le cas clinique :
    i) Racontez-moi un cas qui vous a marqué lors de la dernière réunion.
    ii) Comment s'est déroulée la réunion autour de ce cas ?
    iii) Quels ont été les problèmes soulevés ?
    iv) Quelles réponses ont été apportées et comment ?
    v) En quoi les réponses amenées ont-elles une validité ? Quels sont les éléments qui valident les réponses apportées par le groupe ?
    vi) Quel a été l'impact sur votre expérience professionnelle ?
    vii) Précisez-moi votre rôle vis-à-vis de ce cas. Et quel est son impact sur votre pratique ?
    viii) En quoi votre statut de remplaçant interfère-t-il dans cette situation triangulaire ?
3. Les motivations et points de vue de l'interviewé sur le fonctionnement du GEAP :
    i) Pourquoi avoir choisi la formation par GEAP ?
        (1) Relance :
            (a) En quoi, pour vous, la formation par GEAP, est-elle un apport pour la pratique ? Est-ce qu'il y a des points que nous n'avons pas abordés ?
            (b) Cette expérience en GEAP vous fait-elle penser à une autre approche ? Si oui, en quoi ? En quoi la participation à des groupes d'enseignement vous a-t-elle sensibilisée à intégrer ces groupes de formation ?
            (c) Qu'est-ce qui vous manquait à la fin de la formation initiale ? Pourquoi aussi proche du DES ?
    ii) Quelles seraient vos suggestions pour améliorer ou adapter votre GEAP ?
    iii) Quelles sont vos perspectives dans ce groupe ?
4. Le profil de l'interviewé :
    i) Quelle est votre année de naissance ?
    ii) Sexe
    iii) Quelle est votre situation maritale ?
    iv) Avez-vous des enfants ?
    v) Depuis quand avez-vous validé votre DES ?
    vi) Quelle est votre faculté d'origine ?
    vii) Avez-vous soutenu votre thèse ? Si oui quand ?
    viii) Quelles sont vos activités de remplacement ?

« Ceci est la fin de notre entretien. Je vous remercie de votre participation. Avez-vous des remarques à formuler ou des éléments complémentaires que vous voudriez me donner ?
Si vous voulez je reste à votre disposition pour des questions ou autres remarques.»

G. Annexe 7 : Guide d'entretien de M2

VERBATIM M2

A représente l'intervieweur et M2 l'interviewé

A : J'aurai voulu savoir quelles étaient les circonstances de ta participation dans ce groupe de pairs ?
M2 : Comment, en fait, j'ai participé à ce groupe de pairs ? En fait tout simple, donc j'avais euh... j'avais participé à des groupes de pairs pendant mes stages en médecine générale et avec des maitres de stage et des profs. Et je me suis dit que c'était plutôt pas mal. J'avais beaucoup adhéré et euh.... et donc moi donc euh... après donc j'ai fini mon internat, j'ai commencé à faire des remplacements, il fallait que je fasse ma thèse bien entendu, donc là je me suis dit, là c'est impossible tant que je n'ai pas fini ma thèse, je ne pourrai pas m'y consacrer. Et du moment que j'ai passé ma thèse en 2014, je me suis dit puisque j'avais un petit groupe de copines qui étaient médecins, je leur ai dit que ça serait bien qu'on crée un groupe de pairs et c'est à ce moment, fin d'année 2014, on a décidé de se regrouper. Au départ, on était 4 et après ça a augmenté, jusqu'à,… on est 8 quand on est toutes là et euh... et puis voilà et puis en fait, le deuxième souci aussi c'est que souvent on se rencontrait dans des réunions labos et compagnie et on discutait beaucoup de cas et c'est vrai je vous dis que c'est vraiment dommage que pendant ces soirées-là qu'on discute pas d'autres choses et qu'on prévoit pas des soirées exprès, justement, pour discuter de ces problèmes-là. Voilà.
A : D'accord. Et il existe depuis donc 2014.
M2 : Ouais fin 2014.
A : Fin 2014 d'accord et euh... l'ambiance dans ce groupe ?
M2 : Bon enfant (sourire). C'est justement ce qu'on avait cherché. C'est que j'avais participé à ces groupes de pairs un peu académiques où c'était très sérieux. Des médecins d'un certain âge qui ont une certaine expérience, je m'étais dit non nous on a besoin, voilà on est jeune, il y a plein de situations qu'on n'a pas encore rencontrées, il ne faut pas qu'on puisse se juger, il faut qu'on puisse en rire, qu'on puisse s'aider et euh voilà et c'est parti de ça.
A : D'accord et euh comment fonctionne votre groupe de pairs ?
M2 : Alors on se réunit ... au mieux tous les mois donc des fois c'est tous les 1 mois et demi. Euh... donc ce qu'on fait, c'est qu'on prépare un cas qu'on n'a pas choisi donc on dit par exemple, la personne qui invite chez elle, parce qu'on change de personne tous les mois va dire euh... beh « vous allez prendre la consultation de la semaine dernière euh... l'avant dernière de mercredi » euh voilà. Donc comme ça on ne sait pas à l'avance laquelle c'est. On prend cette consultation-là, on en parle chacune notre tour pendant le groupe de pairs... et on voit s'il y a des problèmes ou s'il y a des questions qu'on aimerait approfondir. Donc s'il y a une question en particulier, beh la personne, pour la prochaine fois, va essayer de trouver une réponse euh et de nous l'apporter la fois d'après.
A : D'accord et donc les problèmes sont résolus comment, en général ?
M2 : Les questions ?
A : Les réponses, enfin oui les problèmes les questions...
M2 : Alors quand on a une question et beh euh.... chacun va chercher euh... un peu partout sur livre, sur internet.
A : pendant la réunion ?
M2 : Non pas pendant la réunion. Alors c'est vrai que souvent ça part un peu parce que chacun va dire un peu son opinion, bah oui « là j'aurais un peu fait ça moi j'aurais fait ça » et puis au final on se dit bon euh «tu vas chercher quelque chose de fiable pour savoir quelle est la vrai réponse » et on essaye de trouver quelque chose de plus fiable au possible.
A : Et concernant la réunion, comment ça se passe, est-ce qu'il y a un secrétaire, modérateur ?

M2 : A un moment, il y avait un secrétaire, on a vite lâché *(sourire)* donc chacun fait euh voilà on essaye de noter les problèmes euh… qui ont retenus et puis voilà, on fait une question par personne si on peut et s'il n'y en a pas, la personne ne fait pas. Il n'y a pas de modérateur non plus parce que voilà, on parle un peu les unes après les autres *(sourire)* voilà non on n'a pas ça.
A : D'accord. Et euh... les questions non résolues sont revues à la réunion d'après. Donc il y a plusieurs temps dans cette réunion ?
M2 : Oui il y a les temps des cas cliniques et il y a les temps des réponses aux questions.
A : D'accord.
M2 : Voilà, on a 2 temps, donc en général on commence par les réponses aux questions et on finit la deuxième partie sur les cas.
A : D'accord ok, alors .... Est-ce que tu peux me raconter un cas qui t'a marqué lors de la dernière réunion ?
M2 : Alors un cas qui m'a marqué. Un cas qu'on a résolu ? Ou un cas qu'on n'a pas résolu encore ?
A : Un cas qui a marqué.
M2 : Euh.... par exemple donc c'est vrai que comme on est des jeunes médecins souvent on a des questions euh.... sur les pathologies ou autres par forcément sur les diagnostics ou les traitements donc moi je sais que j'avais un cas d'un jeune enfant que j'avais vu euh pour une fièvre euh... qui était amené par sa mère, qui a priori était une otite mais le problème qu'il avait c'est qu'il avait un antécédent de syndrome de Marshall donc avec des fièvres récurrentes, où sa mère lui donnait régulièrement du Solupred pour les faire tomber. Et là, le questionnement, c'était justement euh « bah oui syndrome de Marshall euh moi ça me dit rien euh qu'est-ce que ça donne? Euh comment ça marche ? Euh qu'est-ce qui faut faire? À qui faut envoyer ? » Euh voilà donc c'est ça que je dois préparer pour la prochaine fois.
A : D'accord. Donc il y a toutes ces questions qui ont été ...
M2 : Voilà qui ont été retenues parce qu'il y en a qui connaissait pas du tout parce qu'on est des jeunes médecins, je pense que ce n'est peut-être pas les mêmes questionnements que quand on est plus âgé ou on connait, on a rencontré plus de personnes avec ça.
A : D'accord et il n'y a pas du tout eu de questions résolues là, ensemble pendant cette réunion ?
M2 : Ensemble ? Non bah en fait moi j'ai dit à peu près ce que je savais sur les fièvres récurrentes qui étaient…, qu'on utilisait des anti-inflammatoires, que c'était un peu, que c'est une maladie inflammatoire, qu'il y avait souvent des origines des Antilles, Malgache, tout ça. Mais après, non je n'ai pas pu leur dire exactement comment cette pathologie fonctionnait *(sourire).*
A : D'accord. Et en quoi finalement les réponses apportées, ont-elles une validité par rapport à ce cas ?
M2 : Bah c'est vrai que je fais toujours attention aux sources donc ça va être très important de dire bah « où est-ce que tu as trouvé ça ? » parce que voilà pour nous ça va nous aiguiller. Est-ce qu'on peut s'y fier et on va faire ça à chaque fois. On a eu le souci sur les dernières recos des infections urinaires, par exemple qu'on a été rechercher je ne sais pas il y a plusieurs mois en sachant est-ce que c'était vraiment une recommandation ou est-ce que c'était une société savante d'urologie voilà pour savoir s'il faut rester sur ça quoi, sur cette ligne-là. Après, on a des réponses un peu plus euh... vagues euh... oui sur certaines prises en charge je sais pas psychologiques ou des trucs comme ça, et là ça nous aide mais c'est pas clair et net, donc c'est vrai que la source va être très importante à savoir si c'est une reco, si elle vient de l'HAS, quel niveau de preuve, tout ça.
A : D'accord et en quoi les réponses apportées par le groupe ont une validité ? Donc juste les réponses apportées par soi, sans les recherches bibliographiques ?
M2 : Les réponses qu'on va...
A : Apportées de soi-même ?
M2 : Et beh, ça nous aide dans notre pratique, dans le sens que ça peut la faire évoluer je sais pas s'il y a des choses qu'on va pas forcément connaitre ou... on ne va pas connaitre les dernières recos ou des choses comme ça, ça va nous... on va les avoir.
A : Mais les réponses apportées via votre expérience, pour vous c'est valide ou pas ?
M2 : Oui et non *(sourire)*

A : C'est-à-dire ?
M2 : C'est-à-dire que, c'est toujours intéressant de connaitre l'expérience de l'autre, quel retour il en a mais je pense qu'après *(souffle)* euh ... moi, en tout cas moi, je ne vais pas forcément rester sur ça, moi je pense que je vais me baser sur ce qui est dit, ce qui découle d'étude, mais après si on me dit qu'on a remarqué que l'arnica ça marche hyper bien, je suis d'accord mais pas forcément le retenir parce que pour moi , l'avis d'une personne, c'est pas forcément l'avis fiable.
A : Et si le groupe est du même avis ?
M2 : ... Pourquoi pas. *(sourire)* Oui si, par exemple, on me dit si tu as fait bon par exemple pour le gamin en question j'ai mis un antibiotique, si on me dit bah nous aussi on aurait fait ça ok, ce n'était pas une fièvre récurrente bah oui ça me conforte dans ce que je pense ouais, mais tout dépend, tout dépend.
A : Et donc par rapport à ce cas, quel est l'impact finalement sur ta pratique professionnelle ?
M2 : Par rapport à ce cas-là ?
A : Oui à ce cas-là.
M2 : Ah bah une meilleure connaissance! Parce que quand tu es devant le patient, et qu'il dit que j'ai un syndrome de Marshall et si tu connais un peu mais pas trop euh... bon bah il y a des fois où on te pose des questions un peu plus pointues tu sais pas répondre et c'est vrai que tu es là oui tu dis des choses un peu vagues et les gens ils attendent quelque chose d'un peu plus précis donc oui il faut....
A : Et à la suite de ce cas, ... ça aura un impact sur ta pratique ?
M2 : Bien sûr, sur l'information que je vais donner. Euh ... moi par exemple, l'exemple que j'avais aussi qui m'a pas mal aidé, sur les prises en charge de frottis donc euh quand il y a avait un résultat ASCUS, qu'est-ce qu'il fallait faire et tout ça. Avant, je ne m'étais jamais posé la question, j'ai eu le cas en direct euh... j'ai ... on va dire que j'ai ramé complet *(sourire),* j'ai répondu très mal à la personne, je ne savais pas du tout. Et en fait, le fait d'en parler, le fait de trouver la réponse et après c'était clair et maintenant c'est nickel, maintenant je ne bafouille plus, il n'y a plus aucun problème. Donc je pense que oui, par rapport à ça, il faut clarifier les choses, c'est nécessaire.
A : D'accord. Et en quoi ton statut de remplaçante interfère-t-il dans cette situation triangulaire ? Entre remplacé-remplaçant et patient ?
M2 : C'est-à-dire ? *(sourire)*
A : Est-ce que ça interfère ? Est-ce que le fait d'être remplaçant change l'impact sur la pratique, dû à ce cas? Est-ce que la prise en charge est différente parce qu'on est le remplaçant par rapport au remplacé ?
M2 : Est-ce que par rapport à ce cas, c'est différent parce que je suis remplaçante ?
A : *Hochement de tête*
M2 : Euh ... bah je dirai que c'est différent parce que je ne connais pas l'enfant et que je n'ai pas suivi l'évolution de sa maladie donc en fait quand j'ai un peu regardé les courriers, heureusement que j'avais regardé avant parce que sinon voilà.... j'ai regardé un peu les courriers. Au départ, il venait pour des fièvres aux urgences, et puis ils savaient pas trop et puis au fur et à mesure ils se sont posés la question d'un vrai syndrome de Marshall et... puis voilà je pense que le médecin est un peu au courant de la situation, a dû avoir plusieurs fois affaire à lui et se rendre compte qu'il avait des fièvres et puis au bout d'un moment bah oui il a reçu ce courrier-là et compris ce qu'il avait, peut-être qu'elle a recherché aussi ce qu'il avait alors que moi je suis remplaçante, donc je connais pas les gens, j'ai pas le temps d'aller chercher, de trouver une réponse quoi. Donc c'est vrai qu'en groupe de pairs. C'est le moment justement pour approfondir la chose et pour s'y tenir. Parce qu'on ne le fait pas forcément quand on est là et qu'on se dit qu'il faut qu'on regarde et finalement on regarde jamais.
A : D'accord. Alors pourquoi finalement avoir choisi la formation par GEAP ?
M2 : Parce que c'est sympa! *(sourire)* Ouais parce que c'est l'occasion, on va dire, de se retrouver entre médecins pouvoir discuter, d'être décontracté, de problèmes qu'on a rencontrés même si on a fait des ...grosses bêtises, ce qui arrive. Il y en a qui nous les raconte.... eh beh on est là pour dire beh « ouais mais tu vois moi aussi peut-être que je serai passé à côté », pour dédramatiser euh oui il y a un côté psychologique aussi, bien entendu, qui est différent des formations labo, des formations comme le DPC ou autre. C'est un moyen de rencontre et euh... moi c'est ça que j'ai privilégié.

A: D'accord. Est-ce qu'il y a d'autres points par rapport à son apport sur la pratique que tu voudrais aborder?
M2 : Alors moi le souci que j'ai rencontré, j'en ai parlé aux autres personnes, c'est que euh... bon j'avais rencontré le groupe de pairs du Dr C, Dr G quand il était encore en activité. Euh... ils avaient créé, je ne sais pas si tu en as entendu parler, une base de données qui s'appelait REvE, qui réunissait tous les comptes rendus des questions sur ce truc-là.
A : Non
M2 : Et euh avec des sources fiables et tout ça. Et euh... et en fait ce que j'avais dit aux filles, c'est que bah quand on apporte des réponses comme ça on ne les garde pas. Et j'ai dit, ça c'est un problème parce que sincèrement moi je ne m'en souviens pas des fois. Alors on avait fait des trucs sur je ne sais pas moi, adénome de prostate, prise en charge, tout ça. Moi j'ai dit il y a des trucs que j'oublie et c'est pour ça que j'avais émis l'hypothèse de regrouper tout ça euh ... bah ou sur une base de données, ou sur un site pour pouvoir y accéder rapidement en consultation en tapant le mot clé et avoir la réponse qu'on a apportée toutes en groupe de pairs.
A : D'accord
M2 : Et je pense qu'on va tendre vers ça. Elles ne sont pas du tout informatiques mais mon conjoint est informaticien et je m'y connais un peu donc je pense qu'on va partir vers ça. C'est dommage de perdre tous ces éléments.
A : D'accord. Et il y a d'autre chose que tu aimerais améliorer ou adapter dans ce groupe ?
M2 : Non. Je sais qu'elles discutent beaucoup sur euh on choisit la consultation ou on ne choisit pas parce que effectivement à force on va tomber sur des rhino et puis on a déjà toutes les réponses. Mais moi je ne suis pas trop ok parce que je pense que les histoires de chasse en médecine générale c'est pas forcément ce qu'on voit le plus et euh... surtout je pense que des fois on voit des choses très régulièrement et on peut faire des erreurs quand même donc je pense qu'il faut réviser quand même tout ça
A : D'accord et est-ce que cette expérience de groupe de pairs te fait penser à une autre approche ?
M2 : A une autre approche ? Euh...
A : Ou est-ce que tu as déjà eu l'occasion de faire ce genre de formation mais dans un autre contexte ?
M2 : Moi le truc, alors je ne sais si ça peut répondre à ta question, les groupes Balint, je trouve ça très intéressant. Et ... avoir un psychiatre qui puisse nous aider sur les problèmes psy, je trouve en médecine générale c'est quand même les bases.
A : Et donc tu as déjà assisté à des groupes Balint ?
M2 : Non mais c'est vrai que ça pourrait m'intéresser.
A : D'accord. Donc tu parlais d'avoir été sensibilisée au groupe de pairs par tes maitres de stage, est-ce qu'il y a autre chose qui t'a sensibilisé à ces groupes de formation ?
M2 : aux groupes de pairs ? .... Non je ne vois pas, non pas forcément.
A : Non ? D'accord. Et en fait qu'est-ce qui te manquait à la fin du DES, pour te dire… ?
M2 : Pour que je commence immédiatement ? Le temps et puis je n'étais pas dedans du tout. J'étais dans ma thèse, c'était ma thèse quoi. *(sourire)* Il faut la passer.
A : Alors après tu l'as commencée assez tôt finalement, c'était à peu près 1 à 2 ans après la fin du DES. Mais pourquoi aussi tôt finalement ?
M2 : Pourquoi aussi tôt ? Parce que moi je n'avais pas envie d'exercer la médecine toute seule, la médecine générale. Donc dès le début je me suis dit, voilà tu es seule dans un cabinet euh beh non je pense qu'il faut partager, il faut évoluer et.... c'est vrai que dans les groupe de pairs, à chaque fois, on apprend des choses quoi, dire tu te rends compte que finalement bah quand tu ne viens pas, il y a plein de choses que tu méconnais et ... non je n'ai pas envie de finir comme ces vieux médecins qui prescrivent des trucs qui n'existent plus. Voilà, ça me fait un peu peur ça ouais. Et voilà quand tu quittes la fac, tu es livrée à toi même et donc je pense que la formation c'est important, et la formation de ce type aussi.

A : D'accord. Et alors je reviens sur le rôle au moment de la réunion. Pour toi est-ce, enfin en quoi il peut y avoir une modification sur la pratique quand on est acteur ou alors simplement auditeur du cas ?
M2 : Euh... est-ce que ça va plus modifier notre pratique si on est acteur du cas ou auditeur ?
A : Oui
M2 : Je pense que je dirais que ça le modifie plus quand on est acteur parce qu'on le vit. Après tu as les apports des autres mais les autres ils n'y sont pas donc en médecine générale, il y a plein de choses, on réexplique le cas mais il y a plein de choses qu'on ne peut pas dire, on n'a pas de vidéo pour montrer comment se comportent les gens, je pense qu'il y a moins d'impact sur les auditeurs, sauf si ça rappelle un cas qu'on a eu et on va dire j'ai eu tel cas et là oui ça va avoir oui un peu plus d'impact. Je pense.
A : D'accord. Euh ... et quelles sont tes perspectives dans ce groupe ?
M2 : Continuer *(sourire),* non je n'ai pas, oui comme je te disais l'histoire de peut-être regrouper les réponses pour en avoir accès plus facilement en consult, tout ça. Euh ... mais sinon je n'ai pas de perspective parce qu'on est déjà 8 et je pense que là 8 c'est la limite après ça devient beaucoup. Et puis ...
A : Vous vous réunissez les 8 à chaque fois?
M2 : Il y a souvent des absents, des absentes! Parce qu'on a essayé d'intégrer des garçons mais les garçons quand ils voient qu'il n'y a que des filles ils ne veulent pas venir.
A : D'accord et la moyenne d'âge ?
M2 : La moyenne d'âge je dirai 35.
A : D'accord donc c'est jeune. D'accord vous êtes de la même zone géographique ?
M2 : Oui ça va d'[redacted] jusqu'à [redacted].
A : D'accord.
M2 : Sud Landes et Pays Basque.
A : D'accord. Très bien. Donc pour finir, quelques questions sur toi pour finir l'interview sauf si tu as des choses à rajouter sur la formation du groupe de pairs.
M2 : Je pense que je t'ai tout dit.

H. Annexe 8 : Guide d'entretien de M6

VERBATIM M6

A représente l'intervieweur et M6 l'interviewé

A : Depuis quand existe le groupe de pairs dont tu fais partie actuellement ?
M6 : Euh février 2016. C'est ça ? Si février 2016.
A : Ok.
M6 : Depuis 1 an et demi.
A : D'accord. Et quelles ont été les circonstances de ta participation à ce groupe de pairs ?
M6 : Euh bah c'est moi qui l'ai créé. Parce que, euh, j'avais euh, je suis arrivée ici, je ne connaissais personne. Je me sentais un peu seule dans mes remplacements donc c'était une manière de, de ... de rencontrer d'autres remplaçants et d'échanger sur sa pratique. Euh, et puis quand on sort de l'internat, on est un peu..., euh il peut y avoir un fossé quoi entre, euh…, on sort de l'internat, on a été, enfin moi là où j'étais, on était bien encadré et puis quand on arrive euh, quand on arrive pour remplacer euh... beh on se sent un peu seul et pas forcément en accord avec ce qu'on ... avec ce qu'on voit, avec les médecins qu'on remplace. Euh et du coup, voilà, c'était pour euh..., c'était pour ça, pour rencontrer du monde et pouvoir échanger avec d'autres jeunes médecins. Et... me ... me forcer à progresser dans ma pratique, me booster, me motiver pour faire des recherches euh... voilà.
A : D'accord.

M6 : Je ne sais pas si j'ai bien répondu à la question.
A : Oui, et c'était ton premier groupe de pairs ?
M6 : Non quand j'étais interne, en stage de niveau 1, j'avais une de mes praticiens qui était en groupe de pairs et j'étais allée à 2 réunions avec elle et c'est comme ça que j'ai connu. Et en fait, j'ai aussi des amies euh... 2 amies internes qui participaient à des groupes de pairs en tant que vieilles internes remplaçantes dans un département où il n'y a pas beaucoup de médecins, donc il y avait qu'un seul groupe de pairs dans le département, avec des médecins de plusieurs générations, et ça leur apportait beaucoup et j'en avais appelé une justement pour lui demander comment elle fonctionnait et elle m'avait bien... expliqué.
A : D'accord. Et euh l'ambiance dans ce groupe ?
M6 : Bah je la trouve bonne (*sourire*). Parce que je pense qu'on recherche tous aussi ce côté convivial. Euh donc l'ambiance est bonne, euh à tel point que parfois on… je trouve pas mal dans des digressions où on met un peu de temps à se mettre au travail euh mais euh je pense qu'on est content, enfin en tout cas moi je suis contente d'y aller à chaque fois. De voir qu'on n'est pas tout seul à avoir les... mêmes problèmes quoi.
A : D'accord. Et comment il fonctionne ?
M6 : On se réunit une fois par mois. Euh ... C'est toujours chez les mêmes personnes parce qu'ils ont des enfants euh qui voilà c'est difficile de les faire garder parce que c'est un couple qui travaille tous les 2, enfin qui sont médecins tous les deux et qui participe au groupe de pairs tous les 2.... Euh et un de nous amène le diner. On commence par euh.... par euh... manger et puis faire ... les points recherches qui ont été décidés la fois précédente, mais c'est vrai que c'est n'est pas forcément bien carré et bien fait je pense. Euh... et puis, à l'issue du diner, on prépare, on présente chacun le cas clinique qu'on avait décidé. Euh... qu'on avait décidé par avance. Et ... on échange autour de ce cas clinique. Au début, j'avais préparé une trame pour les premiers groupes de pairs puisque la plupart ne connaissait pas le principe. On essayait de bien respecter la trame, euh... on présentait bien son patient, après les problématiques que l'on avait, les problématiques que ça soulevait, les points recherches que l'on devait faire. Maintenant c'est un peu plus spontané, on va dire.
A : D'accord. Et il y a un secrétaire ?
M6 : On essaie de fixer un secrétaire et un modérateur, qui respecte le temps, qui essaie de donner la parole à chacun.
A : D'accord.
M6 : Mais c'est vrai que le modérateur, euh ouais... il y a des choses qui deviennent un peu spontané, qu'on ne fait plus trop maintenant je pense.
A : D'accord. Et pour les comptes rendus il y a une traçabilité à chaque fois ?
M6 : Donc le secrétaire écrit un compte rendu oui.
A : Et il y a une structure encadrante à ce groupe de pairs ?
M6 : Il n'y a pas de structure encadrante. Euh... par contre, pour quand je l'avais monté, je m'étais basée sur des documents de la SFMG euh ... bah qui expliquaient en fait, comment monter un groupe de pairs, enfin les principes du groupe de pairs. Euh... ouais voilà.
A : Ok. Et en général, comment sont résolus les problèmes soulevés pour chaque cas clinique ?
M6 : Bah on va dire par l'apport de chacun, euh... que ça soit euh... parfois c'est du bon sens, parfois c'est euh on regarde directement sur euh ... sur le Vidal ou sur des recommandations euh ... sur internet, qu'est-ce qu'on utilise ? On a utilisé Prescrire déjà. Et puis pas mal par l'apport de chacun en fait euh ... puisqu'on a tous des petites compétences dans différents domaines je pense. Euh... et parfois la personne qui présente le cas, a déjà réfléchi à la question et a déjà fait des recherches d'elle-même. Puis parfois on ne résout pas le problème et du coup on... on désigne quelqu'un pour euh... pour faire des recherches pour la fois d'après.
A : D'accord. Et euh... dans le groupe c'est toutes des personnes de même génération ?
M6 : Ouais, à quelques années près. Mais il y aura une remplaçante qui m'a dit qu'elle était intéressée mais elle est plus vieille enfin elle a peut-être 45 ans et elle a toujours été remplaçante. Donc je pense que ça peut être intéressant aussi. C'est ça qui fait la richesse.... Ma copine qui était dans un groupe de pairs avec des médecins, quand elle était interne, il y a avait des remplaçants, des

médecins installés et je pense que c'était peut-être encore plus riche d'avoir euh ... d'avoir ce mélange de générations quoi.
A : Et de mode d'exercice ?
M6 : Et de mode d'exercice aussi oui. Mais là, dans notre groupe de pairs, il y a une des participantes qui était interne jusque récemment et c'est vrai je trouve qu'elle nous apportait aussi euh ... euh d'autres choses euh dont on a plus trop l'habitude et qui peuvent nous servir.
A : D'accord. Alors tu vas me raconter un cas qui t'a marqué alors soit lors de la dernière réunion, soit d'une réunion précédente, si la dernière réunion, rien ne t'a marqué.
M6 : Faut que je réfléchisse... hum... Euh. Alors mes cas je m'en souviens mieux mais ... euh... alors ouais si ah si je me souviens par exemple... euh... Si ! Il y avait un cas, ça devait être le premier cas de la journée, donc ce n'était pas le mien, c'était celui d'une… d'[redacted] d'ailleurs. Euh... qui avait été appelée à domicile pour une patiente qui ... avait des diarrhées euh... importantes, une patiente âgée et puis en fait... je crois quand elle est arrivée, elle était hypotendue et puis euh, elle lui a fait faire une analyse de sang, elle avait une euh, elle devait avoir une hypokaliémie, je ne sais plus à combien, à 3 quelque chose comme ça. Et elle n'allait pas très bien mais elle voulait absolument ne pas être hospitalisée. Donc les problématiques soulevées, donc ça avait été, en gros, comment on peut gérer cette hypokaliémie à domicile euh... C'est vrai qu'il n'y avait pas de problématique bien ciblée mais le sujet euh... était quand même intéressant parce que ça peut nous arriver à tous. Hum une patiente qui ne veut pas être hospitalisée, qui est quand même euh... qui a toute sa tête etc. mais qui vit toute seule chez elle. Et du coup, elle lui avait donné du Diffu k ... euh et puis hydratation per os. Enfin elle avait réglé le truc à domicile mais elle y allait tous les jours, heureusement elle avait le temps d'y aller tous les jours. Et on s'était posé la question du potassium, non on s'était posé la question de ce qu'on peut mettre dans les perf sous-cutanée, notamment si on pouvait mettre du potassium ou pas. Et euh... a priori c'était non, mais on a reposé la question ensuite aux gériatres euh... parce qu'avec une des filles du groupe de pairs, il y avait la soirée avec les médecins d'[redacted], donc il y avait les gériatres qui y étaient, donc on leur a posé la question si on pouvait mettre un petit peu de potassium ou pas. Théoriquement non... euh... on a recoupé un petit peu plusieurs sources euh... euh... voilà, je pense à ce cas-là parce qu'on y a réfléchi après ... et on a chacun… voilà on avait des réponses différentes, il y en avait qui disait qu'on pouvait mettre un peu de potassium, d'autre non. Voilà après, je parle de ce cas-là mais il peut y avoir des cas où c'est plus des problématiques sociales.
A : Mais celui-là tu t'en rappelles?
M6 : Oui je m'en rappelle bien.
A : Et pour le coup, en quoi les réponses qui ont été amenées ont pour toi une validité ?
M6 : Pourquoi elles sont valides ? Euh... Bah ça dépend de la source, de la source de l'information quoi. Euh... notamment bah .... L'ancienne interne, enfin celle qui vient de finir son internat, qui était passée en gériatrie et en médecine interne, euh...pour moi c'était assez fiable sa source venant de l'hôpital, enfin moi aussi j'avais une source de l'hôpital qui disait qu'on pouvait mettre du potassium mais euh...
A : Qui était contradictoire ?
M6 : Ouais... du coup, là, il n'y avait pas de source, là il n'y avait pas de source documentée type HAS ou autre mais euh... c'était plutôt des référents hospitaliers, la source, les gériatres.
A : Et de même en quoi finalement c'est valide les réponses apportées par le groupe ?
M6 : Bah parce que euh... il y a l'expérience des personnes qui ont pu euh... avoir déjà cette situation dans le groupe et puis euh... ouais je pense que l'expérience de ses pairs c'est une forme de validité même si euh même si ce n'est pas la validité euh telle qu'on l'entend quand on est ... enfin voilà ce n'est pas des études, mais c'est un partage d'expérience et je pense que ça a une forme de validité quand même.
A : D'accord. Ok. Et euh le fait de ... d'être euh enfin est-ce que pour toi y-a-t-il une différence d'être auditeur du cas ou d'être acteur du cas sur la pratique ?
M6 : Ouais je pense, bah maintenant que tu poses cette question, je pense que je retiens mieux les cas des autres, je ne me souviens même plus de quoi j'ai parlé moi la dernière fois. Euh...

A : Ça t'apporte plus parce que tu le retiens ou ça t'apporte plus parce que tu as revu un patient ou est-ce que ça t'a fait penser à un dossier personnel et ça a modifié ta pratique ?
M6 : Ca m'apporte plus parce que je les retiens je pense. Alors que moi, finalement, les cas que je présente, j'ai déjà fait d'une certaine manière et c'est plus, je pense, pour euh… pour me conforter un peu, pour savoir si j'ai bien fait, que, que, ... la réponse des autres sert à me conforter dans la manière que j'ai faite, enfin... tu vois ce que je veux dire ?
A : Oui.
M6 : Alors que parfois je peux dire des choses euh... qui sont pas forcément, ... je n'ai pas forcément fait de la bonne manière et c'est intéressant d'avoir d'autres avis, mais en fait euh voilà je retiens mieux, je pense, les cas des autres.
A : Pour quelles raisons ?
M6 : Euh... Je suis peut-être plus attentive au fait de... de... de savoir ce que eux ils ont fait, de savoir ce qui leur a posé problème à eux et je me pose la question de savoir, bah moi qu'est-ce que j'aurais fait, ça m'aurait posé problème à moi aussi. Je suis peut-être plus ouverte au cas des autres qu'au mien, parce que j'ai déjà fait d'une certaine manière moi et du coup c'est difficile pour moi de revenir en arrière sur ma manière de faire.
A : D'accord. Parce que de ton statut de remplaçante ou... du fait que tu ne verras peut-être pas le patient à nouveau ?
M6 : Non, ça ne change pas trop ça. Ça...que je sois la remplaçante, ça ne change pas.
A: Ca veut dire que si tu revois un patient avec un problème similaire, est-ce que tu modifierais ?
M6 : Ouais, si je revois un patient avec un problème similaire, je vais quand même me souvenir euh de ce qu'on a dit ensemble et... jusque modifier ma pratique hum... ouais ... on avait pas mal parlé par exemple des ... AINS dans les infections euh... et... moi j'avais une position très claire là-dessus. Euh qui était que je ne voulais pas en prescrire, le moins possible. Euh la cortisone le moins possible quand c'est un problème infectieux et en fait je me rends compte qu'à force de remplacer des médecins qui en prescrivent euh... Voilà les anti-inflammatoires sur une angine a priori pas bactérienne ou même sur une angine bactérienne sous couvert des antibiotiques au début, bah parfois moi, je le fais du coup aussi. Je pense parce que je remplace des médecins qui le font et en fait d'en avoir parlé avant et euh d'avoir échangé sur euh ... sur cette position-là, voilà on m'a, on a de nouveau eu un cas où justement l'un de nous parlait des anti-inflammatoires et disait « moi depuis qu'on en a parlé j'en prescris beaucoup moins je fais très attention ». Et je me suis dit « euh waouh », c'est vrai qu'on en a parlé, moi j'avais une position claire la dessus et moi à cause de mes remplacements euh je ... j'ai plus cette position aussi, euh, aussi claire, ou je me laisse plus facilement embarquer quand le patient me le demande, alors que euh il y en a d'autres qu'au contraire ça a fait changer leur pratique et je me dis « bon allez il faut que je reprenne les bonnes habitudes ».
A : D'accord. Et donc ça veut dire que le statut de remplaçant aurait tendance à être influencé ?
M6 : Euh ouais, le fait de remplacer, le statut de remplaçant influence ma pratique dans le sens où je me sens moins libre de faire ce que je pense être le mieux.
A : D'accord
M6 : C'est-à-dire, nettoyer certains traitements, prescrire des molécules plutôt que d'autres euh... où je ne suis pas forcément d'accord.
A : Et en quoi les groupes de pairs t'aideraient ...
M6 : A faire comme moi je l'entends ?
A : Oui
M6 : Ouais peut-être à me conforter, savoir que les autres partagent la même opinion que moi, que d'autres jeunes médecins partagent la même opinion que moi euh... de me dire que non ce n'est pas, ce n'est pas moi qui est un problème, on est plusieurs à avoir cet avis-là, et ben... ça me conforte.
A : D'accord. Et par rapport au cas que tu as parlé, sur le problème d'hypokaliémie sur diarrhée, est-ce que ça a modifié ou est-ce ça a eu impact sur ta pratique ?

M6 : Je n'ai pas eu la situation depuis mais si je l'avais euh... je pense que ... ouais ça, ça modifierait la situation dans le sens où je me dirai que c'est peut-être faisable à domicile, euh... ouais je pense que je serai moins dans l'impasse enfin, dans l'interrogation de savoir quoi faire.
A : D'accord.
M6 : Même le fait d'échanger avec les autres sur euh ... parce qu'on a un groupe WhatsApp maintenant *(sourire)* et du coup euh le fait d'échanger euh sur des trucs où je ne suis pas trop sûre de moi eh ben ça m'aide et je pense que ça m'aide dans ma pratique, ça influence ma pratique puisque euh... j'ai l'avis d'autres personnes, d'autres pairs. Voilà.
A : Très bien. Et cette expérience en groupe de pairs, est-ce que ça te fait penser à une autre approche ? ... de formation ?
M6 : Euh est-ce que ça me fait penser à une autre approche de formation ? C'est-à-dire une autre manière de se former ?
A : Oui, enfin comment finalement tu as été sensibilisée à cette formation ? … Alors tu en as fait pendant l'internat des groupes de pairs. C'est vraiment la formation initiale qui t'a sensibilisé à cette formation de groupes de pairs ?
M6 : Euh c'est aussi euh il me semble pendant l'internat, on avait euh ce n'était pas vraiment des groupes de pairs, mais on avait des, par exemple, on avait une journée sur euh… de formation sur euh... la fin de vie, et du coup il fallait venir avec un cas clinique qu'on avait rencontré euh au sujet de la fin de vie. C'est comme les RSCA. Et on échangeait autour, donc c'était une forme de groupe de pairs. Ouais en quelque sorte.
A : D'accord. Et c'est ça qui t'a permis de connaitre les groupes de pairs ?
M6 : Non c'est vraiment cette médecin avait qui je travaillais, et attends j'essaie de me souvenir en fait de ... est-ce qu'on a eu un équivalent de groupe de pairs pendant l'internat ? Hum... Non voilà si! On avait des groupes, où en fait on présentait notre RSCA, avec un médecin, il y avait un groupe qui marchait bien, c'était un médecin généraliste, c'était dans son cabinet, il y avait 6 internes peut-être et on présentait son RSCA, donc soit son récit, soit les recherches, euh et c'était comme un groupe de pairs en fait, et c'était vachement bien, et le médecin servait de modérateur. Il était très bien et ça c'était déjà, ça ne s'appelait pas groupe de pairs mais c'était la même chose et c'était euh... on aimait bien, c'était utile, et je crois que j'ai fait ça plutôt en fin d'internat et du coup ça avait peut-être encore plus de sens parce que c'était des cas de médecine générale. Il y a en a d'autres qui avaient des cas hospitaliers, c'était intéressant aussi mais ... je pense que ça m'a aidé dans ma formation ouais.
A : D'accord. Et qu'est-ce qui te manquait à la fin de ta formation initiale pour débuter les groupes de pairs ?
M6 : Bah un groupe de pairs déjà formé on va dire, qu'est-ce qui me manquait ? Euh...
A : Finalement, pourquoi reprendre une formation aussi rapidement après la formation initiale ?
M6 : Réintégrer un groupe de pairs tu veux dire ?
A : Réintégrer ou simplement débuter une formation ?
M6 : Bah on ne sait pas trop par ... comment s'y prendre, les organismes de formation OGDPC, d'ailleurs il faut que je m'inscrive, je ne sais pas si j'aurai l'argent cette année, vu qu'on est déjà au mois de juillet, pour la formation que je veux faire, d'ailleurs, une formation à l'animation, pour apprendre à être modérateur. Et voilà, je pense, que on ne sait pas trop vers où se tourner pour trouver des formations quand on sort de l'internat. Enfin en tout cas moi c'était bien cadré là où j'étais interne, les formations, et euh... et la démarche à suivre pour les formations continues n'était pas évidente. Si ! Il y a un maitre de stage qui m'avait dit où est-ce qu'il fallait que je m'inscrive mais après pour trouver des formations... maintenant je les reçois dans ma boite aux lettres. Je ne sais pas par quel moyen mais...
A : D'accord.
M6 : FMC action je crois.
A : Dans la boite mail ?
M6 : Non dans ma boite aux lettres papiers. Si ! Parce que j'ai été a un congrès de ReAGJIR où il y avait une demi-journée de formation et c'était organisé par FMC action et je pense que c'est depuis

qu'ils ont mon adresse. Mais c'est vrai que si on ne cherche pas bah on ne fait pas de formation. On sort de l'internat et on ne sait pas par où s'y prendre. Enfin en tout cas, c'était mon ressenti et puis parce que je ne savais pas où le trouver.
A : D'accord. Et tu avais ce besoin de formation ? En dehors du fait que ça soit obligatoire.
M6 : Ah oui complétement, ah bah oui. Sans hésiter euh, quand on était interne, on était peut-être plus au fait des nouvelles choses, et là, pour se forcer justement à rechercher des nouvelles recommandations, à avoir l'expérience des autres, j'avais ce besoin pour me sentir moins seule, euh, pour euh…, ouais pour partager des... que ce soit des nouvelles recommandations, que ce soit des adresses de spécialistes, euh donc euh et en plus je lis Prescrire® aussi mais c'est différent. Prescrire®, c'est... enfin c'est complémentaire, c'est plus pour les... pour adapter les traitements alors que ... ce n'est pas pour des situations cliniques euh comme dans les groupes de pairs, d'ailleurs je pense qu'il faudrait qu'en plus des groupes de pairs, qu'il faut que je fasse des formations continues, que je prenne le temps de m'inscrire sur l'OGDPC, d'aller les chercher. Je n'ai pas pris le temps, je ne sais pas trop comment faire. Il suffit juste de se connecter, sans doute, sur le site. Ça ne doit pas être compliqué.
A : Et donc quelles seraient tes suggestions pour améliorer ou adapter le groupe de pairs actuel ?
M6 : Ouais, alors euh... hum... je pense que on est tous fatigués quand on se voit et qu'on commence un peu tard à échanger sur des cas cliniques, donc faudrait se voir plus tôt mais c'est compliqué comme on travaille. Euh faudrait être un peu plus rigoureux sur les recherches euh ... parce qu'il faut un volontaire pour faire la recherche sur un point qu'on n'a pas réussi à éluder, qu'il les fasse vraiment et qu'il présente ses recherches à l'issue, enfin à la ... au groupe de pairs suivant. Euh... (*Soupir*) peut-être que le modérateur fasse mieux son boulot pour euh… pour éviter les digressions mais en même temps euh voilà c'est le côté convivial, on ne peut pas non plus faire un truc euh tout carré et le côté convivial c'est aussi qu'il y ait quelques digressions. Voilà je pense faire plus attention aux horaires pour améliorer, euh que la personne qui fasse les recherches, les fasse vraiment, et puis... peut-être aussi euh qu'il y ait des nouvelles personnes. Ça va être le cas normalement à la rentrée. Ça peut améliorer aussi euh les échanges. C'est tout ce que je vois là.
A : D'accord. Et quelles sont tes perspectives dans ce groupe ?
M6 : Euh bah peut-être qu'on va profiter de la rentrée du coup pour essayer d'être un petit peu plus rigoureux, euh si j'ai la perspective de faire cette formation à l'animation, mais je ne sais pas si je peux encore m'inscrire, du coup pour apprendre à mieux modérer le groupe même si je n'ai pas envie d'être modérateur à chaque fois. Euh mais donc les perspectives, c'est de poursuivre dans ce groupe et je pense que la plupart de nous souhaitons poursuivre. Euh voilà ça recoupe un peu ce que je t'ai dit à la question précédente.
A : Ok.
M6 : Si juste les autres perspectives, c'est que … ouais faudrait qu'on se motive les uns les autres pour faire d'autres formations continues, qu'on se donne le filon pour euh… pour comment on fait quoi. Euh… ça permettrait de dédramatiser je pense, la manière de la faire, enfin pour ceux qui sont thésés et puis de s'échanger les calendriers. Ça, ça peut-être bien.

I. Annexe 9 : Guide d'entretien de M11

VERBATIM M11

A représente l'intervieweur et M11 l'interviewé

A : Tu vas me raconter les circonstances de ta participation dans le groupe de pairs actuel et depuis quand il existe.
M11 : D'accord, donc ça fait un an et demi que ça existe à peu près, euh les circonstances d'arrivée, euh, je pense que c'est une des médecins qui nous a contactés euh par mail et j'avais dû la

rencontrer déjà en remplacement euh...à [redacted], et voilà j'avais déjà participé euh, en [redacted], dans une autre région, à des groupes de pairs en étant interne, et je trouvais ça intéressant de refaire un groupe de pairs pour se lancer, on va dire, pour le futur, dans un groupe comme ça.
A : D'accord. Et l'ambiance dans ce groupe ?
M11 : Plutôt très bonne comme ambiance (*sourire*). Euh voilà, c'est convivial et en même temps studieux, il y a quand même des personnes qui sont là pour veiller euh, à ce que ce soit studieux et que ça reste studieux et c'est très intéressant.
A : D'accord. Et comment il fonctionne ?
M11 : Donc en fait, euh chacun euh... apporte un cas clinique euh qui lui a posé problème ou un cas choisi au hasard et déterminé en fait euh, le mois d'avant ou la semaine d'avant dans la patientèle qu'on a eue dans la journée. Et on le présente avec plus ou moins de questions, plus ou moins de recherche, et on en discute euh chacun au fur et à mesure de la soirée.
A : D'accord. Et il y a une traçabilité ?
M11 : Des cas cliniques ?
A : Oui
M11 : Oui en général, il y a un rapporteur qui voilà, qui essaye de rapporter chaque cas au mieux et retranscrit ça pour la fois d'après en fait, pour que ça soit archivé.
A : D'accord. Et en général, les problèmes sont résolus de quelle manière ?
M11 : Les problèmes sont souvent résolus de manière euh, sur le moment, avec euh, le groupe, euh, quasiment le plus souvent, après des recherches qui sont faites, au fur et à mesure parfois, aussi mais souvent c'est résolu sur place le soir.
A : D'accord. Et en quoi les réponses apportées sont-elles valides ?
M11 : Elles sont conjointes, elles ne sont pas forcément valides en effet, c'est vrai que les recherches après apportent la validité. Mais bon vu que sur un groupe euh, on est à peu près 8 ou 9 euh, c'est vrai que chacun a un peu ses ... son vécu et a déjà cherché souvent ce genre de questions et peut apporter ça aux autres au final.
A : D'accord. Et les recherches qui sont faites ultérieurement sont apportées ...
M11 : Au mois suivant pour valider ce qui a déjà été dit ou apporté carrément la réponse du cas aux autres.
A : D'accord. Et quels sont les participants de ce groupe ?
M11 : Euh d'autres médecins remplaçants euh... que des médecins remplaçants pour le moment, donc un installé donc voilà, qui remplacent dans le coin dans la région où on est.
A : D'accord. Alors tu vas me raconter un cas qui t'a marqué lors de la dernière réunion.
M11 : Qui m'a marqué lors de la dernière réunion ... (*sourire*) euh qu'est-ce qu'on avait à la dernière réunion, euh après ça peut être mon cas ?
A : Oui.
M11 : Parce que c'est celui dont je me souviens. Bah, c'était le cas d'une personne très âgée qui était en famille d'accueil, voilà c'était... j'arrivais en tant que remplaçant sans avoir beaucoup d'arguments ... pour cette dame, d'antécédents, de dossier, de bilans biologiques et elle était dans un état très précaire dans cette famille d'accueil, pas de famille autour, et pas de décision d'entrer en soin palliatif. Voilà de manière euh isolée ou non, c'était surtout ça, savoir ce qu'il fallait faire et quelles pouvaient être les démarches et quel soutien on pouvait avoir, c'était surtout les questions de ce cas.
A : D'accord. Et comment s'est déroulée la réunion autour de ce cas ?
M11 : Beh chacun apportait un petit peu son vécu bah avec des astuces euh, type aller contacter les soins palliatifs de l'hôpital même si euh, la patiente n'était pas suivie du tout par ce réseau-là. Voilà. Appeler, les coordonnées de certains médecins ont été données aussi, c'était surtout dans ce sens. Après, c'étaient les thérapeutiques qu'on aurait pu apporter aussi en fin de vie, euh, où chacun avait un petit peu sa recette entre guillemets et son vécu avec ses protocoles quoi.
A : D'accord. Et euh... comment elles ont été apportées ces réponses ?
M11 : Quasiment une par une. Chacun avait voilà, son idée sur chaque thérapeutique et euh une personne avait donné l'idée d'appeler le réseau de soin palliatif, l'autre avait les posologies de tel ou

tel médicament et bah après moi, j'ai effectué des recherches aussi, tout le monde a recherché au final sur ce cas et a partagé après ensuite.
A : D'accord et quelles ont été les sources ?
M11 : Alors les sources, c'était surtout plutôt internet euh, avec des recherches bibliographiques standards qu'on essaye de faire au fur et à mesure.
A : D'accord. Et en quoi les réponses apportées par le groupe sont-elles valides ?
M11 : C'est plutôt l'expérience qu'une validité en fait, euh rigoureuse, alors elles le sont forcément, puisque quand même chacun s'appuie sur son expérience qui est aussi l'expérience de recherche personnelle ou apportée par les médecins, à l'époque, pendant l'internat etc. Après euh ça reste surtout du pratique presque plus que du standardisé, ou du scientifique pur.
A : D'accord. Et de manière générale, quand les réponses apportées viennent de certaines sources, enfin est-ce que la validité est vérifiée?
M11 : Pas à chaque fois, non elle n'est pas ..., on prend quasiment pour acquis ce que dit la personne et si on a des doutes, on le dit de suite et il y a la recherche qui est effectuée ensuite.
A : D'accord. Et quel a été l'impact sur ta pratique professionnelle par rapport à ce cas et aux réponses qui ont été apportées ?
M11 : Bah ça m'a permis de voir que j'aurai pu faire autrement surtout (*sourire*). Après les thérapeutiques, ça sert toujours on se les note en général, tout le monde a son petit calepin et on se le note pour les réutiliser plus tard. Mais, c'est vrai que sur l'évolution de ce cas, je serai amené à faire différemment si ça revenait à se remettre en place chez une dame en fin de vie.
A : D'accord. Parce que tu ne l'as pas revue ou pas revu de cas similaires ?
M11 : Je n'ai pas revu de cas similaires, et je l'ai bien en tête encore, et ce qu'on a dit en groupe me servira et je l'aurai directement en tête, si ça arrive.
A : Et par rapport à ton rôle.... enfin le fait que tu sois remplaçant et que tu n'as pas revu la patiente, donc par rapport à cette situation triangulaire en quoi ça interfère sur ta pratique ?
M11 : Bah au final, je l'aurai peut-être préparé en tout cas, j'espère, un peu mieux, cette fin de vie, en tout cas j'aurai essayé. Maintenant, je ferai différemment pour la fin de vie. Si j'avais été installé, j'aurais pris d'autres options. Voilà, le fait d'être remplaçant, on fait avec ce qu'on a sur le moment, on retranscrit après au médecin qu'on remplace mais on n'est pas sûr de faire à l'identique de ce qu'il ferait lui. Et donc lui, il se débrouille aussi un petit peu avec notre… voilà, avec ce qu'on a fait durant son temps d'absence. Après c'est surtout la communication, il y a des médecins qui communiquent plus sur ce genre de cas, il y en a qui n'en parlent pas forcément et puis on leur dit et ils disent « oui ok » et ils prennent et d'autres, ils débriefent. Ça dépend des médecins qu'on remplace aussi je pense.
A : D'accord. Et ce qui a été dit pendant le groupe de pairs, est-ce que tu en as débriefé avec le médecin remplacé ?
M11 : Euh non il n'a pas du tout euh voilà, il n'a pas du tout voulu débriefé, pour lui c'était plié entre guillemets, c'était fait. Il n'avait pas de critiques, pas particulièrement, à apporter. Il m'a pas dit s'il aurait fait pareil, s'il aurait fait différemment, il a pris le relais sans notifier plus que ça la suite.
A : D'accord. Et euh par rapport à ton rôle, on va dire d'acteur de ce cas, euh, en quoi ça a eu un impact ? Contrairement, au fait d'avoir été auditeur. En quoi ça modifie, ton rôle d'auditeur ou d'acteur dans ce cas ?
M11 : Bah ça m'impacte un peu plus parce que au final, c'était un cas compliqué vraiment de base pour moi et donc le fait d'être acteur et d'avoir les réponses de tout le monde, c'est vraiment des choses où je n'avais pas de recul particulier et ça me permet d'avoir d'autres outils maintenant, si j'étais auditeur, j'aurais été un peu peut-être moins impliqué là-dedans en donnant des outils mais j'en aurait peut-être pas eu à donner puisque je n'aurai pas vécu ce cas non plus.
A : D'accord. Et de manière générale, pourquoi avoir choisi cette formation par GEAP ?
M11 : Pour moi, c'est intéressant de euh, de discuter, de partager les pratiques puisque la médecine générale, c'est plutôt euh, personne-dépendant, on est souvent isolé, même dans un groupe de médecins dans un cabinet. On ne parle pas forcément des cas etc. Et ça permet de discuter avec

d'autres personnes qui sont hors du cabinet etc., sur des cas qui nous ont posé problème et améliorer la pratique au fur et à mesure.
A : Et en quoi ça améliore ta pratique ?
M11 : Je pense qu'à force, on apprend les nouveautés, les nouveaux protocoles, euh des visions différentes, voilà de ne pas rester, voilà sur une seule vision d'un cas, qu'on pourrait refaire bah sur la trentaine d'année qui restent à bosser voire plus (*sourire*) euh voilà, de changer, d'avoir d'autres visions, de se remettre un peu à niveau au fur et à mesure, on va dire, se poser la question de ce qu'on fait, est-ce que c'est toujours valide, est-ce que ça peut être amélioré pour être de mieux en mieux, pour la prise en charge des patients, je pense.
A : D'accord. Et pourquoi aussi proche de la fin du DES ?
M11 : Bah, je pense que une fois qu'on a fini le DES, euh c'est très scolaire comme apprentissage, c'est, voilà, on reste interne avec des chefs etc... et ça évolue vite et on oublie vite euh l'internat, tout ce qu'on a appris et c'est bien de revenir sur les bases à chaque fois au fur et à mesure euh des bases qui évoluent forcément parce qu'au bout d'un moment on arrive à, voilà, les choses simples, on commence à les maitriser et c'est vrai qu'il se pose de nouvelles questions même sur des cas simples et ça permet d'évoluer directement en fait, de ne pas se laisser encrouter, à dire bah, je ne fais plus rien, je reste sur mes cas que j'ai eu à l'internat très livres et très scolaires.
A : D'accord. Et qu'est-ce qui t'a sensibilisé à intégrer ces groupes de pairs ?
M11 : C'est vraiment la pratique que j'ai eue au final pendant l'internat, j'avais des médecins qui étaient maîtres de stage. J'ai fait tout mon internat en médecine générale mais qu'avec des médecins qui faisaient des groupes de pairs, des groupes de parole qui étaient un peu différents, voilà. Et eux ils progressaient, ils avaient l'impression de progresser dans leur pratique comme ça, d'avoir des internes avec eux et de discuter avec des médecins de… on va dire de leur âge, de leur époque. Ca faisait croiser un petit peu leurs informations et ça permettait d'améliorer leur pratique au fur et à mesure et voilà de se remettre un peu à jour et en même temps d'améliorer leur pratique au jour le jour.
A : D'accord et au sein de la formation initiale ?
M11 : Je ne connaissais pas du tout en fait au sein de l'internat. On nous en avait jamais parlé de ces groupes de pairs, c'est vraiment durant mes stages qu'on en a discuté et qui nous proposait d'intégrer ça, pour voir comment ça fonctionnait et par contre en initiale on n'avait jamais eu... on n'avait jamais entendu parler de ça.
A : D'accord. Et quelles seraient tes suggestions pour améliorer ou adapter le groupe de pairs actuel ?
M11 : Alors là (*sourire*) proposition! Non, je trouve qu'il tourne plutôt pas mal, alors après est-ce qu'il faudrait avoir des sources peut-être à chaque fois plus validées ou un peu plus de rigueur peut-être pour améliorer. Mais c'est vrai que euh... le fait qu'il y ait une très bonne ambiance, qu'il y ait un peu de travail, on arrive quand même à jongler un peu sur les deux fils et je pense que pour que ce soit pérenne aussi ce groupe de pairs, faut que ce soit entre les 2. C'est-à-dire, faut pas que studieux et que euh rigolade ou soirée entre médecins, parce que voilà, ça risque peut-être de durer longtemps, j'espère, donc euh faut qu'il y ait vraiment les 2 choses, c'est-à-dire le travail et la sympathie de la réunion.
A : D'accord et euh par rapport à la diversité des participants ?
M11 : Alors ça après, c'est vrai que c'est peut-être un point faible, on commence peut-être à se connaitre et qu'on va se connaitre mieux, mais en même temps, ça permettra aussi de... peut-être se livrer plus, donner des cas plus personnels et avancer un peu plus sur ce genre de choses euh, et après introduire de nouvelles personnes de temps en temps parce que c'est possible qu'il y en ait qui vont arrêter ou venir un petit peu moins donc avoir un petit turnover de une à 2 personnes ça peut être intéressant, faut pas que ça grandisse en nombre parce que c'est plus vraiment efficace. Voilà jusqu'à 8-9 régulièrement, alors peut-être avoir un pôle de 10 pour tourner et que les absents soient remplacés par des nouveaux.
A : Et par rapport au mode d'exercice en tant que remplaçant ?
M11 : C'est-à-dire ?
A : Dans le groupe il n'y a que des remplaçants...

M11 : S'il y avait des installés après ? Après le souci des installés c'est qu'ils travaillent beaucoup, après savoir s'ils arrivent à venir au groupe de pairs… Moi, c'était un groupe de pairs que de médecins installés, donc ils faisaient l'effort de venir donc voilà. Mais par contre, ils ne faisaient pas forcément de réunion laboratoire etc., donc c'était vraiment leur sortie médicale avec leurs amis médecins du groupe, ils préféraient ça que des réunions euh labo ou restaurant... avec d'autres médecins
A : D'accord. Pour toi, c'est plus simple d'être remplaçant et de participer à des groupes de pairs ?
M11 : Pour l'instant oui complétement, après ça reste à déterminer une fois installé, si on adhère au projet je pense qu'on fait l'effort de venir en effet au groupe de pairs de continuer, parce que c'est l'objectif aussi enfin le mien, ça serait de continuer, installé.
A : Donc tes perspectives dans ce groupe c'est de ...
M11 : de rester (*sourire*) s'ils m'acceptent. Non c'est de rester oui, oui, de rester que ce soit pérenne en plus, c'est vrai que ... on commence à se connaitre au bout d'un an et demi, je trouve que ça fonctionne de mieux en mieux.
A : D'accord. Très bien. L'entretien est terminé.

X. SERMENT MEDICAL

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.

TITRE : Apport de l'étude des cas cliniques abordés en groupe d'échange et d'analyse des pratiques. A propos de six groupes constitués de jeunes médecins généralistes remplaçants en Nouvelle-Aquitaine.

RESUME : Objectifs : Plusieurs travaux ont montré que le regroupement de pairs est un groupe expert, chacun apportant ses compétences, permettant de résoudre des problèmes rencontrés en consultation. Il semblerait donc que ce type de formation ait un impact positif sur la pratique. Objectifs principal **:** connaitre les apports dans la pratique « à propos de cas » présentés en Groupe d'Evaluation et d'Analyse des Pratiques (GEAP) formé de médecins généralistes remplaçants un an à six ans après la fin du DES. **Méthode :** Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés analysant un cas clinique abordé lors d'une précédente réunion de GEAP, auprès de médecins généralistes remplaçants, exerçant en Nouvelle Aquitaine, un an après leur DES. **Résultats :** 13 entretiens individuels ont été réalisés issus de 6 GEAP différents. Chaque cas clinique abordé a eu un impact sur leur pratique rassemblant les différentes thématiques, quel que soit le rôle d'auditeur ou d'acteur. Dans 2 groupes, des échanges via l'application WhatsApp® existent pour prolonger le lien en dehors des séances, permettant de partager et de s'interroger sur d'autres cas vécus. La spécificité des médecins remplaçants est le manque de retour sur leur pratique, la peur d'oubli des connaissances, ainsi qu'une relation patient-remplaçant particulière nécessitant une adaptation de sa pratique au patient et au remplacé, aidé par le GEAP. La formation initiale apparait être le point de départ de ces GEAP puisque 10 interviewés ont été sensibilisés pendant leur formation initiale et souhaitaient reproduire cette expérience. Un profil de pédagogue est souvent présent pour les leaders des groupes. Aucun des 6 GEAP n'est labellisé afin de valider le Développement Professionnel Continu. **Conclusion :** Les réunions sont vécues comme des rencontres accessibles et conviviales. Le partage de la pratique et le lien social motivent les participants à se former régulièrement, dans le prolongement de la formation initiale.

DISCIPLINE : Médecine générale

MOTS-CLES : Groupe de pairs, Groupe d'échange de pratique, Remplaçant, Formation médicale continue, Formation médicale initiale, Cas cliniques, Auditeur, Acteur.

TITRE: Contribution of the study of the clinical cases approached in peer groups. About six groups constituted of young locum general practitioners in Nouvelle Aquitaine.

RESUME: Objectives: Several studies have shown that peer grouping is an expert group, each providing his skills, in order to solve problems encountered in consultation. It would seem, therefore, that this type of continuing medical formation has a positive impact on practice. Main objective: to know the contributions in practice "about cases" presented in Peer Groups (GPs) constituted of locum general practitioners between one and six years after the DES. **Method:** Qualitative study by semi-directed individual interviews analyzing a clinical case discussed in a previous GPs meeting, with locum general practitioners, practicing in Nouvelle Aquitaine, one year after their DES. **Results**: 13 individual interviews were conducted from 6 different GPs. Each clinical case approached had an impact on their practice, gathering different themes, regardless of the role of listener or actor. In 2 groups, exchanges via the application WhatsApp® exist to extend the link outside the sessions, allowing sharing and questioning other cases experienced. The specificity of locum practitioner is the lack of feedback on their practice, the fear of forgetting knowledge, as well as a particular patient-locum general practitioner relationship requiring an adaptation of their practice to the patient and to the replaced doctor, assisted by the GPs. Initial formation appears to be the starting point for these GPs as 10 interviewees were sensitized during their initial formation and wanted to replicate this experience. A pedagogue profile is present for group's leaders. None of the 6 GPs is labeled to validate the Continuing Professional Development. **Conclusion**: Meetings are experienced as accessible and friendly meetings. The sharing of the practice and the social link motivate the participants to form regularly, as an extension of the initial formation.

KEYSWORDS: Peers groups, Locum general practitioner, Continuing medical education, Initial medical education, Clinical case, Listener, Actor.

Université de Bordeaux UFR Sciences Médicales
146 Rue Léo Saignat 33000 Bordeaux