HAL
open science

Groupe d'analyse de pratique entre pairs et développement professionnel continu en médecine générale

Emmanuel Levesque

To cite this version:

Emmanuel Levesque. Groupe d'analyse de pratique entre pairs et développement professionnel continu en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02494725

HAL Id: dumas-02494725

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02494725v1

Submitted on 29 Feb 2020

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

UFR des sciences médicales

Année 2019 Thèse N°11

Thèse en vue de l'obtention du doctorat en médecine générale,

Soutenue par ***Emmanuel LEVESQUE*** *Né le 8 décembre 1986*

GROUPE D'ANALYSE DE PRATIQUE ENTRE PAIRS et DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Directeur de thèse : Docteur Sébastien CADIER

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH, *Président du jury*

Monsieur le Docteur Christophe ADAM, *Rapporteur*

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Madame le Docteur Laurence DAHLEM

Monsieur le Docteur Sébastien CADIER

REMERCIEMENTS

À mes juges,

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Professeur de médecine générale, faculté médecine de Bordeaux.

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en présidant ce jury, de me consacrer de votre temps. Que ce travail soit le reflet de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Sébastien CADIER

Docteur en médecine générale, commune de Saint Vincent de Tyrosse, ancien chef de clinique de médecine générale à la faculté de médecine de Brest.

Je te remercie infiniment de m'avoir permis de réaliser cette thèse et de m'avoir soutenu pour ce travail. Je suis très heureux que tu m'ais encadré lors de mon premier stage de médecine générale au cours duquel tu m'as fait découvrir ton groupe de pairs ainsi que ta passion pour la recherche.

Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Maître de conférence associé de médecine générale, faculté de médecine de Bordeaux.

Vous avez accepté d'être le rapporteur de ce travail et m'avez encouragé avec vos remarques constructives. Que ce jour soit l'occasion de vous présenter mes sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Professeur de médecine générale, faculté de médecine de Bordeaux.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

Madame le Docteur Laurence DAHLEM

Docteur en médecine générale.

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de m'avoir soutenu dans le recrutement des GAPP.

Merci à Anne-Go et à nos enfants Siméon et Suzanne.

Merci à mes parents et à ma famille pour leur soutien infaillible.

Merci à mes amis, spécialement au groupe « Bordal » et à la famille de Gustave. Je suis très heureux de vous avoir rencontrés tout au long de ces années.

Merci également aux « Angevins » pour ces années d'externat riches en bons souvenirs.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS **2**

SERMENT D'HIPPOCRATE **4**

TABLE DES ILLUSTRATIONS **6**

LISTE DES ABRÉVIATIONS: **8**

I. INTRODUCTION : **9**

- **A. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE :** **9**
- **B. GAPP ET DPC** **12**
  - ***1. GAPP : Groupe d'Analyse de Pratiques entre Pairs*** ***12***
  - ***2. DPC : Développement Professionnel Continu*** ***17***
  - ***3. Place du GAPP dans le DPC :*** ***28***

II. MATERIEL ET METHODES : **30**

- **A. SCHEMA ET DUREE D'ETUDE :** **30**
- **B. POPULATION ETUDIEE :** **30**
- **C. RECUEIL DES DONNEES :** **31**
- **D. ANALYSE DES DONNEES :** **31**

III. RESULTATS ET ANALYSE : **33**

- **A. POPULATION ETUDIEE** **33**
- **B. LES PARTICIPANTS :** **35**
- **C. LES GROUPES :** **50**

IV. DISCUSSION : **77**

- **A. RESPECT DES CRITERES DU DPC :** **77**
- **B. LES PARTICIPANTS :** **77**
- **E. SYNTHESE :** **90**

V. CONCLUSION : **90**

VI. BIBLIOGRAPHIE : **93**

VII. ANNEXES : **96**

- ***ANNEXE 1. CRITERES DE QUALITE D'UN DOCUMENT ISSU DE LA PRESSE SCIENTIFIQUE PROFESSIONNELLE (HAS, 2013) :*** 97
- ***ANNEXE 2. LISTE DES METHODES DE DPC, (HAS, MISE A JOUR EN JANVIER 2015) :*** 98
- ***ANNEXE 3. VALIDATION DU DPC PAR LE GDP® (SFMG, REVISEES EN AVRIL 2018) :*** 100
- **ANNEXE 4. QUESTIONNAIRE « PARTICIPANT »** 102
- **ANNEXE 5. QUESTIONNAIRE « GROUPE D'ANALYSE DE PRATIQUE »** 106
- **ANNEXE 6. LES GDP® DE LA SFMG** 114
- ***ANNEXE 7 : DESCRIPTION D'UN GAPP (HAS, 2006) :*** 120
- ***ANNEXE 8. ENGAGEMENT DU PARTICIPANT A UN GAPP (HAS, 2006) :*** 120
- ***ANNEXE 9. VERBATIM DES QUESTIONS A REPONSES OUVERTES :*** 120

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1. Les sept étapes de la pratique réflexive. 13
Figure 2. Modèle du DPC 20
Figure 3. Le cycle d'apprentissage expérientiel (adapté de Kolb, 1984) 29
Figure 4. Diagramme de flux 34
Figure 5. Sex ratio, N=32 35
Figure 6. Âge des participants, N=32 36
Figure 7. Courbes de répartition par âge des médecins généralistes (Échantillon : N=32 ; Gironde : N=2810) 37
Figure 8. Durée d'installation des participants, N=32 37
Figure 9. Mode d'exercice, N=32 38
Figure 10. Zone d'exercice des participants, N=32 39
Figure 11. Durée d'adhésion au groupe, N=32 40
Figure 12. Motifs de participation au groupe, N=32 41
Figure 13. Nombre de séances annuelles effectuées par les participants, N=32 42
Figure 14. Bilan individuel de participation au groupe, N=32 43
Figure 15. Traçabilité des documents justificatifs de participation au groupe, N=32 43
Figure 16. Participation à d'autres modes de formation, N=32 44
Figure 17. Autres modes de formation, N=32 45
Figure 18. Connaissance des méthodes et modalités du DPC, N=32 46
Figure 19. Connaissance du GAPP en tant que mode de validation du DPC, N=32 46
Figure 20. Souhait de validation du DPC par le GAPP, N=32 47
Figure 21. Motifs de non-souhait de validation du DPC par le GAPP, N=32 48
Figure 22. Accord pour un recensement du GAPP, N=32 49
Figure 23. Année de création des groupes, N=12 50
Figure 24. Présence uniquement de médecins généralistes en activité, N=12 51
Figure 25. Répartition des non-médecins généralistes en activité, N=12 52
Figure 26. Nombre de séances annuelles, N=12 53
Figure 27. Nombre de participants par séance, N=12 54
Figure 28. Lieu des séances, N=12 55
Figure 29. Durée des séances, N=12 55
Figure 30. Présence d'un règlement intérieur ou d'une charte du groupe, N=12 56
Figure 31. Format du règlement ou de la charte du groupe, N=12 56
Figure 32. Contenu du règlement ou de la charte du groupe, N=12 57
Figure 33. Poste d'animateur, N=12 58
Figure 34. Poste de secrétaire, N=12 58
Figure 35. Poste(s) tournant(s), N=12 58
Figure 36. Liste de présence, N=12 59
Figure 37. Compte-rendu des séances, N=12 60
Figure 38. Contenu du compte-rendu, N=12 60
Figure 39. Réalisation d'un bilan annuel d'activité du groupe, N=12 61
Figure 40. Recours à des situations cliniques réelles, N=12 62
Figure 41. Présentation des cas à tour de rôle, N=12 62
Figure 42. Présentation d'un cas par participant à chaque séance, N=12 62
Figure 43. Mode de sélection des cas, N=12 63
Figure 44. Utilisation d'une grille de présentation, N=12 64
Figure 45. Ressources bibliographiques utilisées, N=12 65
Figure 46. Existence d'un thème conforme à une orientation nationale ou régionale, N=12 66
Figure 47. Autres thématiques abordées, N=12 67
Figure 48. Méthodes de résolution des problèmes soulevés, N=12 69
Figure 49. Taux de résolution des questions, N=12 70
Figure 50. Mise en place d'actions d'amélioration et des modalités de suivi, N=12 71
Figure 51. Temps explicite de formation, N=12 71
Figure 52. Type de formation, N=4 72
Figure 53. Volonté de modifier le fonctionnement du groupe pour répondre aux critères du DPC, N=12 73
Figure 54. Souhait d'affiliation à un ODPC, N=12 73

Tableau 1. Composition du groupe et nombre de séances annuelles _____ *74*
Tableau 2. Respect du mode de sélection des cas, de la réalisation d'une recherche bibliographique et des modalités de présentation _____ *75*
*Tableau 3. Respect de la mise en place d'actions d'amélioration et des modlités de suivi, existence d'un support et d'une traçabilité.*_____ *76*

LISTE DES ABRÉVIATIONS:

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

CSP : Code de santé publique

GAP(P) : Groupe d'analyse de pratique (entre pairs)

GdP : Groupe de pairs

SFMG : Société française de médecine générale

DPC : Développement professionnel continu

FMC : Formation médicale continue

EPP : Évaluation des pratiques professionnelles

HAS : Haute autorité de santé

ANDPC : Agence nationale du développement professionnel continu

ODPC : Organisme de développement professionnel continu

Loi HPST : Loi hôpital, patients, santé et territoires

ARS : Agence régionale de santé

DMG : Département de médecine générale

CDOM : Conseil départemental de l'ordre des médecins

I. INTRODUCTION :

A. Contexte et objectifs de l'étude :

Selon la définition européenne de la WONCA datant de 2002 (1) (ayant fait l'objet d'une actualisation en 2013)*, « la médecine générale (médecine de famille) est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires ».*

La formation médicale continue des médecins généralistes, au sens large du terme, est essentielle pour le maintien et la mise à jour des connaissances. Celle-ci doit être la plus pertinente possible pour permettre d'avoir un réel impact sur la qualité des soins dispensés, et doit donc correspondre à la fois aux enjeux de santé publique et aux attentes des médecins généralistes.

Les Groupes d'Analyse de Pratique entre Pairs (GAPP) ont ainsi une place en médecine générale puisqu'ils permettent, comme nous le verrons, de faire le « pont » entre le savoir théorique et la pratique quotidienne. Ils permettent également de rompre l'isolement parfois induit par l'exercice en faisant se rencontrer dans un environnement bienveillant plusieurs professionnels qui peuvent ainsi échanger sur différents sujets les concernant et partager leur expérience. Les participants exercent sur la même zone géographique ce qui permet de centrer les séances sur des préoccupations et ressources locales (pathologies sur-représentées, correspondants, hôpitaux…).

La formation médicale continue en médecine générale est une obligation déontologique (serment d'Hippocrate et article 11 du code de déontologie médicale) (2–4) et légale (articles L. 4133-1 à L. 4133-4 du CSP) (5).

A l'heure actuelle, le parcours de cette formation entre dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC). Pour cela, la Haute Autorité de Santé (HAS) a établi les « méthodes et modalités » du DPC (6,7) afin de proposer différentes façons de procéder.

Parmi ces méthodes, on retrouve celle des Groupes d'analyse de pratiques (GAP) (8). Un groupe se défini comme un ensemble de personnes ayant des caractéristiques communes.
Dans le cadre de la médecine générale (9) dont la place est primordiale dans notre système de soins (10), ces GAP s'organisent souvent entre *pairs*. Le terme « pair » désignant une personne semblable quant à la fonction, la situation sociale (Robert). Dans notre situation cela désigne un médecin généraliste en exercice libéral.
C'est la Société Française de Médecine Générale (SFMG) qui est à l'origine de l'introduction de cet outil de travail en France en 1987 , dont elle a déposé le terme « Groupe De Pairs® » ou « GdP® » en 1994, en proposant une méthode précise (11). Pour la SFMG, un groupe de pairs en médecine générale se défini comme étant formé par un ensemble de médecins généralistes se réunissant régulièrement, sans hiérarchie entre eux, dans un climat de confiance favorisant la liberté de parole pour faire une analyse argumentée de la pratique quotidienne centrée sur la présentation de cas cliniques, tout en s'appuyant sur l'expertise collective.
Afin de mieux structurer ces GAPP, la HAS a définie des modalités de fonctionnements (12).

Cette méthode semble plébiscitée par ses acteurs comme nous le rapporte les différentes enquêtes menées sur le sujet (13–16). Elle constitue un réel modèle de développement professionnel continu comme en témoigne le travail de thèse d'Anne-Cécile Philibert (17,18). Cependant, pour prétendre à la validation du DPC, ces GAPP doivent valider le cahier des charges établi par la HAS et s'enregistrer auprès d'un Organisme de Développement Continu (ODPC) agréé par l'Agence Nationale du Développement Continu (ANDPC).

La question qui se pose alors, est la suivante :
Existe-t-il des groupes d'analyse de pratique entre pairs en Gironde qui valident les critères du DPC fixés par la HAS ?

Objectif principal :
- Déterminer si les GAPP de Gironde respectent les critères de validation du DPC, établis par la HAS.
Objectifs secondaires :
-Décrire les GAPP de Gironde pour juger de l'écart avec les modalités exigées pour le DPC

-Déterminer si les médecins généralistes sont prêts à modifier le fonctionnement de leurs GAPP afin de pouvoir valider leur DPC par cette méthode.
-Connaître le profil des médecins généralistes participants à un GAPP en Gironde.

Dans un premier temps, nous avons effectué un rappel de la définition d'un GAPP et de la méthodologie définie par la HAS concernant le fonctionnement des GAP. Ensuite nous avons, évoqué l'historique de la formation continue conduisant à la création du DPC, dont nous avons rappelés quels en étaient les acteurs et leurs missions ainsi que ses enjeux.

En second lieu, nous avons étudié des GAPP à travers une description de leurs participants et de leurs méthodes de fonctionnement. Puis, nous avons analysé la conformité de leurs méthodes vis-à-vis des critères HAS permettant la validation du parcours du DPC.

B. GAPP et DPC

1. GAPP : Groupe d'Analyse de Pratiques entre Pairs

a) Définition d'un GAPP :

Un GAPP est une méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles. Elle a pour but d'améliorer les pratiques médicales, en les analysant et en les comparant aux référentiels existants. Elle prend la forme de séances de discussion et de réflexion entre pairs.

Son principe est fondé sur la notion de dynamique de groupe développée par Roger Mucchielli (philosophe, sociologue, psychologue et neuropsychiatre), qui a démontré l'influence du groupe sur les conduites de ses membres et leur comportement (19).

La HAS défini un GAPP comme un groupe restreint composé de médecins de même spécialité, exerçant dans une même zone géographique. Ces médecins organisent des séances de travail régulières. Ils y présentent à tour de rôle des dossiers de patients rencontrés dans la pratique. Cela leur permet de porter un regard critique et constructif sur la prise en charge, à la lumière des recommandations de bonne pratique.

Ainsi, à partir des problèmes soulevés ou de questions identifiées, les données de la littérature scientifique et professionnelle sont prises en compte. « Une posture réflexive est alors adoptée, permettant d'établir une liaison entre savoirs et actions afin d'intégrer les savoirs dans la pratique professionnelle ». L'organisation et le contenu de ces réunions sont décrits comme étant extrêmement variés (20).

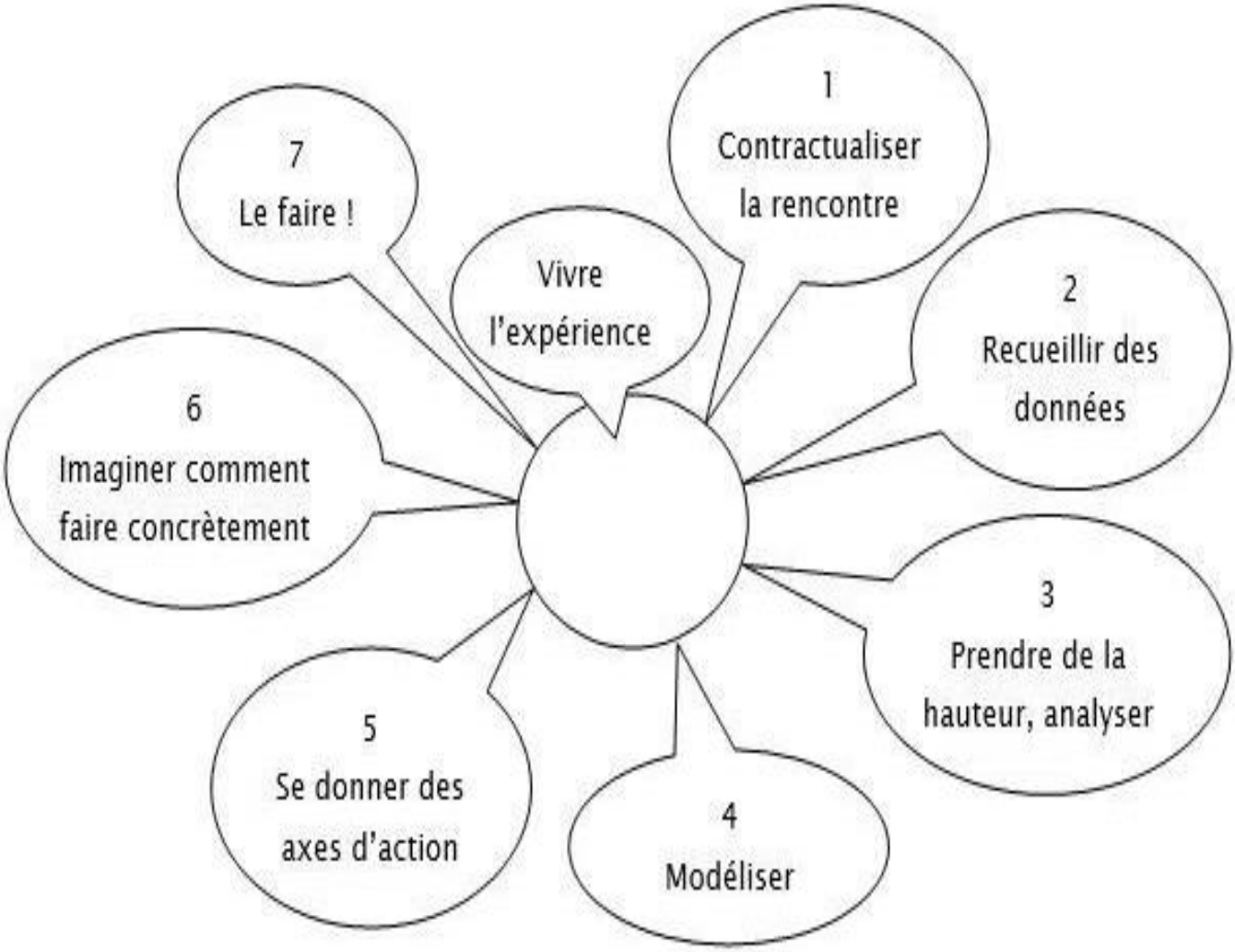

Figure 1. Les sept étapes de la pratique réflexive.

b) **Méthode d'un GAP selon l'HAS :** (20)

Les groupes d'analyse de pratique se déroulent en quatre étapes.

1. *Sélection de dossiers ou de situations cliniques*

La sélection s'effectue de manière explicite par le groupe. Cette sélection peut se faire de plusieurs façons :

● existence d'un problème (qui peut porter sur : modalités de prise en charge, diagnostic, traitement, pronostic, iatrogénie, qualité et efficience des soins, cas clinique, etc.) ou question restée sans réponse ;
● patient pris au hasard ;
● choix en référence à un thème (exemple : diabète de type 2).

Dans tous les cas, ces situations cliniques correspondent à des patients effectivement pris en charge par les participants.

2. *Recherche bibliographique*

Une recherche bibliographique est réalisée pour identifier et sélectionner les données de littérature scientifique et professionnelle *(Annexe 1)*. Elle est en rapport avec les situations cliniques rencontrées et permet d'apporter des réponses aux questions posées. Ces références sont communiquées aux membres du groupe.

Cette recherche bibliographique peut être réalisée à différents temps de la démarche :
● comme point de départ de la démarche ;
● pour préparer une réunion en constituant « un fonds documentaire » ;
● pour répondre aux questions identifiées lors de la réunion.

3. *Présentation de chaque situation clinique*

Une présentation de chaque situation clinique est réalisée par les participants à tour de rôle en réunion. Cette présentation permet d'analyser collectivement la prise en charge et les problèmes rencontrés. Les réponses à apporter par le groupe sont issues des données de la littérature scientifique et professionnelle sélectionnées.

La durée de la réunion est « d'environ 2 heures ».

Un professionnel, participant volontaire (chaque participant peut, à tour de rôle, remplir la fonction d'animateur) anime la réunion en facilitant :

● la dynamique du groupe en gardant à l'esprit les objectifs du projet et en répartissant le temps de parole ;

● l'identification par les participants des problèmes posés par le dossier présenté, les déterminants de leurs décisions, les savoirs mobilisés, les données de la science, et les obstacles à l'intégration de ces données ;

● les échanges et les confrontations de pratiques ;

● l'identification de questions non résolues nécessitant un approfondissement de recherche bibliographique dont est chargé un participant volontaire ;

● le choix d'actions d'amélioration des pratiques et le suivi de leur mise en place (évaluation de leur appropriation voire mesure d'impact, retour d'expérience, nouvelles actions à mettre en œuvre).

À l'issue de la réunion, un compte rendu est rédigé, résumant les cas présentés, les problèmes identifiés, et les réponses apportées par le groupe (en mettant en avant les éventuelles divergences), les références utilisées, la ou les actions d'amélioration des pratiques choisies et le suivi de leur mise en place.

4. *Mise en place d'actions d'amélioration et de modalités de suivi*

À l'issue de cette analyse, des actions d'amélioration et des modalités de suivi sont mises en place (exemples : rédaction de nouveaux protocoles, chemin clinique, suivi d'indicateurs, enquête de satisfaction auprès des patients, suivi périodique des actions entreprises, comparaison à un référentiel par audit ou auto-évaluation, adoption de recommandations, etc.).

Par ailleurs, si des questions restent sans réponse, une recherche bibliographique complémentaire est réalisée. Son résultat est diffusé aux participants, le cas échéant présenté à la prochaine réunion.

Les réunions se tiennent régulièrement tout au long de l'année afin d'assurer la pérennité de la démarche. Leur fréquence est définie dans une charte ou procédure ou un règlement intérieur où les professionnels doivent s'engager à participer régulièrement aux réunions et où la confidentialité des informations et des données personnelles des professionnels est garantie.

c) **Documentation d'un GAP :** (20)

-*Support* :

Chaque groupe doit posséder une charte ou une procédure ou encore un règlement intérieur du GAP qui en précise l'organisation et le fonctionnement.

-*Traçabilité* :

La traçabilité des actions est assurée à l'aide par exemple de :

1. compte rendu écrit de chaque réunion avec liste de présence des participants
2. fiche de suivi d'action d'amélioration
3. résultats d'évaluation
4. nouvelle procédure de prise en charge
5. suivi d'indicateurs, etc.

2. DPC : Développement Professionnel Continu

a) Genèse du DPC :

C'est dans les années 1930 à 1950 qu'apparaissaient les premiers enseignements post-universitaires (EPU) et à partir des années 1970 que se créaient les premières associations de formation à l'initiative des praticiens.

En 1996, les ordonnances Juppé ont fait de la formation médicale continue une obligation légale pour tout médecin en exercice. En effet, jusqu'alors, il s'agissait d'une obligation purement déontologique. Par la suite, les lois du 4 mars 2002 concernant la FMC (formation médicale continue) et celle du 9 août 2004 sur l'EPP (évaluation des pratiques professionnelles) sont venues confirmer cette double obligation. Il s'agissait alors d'une obligation quinquennale de valider 250 crédits dont 150 de FMC et 100 d'EPP. Cette obligation concernait également les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les pharmaciens. (21)

La Formation Médicale Continue avait pour objectifs l'entretien et le perfectionnement des connaissances, y compris dans le domaine des droits de la personne ainsi que l'amélioration de la prise en charge des priorités de santé publique (Définition donnée par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé). La formation continue était organisée par le conseil national de la formation médicale continue (CNFMC) et mise en œuvre par des organismes agréés.
Cependant, les constatations faites au décours de la mise en application de cette loi ont mis en évidence certaines insuffisances. La FMC restait souvent trop didactique (enseignement purement magistral), insuffisamment centrée sur l'analyse des pratiques et avec un impact quasiment nul sur les pratiques qui en découlaient (22). Il existait également des limites en matière de suivi, d'évaluation et de traçabilité des actions de formation continue. A cela s'ajoutait des difficultés de financement.

L'Évaluation des Pratiques Professionnelles créée par la suite consistait en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations professionnelles actualisées

selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle comprenait la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques (Définition donnée par la loi du 9 août 2004). L'EPP avait pour but de concourir à l'amélioration de la qualité des soins et visait à promouvoir la sécurité et l'efficacité des soins et de la prévention.

En 2009, l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la formation médicale continue (FMC) ont été intégrées dans un dispositif unique : le développement professionnel continu (DPC). Parallèlement le DPC était étendu à l'ensemble des 17 professions de santé.

Depuis 2016, le dispositif a évolué. Chaque professionnel de santé doit justifier sur une période de trois ans (après avoir été quinquennale puis annuelle), de son engagement dans une démarche de DPC comportant des actions de formation, d'analyse, évaluation et amélioration des pratiques et de gestion des risques. L'agence nationale du DPC (ANDPC) est chargée d'assurer le pilotage du DPC : elle évalue les organismes qui présentent des actions et des programmes et remplace ainsi l'Organisation Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC). De son côté, la HAS continue à mettre à disposition des organismes et des professionnels les méthodes de DPC et à évaluer leur mise en œuvre (23).

L'enjeu du DPC est d'inviter les professionnels à s'engager dans un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins comprenant des activités d'acquisition des connaissances et d'analyse de pratiques, organisées entre elles, de façon à pouvoir en apprécier l'utilité et l'efficacité.

Récemment, une attention croissante a été portée aux démarches engagées par les professionnels pour faire évoluer leur exercice quotidien, dont le rôle est au moins aussi important que les « savoirs » pour garantir la qualité et la sécurité des soins.
Ces démarches ont le plus souvent comme points communs d'être organisées autour de concertations pluri-professionnelles (groupes d'analyse de pratique, réunions de concertation pluridisciplinaire, revues de morbi-mortalité, staffs…), de « protocolisations » de prises en charge prenant en compte les données de la science (check-lists, protocoles pluri-professionnels…) et de systèmes d'information traduisant les conditions de prise en charge des malades et les résultats obtenus (registres, logiciels…).

Le DPC a donc pour ambition d'aider le professionnel de santé à mieux structurer sa démarche de formation pour qu'elle soit plus efficace et plus gratifiante, à prendre du recul sur sa pratique, à mieux organiser son exercice et ses relations avec les autres professionnels. Le DPC correspond ainsi à une démarche professionnelle continue qui repose sur l'identification et la mise en œuvre, dans sa pratique quotidienne, d'actions concrètes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Sur le plan légal, la loi HPST (Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) instaure l'obligation de développement professionnel continu (DPC) pour l'ensemble des professionnels de santé. L'article 59 de cette loi, défini comme objectifs du DPC « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ».

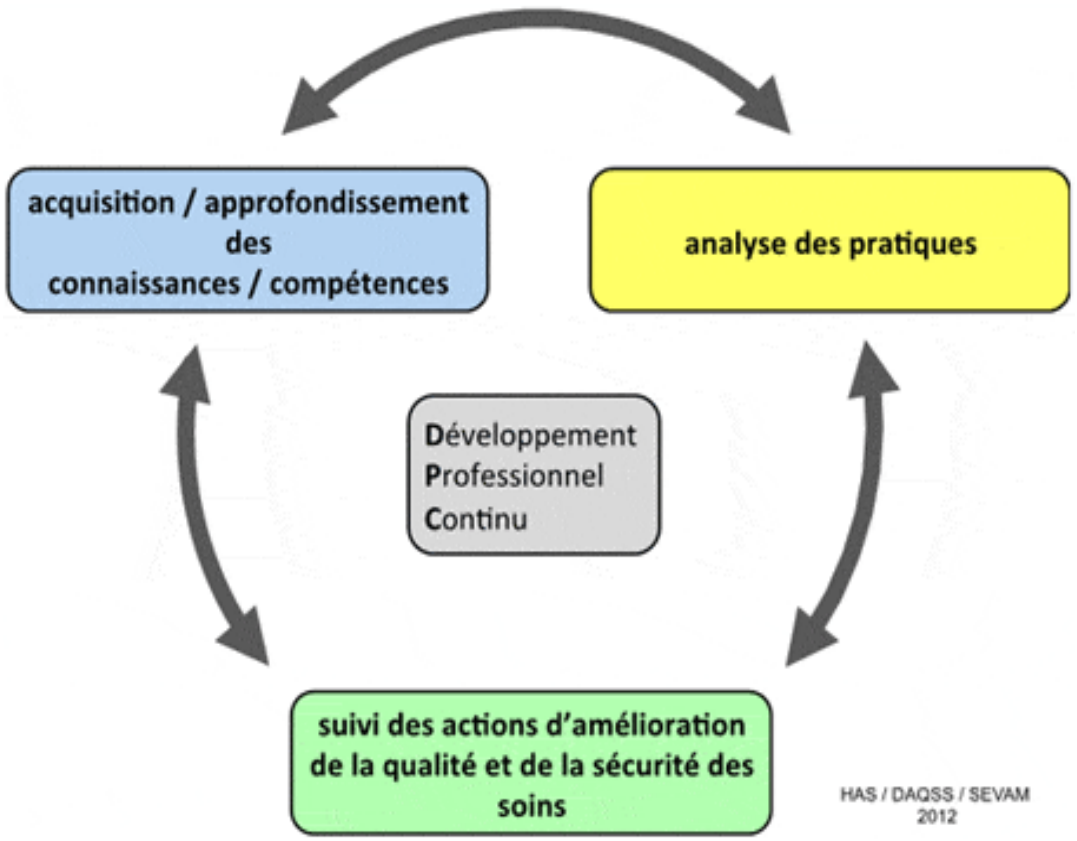

Figure 2. Modèle du DPC

En résumé :

Le DPC est donc un dispositif de formation réglementé :

- Initié par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) en 2009 et adapté par la loi de Modernisation du système de Santé en 2016 ;
- Effectif depuis le 1er janvier 2013 ;
- Dédié aux professionnels de santé de France (au sens du Code de Santé Publique, chapitre IV).

Il a pour objectifs :

- L'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles et de gestion des risques ;
- Le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ;

- La prise en compte des priorités de santé publique (exemple : le dispositif PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie)).

Il permet au professionnel de santé d'être acteur de sa formation et de favoriser les coopérations interprofessionnelles ainsi que le décloisonnement entre les différents modes d'exercices (ville, hôpital).

Chaque professionnel de santé doit ainsi suivre un parcours de DPC pour remplir son obligation qui est actuellement triennale. Cette démarche reste active tout au long de l'exercice professionnel et remplace les précédents dispositifs de formation conventionnels.

Pour satisfaire leur obligation triennale, l'Agence nationale du DPC met à disposition des professionnels de santé l'offre de DPC composée d'actions et de programmes de DPC :

- Action cognitive (concernant l'approfondissement des connaissances) ;
- Action d'analyse des pratiques professionnelles (permettant une réflexion sur la démarche et les caractéristiques de la pratique professionnelle effective du professionnel) ;
- Gestion des risques (visant à identifier, évaluer et prioriser des risques relatifs aux activités d'un métier ou d'une organisation).

b) Les acteurs du DPC :

- Une instance gestionnaire : L'agence nationale du DPC (ANDPC)
- Des instances scientifiques : Les commissions scientifiques pour chaque profession,
- Des organismes opérateurs
  -Les organismes proposant des programmes de DPC (ODPC)
  -Les Organismes Collecteurs Paritaires Agréés (OCPA)
- Des organismes institutionnels
  -Les Agences régionales de santé (ARS)
  -L'Assurance Maladie.

-Les commissions ou conférences médicales d'établissement (CME)

-Les conseils nationaux professionnels des spécialités médicales (CNPS)

-Le Haut Conseil des Professions Paramédicales (HCPP)

-La Haute Autorité de santé (HAS)

-Les instances ordinales

-Le Ministère de la Santé

-Les Unions régionales des professionnels de santé (URPS)

NB : Les employeurs sont en charge du contrôle du DPC des professionnels n'ayant pas d'ordre et/ou ne relevant pas de l'ARS.

1. L'instance gestionnaire :

- **L'Agence nationale du DPC (ANDPC)**

Mise en place en juillet 2016, à la suite de la loi de modernisation du système de santé N° 2016-41 du 26 janvier 2016, l'Agence nationale du DPC reprend les missions de l'OGDPC et assure le pilotage du dispositif. Il s'agit d'un groupement d'intérêt public (GIP) qui comprend des représentants de l'État, de l'Assurance maladie, des professionnels ainsi que des employeurs.

Elle a pour principales missions :

- L'évaluation des organismes et structures ;
- La garantie de la qualité scientifique et pédagogique des formations proposées ;
- La mesure de l'impact du DPC sur l'amélioration et l'efficience du dispositif ;
- La promotion du dispositif de DPC (informer les professionnels de santé, les organismes et les employeurs) ;
- La participation au financement des actions de DPC pour les professionnels de santé pouvant être pris en charge par l'Agence.

« L'Agence participe donc à la prise en charge financière des formations prévues dans le cadre du DPC et répondant aux orientations prioritaires pluriannuelles, pour les professionnels de santé :

- Libéraux (chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, médecins, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, pharmaciens et sages-femmes) ;
- Les professionnels de santé exerçant en centres de santé conventionnés ;
- Les médecins des établissements de santé et médico-sociaux.

Le budget alloué au DPC des professionnels de santé éligibles à la contribution financière de l'Agence est défini, pour 3 ans, par la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) réalisée entre l'État et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (Cnamts). Il est constitué à partir :

- Des apports de ses membres (État et UNCAM : union nationale des caisses d'assurance maladie) ;
- D'une fraction du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 245-6 du code de la Sécurité sociale ;
- Des contributions volontaires d'organismes publics ou privés, autres que les établissements de santé, dans les conditions définies par des conventions avec ces organismes ».

2. Les instances scientifiques :

- **Les commissions scientifiques**

Il existe quatre commissions scientifiques indépendantes (CSI) pour les médecins, les sages-femmes, les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes, et une commission scientifique du Haut Comité des professions paramédicales (HCPP). Elles ont pour principales missions :

- d'évaluer les organismes de DPC et de proposer des critères de contrôle pour ces organismes,
- de formuler un avis sur les orientations nationales et régionales de DPC et sur les méthodes et modalités de DPC,
- d'établir la liste des diplômes universitaires (DU) éligibles au DPC,

- de répondre aux demandes d'expertise de l'ANDPC.

3. Les organismes opérateurs :

- **Les organismes de DPC (ODPC)**

Ils ont pour mission principale de mettre en œuvre les programmes de DPC auprès des professionnels. Ils délivrent une attestation de participation et l'adressent annuellement selon la profession, au conseil de l'ordre, à l'employeur ou à l'ARS. Ils sont évalués par les Commissions scientifiques indépendantes. Leur liste doit être rendue publique par l'ANDPC.
Peut devenir organisme ODPC tout organisme, notamment les organismes professionnels mis en place dans le cadre de la formation continue, l'évaluation des pratiques professionnelles ou démarches d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins, les établissements de santé, dès lors qu'ils sont enregistrés auprès de l'ANDPC et qu'ils sont évalués positivement par les CSI et la Commission scientifique (CS) du HCPP.

- **Les organismes paritaires collectives agréés (OPCA)**

Les OPCA sont chargés de collecter et de gérer, les différentes contributions dues par les entreprises au titre de la formation professionnelle continue. Leur principe de fonctionnement est paritaire, c'est à dire qu'ils sont représentés également par les organisations syndicales des employeurs et des salariés. Cette condition est impérative pour disposer d'un agrément de l'état, sans lequel un OPCA ne peut être mis en place.
« Un accord conclu entre les organisations syndicales d'employeurs et de salariés est préalable à l'octroi d'un agrément par l'état. Cet accord définit le champ d'intervention géographique et professionnel de l'organisme ».

4. Les organismes institutionnels :

- **Les ARS**

Elles complètent les orientations nationales de DPC par des orientations régionales spécifiques, en cohérence avec le programme régional de santé après avis de la commission scientifique compétente.

Elles s'assurent que l'obligation de DPC est remplie pour les audioprothésistes, opticiens-lunetiers, les prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des PH qui n'exercent pas à titre salarié, et les autres auxiliaires médicaux à exercice libéral qui ne relèvent pas d'un ordre professionnel, au moins une fois tous les 5 ans (Art. R4382-14). Pour ces professionnels, c'est l'organisme de DPC qui transmet ces attestations de participation à l'ARS.

Les ARS contribuent à évaluer et à promouvoir la qualité des formations des professionnels de santé (Article L1431-2 du code de la santé publique, créé par la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 118).

- **L'assurance Maladie**

Elle participe au financement et à la gestion de l'Agence nationale du DPC (ANDPC).

- **Les commissions médicales d'établissement (CME)**

Elles ont un rôle de promotion des programmes de DPC. Elles contribuent au plan de DPC relatifs aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques.

Le Président de la CME des établissements publics coordonne l'élaboration du plan de DPC.

- **Les conseils nationaux professionnels de spécialité (CNPS)**

Les CNPS regroupent dans chaque spécialité les différentes composantes de la profession (syndicale, académique, scientifique) et les différents modes d'exercice des médecins (salariés, hospitaliers, libéraux). Leur objectif est de participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

- **Le Haut Conseil des Professions Paramédicales (HCPP)**

Le HCPP est placé auprès du ministre de la santé, ce Haut Conseil a pour fonction de "promouvoir une réflexion interprofessionnelle" sur "les conditions d'exercice des professions

paramédicales, l'évolution de leurs métiers, la coopération entre les professionnels de santé, la répartition de leurs compétences", "la formation et les diplômes" et "la place des professions paramédicales dans le système de santé". Il a aussi pour rôle de "participer, en coordination avec la HAS, à la diffusion des recommandations de bonne pratique et à la promotion de l'évaluation des pratiques".

- **La Haute Autorité de santé (HAS)**

Le rôle de la HAS est d'élaborer, fixer puis valider les méthodes et modalités de DPC après avis de la CSI, y compris les conditions qui permettent d'apprécier la participation effective en tant que participant ou formateur à un programme de DPC. La liste des méthodes et des modalités de DPC étant élaborées avec le concours d'un organisme composé de CNPS pour ce qui concerne les médecins. Elle assiste aux travaux du conseil de surveillance de l'ANDPC.

- **Les instances ordinales professionnelles**

Les Conseils de l'ordre correspondant à chaque profession s'assurent au moins une fois tous les cinq ans, sur la base des attestations transmises par les organismes de DPC (ou du diplôme universitaire obtenu), que les professionnels ont satisfait à leur obligation de DPC.
En cas de non-respect de l'obligation de DPC, le Conseil peut demander au professionnel de mettre en place un plan personnalisé de DPC. L'absence de mise en œuvre de ce plan par le professionnel est susceptible de constituer un cas d'insuffisance professionnelle sanctionnée par le Conseil de l'ordre.
Pour les professionnels non-inscrits à un ordre professionnel, ce sont soit les directeurs d'ARS, soit les employeurs qui sont chargés de contrôler le respect de l'obligation de DPC.

- **Le Ministère de la santé**

Chaque année, le ministre arrête la liste des orientations nationales, après avis des commissions scientifiques compétentes pour chaque profession ou groupes de professions. Il participe à la gestion de l'ANDPC.

- **Les URPS**

Les Unions Régionales des Professionnels de Santé ont un rôle de promotion des programmes de DPC.

c) Modalités du DPC :

Pour réaliser leur DPC, les professionnels ont trois possibilités :

1. *Participer à un programme de DPC.*

Ces programmes sont proposés par des ODPC enregistrés auprès de l'organisme gestionnaire et évalués positivement par la ou les commissions scientifiques compétentes.
Ces programmes se structurent autour d'une des méthodes du DPC (élaborées avec la Fédération des Spécialités Médicales et du Collège de Médecine Générale et validées par la HAS après avis des commissions scientifiques compétentes) et correspondent à une orientation nationale ou régionale de DPC.

Exemples pratiques de mises en situation :

- Réunion de formation type formation continue
- Audits cliniques
- Groupe d'analyse des pratiques (GAP)
- Revues de mortalité et de morbidité (RMM)
- Travail en équipe, pluri-professionnel ou non

2. *Obtenir un Diplôme Universitaire (DU ou DIU).*

3. *Participer en qualité de formateur à un programme de DPC.*

d) La prise en charge financière de la participation au DPC :

La formation des médecins qu'ils soient libéraux ou salariés, peut être prise en charge financièrement. Elle porte sur 21 heures maximum dans l'année dont 10, maximum, en non présentiel. Le montant de l'heure indemnisée est de 45€ (maximum (945€/an).

La participation à un GAPP permet la validation de 10h de DPC (indemnisé 450 euros).

3. Place du GAPP dans le DPC :

Le GAPP est une méthode qui correspond à la fois aux anciennes terminologies de FMC et d'EPP, et semble ainsi constituer un outil intéressant pour le DPC, notamment chez les médecins généralistes dont l'exercice est singulier.

Un travail de revue de la littérature mené par D. Davis qui s'est attaché à l'étude scientifique de la formation continue, concluait après réalisation d'une méta-analyse, au fait que les séances interactives (au cours desquelles « l'apprenant » participe de manière active), comme c'est le cas dans les GAPP, avaient pour effet la modification des pratiques professionnelles (24). Cet effet n'était pas retrouvé de manière significative pour les modes de formation uniquement didactique (conférences, cours etc…).

Le GAPP fait aujourd'hui partie des modalités du DPC *(Annexe 2)* puisqu'il s'agit d'une approche de type « analyse des pratiques », correspondant à une étude de cas. Il doit à ce titre être complété d'une activité d'acquisition des connaissances et/ou des compétences. Cette activité peut être soit intégré à l'analyse de pratique (par l'appropriation des recommandations ou à travers des actions d'amélioration à réaliser), soit externalisé et articulé avec la démarche du GAPP.

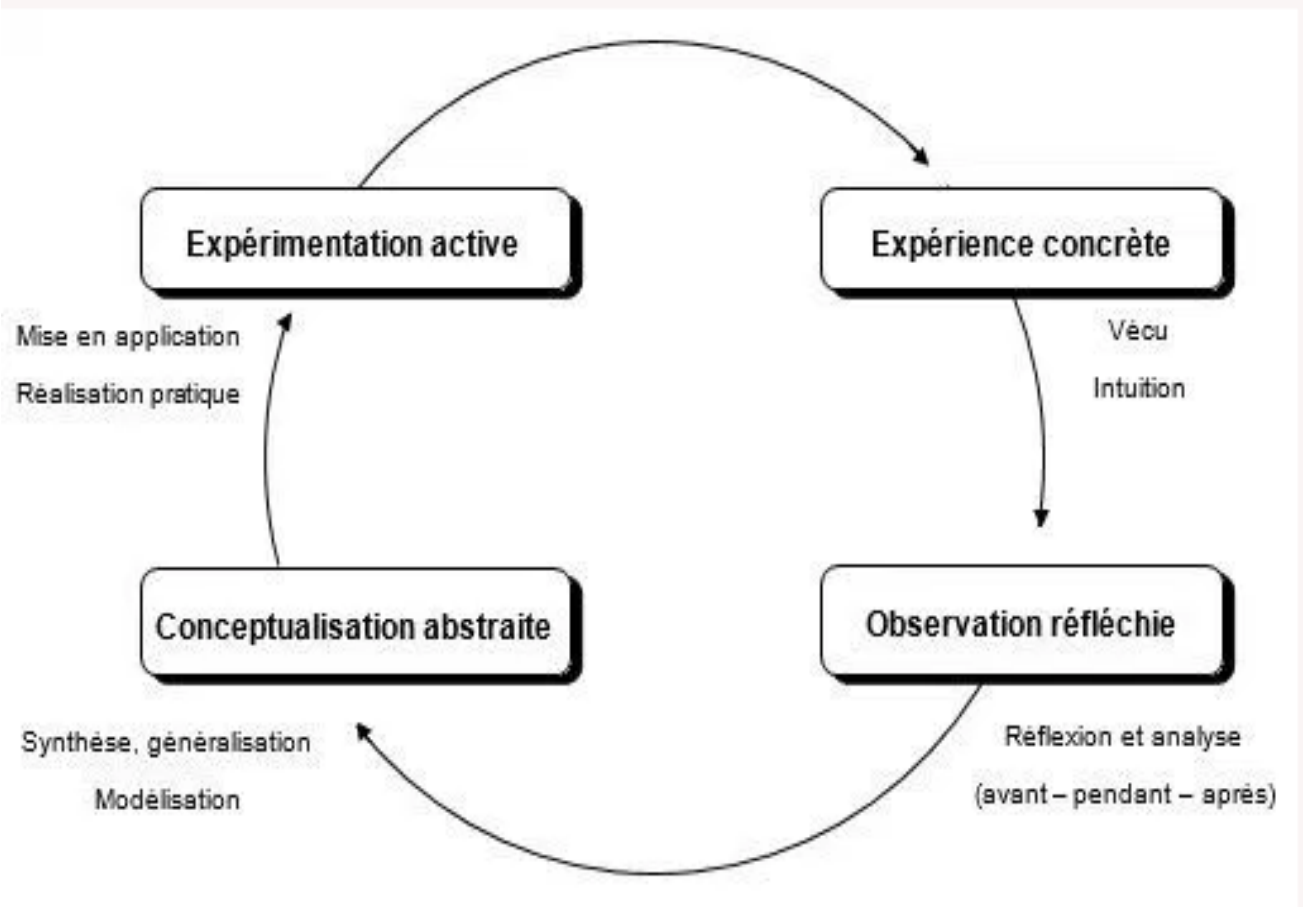

Figure 3. Le cycle d'apprentissage expérientiel (adapté de Kolb, 1984)

II. MATERIEL ET METHODES :

A. Schéma et durée d'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive quantitative portant sur les Groupes d'Analyse de Pratique entre Pairs (GAPP) existant dans le département de la Gironde.
Le recensement des GAPP et l'enquête par questionnaires se sont déroulés de novembre 2017 à février 2018.

B. Population étudiée :

Cette étude a eu lieu en Aquitaine dans le département de la Gironde.
La population cible était composée de tout médecin généraliste de Gironde participant à un GAPP et la population source étaient constituée des médecins concernés faisant partie de la mailing liste du CDOM 33 et/ou de la mailing liste des médecins remplaçants d'Aquitaine. L'échantillon était constitué de ceux ayant répondu aux questionnaires.

Le recensement des GAPP s'est fait en contactant par courriel et par téléphone différents organismes en lien avec la formation continue (URPS, CDOM de Gironde, DMG de l'université de Bordeaux, SFMG, UNAFORMEC, MG Form, FMC action, VARAPP, ANDPC, ARS) et par la diffusion des questionnaires à l'ensemble des médecins généralistes inscrits au CDOM de Gironde par courriel (sans possibilité de relance). Ce recensement a été complété par la méthode de « proche en proche » et par une diffusion des questionnaires via le *Google group* des médecins remplaçants d'Aquitaine.

Nous avons décidé d'envoyer les questionnaires sous format électronique du fait de la difficulté de joindre directement chaque médecin participant à un GAPP en l'absence de recensement préalable existant.

C. Recueil des données :

Le recueil des données s'est déroulé du 7 novembre 2017 au 7 *février* 2018.
Il s'agissait de deux questionnaires présentés sous format *Google Form*.
Ces questionnaires ont été établis (25) à partir de questions utilisées dans les études précédentes portant sur les GAPP (Travaux de thèses de médecine d'H. Porco (15), de S. Carrez-Gamel (14), de F. Wintz (26) et d'A-C. Philibert (17)) ou de manière plus globale sur les GAP (27) ainsi qu'à l'aide des critères définis par la HAS dans sa fiche-méthode concernant les modalités du DPC (20). Ces questionnaires ont préalablement été testés par mail auprès de plusieurs médecins généralistes remplaçants, et d'un médecin généraliste installé.

Le premier questionnaire était individuel et concernait les caractéristiques et l'opinion des participants ainsi que certaines modalités du DPC. Chaque participant devait répondre pour lui-même.
Le second devait être rempli une seule fois pour l'ensemble du groupe et interrogeait sur les méthodes de fonctionnement de celui-ci (encadrement, indépendance, composition, méthodologie, respect des critères HAS, volonté de validation du DPC). Il devait être rempli par l'un des participants, au cours d'une séance ou en dehors avec l'accord des autres membres du groupe.
Ce travail a fait l'objet d'une déclaration simplifiée auprès de la CNIL réalisée en ligne le 27 Octobre 2017 et validée sous le numéro de déclaration *21144442 v 0* le 30 Octobre 2017.

D. Analyse des données :

Les questionnaires ont été saisis sur une application en ligne dans le « Drive » en format *Google Form*.
Nous avons réalisé une analyse descriptive.
La mise en forme des résultats a été réalisé sous logiciel Excel® après que les tests statistiques aient été réalisé avec le logiciel R via l'interface en ligne « BiostaTGV ».

Les résultats ont été présenté en nombre absolu, sous forme de moyenne (en utilisant la valeur médiane lorsqu'il s'agissait de valeurs par tranches) ou en pourcentage. Concernant la moyenne d'âge des participants, la valeur utilisée pour la tranche inférieure à 30 ans était de 27 ans en tenant compte de la durée des études médicales et de 65 ans pour la tranche des plus de 60 ans du fait de la présence de retraités. Concernant la durée moyenne des séances, la valeur retenue pour la tranche supérieure à 3h était de 3,5h puisque qu'une durée supérieure à 4h semblait improbable.

Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide du test de Chi2 ou de Fisher lorsque les conditions nécessaires à la réalisation du Chi2 n'étaient pas réunies.
Une valeur de p inférieure à 0,05 a été retenue pour considérer les résultats comme significatifs.

III. RESULTATS ET ANALYSE :

A. POPULATION ETUDIEE

Les questionnaires ont été adressés auprès de 2957 médecins généralistes de Gironde via la liste de diffusion du CDOM, ainsi qu'à 1016 médecins généralistes remplaçants de la région Nouvelle Aquitaine via celle du Google group existant pour ces derniers (*dont certains, thésés, faisaient déjà partis de la liste du CDOM, mais dont le nombre exact n'était pas connu*).

Le recensement des groupes existants s'est révélé difficile car aucun organisme ne les répertoriait systématiquement. En effet il n'existait pas de liste exhaustive, et le conseil de l'Ordre de la Gironde ainsi que l'ARS n'avaient pas d'information à ce sujet. La SFMG, l'association VARAPP, MG Form, l'UNAFORMEC et l'ANDPC n'ont pas donné suite aux multiples demandes de renseignements. FMC Action ne recensait aucun groupe sur le département. Le DMG de la faculté de médecine de Bordeaux n'est pas parvenu à nous permettre d'identifier davantage de groupes. De plus, certains groupes identifiés, principalement par la méthode « de proche en proche », n'ont pas participé malgré les sollicitations.

Nous avons obtenu 13 réponses au questionnaire « GROUPE » (dont deux parfaitement identiques correspondaient en fait au même groupe) et 32 réponses au questionnaire « PARTICIPANT ».

Au total, 12 groupes de Gironde ont complétés le questionnaire. 32 participants de ces groupes ont répondu au questionnaire individuel (moyenne de 2,7 participants répondeurs par groupe) alors que les groupes étaient constitués d'effectifs plus importants et cela malgré les indications accompagnant les questionnaires. L'appartenance à tel ou tel groupe n'a pas pu être établi du fait du non-respect de la consigne d'identification.

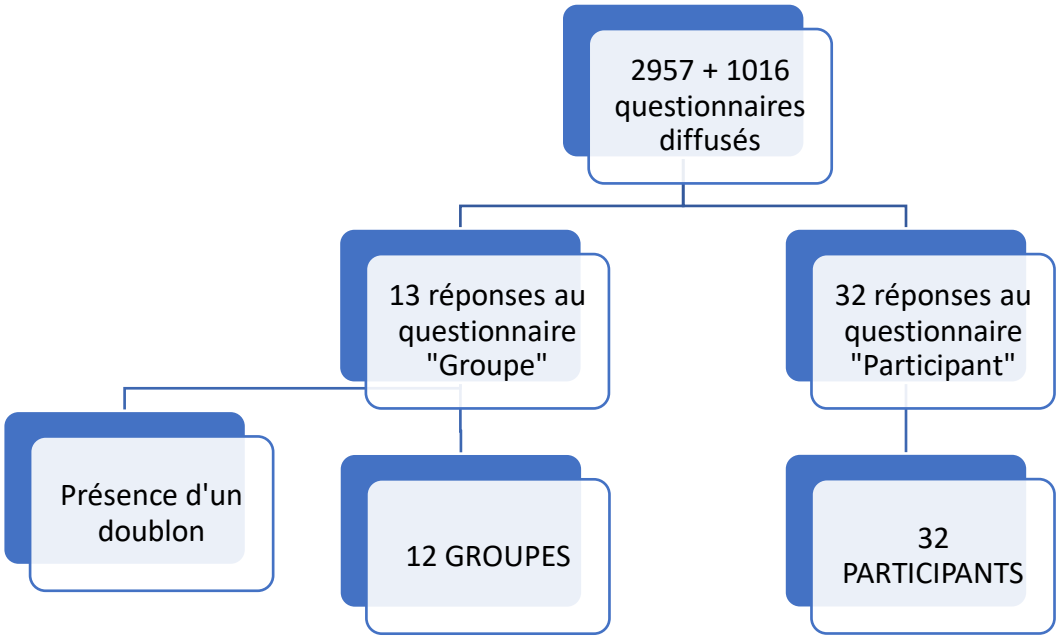

Figure 4. Diagramme de flux

B. LES PARTICIPANTS :

1) Sex Ratio :

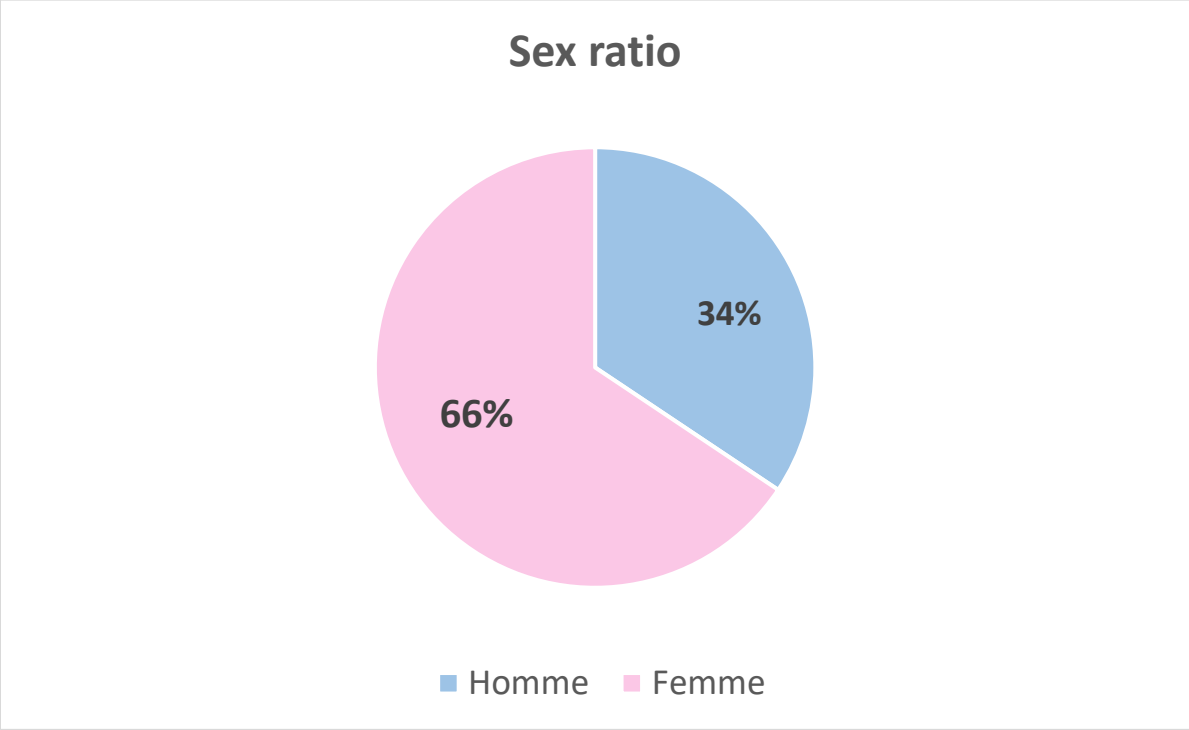

Figure 5. Sex ratio, N=32

Parmi les 32 participants ayant répondus, 21 étaient des femmes et 11 étaient des hommes.

La proportion de femmes était significativement plus élevée que dans la population des médecins généralistes de la Gironde (66% versus 46% en 2017, p =0,0272)

2) Tranches d'âge :

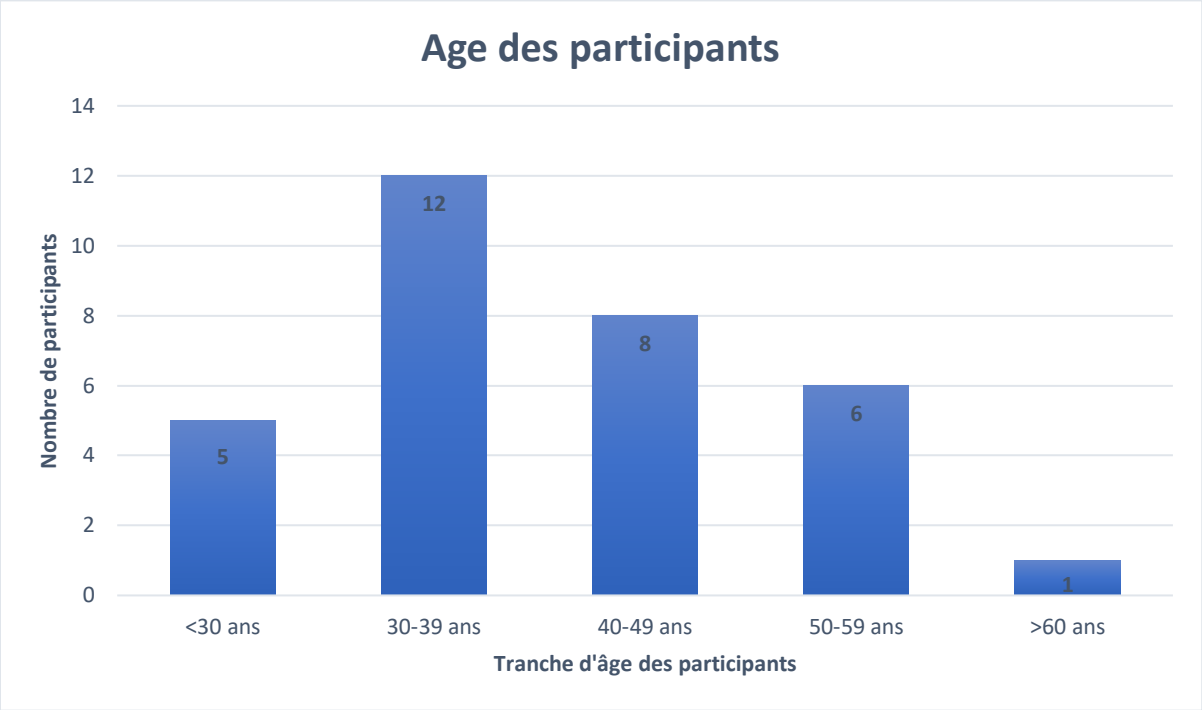

Figure 6. Âge des participants, N=32

La moyenne d'âge de l'effectif était de 40,9 ans.

Toutes les tranches d'âge étaient représentées, avec une plus forte proportion de jeunes médecins (<40 ans) que dans la population Girondine. Le test statistique (chi2) de conformité attestait de la différence des 2 distributions (p= 0.0000018).

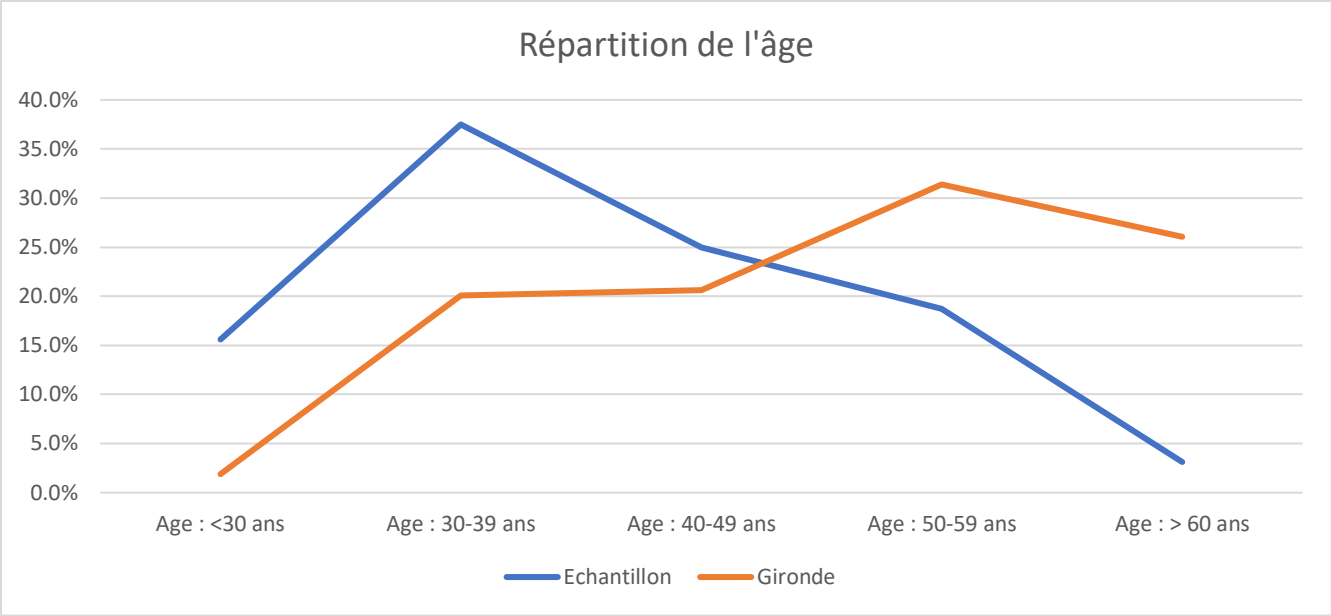

Figure 7. Courbes de répartition par âge des médecins généralistes (Échantillon : N=32 ; Gironde : N=2810)

3) Durée d'installation :

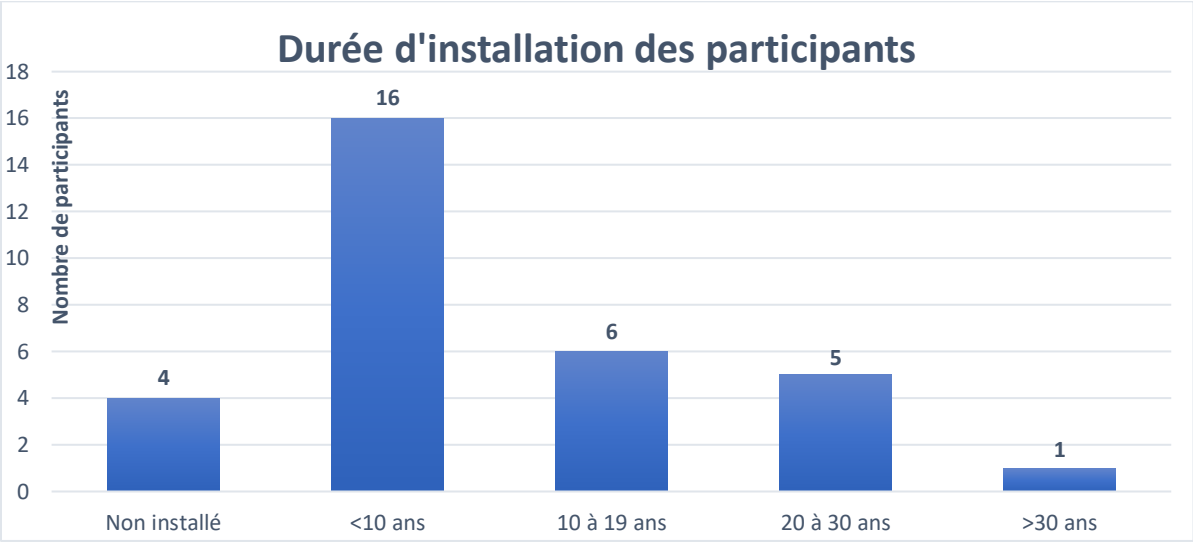

Figure 8. Durée d'installation des participants, N=32

La durée d'installation semblait en adéquation avec l'âge des participants.

3 des 5 médecins de moins de 30 ans étaient des remplaçants.

4) Implication dans la formation des étudiants en médecine :

11 participants, soit un peu plus d'un tiers (34%), étaient impliqués dans la formation des internes de médecine générale en tant que maîtres de stage. L'un d'eux étaient également enseignant à la faculté de médecine.

Il y avait une plus forte proportion de maîtres de stage parmi les membres des GAPP de l'étude que dans la population des médecins généralistes du département (11 soit 34% versus 187 soit 6,6% ; p <0,05).

5) Mode d'exercice :

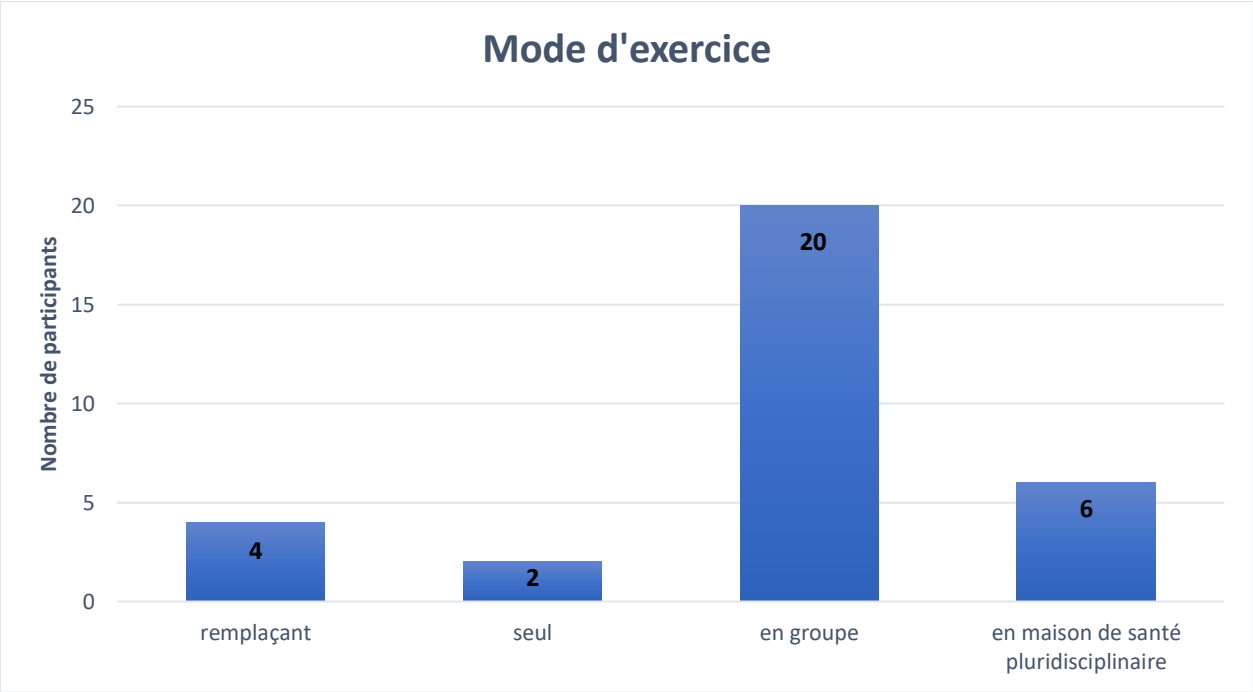

Figure 9. Mode d'exercice, N=32

20 participants exerçaient au sein de cabinets de groupe. Les maisons de santé pluridisciplinaire étaient représentées par 6 participants. Enfin, 4 participants étaient médecins-remplaçants et les 2 derniers exerçaient en cabinets individuels.

La plupart d'entre eux exerçait donc en cabinet de groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire (respectivement 62,5% et 18,75%, soit 81, 25%).

6) Zone d’exercice :

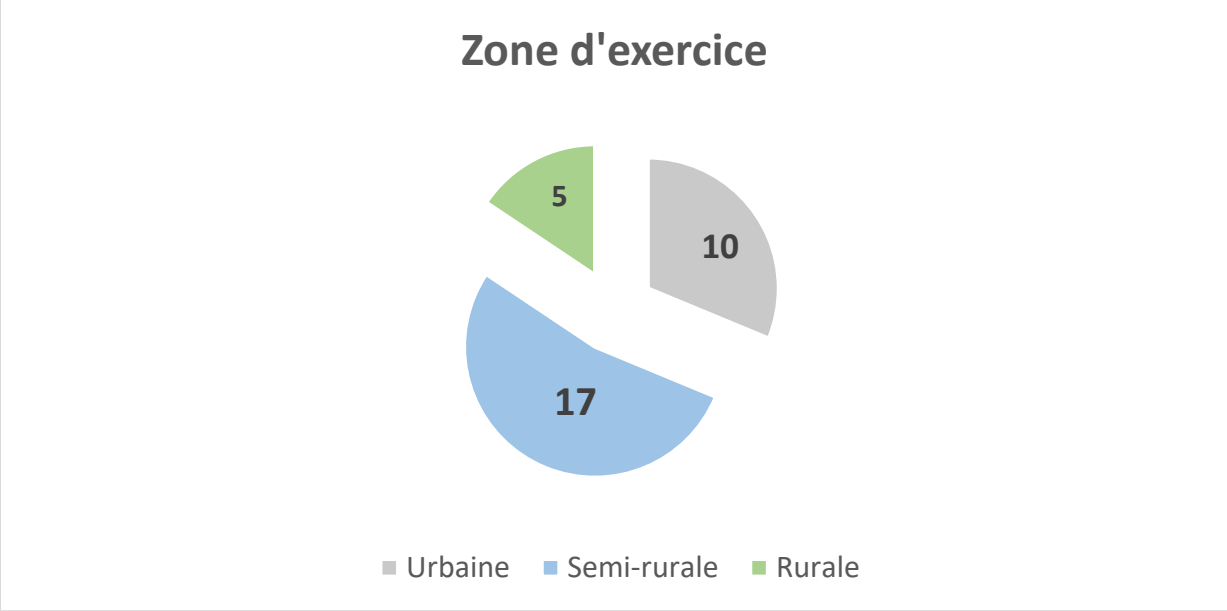

Figure 10. Zone d'exercice des participants, N=32

17 participants exerçaient une activité en zone dite semi-rurale, 10 autres déclaraient une activité en milieu urbain et 5 en zone « rurale ».

NB : les médecins remplaçants ont indiqués la zone correspondante à leurs remplacements les plus réguliers.

Les participants se trouvaient principalement en zone considérée « semi-rurale » (53%) ou urbaine (31%).

7) *Durée d'adhésion au GAPP :*

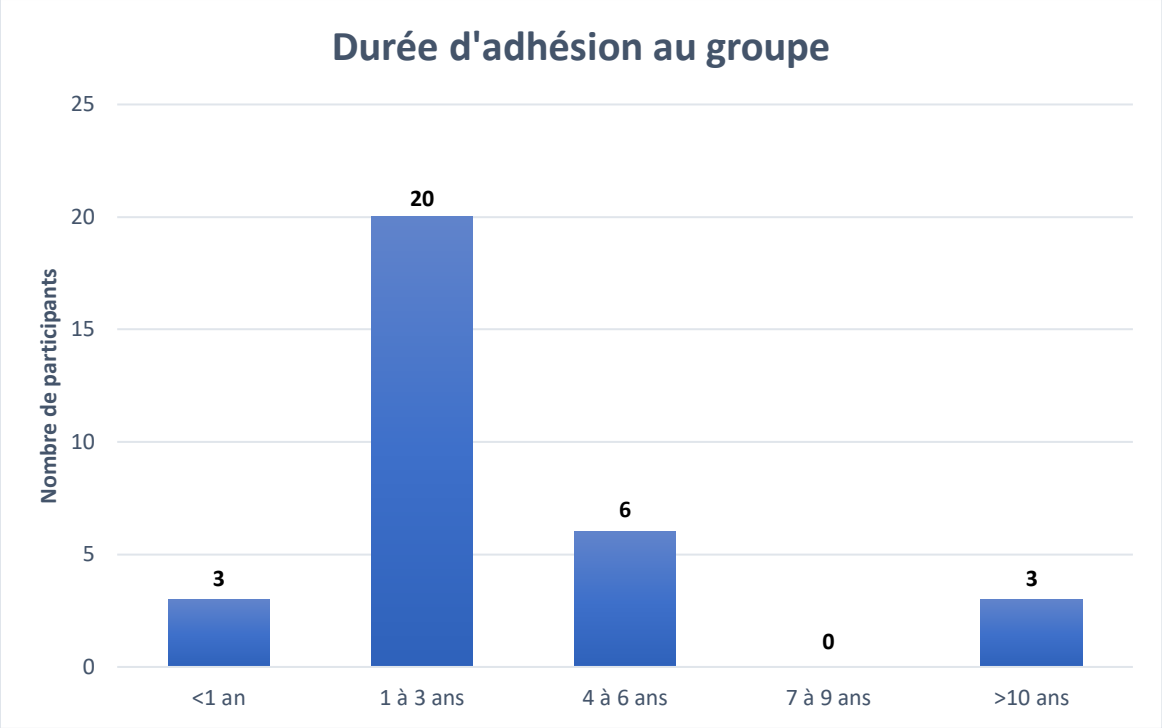

Figure 11. Durée d'adhésion au groupe, N=32

La durée d'adhésion au groupe était majoritairement inférieure ou égale à 3 ans (71,9%). Cette adhésion considérée comme récente était correspondre avec l'âge ainsi que la durée d'installation des participants de l'étude.

8) Motifs de participation au GAPP (question à réponse ouverte) :

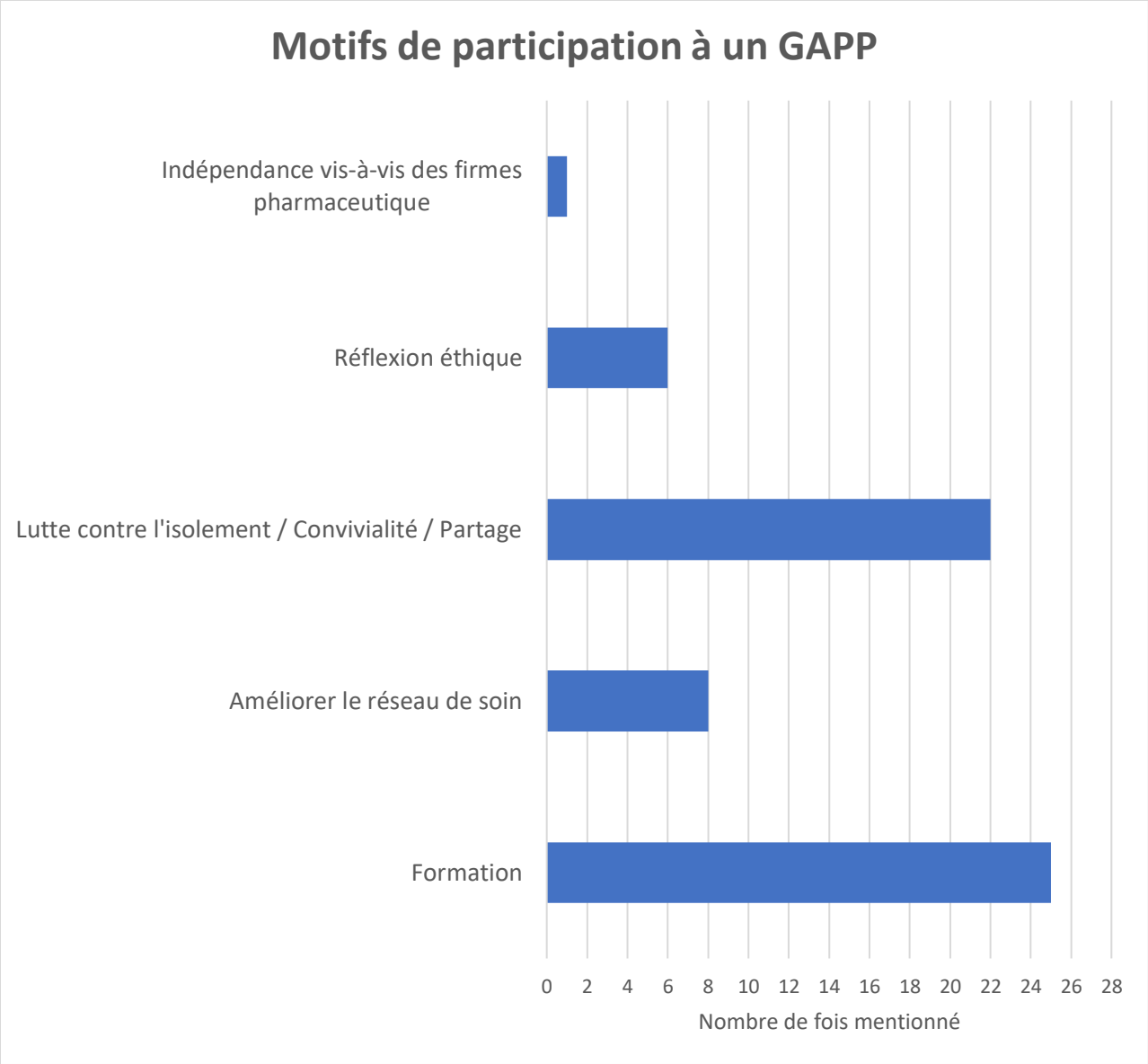

Figure 12. Motifs de participation au groupe, N=32

Parmi les motifs invoqués à la question ouverte sur les motifs de participation à un GAPP, on retrouvait principalement le « désir d'une formation continue adaptée à la pratique » (25 fois), suivi de celui regroupant « la lutte contre l'isolement, la convivialité et le partage d'expérience entre confrères » (22 fois). Par la suite, on retrouvait « la volonté d'améliorer le réseau de soin local » (8 fois), puis « la volonté d'avoir une

réflexion éthique entre confrères » (6 fois). Notons que « le souhait d'indépendance de formation vis-à-vis des firmes pharmaceutiques » était mentionné une fois.

9) Nombre de séances annuelles effectuées :

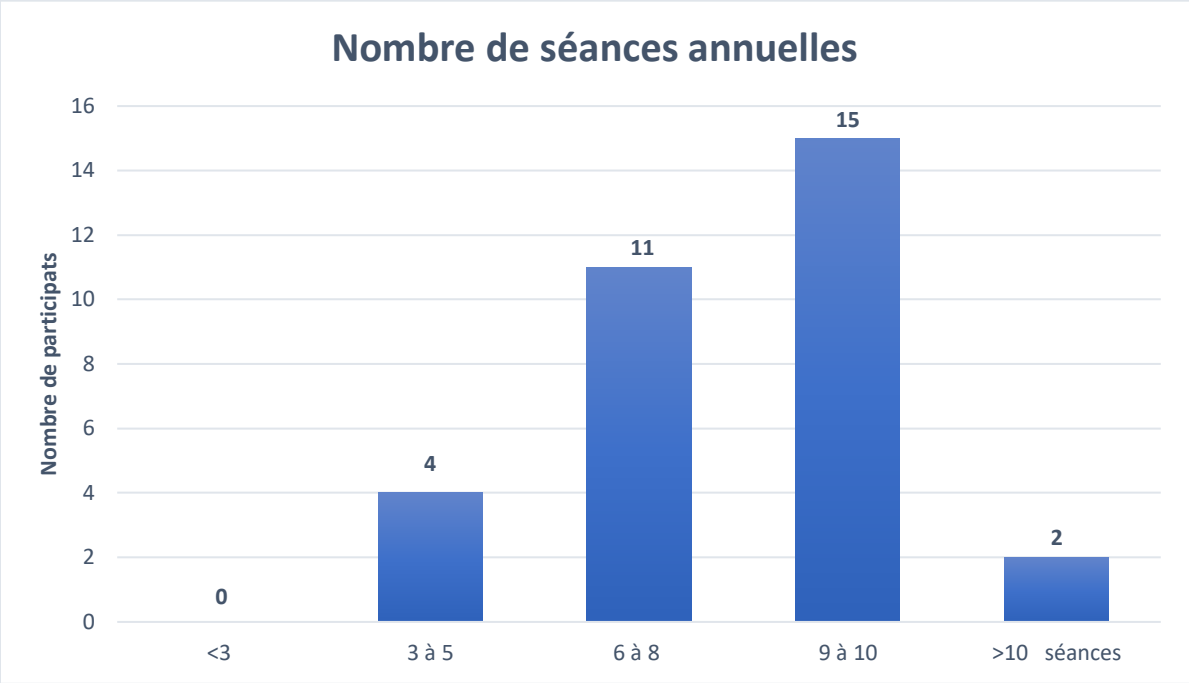

Figure 13. Nombre de séances annuelles effectuées par les participants, N=32

Il n'y avait aucun membre de l'échantillon se rendant à moins de 3 séances par an. 4 de ces membres participaient à moins de 6 séances annuelles. 11participants effectuaient de 6 à 8 séances par an, 15 autres de 9 à 10 séances et 2 se rendaient à plus de 10 séances.

La grande majorité des sondés participaient à 6 séances annuelles ou plus (28 sur 32 soit 87,5%). Et 26 d'entre eux (81,25%) ne dépassaient pas non plus les 10 séances par an.

10) Bilan individuel :

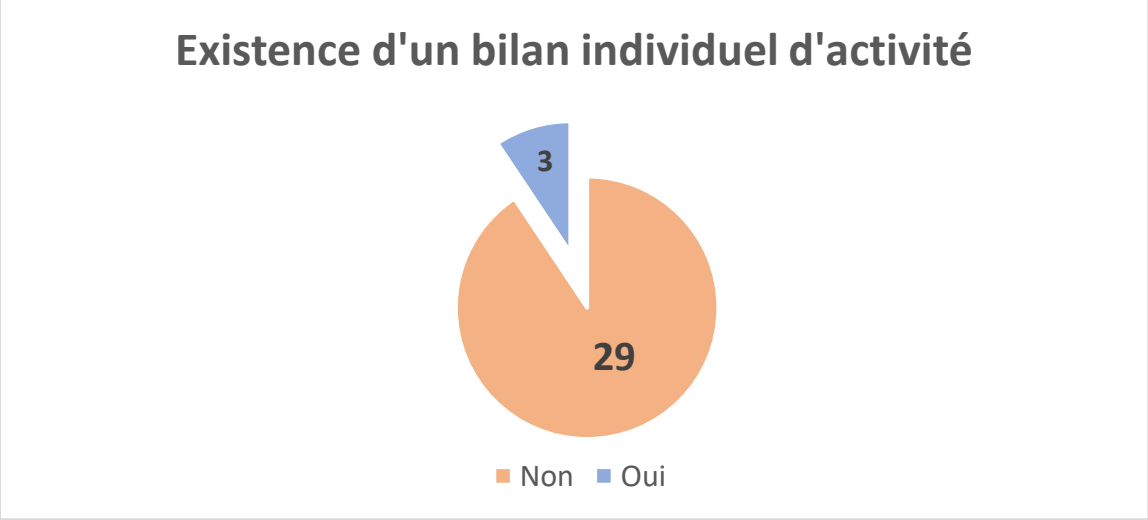

Figure 14. Bilan individuel de participation au groupe, N=32

9,375% des sondés réalisaient un bilan individuel d'activité au sein du groupe.

11) Traçabilité :

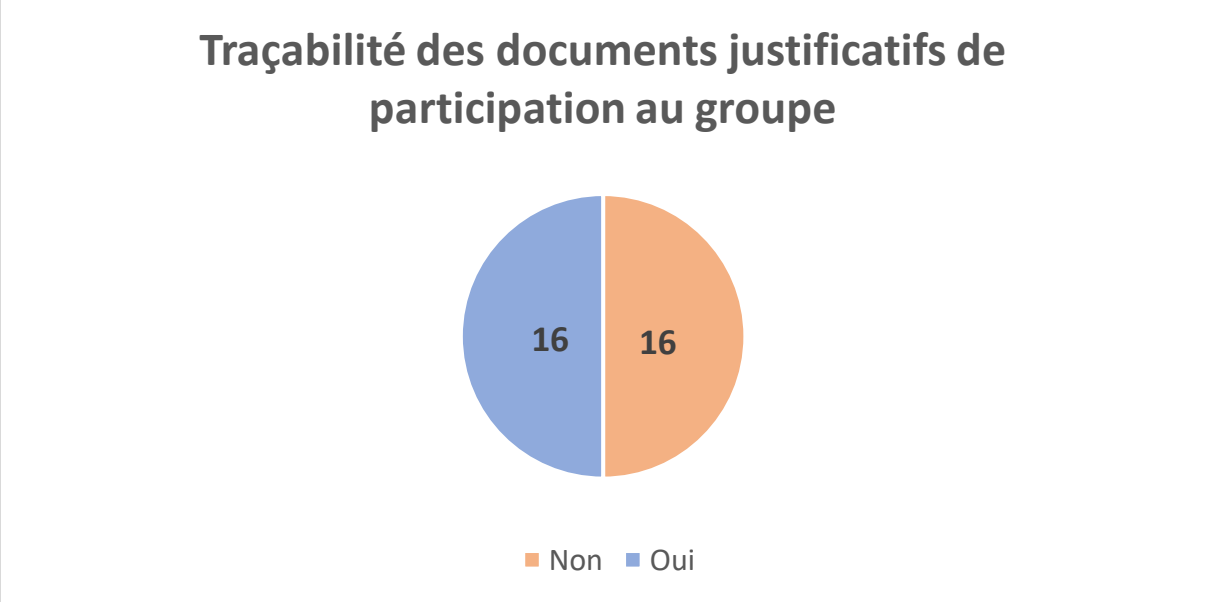

Figure 15. Traçabilité des documents justificatifs de participation au groupe, N=32

La moitié des participants, détenaient une traçabilité des documents justificatifs de leur participation au GAPP.

12) Autres modes de formation :

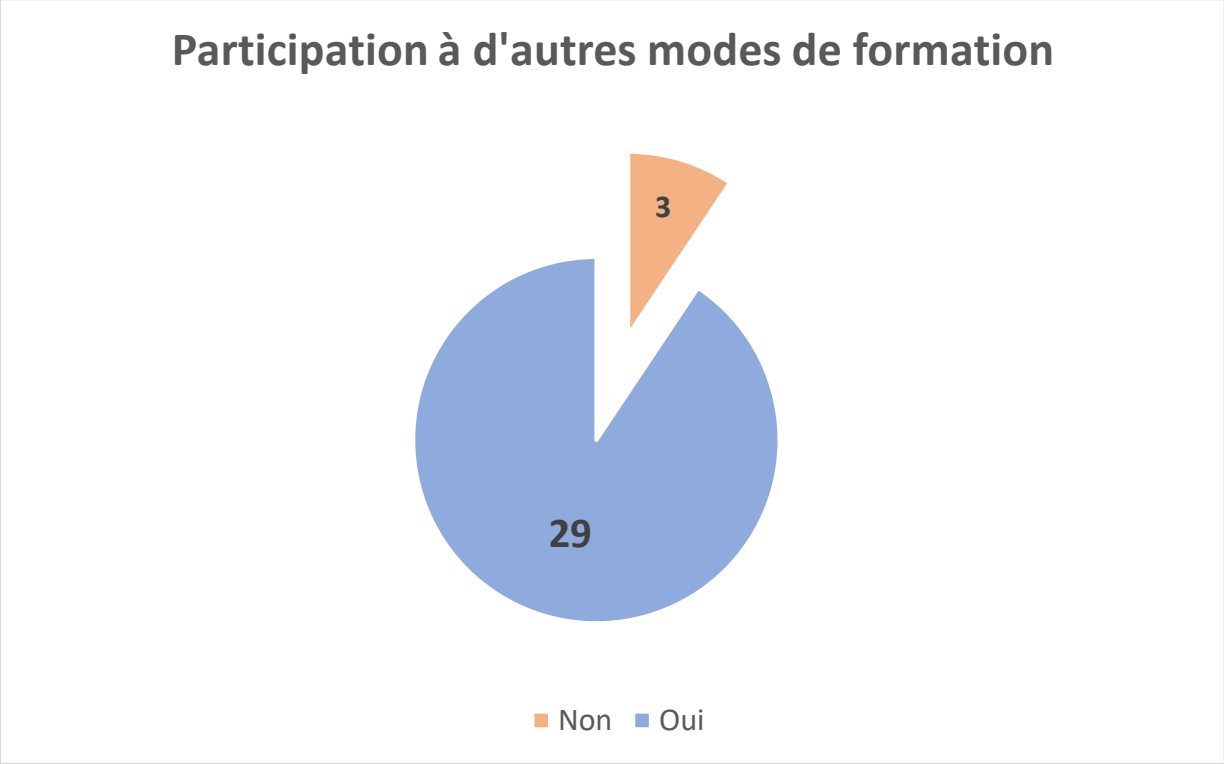

Figure 16. Participation à d'autres modes de formation, N=32

29 participants déclaraient participer à d'autres modes de formation.

Ces modes de formation comprenaient les formations organisées par l'université (citées 19 fois), la participation à des congrès médicaux (citées 17 fois), les formations par internet ou *e-learning* (citées 15 fois), celles liées à la presse médicale (citées 14 fois). On retrouvait ensuite les formations organisées par les réseaux de soins locaux et celles organisées par des firmes pharmaceutiques (citées 10 fois chacune). La participation à un groupe *Balint*, les formations organisées par un syndicat des médecins remplaçants (AquiReAGJIR) ou par l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS) apparaissaient une fois chacune.

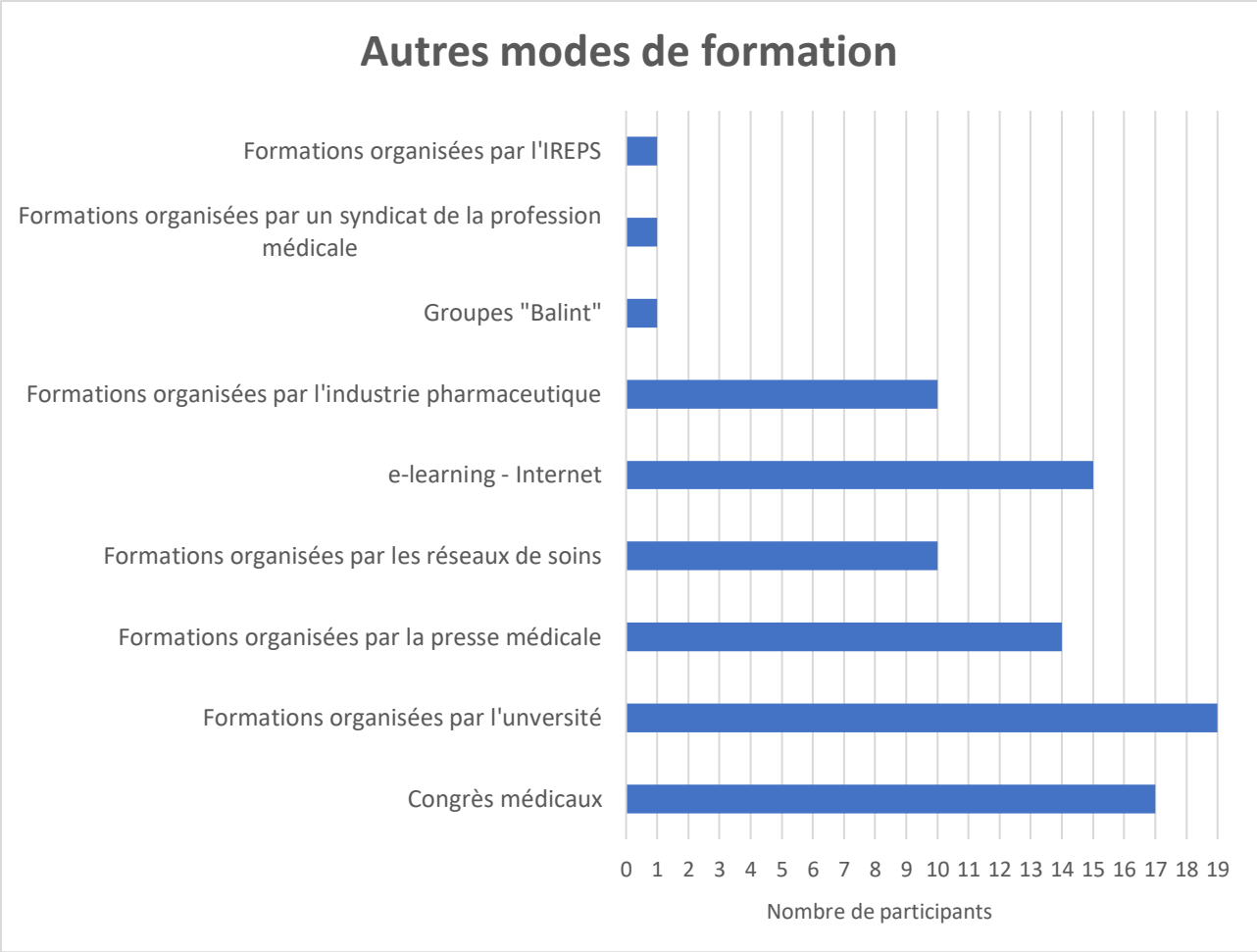

Figure 17. Autres modes de formation, N=32

13) Effet sur la pratique :

L'ensemble des participants s'accordait à dire que leur participation à un GAPP concourait à l'amélioration de la qualité des soins. 31 d'entre eux (97%) attestaient d'ailleurs qu'il en découlait une modification de leur pratique.

14) Connaissance des modalités du DPC :

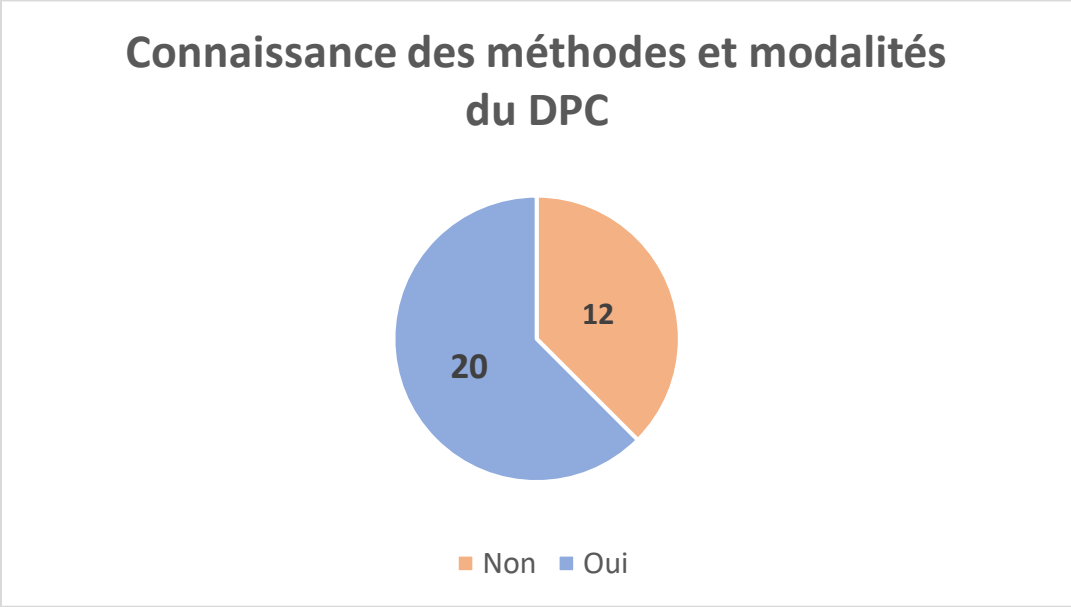

Figure 18. Connaissance des méthodes et modalités du DPC, N=32

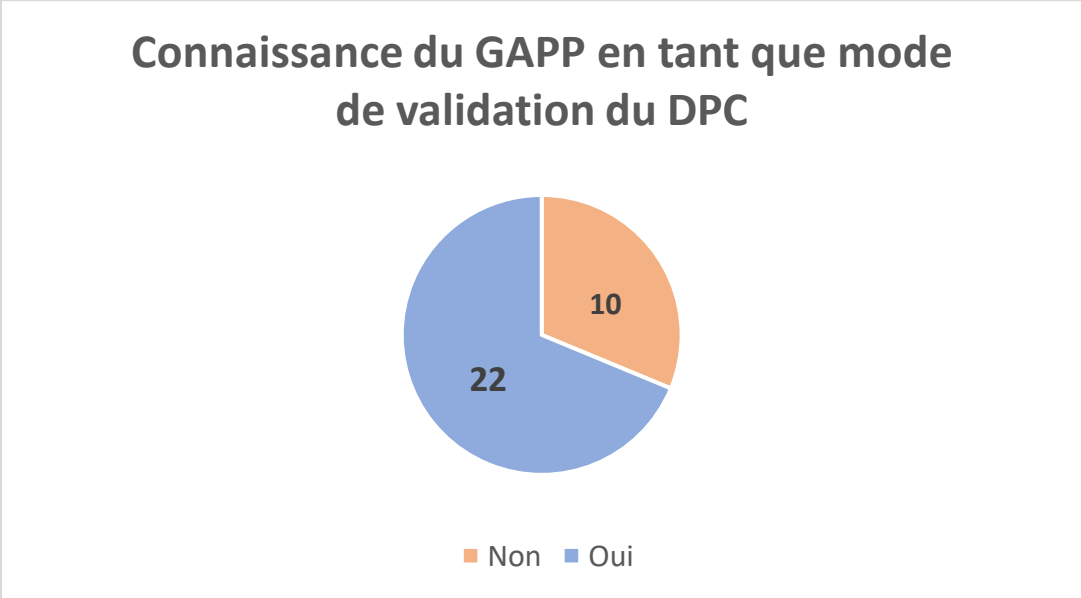

Figure 19. Connaissance du GAPP en tant que mode de validation du DPC, N=32

20 participants (62,5%) déclaraient connaître les modalités du DPC, mais quatre d'entre eux ignoraient pourtant le fait que la participation à un GAPP pouvait permettre de valider le parcours du DPC.

D'un autre côté, 6 participants qui déclaraient ne pas connaître les méthodes et modalités du DPC, soit la moitié d'entre eux, savait tout de même que le GAPP en faisait partie. Au total, 22 participants (68,75%) avaient connaissance de la possibilité de valider le DPC via les GAPP.

15) Souhait de valider son DPC par le GAPP :

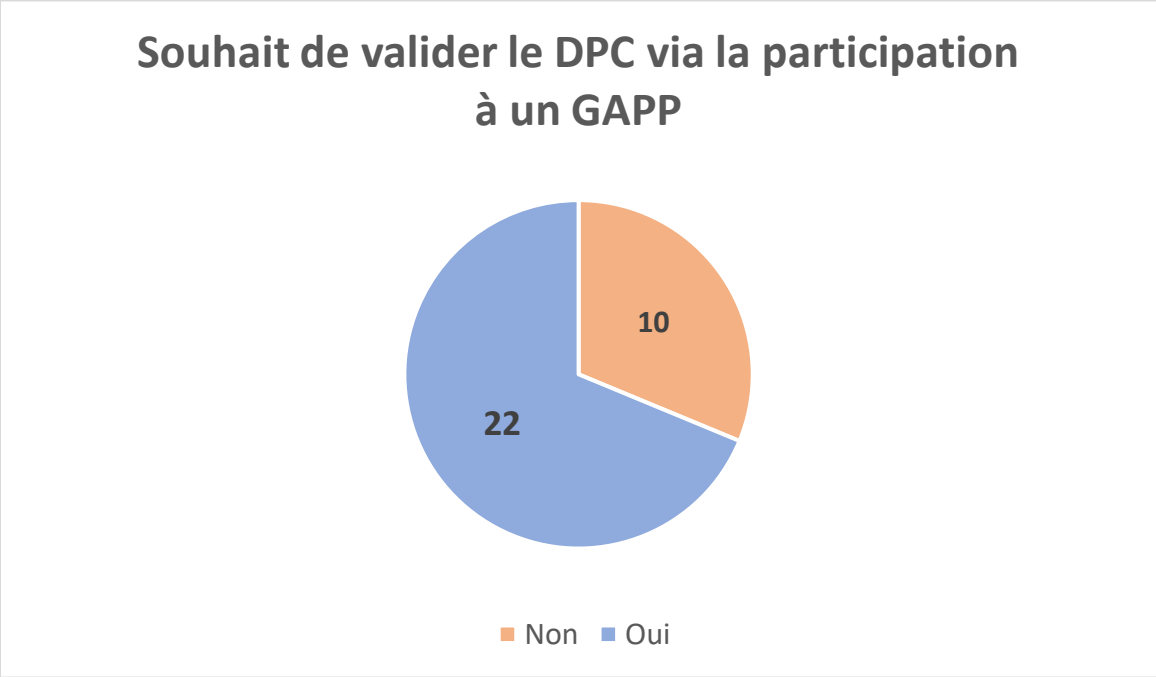

Figure 20. Souhait de validation du DPC par le GAPP, N=32

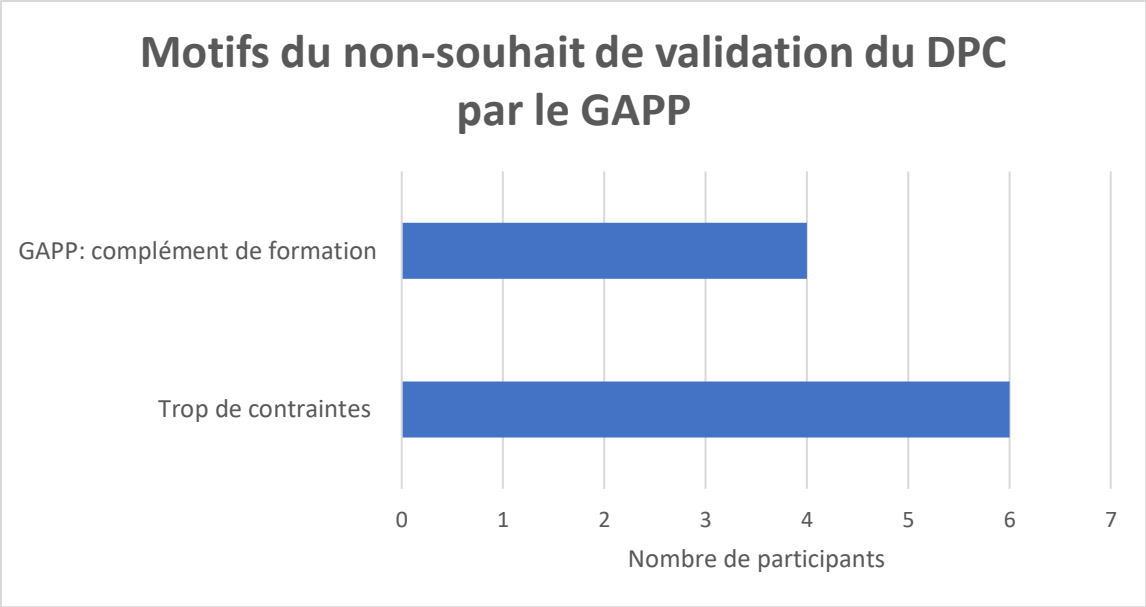

Figure 21. Motifs de non-souhait de validation du DPC par le GAPP, N=32

Une majorité des participants (22 soit 68,75%) exprimaient le souhait de valider leur parcours de DPC par l'intermédiaire du GAPP.

Les 10 participants ne souhaitant pas valider leur DPC par ce moyen invoquaient comme motifs l'importance des contraintes que cela impliquait (pour 6 d'entre eux) et le fait qu'ils envisageaient uniquement le GAPP comme un complément au DPC et non pas comme un moyen de le valider (pour les 4 autres).
Ces motifs étaient donnés en réponses à une question ouverte.
La totalité d'entre eux participait par ailleurs à d'autres mode de formation continue. Et 8 (sur les 10) étaient informés de la possibilité de valider le DPC via leur participation à un GAPP.

16) Recensement :

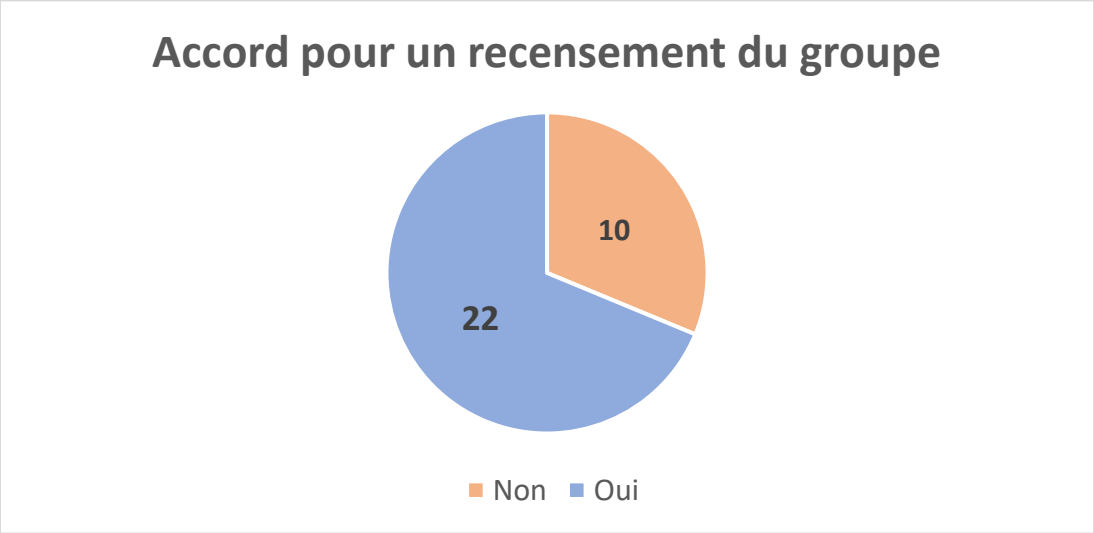

Figure 22. Accord pour un recensement du GAPP, N=32

Afin de faciliter les travaux de recherche ultérieurs sur le thème des GAPP, nous avons demandés aux participants s'ils étaient favorables au fait d'être répertoriés (par le CDOM par exemple).

22 participants, sur les 32 interrogés, étaient d'accord pour être répertoriés en tant que membre d'un GAPP.

Les 10 autres ne le souhaitaient pas et déclaraient ne pas y trouver d'intérêt.

C. LES GROUPES :

1) Date de création :

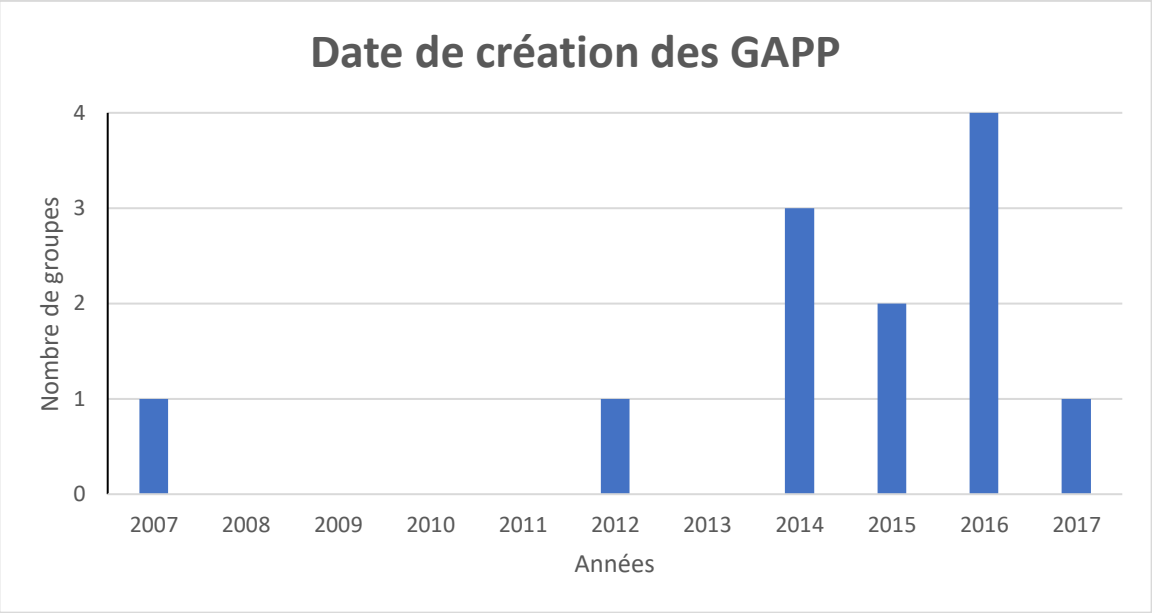

Figure 23. Année de création des groupes, N=12

Parmi les GAPP recensés, tous avaient été créés entre 2007 et 2017 et un seul d'entre eux avant l'année 2012.

Les GAPP recensés dans cette étude étaient dans l'ensemble relativement récents avec une moyenne 3,7 ans.

2) Structure encadrante et lien avec l'industrie pharmaceutique :

Seul un groupe possédait une structure encadrante (l'UNAFORMEC) et aucun ne déclaraient avoir de lien avec une firme pharmaceutique concernant leur méthode fonctionnement.

3) Composition :

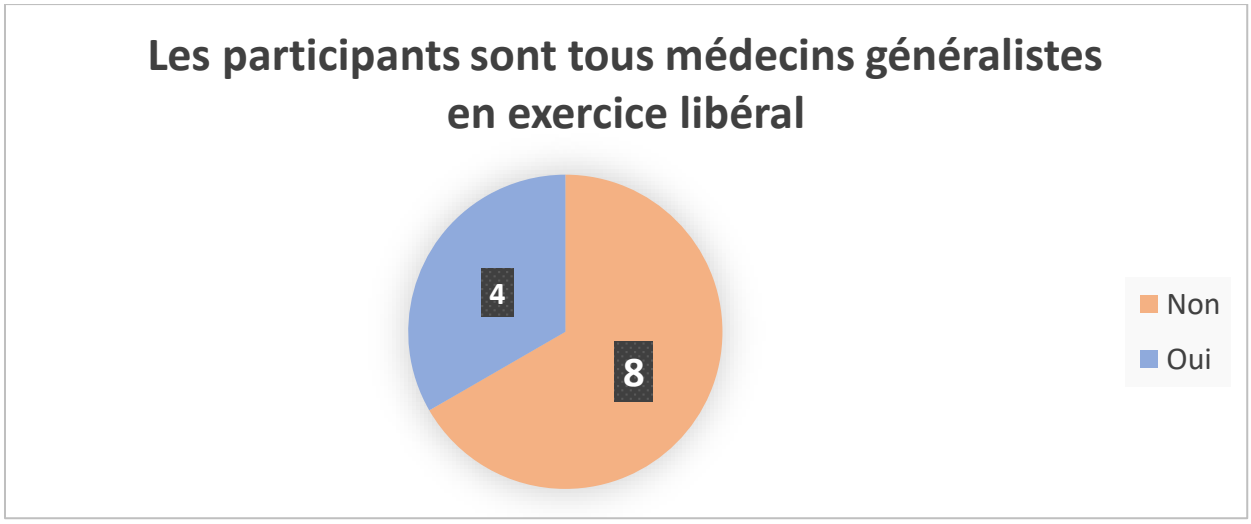

Figure 24. Présence uniquement de médecins généralistes en activité, N=12

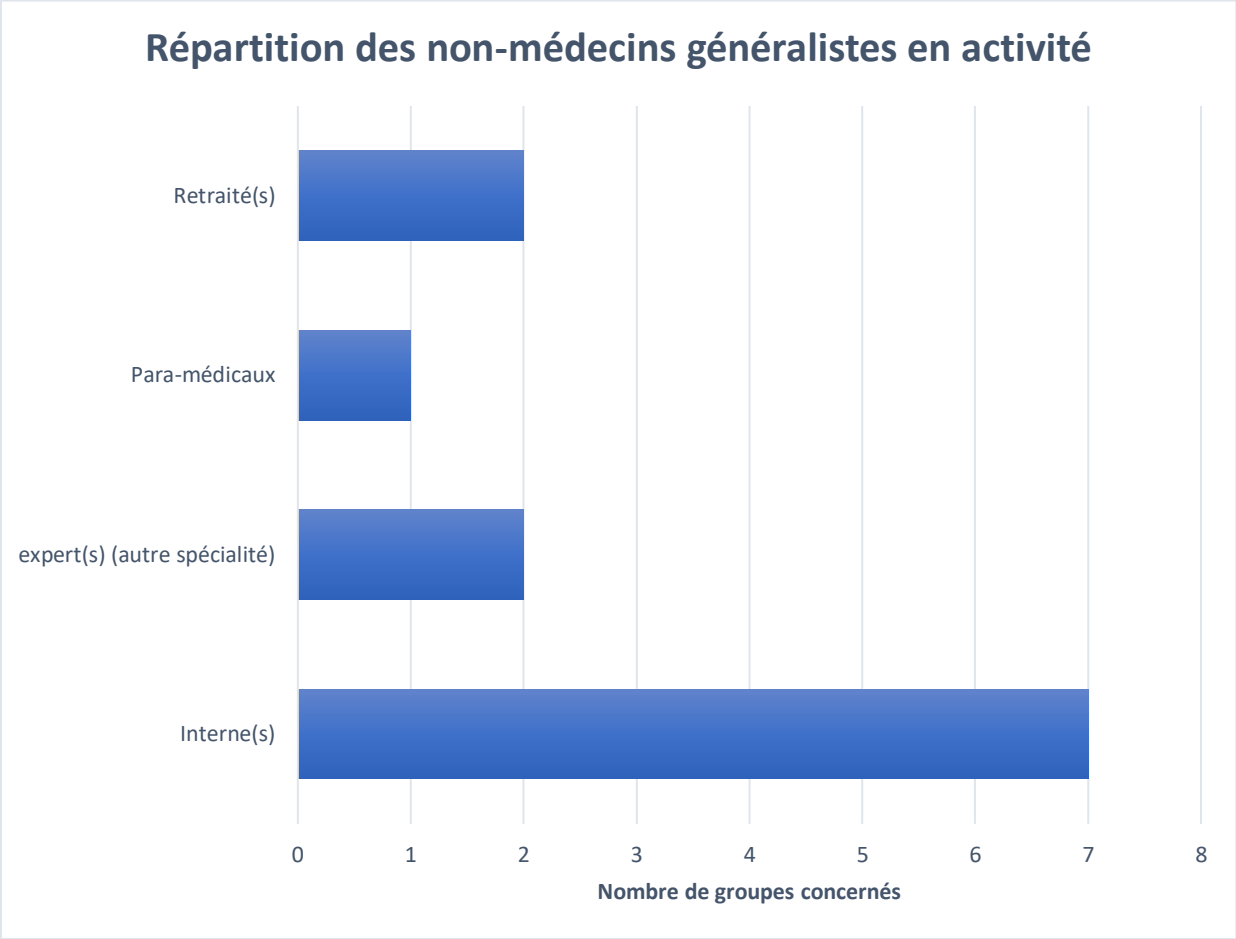

Figure 25. Répartition des non-médecins généralistes en activité, N=12

4 groupes, soit un tiers de l'effectif, étaient composés uniquement de « *pairs* » *stricto-sensu* (médecins généralistes en exercice libéral). Parmi les 8 autres groupes, 7 comprenaient la présence d'internes de médecine générale, 2 celle de retraités, 2 celle « d'expert (s) » et 1 celle de professions paramédicales.

En lien avec la proportion de médecins généralistes agréés pour la maîtrise de stage, on constatait que plus de la moitié des groupes comprenaient la présence d'internes.

4) Nombre de séances annuelles :

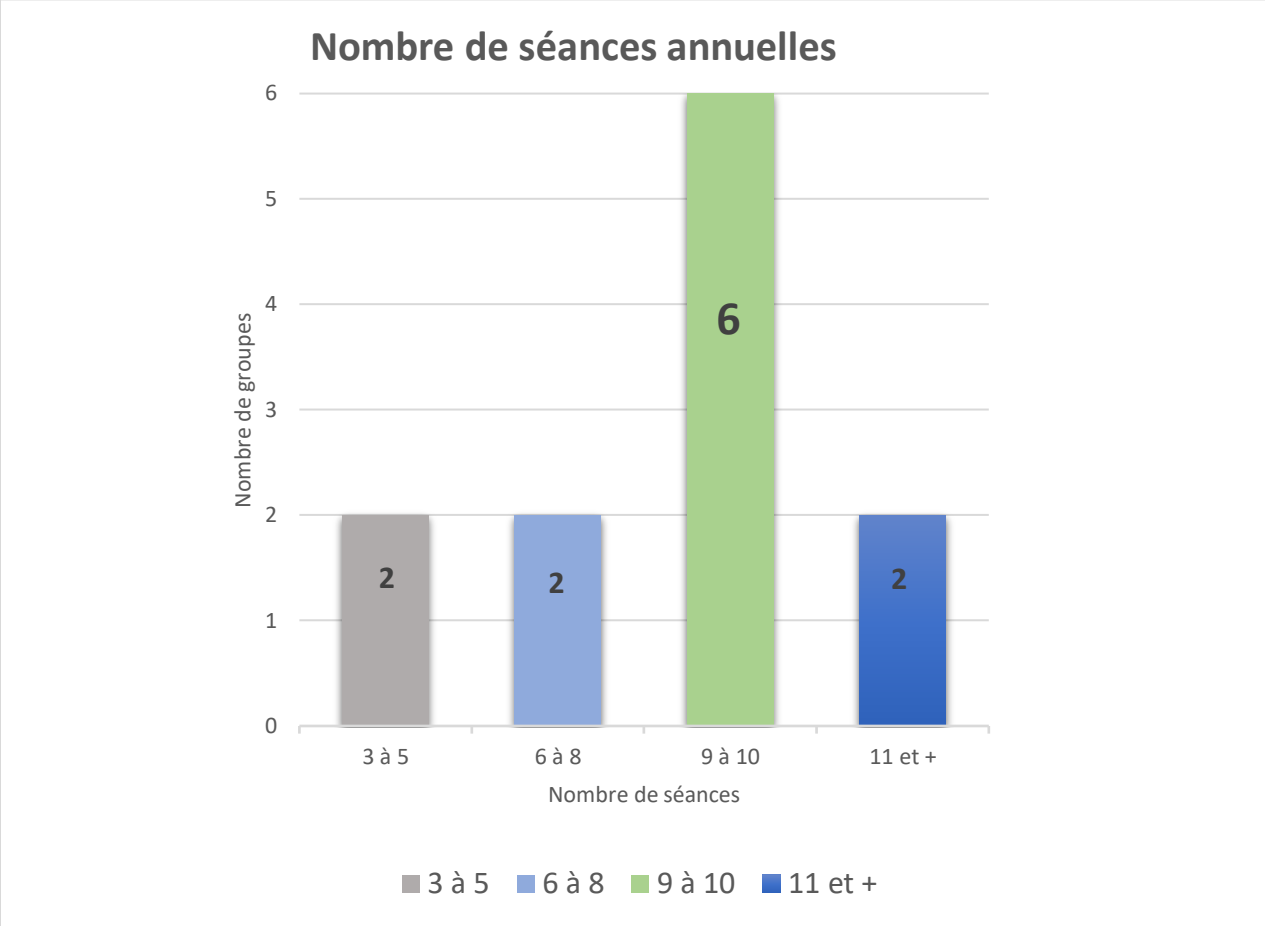

Figure 26. Nombre de séances annuelles, N=12

Aucun des groupes interrogés ne réalisait moins de 3 séances par an. Deux des groupes totalisaient de 3 à 5 séances par an ; Deux autres comptaient de 6 à 8 séances annuelles. Six groupes réalisaient de 9 à 10 séances par an et les deux derniers en comptaient au moins 11.

5) Nombre de participants par séance :

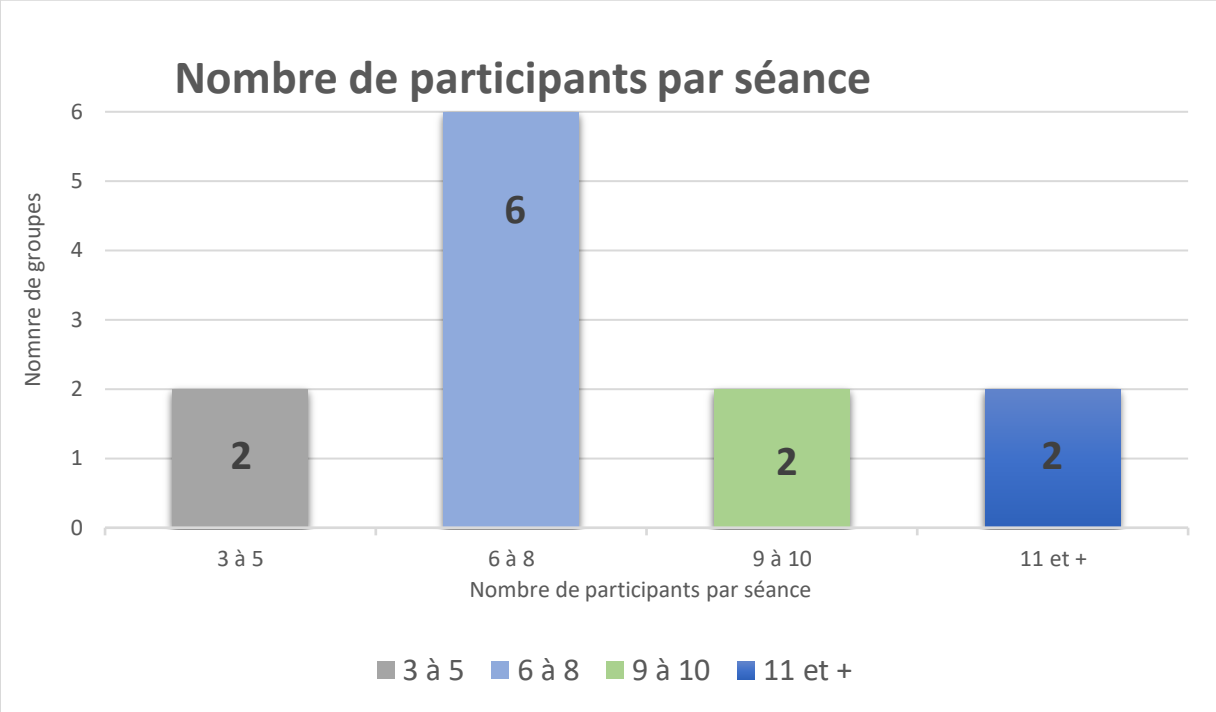

Figure 27. Nombre de participants par séance, N=12

Les groupes étaient constitués de 3 à plus de 11 participants par séance chacun. Deux d'entre eux en comprenaient de 3 à 5 ; Six groupes étaient formés de 6 à 8 participants ; Deux autres de 9 à 10 et encore deux groupes de 11 participants et plus.

On retrouvait par ailleurs 5 groupes répondant à la fois au critère du nombre de séances annuelles et à celui du nombre de participants.

6) Lieu de réunion :

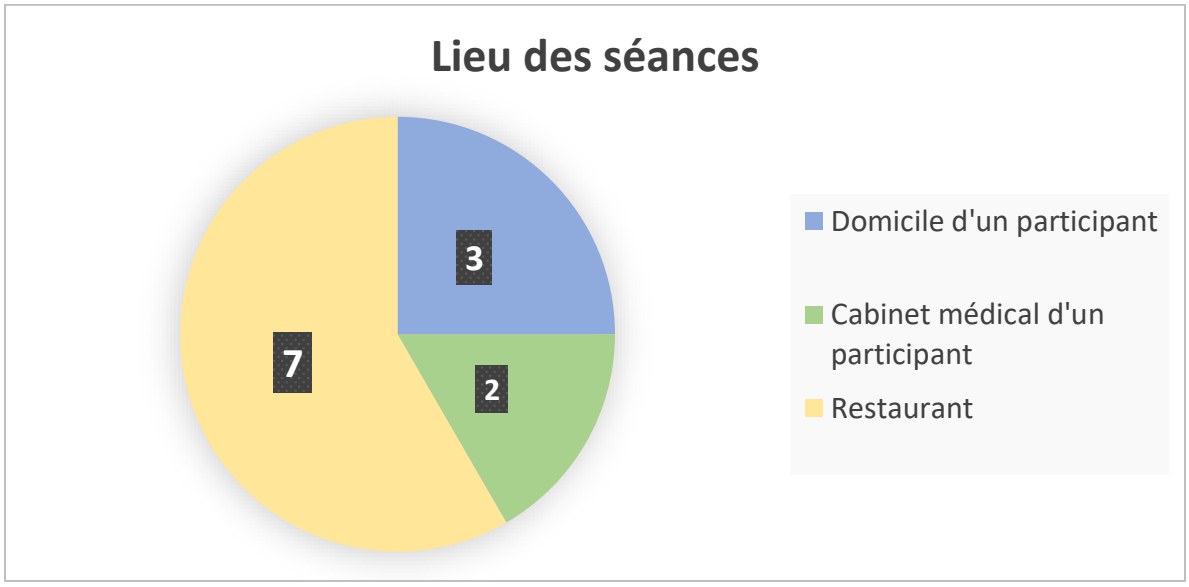

Figure 28. Lieu des séances, N=12

Le lieu des GAPP variait selon les groupes. Les séances se déroulaient le plus souvent au restaurant (7 groupes). 3 groupes se réunissaient au domicile de l'un des participants et 2 au cabinet médical de l'un des participants.

7) Durée des séances :

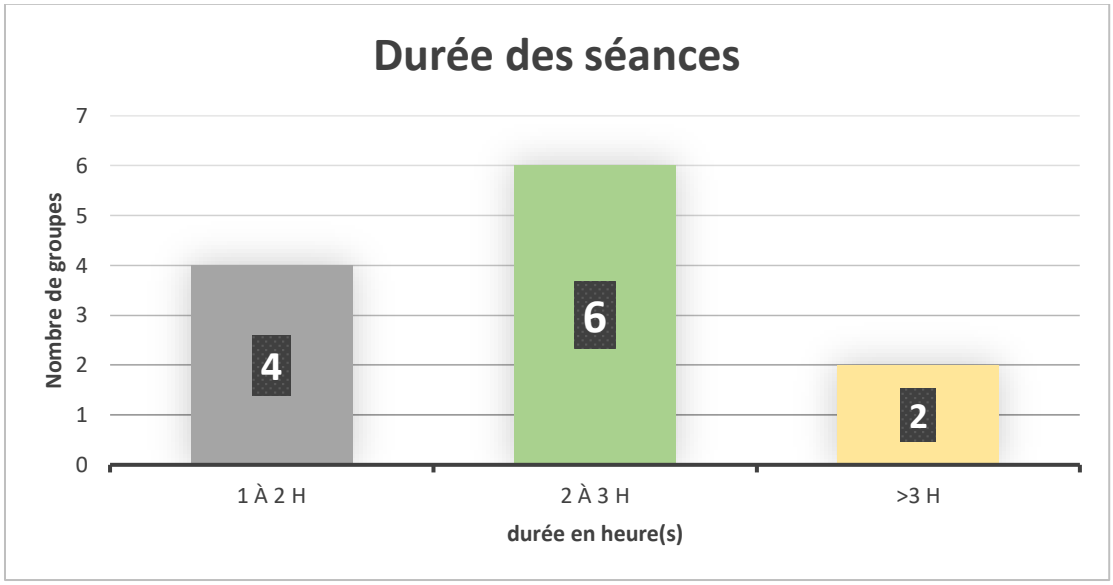

Figure 29. Durée des séances, N=12

6 groupes se réunissaient durant 2 à 3 heures, alors que 4 groupes se réunissaient de 1 à 2 heures, et 2 autres durant plus de 3 heures. Aucun groupe ne réalisait de séance de moins d'1 heure. La durée moyenne des séances était de 2h20.

8) Règlement intérieur :

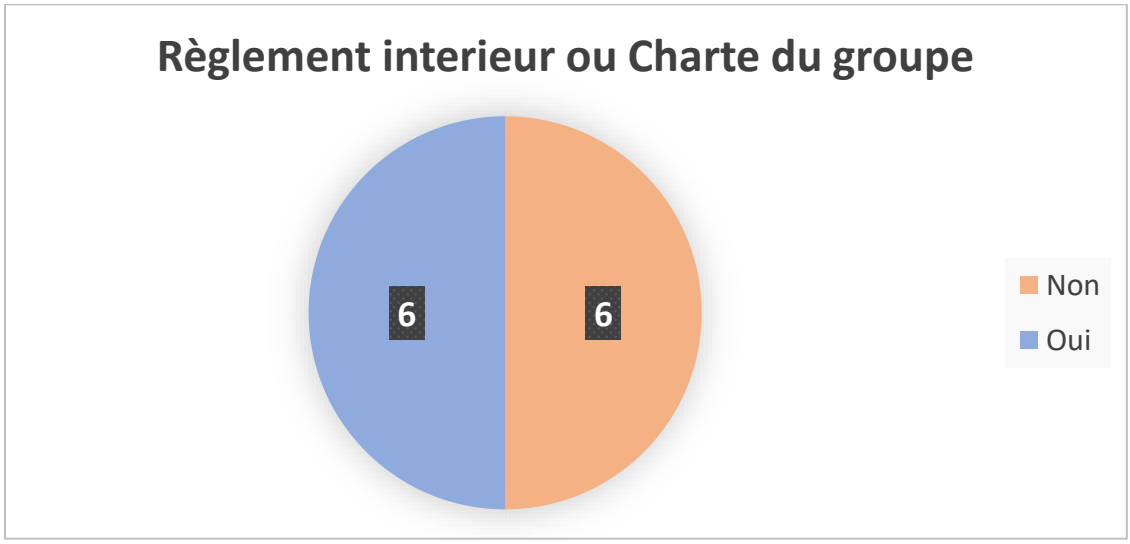

Figure 30. Présence d'un règlement intérieur ou d'une charte du groupe, N=12

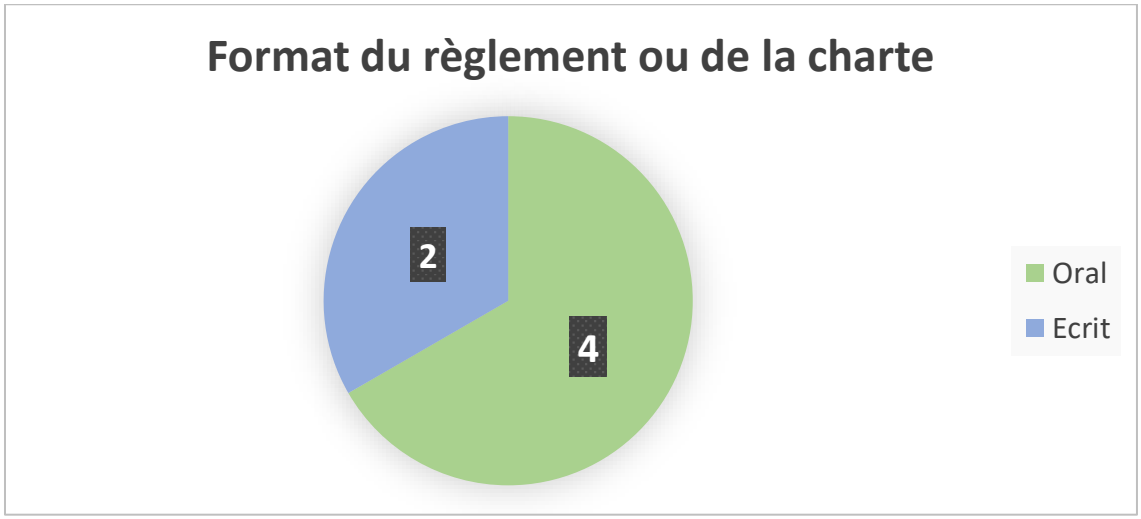

Figure 31. Format du règlement ou de la charte du groupe, N=12

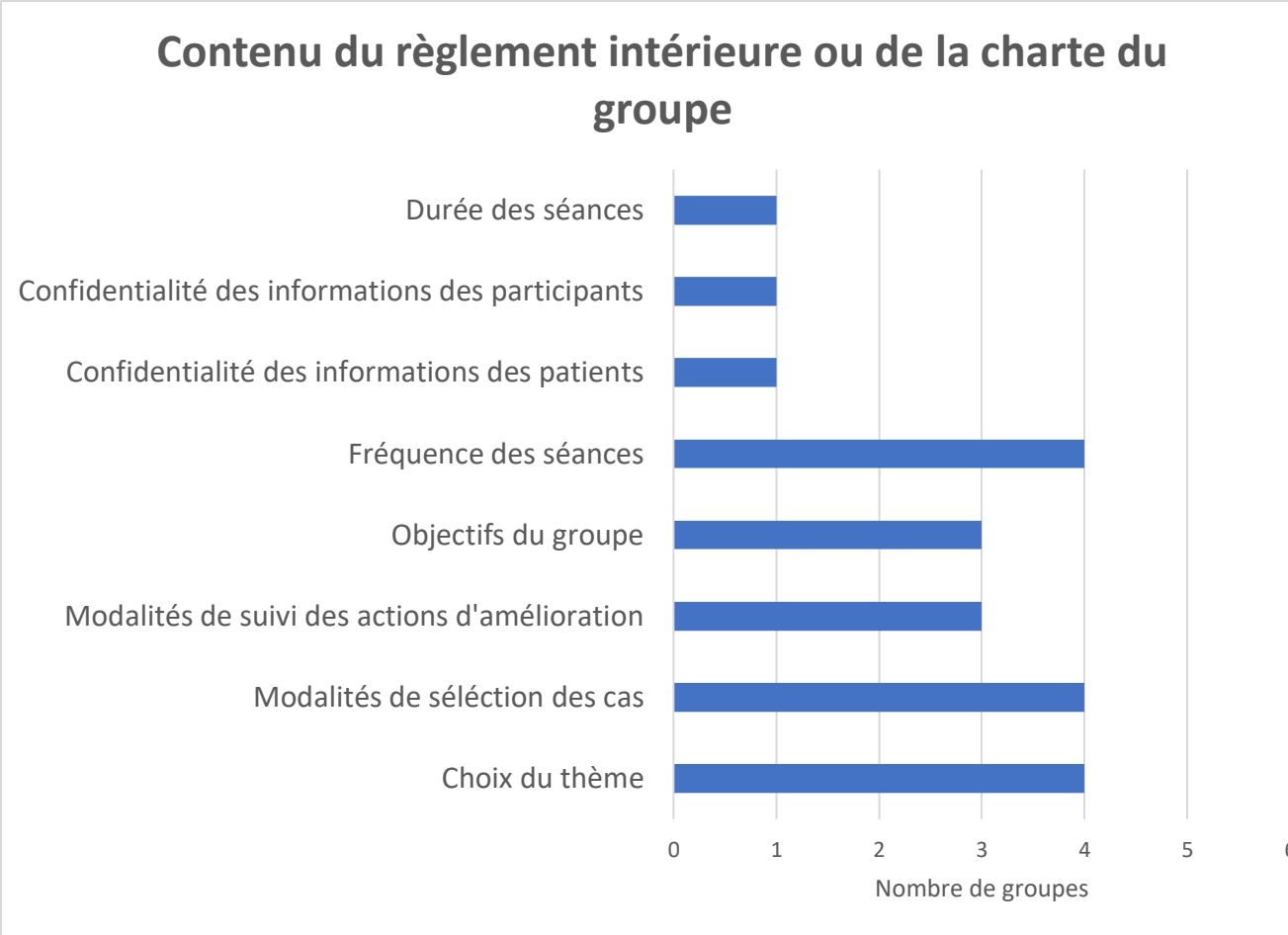

Figure 32. Contenu du règlement ou de la charte du groupe, N=12

6 groupes, soit la moitié de l'effectif, possédaient un règlement intérieur (ou une charte). Il était rédigé pour deux d'entre eux et établi oralement pour les quatre autres.

Ce règlement précisait la fréquence des séances, le choix du thème des séances ou les modalités de sélection des cas présentés pour quatre d'entre eux, les objectifs du groupe et les modalités de suivi des actions d'amélioration pour 3 groupes. Les critères de durée des séances, de confidentialité des informations des participants ou de celles des patients étaient retrouvés chacun pour 1 groupe. L'engagement des participants à venir de manière régulière n'était pas mentionné.

9) Poste d'animateur / secrétaire :

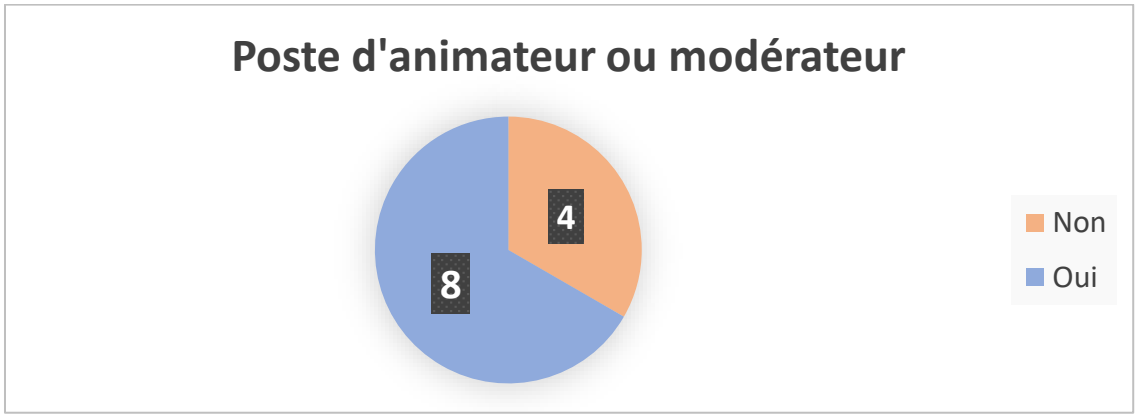

Figure 33. Poste d'animateur, N=12

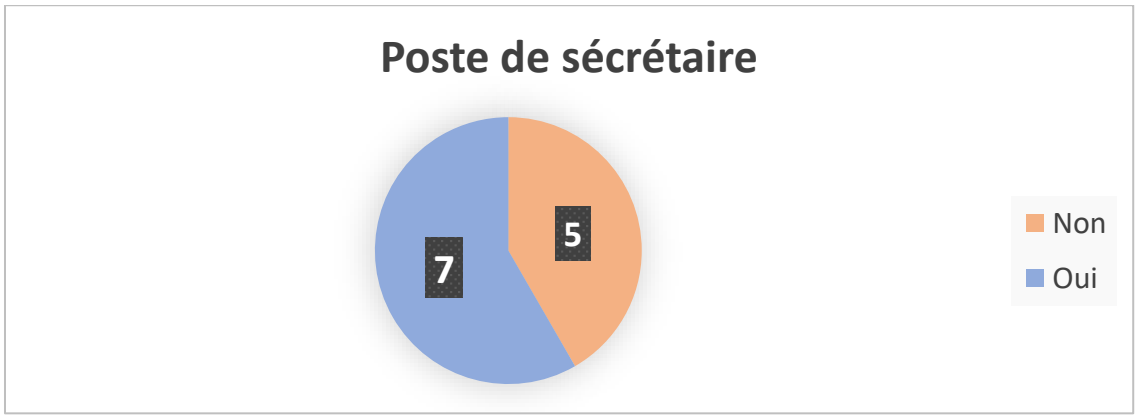

Figure 34. Poste de secrétaire, N=12

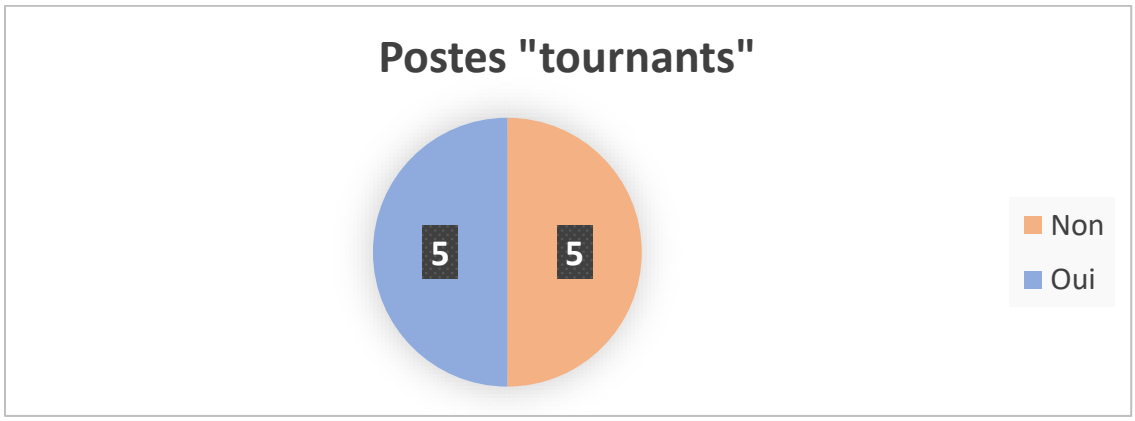

Figure 35. Poste(s) tournant(s), N=12

Le poste d'*animateur* était présent pour les deux-tiers de l'effectif (8 groupes).
Le poste de *secrétaire* existait dans 7 groupes.
Ces postes étaient dits « tournants » pour la moitié d'entre eux.

Dans l'étude, 5 groupes possédaient les deux postes à la fois.
Ces 5 groupes réalisaient un compte-rendu lors de chacune des réunions, 4 effectuaient un émargement (liste de présence) et 2 groupes réalisaient un bilan annuel.

10 groupes possédaient au moins l'un des deux postes. Il est à noter que la définition de ces postes n'était pas précisée dans les questionnaires.

10) Liste de présence, compte-rendu et bilan annuel :

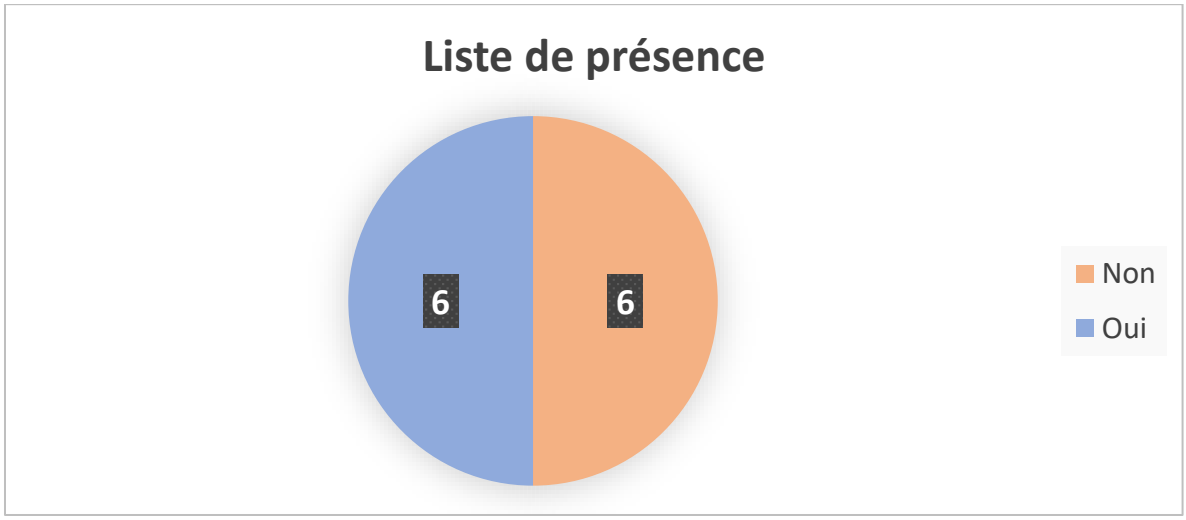

Figure 36. Liste de présence, N=12

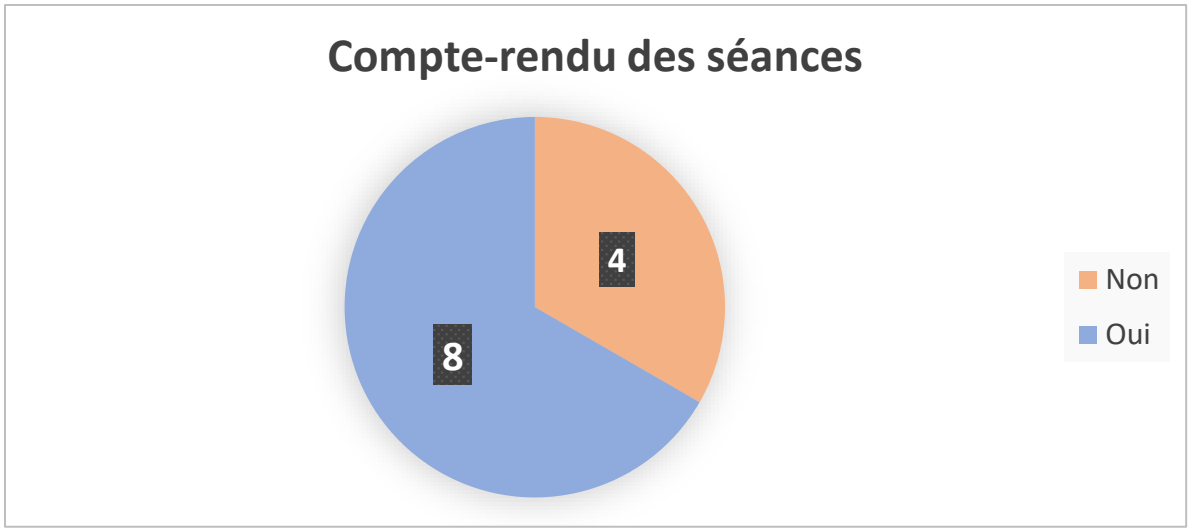

Figure 37. Compte-rendu des séances, N=12

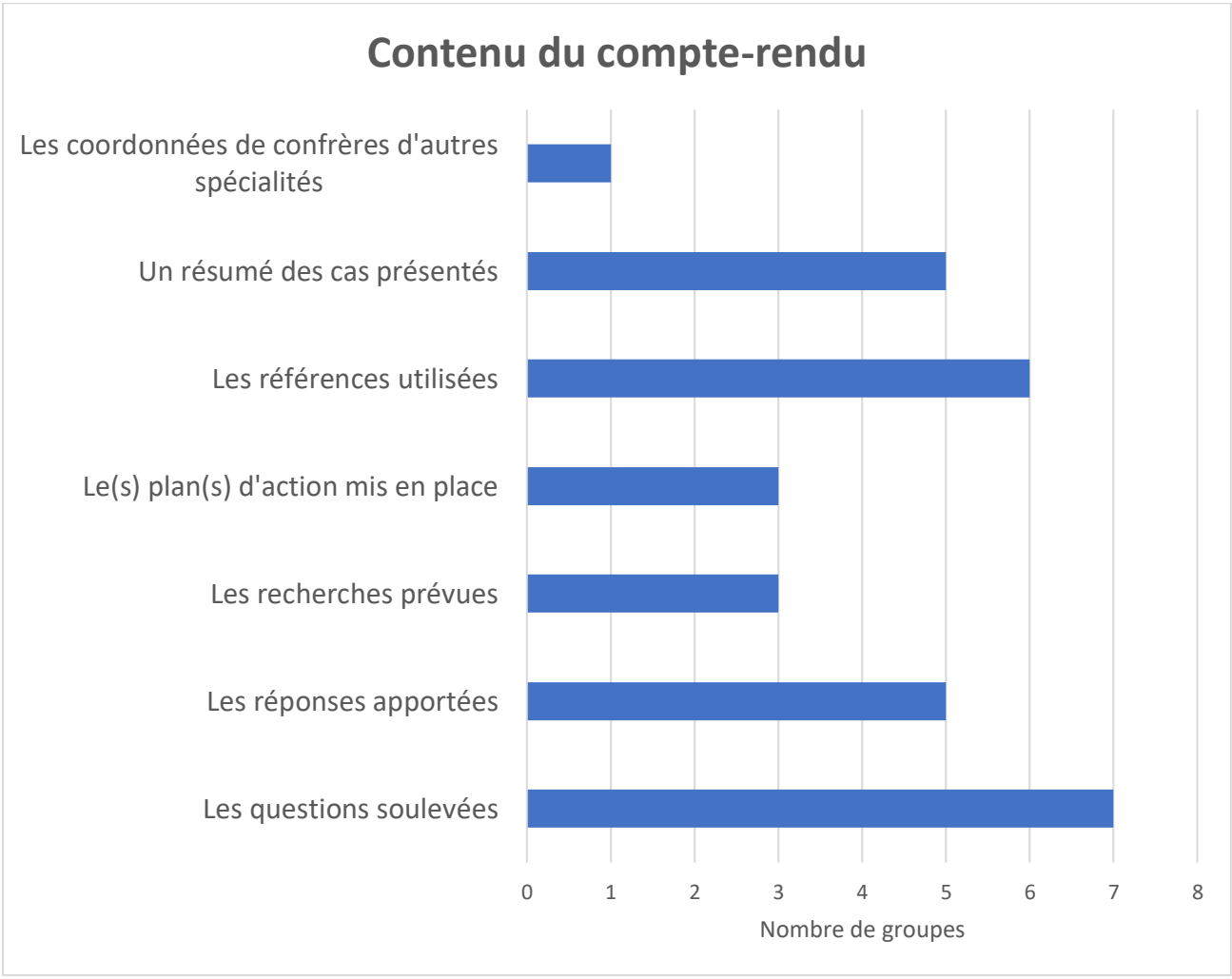

Figure 38. Contenu du compte-rendu, N=12

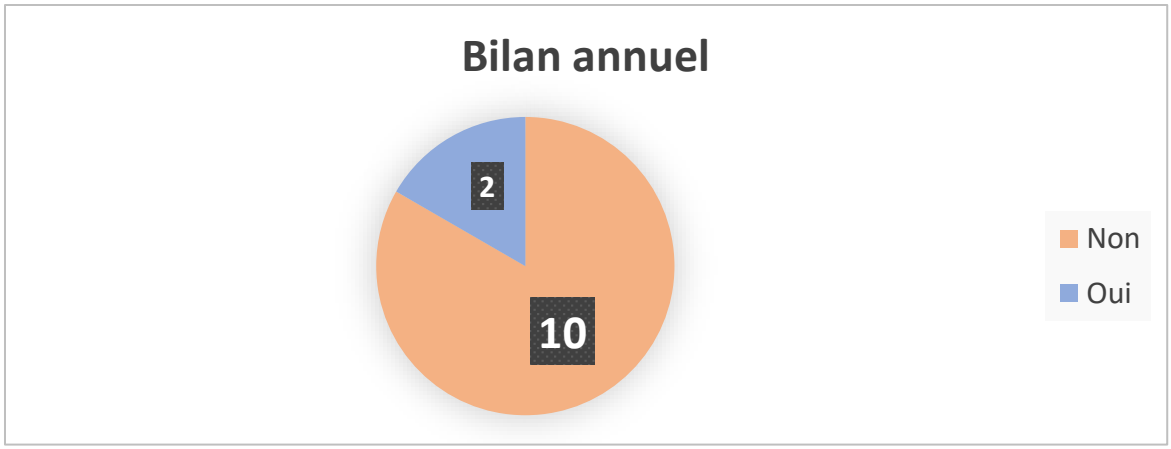

Figure 39. Réalisation d'un bilan annuel d'activité du groupe, N=12

Parmi les 12 groupes, la moitié d'entre eux (6 groupes) réalisaient une fiche de présence à chaque séance et 8 groupes rédigeaient un compte-rendu de chacune d'elles.

Ce compte-rendu comportait dans 7 cas les questions soulevées lors de la séance, dans 6 cas les références bibliographiques, dans 5 cas les réponses apportées, dans 5 cas également le résumé des cas présentés, dans 3 cas les recherches complémentaires prévues, dans 3 cas les plans d'action mis en place et dans 1 cas les coordonnées de confrères d'autres spécialités.
Ce compte-rendu comprenait l'ensemble de ces items dans seulement 1 groupe.

Il était à noter que deux groupes déclarant ne posséder ni le poste d'animateur, ni celui de secrétaire, réalisaient tout de même un compte-rendu des séances (mais pas de liste de présence, ni de bilan annuel).

Le bilan annuel du GAPP n'était effectué que pour 2 groupes.

11) Présentation des situations cliniques :

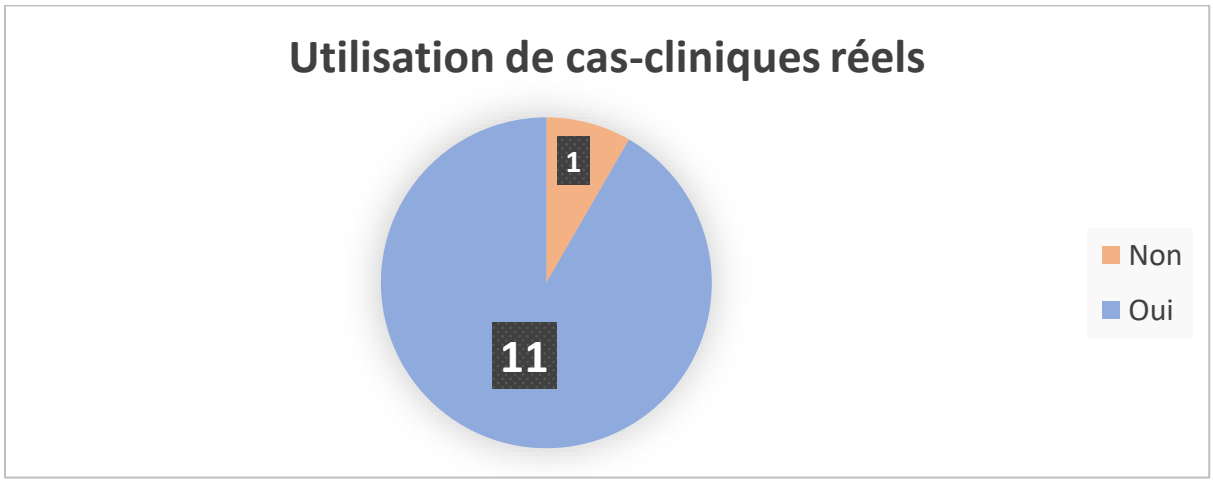

Figure 40. Recours à des situations cliniques réelles, N=12

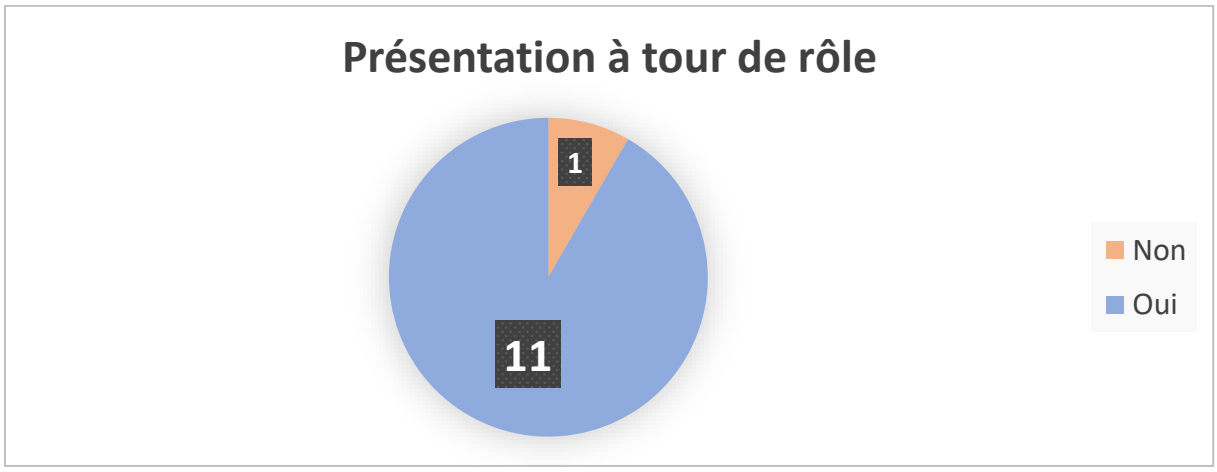

Figure 41. Présentation des cas à tour de rôle, N=12

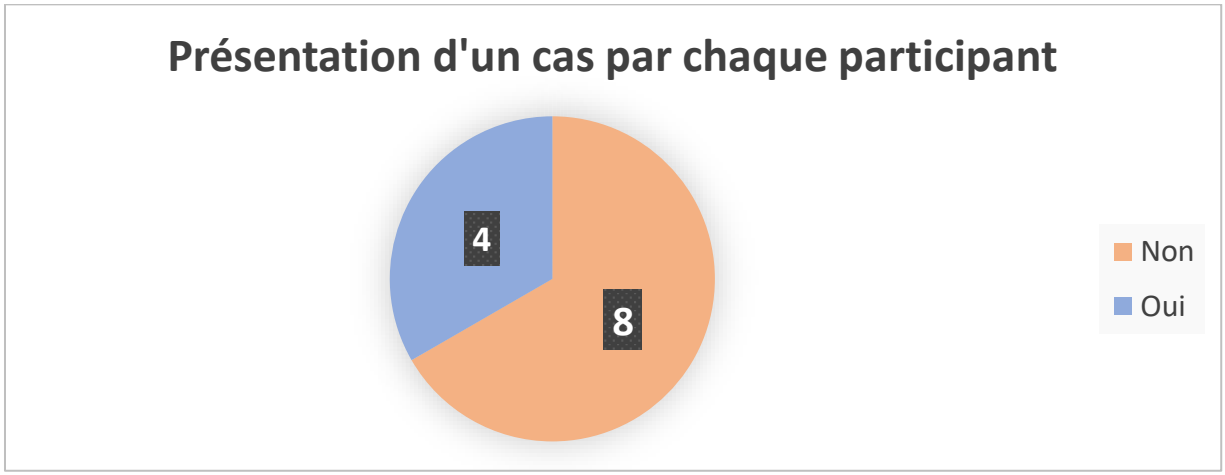

Figure 42. Présentation d'un cas par participant à chaque séance, N=12

Lors des séances, 11 groupes avaient recours à des « cas cliniques réels ». Le groupe restant utilisait des situations fictives et comprenait la présence d'un expert.

La présentation des situations était réalisée « à tour de rôle » par les différents participants dans 11 groupes.

Les participants présentaient une situation clinique à chaque séance dans 4 groupes soit un tiers de l'effectif.

(*NB : Le groupe ne réalisant pas une présentation « à tour de rôle » avait recours à des cas réels).*

12) Mode de sélection des cas :

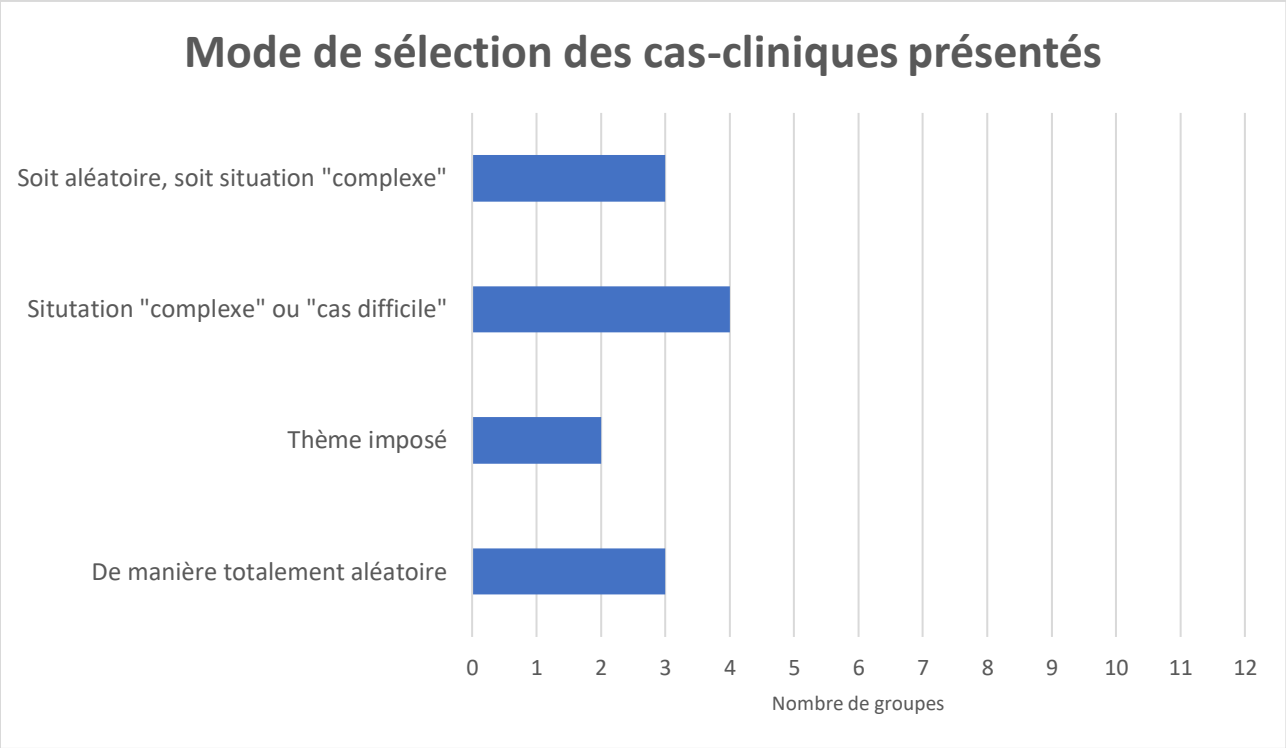

Figure 43. Mode de sélection des cas, N=12

3 groupes, choisissaient le cas de façon totalement aléatoire.

4 groupes se basaient sur des situations dites « complexes » ou encore des cas dits « difficiles ».

Dans 3 groupes, le choix du cas présenté pouvait se faire soit de manière aléatoire, soit en raison du caractère « complexe » de la situation.
Le thème était imposé pour 2 groupes.

13) Utilisation d'une grille de présentation :

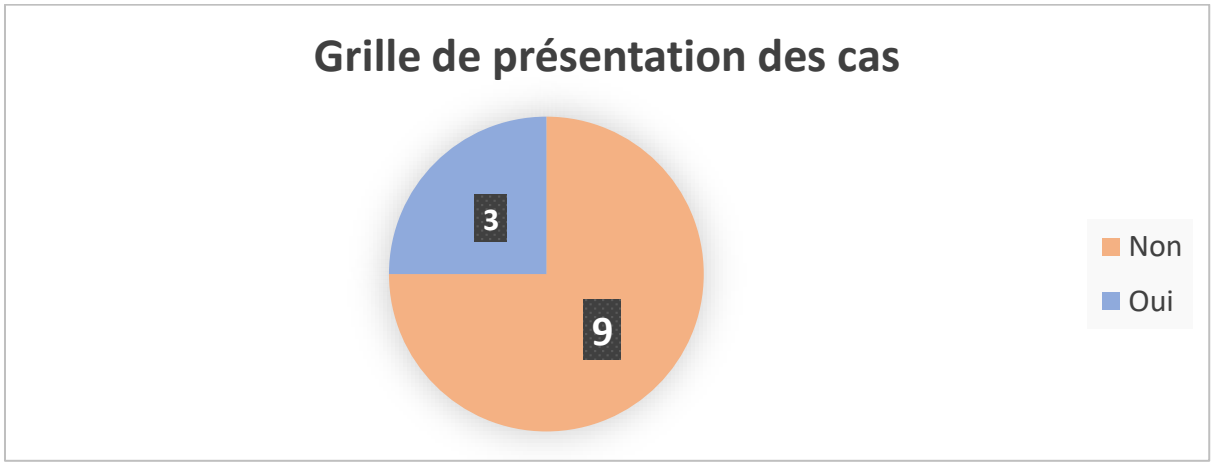

Figure 44. Utilisation d'une grille de présentation, N=12

Un quart de l'effectif, avait recours à une grille de présentation des cas lors des séances.

14) Références bibliographiques :

La totalité des groupes réalisaient une recherche bibliographique scientifique et professionnelle au cours et/ou en amont de séances.
Les 12 groupes déclaraient communiquer les références bibliographiques utilisées à leurs membres.
Les ressources bibliographiques consultées comprenaient principalement des revues scientifiques (11 groupes), des guides et recommandations issues de la HAS (10 groupes), des sites internet de sociétés savantes (9 groupes) et des banques de données médicamenteuses (6 groupes).
Il existait un groupe qui déclarait également utiliser des documents issus de l'industrie pharmaceutique et un autre avait recours à des sites dits de « vulgarisation médicale ».

Deux groupes rapportaient avoir recours à des ressources « autres » (encyclopédie, littérature générale…).

Figure 45. Ressources bibliographiques utilisées, N=12

15) Thème des séances :

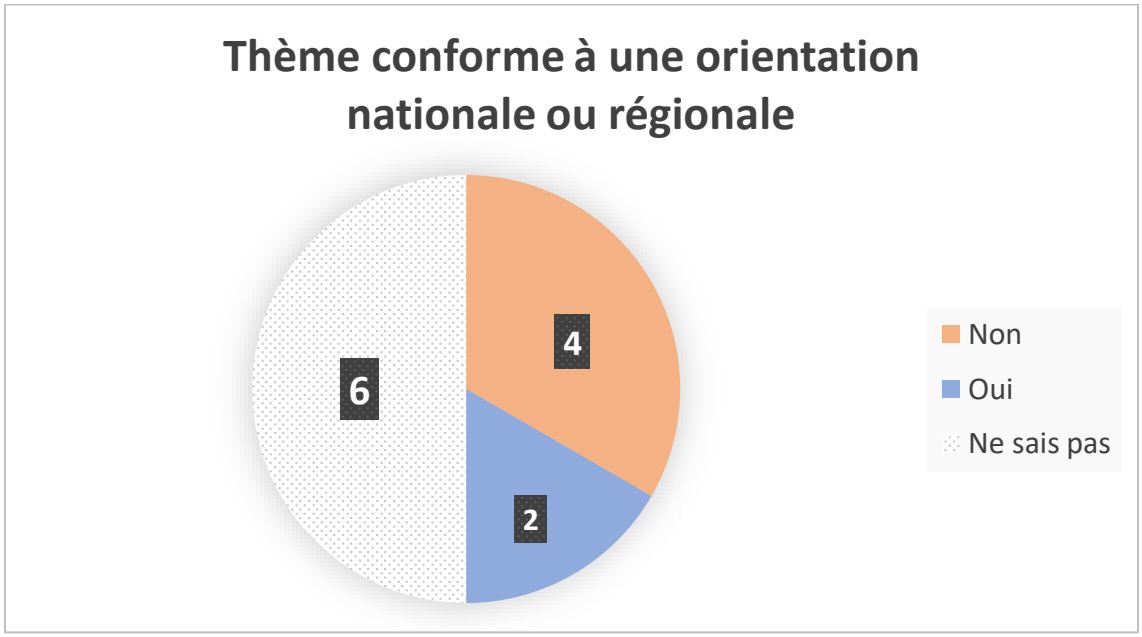

Figure 46. Existence d'un thème conforme à une orientation nationale ou régionale, N=12

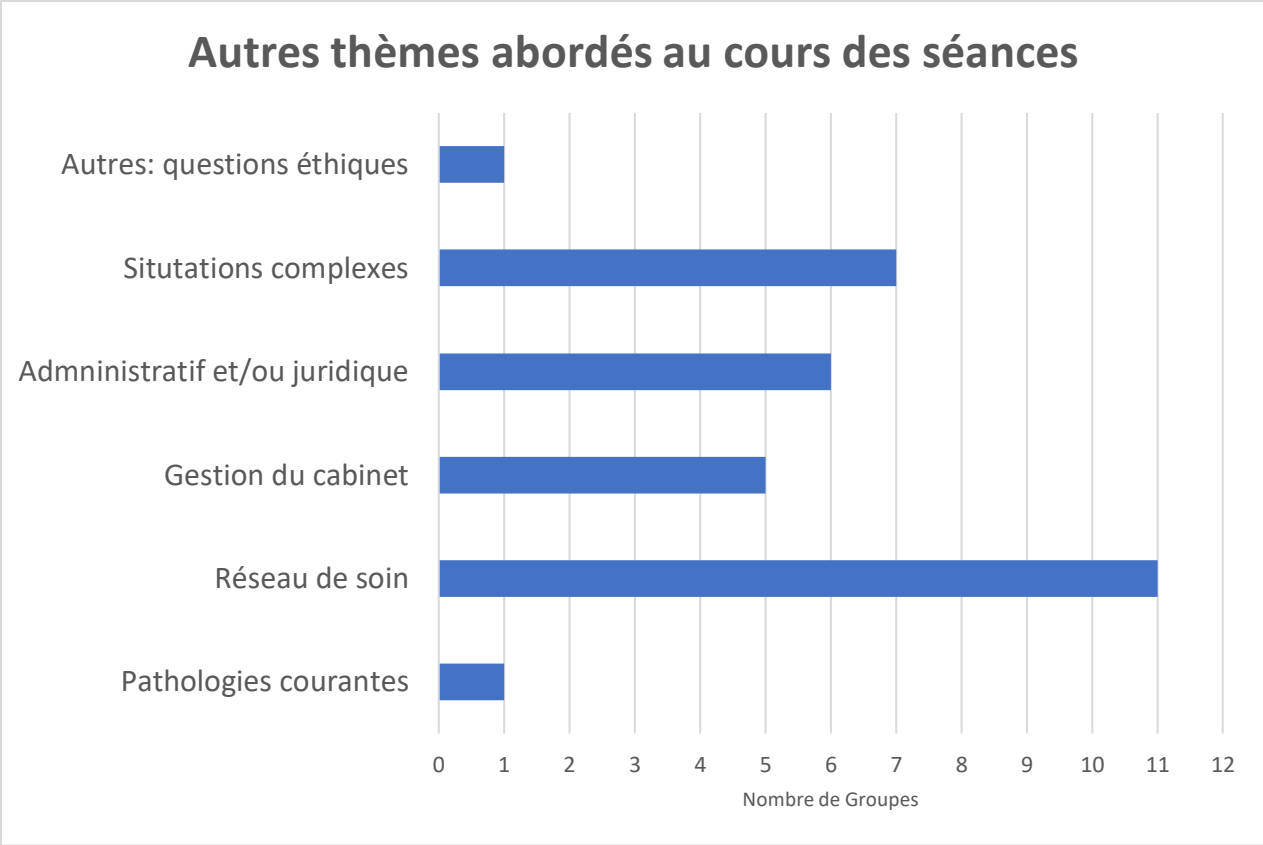

Figure 47. Autres thématiques abordées, N=12

Le thème des séances était conforme à une orientation nationale ou régionale pour 2 groupes. Dans 4 groupes ce n'était pas le cas alors que les 6 autres ne pouvaient pas de se prononcer.

On retenait que pour 2 groupes, le thème des séances était clairement identifié comme conforme à une orientation nationale ou régionale. En marge des situations exposées, d'autres thèmes étaient abordés lors des séances. Ceux-ci concernaient très souvent le réseau de soin (11 groupes). Les situations complexes (7 groupes), les questions administratives et/ou juridiques (6 groupes) et la gestion du cabinet (5 groupes) étaient régulièrement mentionnées. Les pathologies courantes en médecine générale n'étaient abordées que dans un seul groupe. Les questions d'ordre Éthique ont également été citées par 1 groupe en « réponse ouverte ».

16) Résolution des questions :

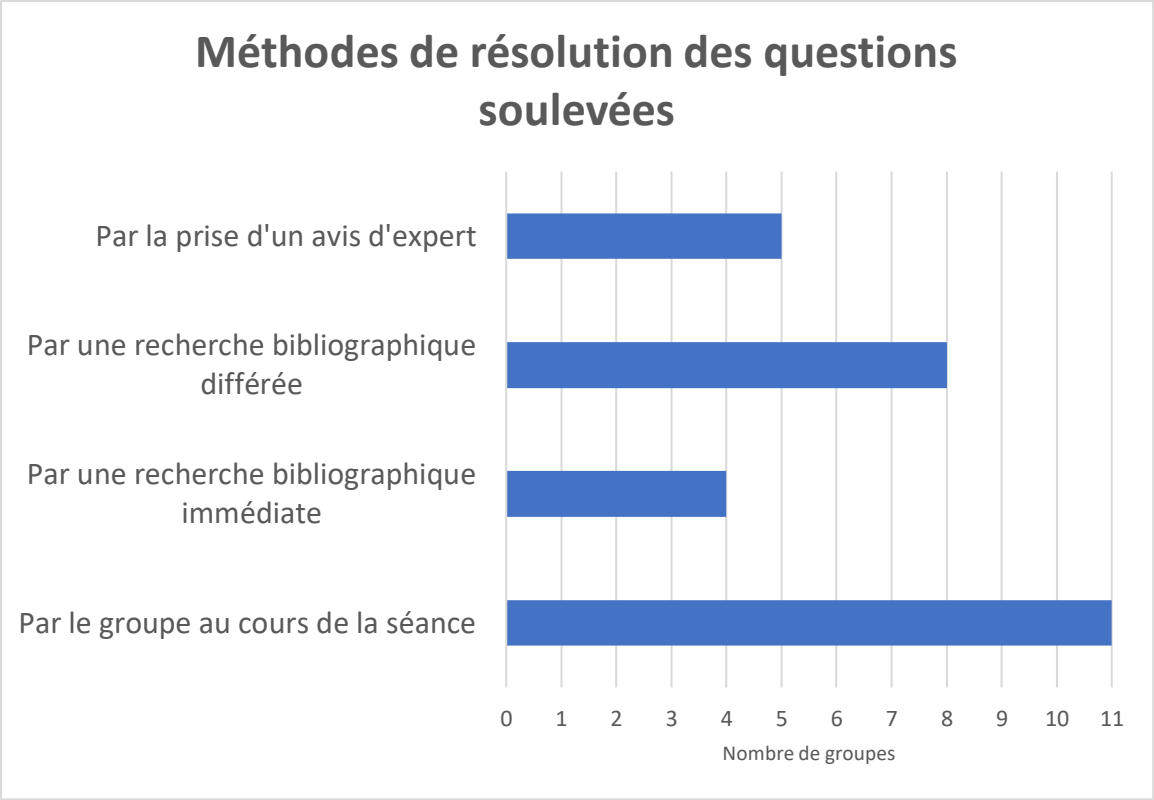

Figure 48. Méthodes de résolution des problèmes soulevés, N=12

La résolution des questions soulevées, se faisait principalement par les membres du groupe au cours de la séance (11 fois) et par la recherche bibliographique différée (8 fois). La prise d'un avis d'expert (5 fois) et la recherche bibliographique immédiate (4 fois) étaient également régulièrement mentionnées.

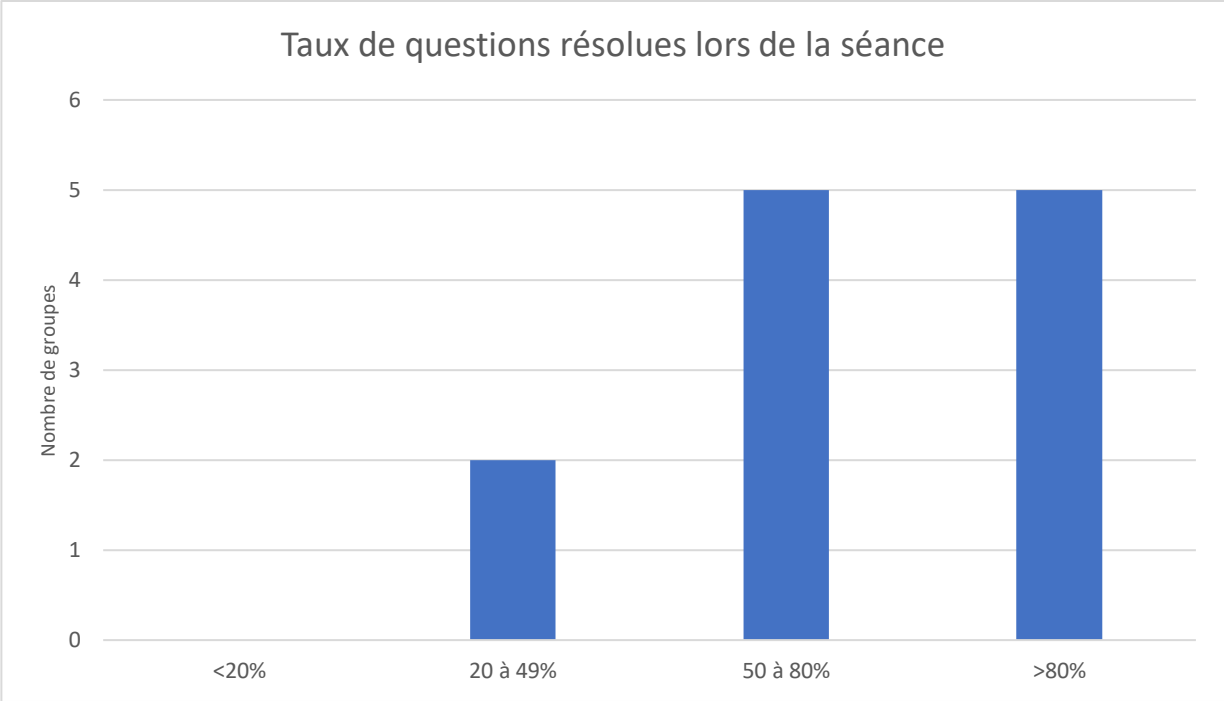

Figure 49. Taux de résolution des questions, N=12

Les groupes avaient globalement un taux élevé de réponses aux questions soulevées lors des séances, puisque 5 groupes estimaient ce taux à plus de 80% et 5 groupes considéraient ce taux entre 50 et 80%. Les 2 autres groupes estimaient ce taux entre 20 et 49%.

Les réponses aux questions non résolues lors de la séance précédente étaient présentées dans 11 groupes. L'unique groupe ne le faisant pas estimait par ailleurs son taux de réponses > 80%.

17) Actions d'amélioration et modalités de suivi :

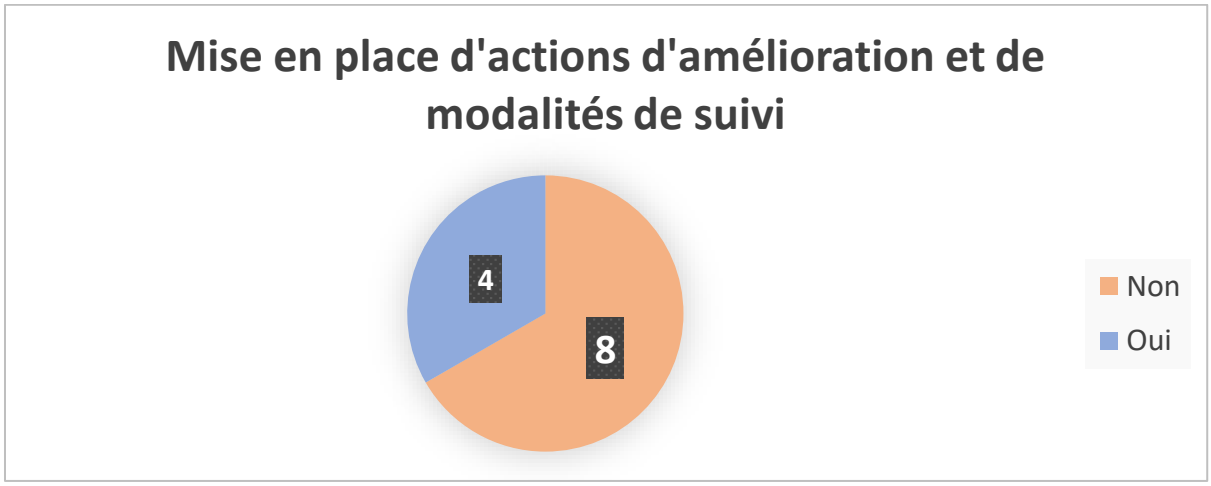

Figure 50. Mise en place d'actions d'amélioration et des modalités de suivi, N=12

Un tiers de l'effectif (4 groupes) déclaraient mettre en place des actions d'améliorations et des modalités de suivi.

18) Temps d'acquisition des connaissances :

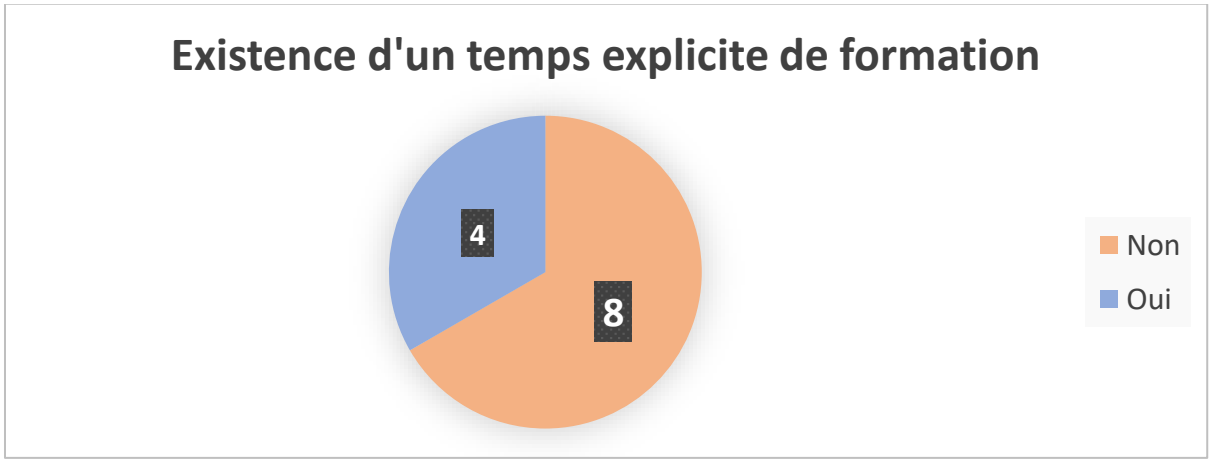

Figure 51. Temps explicite de formation, N=12

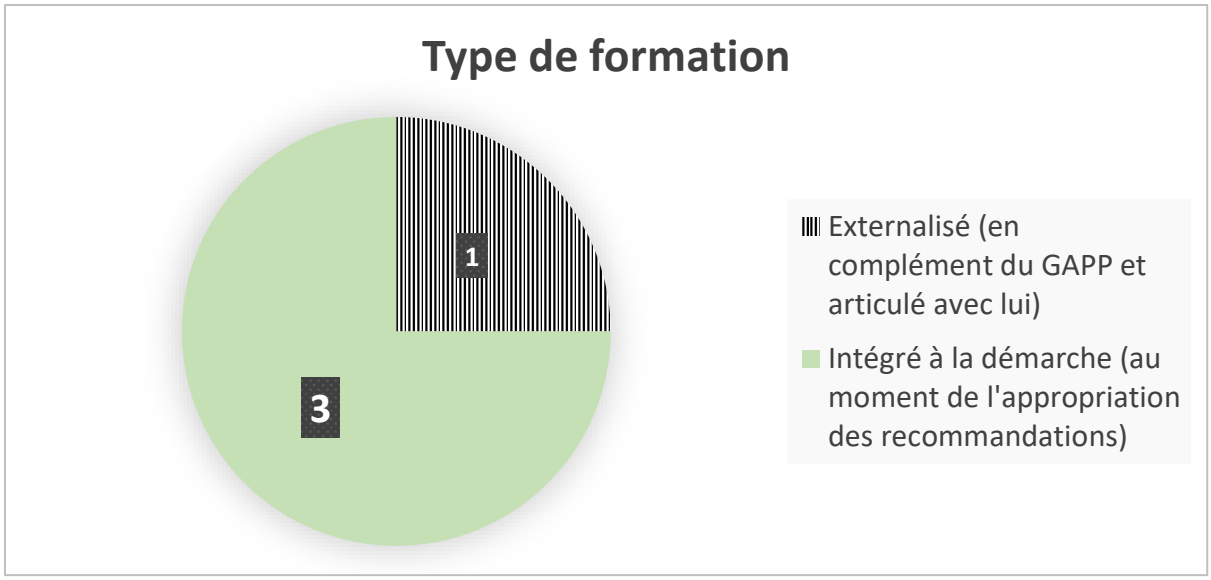

Figure 52. Type de formation, N=4

Un tiers des groupes (4 groupes) effectuaient un temps de formation explicite, qui était intégré à la démarche du groupe pour trois d'entre eux alors qu'il était externalisé (mais articulé avec lui en participant à des formations complémentaires sur les thèmes abordés) pour le quatrième.

19) Confidentialité :

La confidentialité des informations et des données personnelles des participants était respectée dans l'ensemble des 12 groupes.

20) Validation du DPC :

Parmi les groupes ayant participé à l'étude, aucun ne validait le parcours du DPC. Mais deux tiers d'entre eux (8 groupes) se disaient prêt à modifier leur fonctionnement pour y parvenir et un tiers (4 groupes) pensaient déjà à s'affilier à un ODPC, sans pour autant spécifier le nom d'un organisme en particulier.

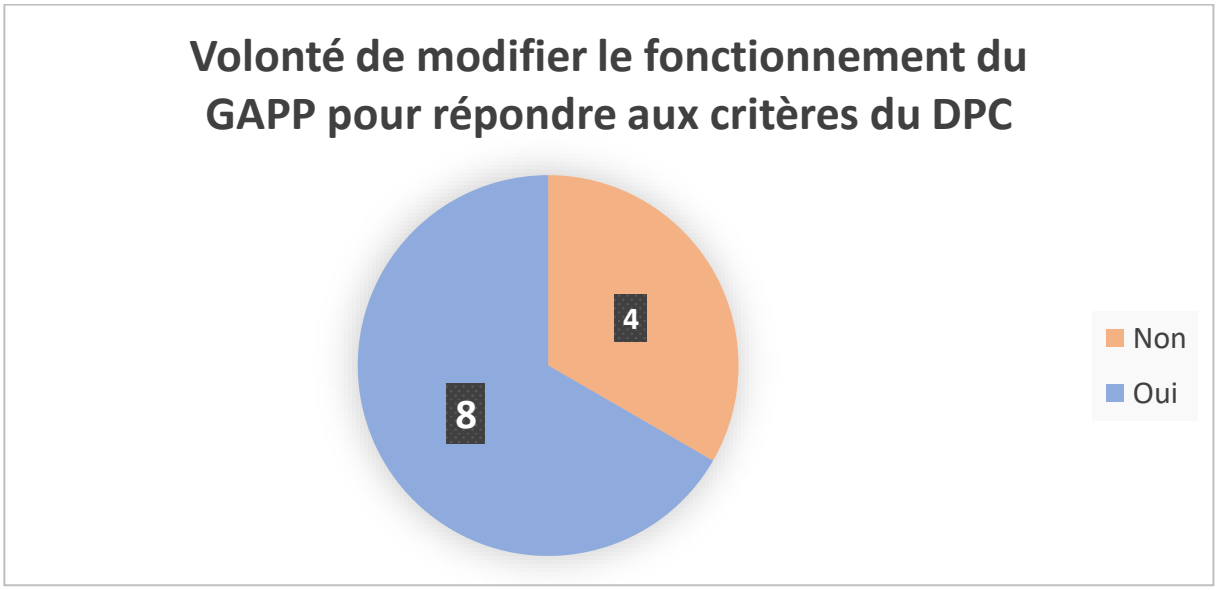

Figure 53. Volonté de modifier le fonctionnement du groupe pour répondre aux critères du DPC, N=12

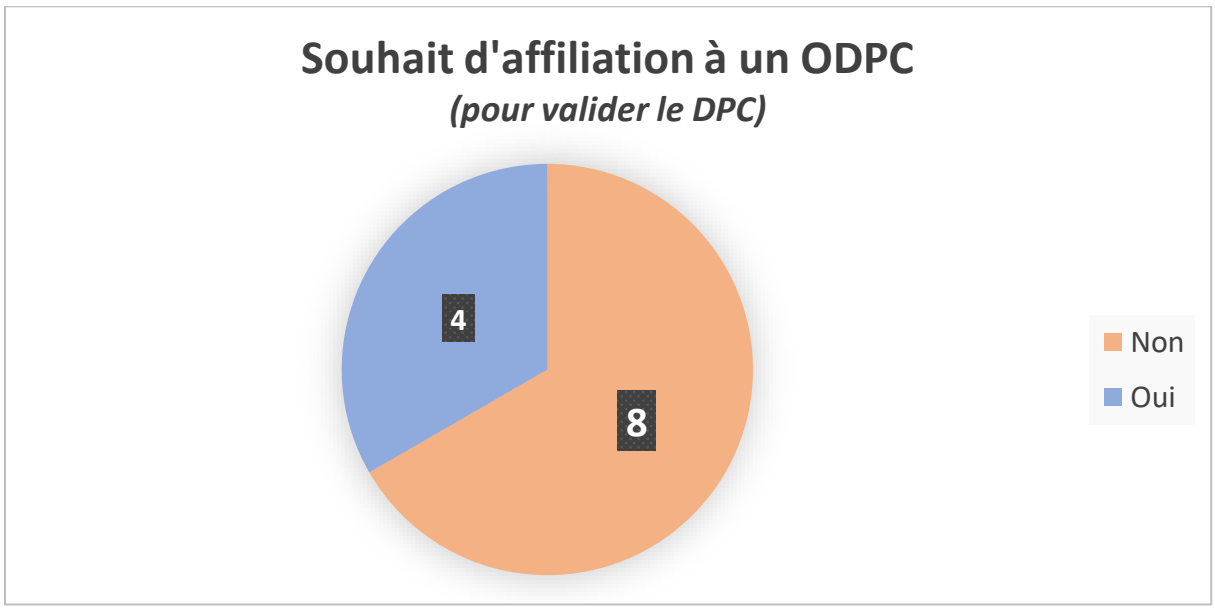

Figure 54. Souhait d'affiliation à un ODPC, N=12

TABLEAUX RECAPITULATIFS DES CRITERES DU DPC :

Tableau 1. Composition du groupe et nombre de séances annuelles

GROUPE	**Présence de pairs uniquement**	**Nombre de séances annuelles**	**Nombre de participants**
Groupe 1	NON (R)	<6	< 6
Groupe 2	OUI (R)	6 à 10	> 10
Groupe 3	OUI (I)	6 à 10	> 10
Groupe 4	OUI (I)	6 à 10	6 à 10
Groupe 5	OUI (I)	6 à 10	6 à 10
Groupe 6	NON	> 10	6 à 10
Groupe 7	OUI	< 6	6 à 10
Groupe 8	OUI	6 à 10	6 à 10
Groupe 9	OUI	6 à 10	6 à 10
Groupe 10	OUI (I)	6 à 10	< 6
Groupe 11	OUI (I)	6 à 10	6 à 10
Groupe 12	OUI	> 10	6 à 10
TOTAL (respect du critère)	***10****	***8***	***8***
	(I)= avec présence d'interne(s)	*Critère HAS datant de 2006 (entre 6 et 10)*	*Critère HAS datant de 2006 (entre 6 et 10)*
	(R)= avec présence de retraité(es)		

* : internes et retraités considérés comme « pairs »

Tableau 2. Respect du mode de sélection des cas, de la réalisation d'une recherche bibliographique et des modalités de présentation

GROUPE	**Modalité de sélection des cas**	**Recherche bibliographique**	**Présentation des situations cliniques**
Groupe 1	OUI	OUI	NON (pas d'animateur, durée <2H)
Groupe 2	OUI	OUI	NON (pas à tour de rôle)
Groupe 3	OUI	OUI	NON (pas de compte-rendu)
Groupe 4	NON (pas de cas réels)	OUI	OUI (mais compte-rendu non optimal)
Groupe 5	OUI	OUI	NON (durée <2H, pas de compte-rendu)
Groupe 6	OUI	OUI	NON (durée <2H, pas de compte-rendu)
Groupe 7	OUI	OUI	OUI (mais compte-rendu non optimal)
Groupe 8	OUI	OUI	OUI
Groupe 9	OUI	OUI	NON (durée > 3H)
Groupe 10	OUI	OUI	NON (pas d'animateur)
Groupe 11	OUI	OUI	NON (durée <2H, pas d'animateur)
Groupe 12	OUI	OUI	NON (durée>3H, pas d'animateur, pas de compte-rendu)
TOTAL (respect du critère)	***11***	***12***	***1***
	Choix du cas: Hasard, thème, existence d'un problème	*Utilisation de données scientifiques et professionnelles*	*A tour de rôle*
	Utilisation de cas réels	*Communication des références*	*Durée d'environ 2 heures*
			Poste d'animateur
			Rédaction d'un compte-rendu
			Contenu du compte-rendu : *-résumé des cas,* *-problèmes identifiés,* *-réponses apportées,* *-références utilisées,* *-actions et suivi mis en place*

Tableau 3. Respect de la mise en place d'actions d'amélioration et des modlités de suivi, existence d'un support et d'une traçabilité.

GROUPE	**Mise en place d'actions d'amélioration et des modalités de suivi**	**Support**	**Traçabilité**
Groupe 1	OUI *	X (Oral)	OUI
Groupe 2	OUI *	X	OUI
Groupe 3	OUI *	X	NON (LP, pas de CR)
Groupe 4	*		OUI
Groupe 5			NON (LP, pas de CR)
Groupe 6	*		NON (LP, pas de CR)
Groupe 7	*		NON (CR, pas de LP)
Groupe 8	OUI *		NON (CR, pas de LP)
Groupe 9	*	X (Oral)	NON (CR, pas de LP)
Groupe 10	*		NON (CR, pas de LP)
Groupe 11	*	X (Oral)	NON (CR, pas de LP)
Groupe 12	*	X (Oral)	NON (pas de LP, pas de CR)
TOTAL	***4***	***0***	***3***
	*ET réponses apportées aux questions non résolues * **: 11***	*Charte ou règlement intérieur avec pour contenu :*	*Liste de présence (LP)*
		-Fréquence des réunions	*Compte-rendu (CR)*
		-Engagement des participants (régularité)	
		-Confidentialité des informations	
		X = présence d'une charte mais contenu insuffisant	

IV. DISCUSSION :

A. RESPECT DES CRITERES DU DPC :

L'objectif de cette étude était de comparer les méthodes de fonctionnement des GAPP existants en Gironde aux « cahier des charges » établi par la HAS afin de déterminer si celui-ci était respecté ou non, et dans quelle mesure.
Aucun des groupes ayant participé à cette étude ne respectait la totalité des critères requis pour la validation du DPC.

B. LES PARTICIPANTS :

1) Sex ratio, âge et durée d'installation :

La prédominance de femmes dans l'effectif (*Figure 5*) était déjà retrouvée dans l'étude menée en 2012 par A-C. Philibert (17) alors qu'elles étaient minoritaires dans les travaux de thèses plus anciens d'H. PORCO de 2001 (15) et de S. CARREZ-GAMEL de 2005 (14) à une période où le nombre total de femmes médecins généralistes était plus faible. L'implication des femmes médecins dans les GAPP rejoint les résultats d'une enquête réalisée auprès des membres de groupes de pairs de la SFMG en 2007 (28) qui retrouvait un pourcentage de femmes membres de groupes de pairs supérieur de 5 points à celui des femmes médecins généralistes.

Cette tendance pourrait en partie s'expliquer par l'âge des participants qui était plus jeune (moyenne de 40,9 ans) que dans la population totale des médecins Girondins (idem dans l'étude Iséroise). Or, la proportion de femmes est plus importante dans la tranche d'âge inférieure à 40 ans (29).
D'ailleurs, la durée d'installation des participants, qui pouvait être qualifiée de récente dans l'ensemble, va dans le même sens.

2) Maîtres de stage :

A l'instar de l'étude Iséroise d'A-C Philibert, nous retrouvions une proportion élevée de maîtres de stage, ce qui témoigne d'une implication dans la formation des étudiants.
D'ailleurs, les internes participaient au groupe de pairs. Le groupe de pairs est perçu dans ces cas-là comme un moyen au service de la formation des internes : formation médicale et formation à la réalisation de groupe de pairs.

3) Mode et zone d'installation :

Les participants exerçaient majoritairement en Groupe (cabinet de groupe ou maison de santé pluridisciplinaire). La zone d'exercice était le plus souvent considérée comme semi-rurale ou urbaine. Ces tendances étaient également retrouvées dans l'étude Iséroise. Cependant, les catégories de zones géographiques n'étaient pas explicitement définies dans les questionnaires. Il s'agit plus de la représentation « rural » ou « semi-rural » que de la réalité factuelle.

4) Durée d'adhésion :

Les participants adhéraient majoritairement de manière récente à leur groupe. Cette donnée était sensiblement similaire dans l'étude Iséroise où la moyenne était de 4 ans avec des extrêmes de 1 à 10 ans. Le jeune âge des participants (moyenne de 40,9 ans) et les dates de création récentes des groupes (moyenne de 3,7 ans) semblaient pouvoir expliquer ce résultat.

5) Motifs de participation :

Les motifs de participation à un GAPP mentionnés par les participants mettaient en avant le désir d'une formation qui soit adaptée à la pratique, basée en grande partie sur le partage d'expérience. C'est d'ailleurs cet item de « partage d'expérience » qui était le plus souvent choisi dans l'étude d'A-C Philibert. Nous retrouvions aussi la notion de « lutte contre l'isolement » et celle de « convivialité ». Ces motifs ne semblaient pas aller à l'encontre du processus scientifique si l'on s'en réfère aux résultats concernant la recherche bibliographique et la communication des références notamment qui étaient très satisfaisants.

6) Nombre de séances par an :

Les participants effectuaient majoritairement entre 6 et 10 séances (81,25 %).
Il en était de même dans l'étude Iséroise de 2012 avec une moyenne de 8,75 séances par an. En 2006, la HAS avait fixé le nombre de séances annuelles pour un GAPP entre six et dix (12). Dans notre étude, les deux-tiers des groupes respectaient ce critère. Mais il est à noter que dans les fiches-méthodes du DPC plus récentes (2014 et 2017), le nombre de séances n'est pas (re-) précisé et seule la notion du caractère régulier tout au long de l'année apparaît. Il semblerait donc que ce critère ait été assoupli.

7) Participation à d'autres modes de formation :

Les membres des GAPP étaient très investis dans des activités de formation continue, puisque plus de 90% d'entre eux déclaraient y participer. Les outils de formation les plus fréquemment utilisés étaient les séminaires de FMC organisés par l'université et les congrès médicaux, puis internet par *e-learning* et la presse médicale.
Cette tendance doit être pondérée par le risque d'un biais de sélection. Les participants ayant répondus à l'enquête étaient possiblement les plus investis dans la formation continue car plus motivé par le thème de l'étude. Les « bons élèves » étant ainsi sur-représentés.

8) Opinion des participants et effet sur la pratique :

Les participants avaient une opinion favorable sur leur groupe. Ils considéraient que celui-ci concourait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dispensés.
Cela semblait en accord avec les données de la littérature portant sur l'opinion qu'on les participants vis-à-vis des GAPP (14,15,17). Cependant, cette étude ne permet pas de mesurer l'impact des GAPP sur l'amélioration des pratiques professionnelles.
Dans l'étude Iséroise, 75% des participants estimaient que leur méthode de travail avait changé depuis leur implication dans un GAPP, notamment en ce qui concerne les prescriptions médicamenteuses, et l'application des recommandations.

D'autres études ont montré un impact des GAPP sur le coût des prescriptions médicamenteuses (30–33). Ainsi, une étude réalisée en Bretagne entre 2001 et 2002 lors d'un programme pilote de Groupes Qualité (groupe d'analyse de pratique résultant d'un

partenariat entre les représentants des médecins libéraux, l'assurance maladie et l'ARS) a objectivé une diminution du coût annuel des prescriptions par patient (de l'ordre de 3 à 16€), une augmentation de la prescription de génériques, et une diminution de l'utilisation des drogues d'efficacité non prouvée (30). De même, des études menées sur les cercles de qualité médecin-pharmacien suisses ont démontré une diminution des coûts des prescriptions médicales (31,32). Cet effet s'expliquait par une meilleure adhésion aux recommandations existantes, une plus grande utilisation des génériques et « un gain d'objectivité par rapport aux campagnes marketing de l'industrie pharmaceutique ».

Une étude française (34) a mené pendant 1 an une démarche de formation et d'EPP chez 60 médecins généralistes sur 5 thèmes définis (vaccination, dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus, évaluation du risque cardio vasculaire, tenue du dossier médical et permanence de soins). Dans ce cadre, quatre séances en GAPP étaient organisées. Elles étaient complétées d'évaluations réalisées avant et après cette action par un médecin extérieur au groupe qui se rendait au cabinet des participants. Les audits de pratique ont montré un impact positif sur chacun des thèmes abordés (amélioration du taux de couverture vaccinale, augmentation du nombre de patientes bénéficiant d'une mammographie ou d'un frottis, indication du poids et de la taille dans les dossiers...).

Une autre étude réalisée dans la région Rhône-Alpes en 2008 a souligné l'intérêt des GAPP pour la prévention des événements indésirables liés aux soins (35). Cette étude se basant sur le témoignage de 15 médecins généralistes volontaires et permettant la collecte de 66 évènements identifiés comme indésirables, plébiscite les groupes de pairs. 11 d'entre eux ont mentionné les groupes de pairs comme moyen pour prévenir mais aussi contrecarrer les conséquences des évènements indésirables. Ces groupes permettent de parler de ces situations (besoin d'écoute et de partage d'expérience), de cibler la formation et de modifier les pratiques au niveau diagnostique et thérapeutique de manière systématisée.

9) Connaissance des modalités et souhait de validation du DPC :

La connaissance des modalités du DPC semblait imparfaite chez les sujets interrogés mais le fait que le GAPP soit un moyen de validation était plutôt connu.

Une majorité des participants souhaitait pouvoir valider leur DPC via leur GAPP.
Cependant, les contraintes que cela suscitait pour le fonctionnement du GAPP était un frein conséquent. Il s'avérait que la validation du DPC n'était pas le motif de participation au GAPP et certains l'envisageaient uniquement comme un outil complémentaire.

C. LES GROUPES :

1) *Date de création :*

Les groupes de l'étude étaient de création récente avec une moyenne de 3,7 ans. Cela pourrait témoigner d'une dynamique intéressante pour cette méthode de formation. Cependant, notre effectif étant loin d'être exhaustif, il est difficile de se faire une réelle idée sur le sujet. Néanmoins, les données de la littérature montrent une augmentation du nombre de GAPP en France depuis l'introduction du concept par la SFMG en 1987 (36).

2) *Structure encadrante :*

Un seul groupe était affilié à un ODPC. Il s'agit d'une nécessité pour prétendre à la validation pour le DPC. C'est l'ODPC qui garantit le respect de la méthode auprès de l'ANDPC.
Tous déclaraient être indépendant vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique (financement et organisation). Parmi les motifs de participation, la volonté de se former de manière indépendante des firmes pharmaceutiques n'étaient rapportée qu'une seule fois, mais ce critère était respecté pour l'ensemble des groupes ce qui témoignait de l'importance de celui-ci.

3) *Composition* des groupes :

En admettant la présence d'internes et de retraités comme compatible avec la démarche d'un GAPP, le nombre de groupes composés de pairs passait de 4 à 10. Étant donné qu'il ne s'agissait pas de la présence de personnes pouvant être considérées comme extérieures à la profession, cela semble acceptable. De plus, il s'agissait bien dans ce cas de médecins généralistes à des périodes différentes de leur carrière. Cela témoignait bien du *continuum* entre la formation

initiale des étudiants, le développement professionnel au cours de l'exercice puis le fait de continuer à partager son expérience passée après la fin de l'exercice professionnel.
La présence d'internes dans de nombreux groupes était en adéquation avec le nombre de maîtres de stage qui les composaient. En effet, les maitres de stages étaient très représentés dans l'échantillon et répartis sur un grand nombre de groupes.

4) Nombre de séances :

Comme nous l'avons vu ci-dessus, le nombre de séances annuelles fixées par la HAS est un critère qui demeure assez vague. Seule la notion de régularité apparaît désormais dans la fiche-méthode. Cependant, il semblerait que le rythme acceptable se situe entre 1 séance tous les 2 mois et 1 séance par mois, soit entre 6 et 12 séances par an.

5) Nombre de participants :

Le nombre de 6 à 10 participants par groupe qui était fixé par la HAS date de 2006 (12). Ce critère était bien respecté dans l'ensemble, puisque deux tiers des groupes était composé de la sorte. De plus, une certaine souplesse semble envisageable vis-à-vis de ce critère, car ce nombre est remplacé par la notion de groupe restreint en 2014 et 2017. La fiche-méthode des GdP® de la SFMG *(Annexe 3)* fait d'ailleurs notion de « groupes restreints comptant de 5 à 12 membres » et ceux-ci permettent de valider le parcours du DPC (11).

6) Lieu des réunions :

Dans notre étude, la répartition du lieu de déroulement des séances différait du résultat de l'étude menée en Isère en 2012. En effet, dans l'étude Iséroise, les réunions se déroulaient majoritairement au cabinet médical de l'un des participants (56% contre 16 ,6% dans notre échantillon), suivi du domicile de l'un d'eux (25% pour 25% également dans notre échantillon) et en dernière position dans un restaurant (19% contre 58,3% dans notre échantillon).

7) Durée des séances :

Le critère fixé par la HAS en 2006 concernant la durée des séances (de 2 à 3 heures) était respecté par la moitié de l'effectif, pour lequel la moyenne était de 2h20. Encore une fois, ce critère semble avoir été assoupli dans le cadre du DPC, puisqu'il est fait notion en 2014 puis 2017 d'une durée « d'environ 2h » (20). La durée des séances pourrait variée en fonction du nombre de participants et ainsi être plus longue lorsque le groupe est plus nombreux, mais notre étude ne nous a pas permis de le démontrer.
Notons que dans l'étude Iséroise de 2012, les réunions duraient entre 1h et 2h30 (1h40 en moyenne).

8) *Charte du groupe ou règlement intérieur :*

Aucun groupe ne satisfaisait pleinement ce critère car aucun d'entre eux ne comptait l'ensemble des items spécifiés par la HAS : « Fréquence des séances », « Engagement des membres à participer de manière régulière » et « Confidentialité des informations ». Cependant, la confidentialité des informations et des données personnelles des participants était considérée comme garantie de manière implicite (même en l'absence de règlement intérieur) par l'ensemble des groupes. Cette notion de confidentialité étant inscrite dans le code de déontologie et puisqu'il s'agit d'actions de formation (et non de soin), il est logique que les participants l'aient considéré comme évidente. Néanmoins, l'expérience montre que le secret médical entre médecins (n'étant pas soignants du même patient) n'est pas toujours respecté. Le formaliser dans un document est donc une chose souhaitable.

9) *Postes d'animateur et de secrétaire du groupe* :

L'animateur du GAPP a une fonction importante pour le bon déroulement des séances. Il a pour fonction de fixer les objectifs, de gérer les temps de parole et de faciliter les échanges, d'identifier les problèmes soulevés et les savoir mobilisés. Il est à ce titre considéré comme indispensable par la HAS pour la validation du DPC.
Le poste de secrétaire n'est quant à lui plus mentionné dans les fiches-méthodes des GAPP de la HAS. Cependant sa fonction permet d'assurer une traçabilité pour le groupe et la rédaction d'un compte-rendu constitue sa mission principale.

Dans notre étude, 5 groupes possédaient les deux postes. Ils réalisaient tous un compte-rendu lors de chacune des réunions, 4 effectuaient un émargement (liste de présence) et 2 réalisaient un bilan annuel. La présence de ces postes confirme ainsi son intérêt.
On notait tout de même que 2 groupes déclarant ne posséder aucun de ces postes réalisaient un compte-rendu des séances (mais pas de liste de présence, ni de bilan annuel). Cela soulève la question de la définition des postes qui n'apparaissait pas dans les questionnaires.

10) Liste de présence, compte-rendu et bilan annuel :

La réalisation d'une liste de présence est un élément important pour garantir la traçabilité. Ce critère n'était respecté que dans la moitié des groupes. Cela peut en partie venir d'une impression de contrôle (« pointage ») que l'émargement occasionne parfois.

La rédaction d'un compte-rendu des séances était réalisée dans deux tiers des groupes. Ce critère semblait plutôt bien respecté. Néanmoins le contenu du compte-rendu restait perfectible.
Selon la fiche méthode de 2017 (HAS), il est sensé comprendre :

- Le résumé des cas présentés,
- Les problèmes identifiés (par l'animateur notamment),
- Les réponses apportées,
- Les références utilisées,
- Les actions mises en place et leur modalité de suivi.

La notion de bilan annuel énoncée dans la fiche HAS de 2014 disparait dans la révision de 2017. Ce bilan peut cependant être considéré comme un élément de traçabilité intéressant. Il permet entre autres choses d'attester du respect des orientations des thèmes abordés pour le DPC.

La moitié des participants déclaraient détenir les documents justificatifs de participation à leur groupe et 3 d'entre eux réalisaient un bilan individuel d'activité.

11) Présentation des cas :

L'utilisation de situations cliniques rencontrées dans la pratique et réellement prises en charge par les participants forme, avec la présence exclusive de pairs, la clé de voûte d'un GAPP. Ce critère était respecté à l'exception d'un groupe qui n'était par ailleurs pas composé uniquement de pairs (présence d'experts). Ce groupe n'a pas été exclu de l'étude puisque les répondeurs se sont reconnus comme faisant partie d'un GAPP et que la présence d'experts ne pouvait être qu'occasionnelle. De même, il est possible que ce groupe ait parfois eu recours à des cas réels.

Le caractère participatif était également présent dans l'ensemble des groupes. Cependant, chaque participant ne présentait pas nécessairement un cas lors de chaque séance. Cela s'expliquant probablement par une limitation de la durée des séances.

Un quart de l'effectif avait recours à une grille de présentation, mais le contenu n'était pas connu. La SFMG met quant à elle une grille à disposition des participants. Cette grille a pour intérêt d'organiser la présentation et de la systématiser en lui donnant un caractère méthodique.

12) Mode de Sélection des cas :

Les différents modes de sélection retrouvés correspondaient aux attentes de la HAS vis-à-vis de la validation du DPC.

Cependant le mode de sélection n'apparaissait pas toujours dans la charte du groupe (lorsque celle-ci existait), or cela garantit le caractère explicite de ce choix.

13) Références bibliographiques :

Une recherche bibliographique de qualité donne un éclairage constructif à la discussion entre pairs. C'est ce qui garantit le respect des recommandations de bonnes pratiques. L'ensemble des GAPP interrogés effectuaient ce travail de recherche bibliographique et communiquaient les références à leurs membres. Certains groupes admettaient avoir également recours à des documents dont les caractéristiques ne répondent pas aux exigences de la HAS *(Annexe 1)*.

Cette utilisation ne semblait pas étendue (2 groupes) et était associée à l'utilisation d'autres références de qualité.

14) Thème :

L'existence d'un thème conforme à une orientation correspondant au parcours du DPC n'était que très rarement identifiée. Cela ne signifiait pas pour autant que les thèmes abordés n'étaient pas compatibles. Ce critère est essentiel pour réalisation du DPC puisqu'il fait partie de ses enjeux.

Dans l'étude, l'abord de questions d'ordre Éthiques n'a été mentionné que par un seul groupe, mais il est hautement probable que celles-ci étaient évoquées dans les situations dites complexes par d'autres groupes (il s'agissait d'une question à réponse ouverte).

15) Résolution des problèmes soulevés :

Le taux globalement élevé de réponses apporté aux problèmes soulevés lors des séances témoigne de la capacité d'un groupe à résoudre une situation. Dans le cas de ces groupes, la méthode de résolution pouvait varier (recherche bibliographique, discussion entre pairs et parfois prise d'un avis d'expert). Dans notre étude la résolution de la question se faisait majoritairement par les membres du groupe au cours de la séance. Il était intéressant de noter que le taux de réponses apportées par le groupe n'influait pas sur la satisfaction des participants.

Il est possible que la formulation ait entraînée une confusion entre les réponses « résolution par le groupe lors de la séance » et « recherche bibliographique immédiate ».

Hormis pour un groupe (dont le taux de réponses apportées au cours de la séance était > 80%), les questions restées sans réponses faisaient l'objet d'une recherche différée. Les résultats et les références étaient bien communiquées aux différents membres ce qui témoigne d'une véritable volonté d'améliorer ses connaissances. Ce critère de la HAS était donc bien respecté.

16) Mise en place d'actions d'amélioration et de modalités de suivi :

La mise en place d'actions d'amélioration permet au GAPP d'avoir un réel impact sur les pratiques. Leur suivi s'avère nécessaire pour en évaluer les effets. Il s'agissait d'un point important concernant la validation du DPC. Ce critère semblait insuffisamment respecté puisque seul un tiers des groupes le respectait. Cela s'explique probablement par un manque de temps des participants, facteur reconnu comme limitant pour leur formation continue des médecins généralistes (15).

17) Temps d'acquisition des connaissances :

L'existence d'un temps de formation explicite permet de compléter l'exercice de la pratique réflexive autour de situations cliniques. Ce critère était peu respecté par les groupes interrogés (4 groupes). Cependant cette notion demeure assez vague. La signification de cet item n'a peut-être pas toujours été bien comprise et cela a pu impacter les résultats observés et les minimiser. Ce temps de formation correspond au temps d'acquisition des connaissances et/ou des compétences dont nous avons vu plus haut qu'il pouvait se faire par l'appropriation des recommandations ou par la mise en place des actions d'amélioration en étant intégré à la démarche d'analyse, ou encore de manière externalisée, en complément de l'analyse et en étant articulé avec celle-ci.

18) Confidentialité :

La notion de confidentialité des informations était présente dans l'ensemble des groupes, même en l'absence de charte y faisant référence. Cela témoignait du caractère professionnel et confraternel des séances. Les participants, en tant que professionnel soumis au secret médical, semblaient ne pas concevoir qu'il ait pu en être autrement.

La validation du DPC par le GAPP ne semblait pas être un déterminant de la participation puisqu'aucun des groupes ayant participés à cette étude ne le permettait.
Il est tout de même intéressant de voir que deux tiers d'entre eux semblaient prêt à modifier leur méthode de fonctionnement pour y parvenir. Cela était en adéquation avec le souhait de validation exprimé individuellement par les participants.

D. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE :

Cette étude comportait plusieurs limites. D'abord, elle s'est heurtée à une difficulté de recrutement en l'absence de dispositif d'enregistrement des groupes d'une part et d'un manque de temps et/ou de motivation des participants d'autre part. Ainsi, la méthode de recensement utilisée n'a pas permis de garantir l'exhaustivité des groupes existants dans le département. Nous ignorions le nombre total réel de GAPP existants dans le département ainsi que le nombre de participants correspondant, donc le taux de réponse n'était pas interprétable. L'effectif réduit de cette étude nous conduit à rester très prudent concernant la généralisation des résultats. De plus, le non-respect des consignes d'identification a conduit à l'impossibilité d'effectuer un lien entre les participants et leur GAPP. Il serait intéressant d'effectuer un travail visant à répertorier les GAPP mais cela semble tout de même difficilement réalisable puisqu'un certain nombre d'entre eux n'y sont pas favorables.

Il s'agissait d'une étude dont l'inclusion se faisait sur la base du volontariat, ce qui a pu conduire à un biais de sélection. En effet, les médecins ayant répondus étaient possiblement les plus impliqués dans leur GAPP et dans la formation continue. L'existence de nombreux participants non-répondeurs dans les GAPP répertoriés a également pu impacter les résultats. En effet, cela a pu conduire à une surestimation des réponses en accord avec les critères de la HAS. De plus, les données qui étaient déclaratives ont pu introduire des biais d'information.

Ces biais auraient pu être mieux contrôlés par l'observation directe des réunions. Le fait de remplir les questionnaires en présence de l'investigateur aurait également permis d'apporter des précisions concernant les points abordés.

Un biais de classement lié à la subjectivité de l'enquêteur est envisageable devant la présence de questions à réponses « ouvertes ».

Enfin, un biais de classement a pu exister concernant les postes d'animateur et de secrétaire dont les fonctions ont pu prêter à confusion. Il aurait fallu pour limiter ce biais, rappeler les rôles précis de ces deux postes.

E. SYNTHESE :

La description des groupes a mis en avant les différences de méthode qui peuvent exister entre les GAPP. Si tous les critères du DPC n'étaient pas réunis, certains aspects semblaient tout de même être présents dans un grand nombre d'entre eux. C'était le cas notamment de l'utilisation de situation clinique réellement prise en charge qui soulignait la volonté d'avoir une formation adaptée à l'exercice de la médecine générale, ou encore du recours à un travail de recherche bibliographique ainsi que de la communication des réponses aux problèmes soulevés et des références utilisées. Ce travail témoignait de la volonté de confronter sa pratique aux recommandations de bonne pratique. L'échange entre pairs permettait d'avoir une approche réflexive dont pouvait découler un effet positif sur les pratiques. Et bien que le désir d'une formation continue adaptée soit le motif principal de participation à un GAPP le plus souvent cité, l'esprit confraternel, la convivialité et le souhait de lutter contre une forme d'isolement que peut entraîner la pratique de l'exercice de la médecine générale semblaient des déterminants importants. Il en était de même pour la volonté d'améliorer la connaissance du réseau de soin local. Ainsi, la validation du DPC, ne semble pas être un motif primordial de participation aux GAPP, même si une majorité d'entre eux souhaiterait pouvoir y prétendre.

D'un autre côté, alors que le GAPP semble être un outil intéressant dans le cadre de la formation professionnelle continue en s'appuyant sur une attitude participative et réflexive qui a démontré son intérêt (19,22,24,37), il est aujourd'hui difficile d'en mesurer l'impact réel, notamment parce que la mise en place d'actions d'amélioration et leur suivi étaient insuffisante. Néanmoins, l'opinion des participants concernant leur groupe restaient très nettement favorable et ceux-ci déclaraient en obtenir un effet positif sur leur pratique. La traçabilité était également un élément perfectible avec la réalisation d'une liste de présence, d'un compte-rendu complet exhaustif et éventuellement d'un bilan annuel. Afin de garantir le bon fonctionnement du groupe, une charte du groupe devrait également être établie de façon manuscrite. Celle-ci devrait contenir *a minima* l'engagement des membres à participer de façon régulière, la fréquence à laquelle se déroulent les séances et la garantie de la confidentialité des informations et données personnelles des participants.

V. CONCLUSION :

Les médecins généralistes considèrent depuis de nombreuses années la formation continue comme nécessaire pour garantir la qualité et la sécurité des soins. Cela notamment en raison de l'évolution des données de la science et de la diminution des connaissances de base qui débutent dès les premières années de pratique (37–39). C'est devant ce constat que sont nés les GAPP qui séduisent par l'interactivité et la liberté de parole qu'ils peuvent offrir, le tout dans un cadre qui se veut convivial et bienveillant. Les participants apprécient d'effectuer une formation qui soit adaptée à leur pratique de médecine générale.

Cette méthode de formation est désormais reconnue par la HAS dans le cadre du DPC. Néanmoins, pour satisfaire l'obligation de DPC, les GAPP doivent répondre à certains critères et compléter cette démarche par un temps d'acquisition des connaissances et/ou des compétences. Le respect de l'ensemble de ces critères ne semble pas être acquis par les GAPP existants, et ceux-ci vont devoir modifier leur fonctionnement s'ils veulent prétendre à la validation du DPC.

Ce travail soulève des questions sur les critères définis par l'HAS pour qu'un GAPP puisse prétendre valider le parcours du DPC. Une grande partie d'entre eux sont en accord avec la méthode des GdP® de la SFMG, ce qui paraît cohérent puisque cette dernière est, rappelons-le, pionnière dans ce domaine en France. Le fonctionnement des GdP® a ainsi probablement été utilisé comme source de réflexion par la HAS, qui a ainsi pu profiter de l'expérience de la SFMG en la matière. La SFMG a d'ailleurs pour objectif d'identifier les GAPP existants et de les fédérer. Actuellement, elle propose à ses GdP® 5 séances dédiées à la validation du DPC (au lieu de 3 précédemment). Mais dans ces groupes, une certaine méthode est imposée. Ainsi, par exemples, la sélection des cas doit se faire au hasard, le déroulement de la séance doit se faire en respectant 3 temps distincts... Or, la présence de critères jugés comme trop contraignants par les membres des GAPP est un frein pour ce qui concerne la validation du DPC par cette méthode. On observe d'ailleurs un assouplissement de certains critères des fiches HAS détaillant le fonctionnement d'un GAPP (2006, 2014 et 2017) comme le nombre

de participants du GAPP ou la durée des séances. Il est donc souhaitable de trouver un équilibre entre la nécessité de garantir une méthode de qualité et la faisabilité de sa mise en place pour le plus grand nombre de GAPP. Ce point fait ainsi écho à la question de la norme en pédagogie. Le cadre défini doit avant tout servir à la construction d'un mode d'acquisition d'un savoir et c'est pour cela qu'une certaine souplesse concernant les critères peut se justifier. D'autant plus que le GAPP est une méthode de formation continue dont la forme et le contenu sont adaptables au contexte et aux besoins des participants. Cet aspect est essentiel pour garantir la satisfaction des participants et donc la pérennité des groupes. Maria Montessori disait d'ailleurs qu' « *une manière de mesurer la pertinence d'un modèle éducatif est le niveau de bonheur des enfants* » et cela peut également s'appliquer aux médecins généralistes.

Ce sont les ODPC, auxquels les GAPP doivent adhérer pour le DPC, qui ont pour mission de contrôler le respect des critères définis par la HAS, mais il semble difficile de déterminer dans quelle mesure ce contrôle est effectué. D'ailleurs, les sollicitations à ce sujet auprès de différents ODPC, mais également auprès de l'ANDPC sont restées sans réponses. Il serait tout de même intéressant de connaître la position de ces organismes afin de mieux apprécier la place qu'occupe ces critères dans la réalité du DPC.

D'autre part, le contrôle de la validation du parcours de DPC est pour les médecins sous la responsabilité du conseil de l'ordre. La non-participation à un programme triennal de DPC peut en théorie constituer un cas d'insuffisance professionnelle. Et si un praticien ne satisfait pas son obligation de DPC, l'Ordre des Médecins est sensé proposé un plan de DPC personnalisé. Mais dans la réalité, ce contrôle et le plan d'action qui en découle sont-ils réellement mis en place ? (Le CDOM de Gironde n'a pas répondu aux questions formulées à ce sujet).

VI. BIBLIOGRAPHIE :

1. WONCA. Définition Européenne de la médecine générale [Internet]. [cité 17 avr 2018]. Disponible sur: http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf
2. serment d'Hippocrate.pdf.
3. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 11 - Développement professionnel continu [Internet]. [cité 22 août 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-11-formation-continue-235
4. code de déontologie [Internet]. [cité 22 août 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf
5. code de santé publique [Internet]. [cité 22 août 2017]. Disponible sur: http://www.cjoint.com/doc/17_01/GAkklbpoAjM_codesantepublique.pdf
6. HAS. liste des méthodes et modalités du DPC [Internet]. HAS ; 2015 [cité 21 mars 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf
7. HAS. Développement professionnel continu (DPC) [Internet]. [cité 10 oct 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288556/fr/developpement-professionnel-continu-dpc
8. HAS. Développement professionnel continu (DPC) –Fiche méthode– Les staffs d'une équipe médico-soignante, les groupes d'analyse de pratiques (GAP), les pratiques réflexives sur situations réelles. [Internet]. 2014 [cité 29 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/staff_gap_fiche_technique_2013_01_31.pdf
9. Gay B. Actualisation de la définition européenne de la médecine générale. Février 2013 [cité 9 nov 2016]; Disponible sur: http://www.academia.edu/17182552/Actualisation_de_la_d%C3%A9finition_europ%C3%A9enne_de_la_m%C3%A9decine_g%C3%A9n%C3%A9rale
10. Pr Druais J. Rapport - La place de la médecine générale dans le système de santé [Internet]. 2015 mars. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Druais_Mars_2015.pdf
11. SFMG. Définitions des GDP-SFMG [Internet]. SFMG; [cité 13 juill 2016]. Disponible sur: http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_home/132/fichier_groupe_de_pairs36ced.pdf
12. HAS: Les modalités de fonctionnement des Groupes d'Analyse de Pratiques entre Pairs [Internet]. [cité 14 mars 2017]. Disponible sur: http://www.sfls.aei.fr/ckfinder/userfiles/files/DPC/Exemples-methodo/doc_03.pdf
13. HAS. colloque EPP-groupe d'analyse de pratiques entre pairs [Internet]. [cité 14 mars 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/colloque_epp_-_groupe_danalyse_de_pratiques_entre_pairs.pdf
14. Carrez-gamel S. GDP-opinions des participants lorrains. Thèse de médecine, Nancy : Université Henri Poincarré; 2005.

15. Porco H. Groupes de pairs : enquête en Rhône-Alpes auprès de 83 médecins généralistes. Thèse de médecine, Grenoble : Université Joseph Fourier; 2001.

16. Beyer M, Gerlach FM, Flies U 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. août 2003;20(4):443-51.

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

18. Patrice François, Anne-Cécile Philibert, Gérard Esturillo, Élodie Sellier. Groupes d'échange de pratique entre pairs : un modèle pour le développement professionnel continu en médecine générale. Presse Médicale. janv 2013;Volume 42,(n°1):pages e21-e27.

19. Mucchielli R. La dynamique des groupes : Connaissance du problème.

20. HAS. staff GAPP : fiche technique [Internet]. HAS; 2017 [cité 16 oct 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/staff_gap_fiche_technique_2013_01_31.pdf

21. Fardo C., Consultante RH. Le Développement professionnel continu [Internet]. Colloque CNEH; 2012 [cité 19 janv 2017]. Disponible sur: http://www.jurisante.fr/wp-content/uploads/2012/06/DPC.pdf

22. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. JAMA. 6 sept 1995;274(9):700-5.

23. HAS. Réglementation relative au dispositif de DPC [Internet]. [cité 16 janv 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_732957/fr/reglementation-relative-au-dispositif-de-dpc

24. Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? JAMA. 1 sept 1999;282(9):867-74.

25. Maisonneuve H, Fournier J-P. Construire une enquête et un questionnaire. erespect [Internet]. 7 nov 2012 [cité 7 janv 2017]; Disponible sur: http://udsmed.u-strasbg.fr/dmg/recherche-2/construire-une-enquete-et-un-questionnaire/

26. Wintz F. Groupes de Pairs : état des lieux en Alsace en 2007. Enquête auprès des Groupes de Pairs alsaciens : fonctionnement et bilan de satisfaction. Thèse Médecine, Strasbourg: Université de Strasbourg ; 2007.

27. David S, Bal G, Sellier E, François P. Organisation et modalités de fonctionnement des revues de mortalité-morbidité d'un centre hospitalier universitaire. Risques & Qualité. 2009;

28. Arnould P, Raineri F, Hebbrecht G, Arnould M, Duhot D. Typologie comparée des médecins généralistes participants à un groupe de pairs. [Internet]. SFMG; 2007. Disponible sur: http://www.sfmg.org/groupe_de_pairs/

29. ARS. atlas de la demographie medicale [Internet]. 2017[cité 9 mars 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017_0.pdf

30. Riou F, Piette C, Durand G, Chaperon J. Results of a 12-month quality-circle prescribing improvement programme for GPs. Br J Gen Pract. 1 juill 2007;57(540):574-6.

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

32. Niquille A, Ruggli M, Buchmann M, Jordan D, Bugnon O. The nine-year sustained cost-containment impact of swiss pilot physicians-pharmacists quality circles. Ann Pharmacother. 2010;44(4):650-7.

33. Wensing M, Broge B, Riens B et al. Quality circles to improve prescribing of primary care physicians. Three comparative studies. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2009;18(9):763-9.

34. Eugène Castelain, P Bouche. Groupes d'échange de pratiques et optimisation de la prise en charge en médecine générale. Rev Prat Med Gener. 2003;17(628):1370-4.

35. Figon S, Chanelière M, Moreau A, Le Goaziou M-F. Impact des évènements indésirables sur la pratique de 15 médecins généralistes maîtres de stage. Presse Med. 2008;37(9):1220-7.

36. La Rédaction. Les groupes de pairs de la SFMG. Rev Prat Med Gener. 2005;19((692/693)):584-6.

37. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Evidence for the effectiveness of CME. A review of 50 randomized controlled trials. JAMA. 1992;268(9):1111-7.

38. Zaher E, Ratnapalan S. Practice-based small group learning programs. Can Fam Physician. juin 2012;58(6):637-42.

39. Pardell H. What can we expect from Continuing Medical Education? Myths and Reality Med Clin (Barc) 2000 ; 114 (11) : 419- 430.

VII. ANNEXES :

ANNEXE 1. CRITERES DE QUALITE D'UN DOCUMENT SCIENTIFIQUE PROFESSIONNELLE (HAS, 2013) : *95*
ANNEXE 2. LISTE DES METHODES DE DPC, (HAS, MISE A JOUR EN JANVIER 2015) : *97*
ANNEXE 3. VALIDATION DU DPC PAR LE GDP® (SFMG, CONDITIONS REVISEES EN AVRIL 2018) : *99*
ANNEXE 4. QUESTIONNAIRE « PARTICIPANT » *100*
ANNEXE 5. QUESTIONNAIRE « GROUPE D'ANALYSE DE PRATIQUE » *104*
ANNEXE 6. LES GDP® DE LA SFMG *112*
ANNEXE 7 : DESCRIPTION D'UN GAPP (HAS, 2006) : *118*
ANNEXE 8. ENGAGEMENT DU PARTICIPANT A UN GAPP (HAS, 2006) : *118*
ANNEXE 9 : VERBATIM DES REPONSES AUX QUESTIONS OUVERTES *119*

Annexe 1. Critères de qualité d'un document issu de la presse scientifique professionnelle (HAS, 2013) :

Les documents utilisés peuvent concerner tout type de support (papier, numérique). Il peut s'agir d'un numéro entier de la revue/journal ou d'une partie de celle-ci, d'un numéro spécial, d'un supplément ou d'un cahier détachable spécifique. Il peut s'agir d'articles scientifiques ou didactiques, de cas cliniques.

Les critères de qualité exigés pour qu'un document issu de la presse scientifique professionnelle soit utilisable dans une méthode de DPC sont :

- les critères concernant la revue/journal dont il est issu,
- les critères concernant le document lui-même.

1. Critères concernant la revue/journal :

- La politique éditoriale de la revue/journal notamment celle relative à son indépendance éditoriale est accessible aux lecteurs.
- Les procédures éditoriales de la revue/journal sont également accessibles aux lecteurs. Elles comportent notamment :
  - les instructions aux auteurs et en particulier le standard utilisé pour citer les sources bibliographiques,
  - les modalités d'organisation de la relecture (peer-review).
- La déclaration publique d'intérêt est systématiquement affichée pour tous les contributeurs (les auteurs, les comités de rédaction, le(s) coordonnateur(s) d'un numéro, les relecteurs et les journalistes).
- Les pages ou rubriques publicitaires sont identifiées.
- Il existe une possibilité d'interactivité avec les lecteurs (enquête de lectorat, enquêtes de pratiques, tests de lecture…).

2. Critères concernant le document : (tiré à part ou document original produit par la revue / journal) :

- Les auteurs du document sont identifiés,

- Le document utilise des références scientifiques (bibliographie) identifiées. Les bases de données utilisées et concernant les médicaments sont des bases certifiées par la HAS.
- Le document a fait l'objet d'une relecture (peer-review).
- Les liens d'intérêt des auteurs sont affichés (déclaration publique d'intérêts).
- Les sources de financement éventuel sont affichées.
- Le document ne comporte aucune publicité.
- Dans le cas particulier d'un produit de santé seul dans son indication, les avis correspondants de l'ANSM et de la HAS, s'ils existent, doivent être cités.

Annexe 2. Liste des méthodes de DPC, (HAS, mise à jour en janvier 2015) :

Approche dominante/activités	Méthodes de DPC	
1. Pédagogique ou cognitive		
1.1. En groupe	• formation présentielle (congrès scientifique, séminaire, colloque, journée, atelier, formation interactive, formation universitaire…) • revue bibliographique et analyse d'articles	**À compléter par une activité d'analyse des pratiques :** • soit intégrée à la démarche cognitive, au moment de l'identification des besoins de formation ou de l'évaluation de l'impact de la formation ; • soit externalisée, en complément de l'activité cognitive, et articulée avec elle.
1.2. Individuelle	• formation à distance (*e-learning*, supports écrits et numériques…) • formations diplômantes ou certifiantes (autres que les diplômes universitaires [DU] validés[1] par les CSI et la CSHCPP)	

Approche dominante/activités	Méthodes de DPC	
2. Analyse des pratiques		
2.1. Gestion des risques	• revue de mortalité et de morbidité (RMM), comité de retour d'expérience (CREX), revue des erreurs médicamenteuses (REMED) • analyse *a priori* des risques (analyse de processus, analyse des modes de défaillance et de leurs effets : AMDE…)	**À compléter par une activité d'acquisition des connaissances/compétences** • soit intégrée à la démarche d'analyse des pratiques, au moment de l'appropriation du référentiel/de la recommandation ou dans le cadre d'une action d'amélioration à réaliser • soit externalisée, en complément de l'activité d'analyse des pratiques, et articulée avec elle
2.2. Revue de dossiers et analyse de cas	• groupe d'analyse de pratiques, staff des équipes médico-soignantes ou médico-techniques, pratiques réflexives sur situations réelles • réunions de concertation pluridisciplinaire • revue de pertinence	
2.3. Indicateurs	• suivi d'indicateurs • registres, observatoire, base de données • audit clinique	
2.4. Analyse des parcours de soins	• chemin clinique • patients traceurs	
2.5. Analyse de parcours professionnel	• bilan de compétences	
3. Approche intégrée à l'exercice professionnel		
Ce sont celles où l'organisation en équipe de l'activité clinique, biologique, pharmaceutique quotidienne, implique à la fois une protocolisation et une analyse des pratiques : • gestion des risques en équipe • exercice coordonné protocolé pluriprofessionnel (en réseaux, maisons, pôles ou centres de santé…)		
4. Dispositifs spécifiques		
• accréditation des médecins exerçant une spécialité ou une activité à risque (art. 16 de la loi 2004-810 du 13 août 2004) • accréditation des laboratoires de biologie médicale (ordonnance 2010-49 du 13 janvier 2010 et art. L. 6221-1 du CSP) • programme d'éducation thérapeutique (art. 84 de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009) • protocole de coopération (art. 51 de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009) • formation professionnelle tout au long de la vie (professionnels paramédicaux) • certification des coordinations hospitalières de prélèvement d'organes et/ou de tissus		

5. Enseignement et recherche
• publication d'un article scientifique • recherche clinique en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité • maîtrise de stage • formateurs pour des activités de DPC
6. Simulation
• session de simulation en santé • test de concordance de script (TCS)

Annexe 3. Validation du DPC par le GdP® (SFMG, conditions révisées en avril 2018) :

-DEROULEMENT :

Le DPC concerne 5 des séances de votre groupe de pairs®.

Le groupe doit être constitué de 5 participants au minimum et de 12 participants au maximum, dont le secrétaire DPC du groupe.

Cette formation concerne 5 des réunions annuelles de votre groupe de pairs®.

Le déroulé de vos réunions doit se faire en 3 temps selon la méthode de la SFMG :
- 1er temps : présentation des cas cliniques tirés au sort
- 2e temps : analyse du parcours et des circuits de soins
- 3e temps : libre. Il permet d'apporter la réponse argumentée à une question posée, de présenter un cas difficile, de faire part d'une nouvelle recommandation...

Les programmes DPC GdP® comportent :

-Une phase préalable d'analyse de la bibliographie adressée par la SFMG,

-Une phase présentielle (5 séances, à distance les unes des autres) de confrontation de sa pratique (à partir de ses dossiers médicaux) aux données de la science (références bibliographiques) et au regard de ses pairs, avec un temps de réflexion pour les améliorations possibles et les changements progressivement mis en place.

-EN QUOI CONSISTENT LES SÉANCES ?

• AVANT la séance, chaque participant prend connaissance du ou des dossiers « patient(s) » issus de sa pratique, en rapport avec le programme de travail, adressé par la SFMG. Il analyse son (ou ses) cas en s'aidant des outils d'analyse fournis par la SFMG pour chaque séance de travail (envois par internet).

• PENDANT la séance : chaque participant présente le ou les cas « patient(s) » et les résultats de son analyse. Ces résultats font l'objet de la discussion du groupe, en regard des recommandations et des dernières données de la science.

Les participants notent sur la grille fournie les améliorations possibles et les changements progressivement mis en place.

Annexe 4. Questionnaire « Participant »

Questionnaire "Participant"

Description des caractéristiques des participants aux Groupes de pairs
DPC= Développement Professionnel Continu

*Obligatoire

1. **Vous êtes:** *
   Une seule réponse possible.
   - une femme
   - un homme

2. **Votre tranche d'âge:** *
   Une seule réponse possible.
   - < 30 ans
   - 30 à 39 ans
   - 40 à 49 ans
   - 50 à 59 ans
   - 60 ans ou plus

3. **Vous êtes installé depuis** *
   Une seule réponse possible.
   - Non installé
   - < 10 ans
   - De 10 à 19 ans
   - 20 à 30 ans
   - > à 30 ans

4. **Vous exercez:** *
   Une seule réponse possible.
   - seul
   - en cabinet de groupe
   - en maison de santé pluridisciplinaire
   - Autre : _____

5. **Etes-vous maitre de stage?** *
   Une seule réponse possible.
   - oui
   - non

6. **Avez-vous une activité d'enseignement à la faculté de médecine?** *
Une seule réponse possible.

- oui
- non

7. **Vous exercez dans une commune:** *
Une seule réponse possible.

- Urbaine
- Semi-rurale
- Rurale

8. **Quel est ou quels sont les raisons de votre participation à un GAP?**

9. **Depuis combien de temps êtes-vous membre du Groupe?** *
Une seule réponse possible.

- <1 an
- 1 à 3 ans
- 4 à 6 ans
- 7 à 9 ans
- > 10 ans

10. **A combien de séances participez-vous par an (en moyenne)?** *
Une seule réponse possible.

- < 3 séances
- 3 à 5 séances
- 6 à 8 séances
- 9 à 10 séances
- > 10 séances

11. **Existe-t-il un bilan annuel individuel d'activité résumant votre implication dans le Groupe de Pairs ? (nombre de séances réalisées, nombre de cas présentés, thèmes abordés...)**
Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

12. **La traçabilité des documents justificatifs de votre participation au Groupe de Pairs est-elle garantie? (Par exemple : compte rendu de réunion, attestations de participation aux réunions, fiche de suivi d'action d'amélioration, attestation de présence à une formation, résultats d'évaluation, nouvelle procédure de prise en charge, suivi d'indicateurs, etc...)**
Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

13. **Participez-vous à d'autres modes de FMC?** *
Une seule réponse possible.

- oui
- non

14. **Si oui, le(s)quel(s)?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Formation organisée par l'université
- [ ] Congrès
- [ ] Presse médicale
- [ ] Réseaux de soins
- [ ] Internet
- [ ] Soirée de l'industrie pharmaceutique
- [ ] Autre : _____

15. **Pensez-vous que la participation à votre Groupe modifie votre pratique?** *
Une seule réponse possible.

- oui
- non

16. **Pensez-vous que la participation à un Groupe de Pairs participe à l'amélioration de la qualité et à la sécurité des soins?** *
Une seule réponse possible.

- oui
- non

17. **Connaissez-vous les méthodes et modalités du DPC?** *
Une seule réponse possible.

- oui
- non

18. **Saviez-vous que le groupe d'analyse de pratique est un mode de validation du DPC?** *
Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

19. **Souhaiteriez-vous que la participation à votre groupe valide votre DPC?** *
Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

20. **Si votre réponse précédente est non: pour quelle(s) raison(s)?**

21. **Merci d'indiquer votre nom afin de permettre l'identification des différents groupes (ou encore les 3 premières lettres afin de préserver l'anonymat si vous le souhaitez):** *

22. **Seriez-vous d'accord pour être répertorié en tant que participant à un Groupe d'Analyse entre Pairs (par le CDOM de Gironde par exemple)?** *
Une seule réponse possible.

- oui
- non

23. **Remarques:**

Annexe 5. Questionnaire « Groupe d'analyse de pratique »

Questionnaire "Groupe d'Analyse de Pratique"

Description du Groupe et de son fonctionnement.

DPC= Développement Professionnel Continu

*Obligatoire

1. **Quelle est la date de création de votre groupe de Pairs?** *

   Exemple : 15 décembre 2012

2. **Votre groupe possède-t-il une structure encadrante? (SFMG, FMC action, UNAFORMEC, VARAPP...)** *

   Une seule réponse possible.

   - Oui
   - Non

3. **-Si oui, Laquelle?**

4. **Votre Groupe a-t-il un lien avec une firme pharmaceutique?** *

   Une seule réponse possible.

   - oui
   - non

5. **Les participants sont-ils tous médecin généraliste en exercice?** *

   Une seule réponse possible.

   - oui
   - non

6. **-Si non, présence de:**

   Plusieurs réponses possibles.

   - [ ] interne(s)
   - [ ] Retraité(s)
   - [ ] Expert(s): spécialiste(s)
   - [ ] Para-médicaux
   - [ ] Autre :

7. **Combien y a-t-il de réunion par an?** *
Une seule réponse possible.

- ( ) < 3 séances par an
- ( ) 3 à 5 séances par an
- ( ) 6 à 8 séances par an
- ( ) 9 à 10 séances par an
- ( ) 11 et + (séances par an)

8. **Quel est le nombre moyen de participants (à chaque séance)?** *
Une seule réponse possible.

- ( ) < 3
- ( ) 3 à 5
- ( ) 6 à 8
- ( ) 9 à 11
- ( ) 12 et +

9. **Où se déroulent les réunions?** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Au restaurant
- [ ] Au domicile personnel d'un des participants
- [ ] Au cabinet médical d'un des participants
- [ ] Autre : _____

10. **Quelle est la durée moyenne d'une réunion?** *
Une seule réponse possible.

- ( ) <1h
- ( ) 1 à <2h
- ( ) 2h à 3h
- ( ) >3h

11. **Existe-t-il un règlement intérieur ou charte du groupe?** *
Une seule réponse possible.

- ( ) oui
- ( ) non

12. **-Si oui, cela concerne: (plusieurs réponses possibles)**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] les objectifs du groupe
- [ ] la fréquence des réunions
- [ ] la durée des réunions
- [ ] le choix du thème abordé lors de la réunion
- [ ] les modalités de sélection des cas
- [ ] les modalités de suivi des actions
- [ ] La confidentialité des informations et des données personnelles des professionnels
- [ ] La confidentialité des informations et des données personnelles des patients
- [ ] Autre : _____

13. **-S'il existe un règlement intérieur ou ue charte du groupe, est-ce:**
Une seule réponse possible.

- ( ) Par oral
- ( ) Par écrit
- ( ) Autre : _____

14. **Existe-t-il un animateur ou modérateur au cours des réunions?** *
Une seule réponse possible.

- ( ) oui
- ( ) non

15. **Existe-t-il un secrétaire au cours des réunions?** *
Une seule réponse possible.

- ( ) oui
- ( ) non

16. **-Si oui, ces postes sont-ils "tournants"?** *
Une seule réponse possible.

- ( ) Oui
- ( ) Non

17. **Existe-il une liste de présence?** *
Une seule réponse possible.

- ( ) oui
- ( ) non

18. **Existence d'un compte-rendu de la réunion?** *
Une seule réponse possible.

- ( ) oui
- ( ) non

19. **-Si oui, ce compte-rendu comprend:**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Les questions soulevées
- [ ] Les réponses apportées
- [ ] Les recherches prévues
- [ ] Un résumé des cas présentés
- [ ] Le(s) plan(s) d'action mis en place
- [ ] Les références utilisées
- [ ] Autre : _____

20. **Existence d'un bilan annuel?** *
Une seule réponse possible.

- ( ) oui
- ( ) non

21. **-Si oui, ce bilan comprend:**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] le nombre de réunions (ou séances) réalisées dans l'année
- [ ] la liste des thèmes abordés
- [ ] Autre : _____

22. **Avez-vous recours à une situation clinique réelle lors du déroulement de la séance?** *
Une seule réponse possible.

- ( ) Oui
- ( ) Non

23. **Les cas sont-ils présentés à tour de rôle par chaque participant?** *
Une seule réponse possible.

- ( ) Oui
- ( ) Non

24. **Chaque participant présente-t-il un cas à chaque séance?** *
Une seule réponse possible.

- ( ) oui
- ( ) non

25. **Comment les cas présentés sont-ils choisis?** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] De manière totalement aléatoire
- [ ] Dans le cadre d'un thème imposé
- [ ] Les Cas dit "difficiles" (problème rencontré ou question restée sans réponse, cas complexe)
- [ ] Autre : _____

26. **Le cas est-il exposé à partir d'une grille de présentation?** *
Une seule réponse possible.

- oui
- non

27. **Avez-vous recours à une recherche bibliographique scientifique et professionnelle pour apporter des réponses aux questions posées?** *
Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

28. **Quelles sont les ressources bibliographiques utilisées?** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Revue scientifique
- [ ] Guide et recommandation HAS
- [ ] Site internet d'une société savante
- [ ] Site internet dit de "vulgarisation médicale"
- [ ] Documentation issue l'industrie pharmaceutique
- [ ] Banque de données médicamenteuses
- [ ] Autre : _____

29. **Les références bibliographiques sont-elles communiquées aux membres du groupe?** *
Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

30. **Les autres thèmes abordés sont:** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Le réseau de soin
- [ ] les problèmes de gestion du cabinet
- [ ] les problèmes administratif ou juridiques
- [ ] les situations difficiles
- [ ] Autre : _____

31. **Existe-t-il un thème conforme à une orientation nationale (ministère de la santé) ou régionale (ARS) de DPC?** *
Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Autre : _____

32. **Comment sont résolus les problèmes soulevés ?** *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Par le groupe lors de la réunion
- [ ] Par une recherche bibliographique immédiate
- [ ] Par une recherche bibliographique différée
- [ ] Par la prise d'un avis d'expert
- [ ] Autre : _____

33. **Les réponses aux problèmes non résolus sont-elles présentées lors de la séance suivante ?** *

Une seule réponse possible.

- ( ) oui
- ( ) non

34. **A quel pourcentage de problèmes estimez-vous que la séance de groupe apporte une réponse ?** *

Une seule réponse possible.

- ( ) <20%
- ( ) 20 à 49%
- ( ) 50 à 80%
- ( ) > 80%

35. **La confidentialité des informations et des données personnelles des professionnels est-elle garantie ?** *

Une seule réponse possible.

- ( ) Oui
- ( ) Non

36. **Des actions d'amélioration et des modalités de suivi sont-elles mises en place ? (exemples : rédaction de protocoles de soins, chemin clinique, suivi d'indicateurs, enquête de satisfaction auprès des patients, audit ou auto-évaluation, adoption de recommandations, etc.)** *

Une seule réponse possible.

- ( ) Oui
- ( ) Non

37. **-Si oui, lesquelles ?**

_____
_____
_____
_____
_____

38. **Existe-t-il un temps explicite de formation?** *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

39. **-Si oui, de quel type?**

Une seule réponse possible.

- Intégré à la démarche (au moment de l'appropriation des recommandations)
- Dans le cadre d'une action d'amélioration à réaliser
- Externalisé (en complément du Groupe de pairs et articulé avec lui)
- Autre : _____

40. **Précisez si possible:**

_____
_____
_____
_____
_____

41. **Votre Groupe est-il validant pour le DPC?** *

Une seule réponse possible.

- oui
- non

42. **-Si non, Seriez-vous prêt à modifier le fonctionnement de votre Groupe pour qu'il réponde aux critères de validation du DPC?**

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

43. **Pensez-vous vous affiliez à un organisme agréé(par l'agence nationale du DPC) pour la validation du DPC?** *

Une seule réponse possible.

- oui
- non

44. **-Si oui, lequel?**

_____

45. **Merci de noter les noms (ou les 3 premières lettres) des participants du Groupe (NB: ces données ne seront nullement dévoilées, le but étant seulement d'identifier les différents groupes)** *

46. **Seriez-vous d'accord pour que votre Groupe soit répertorié (par le CDOM de Gironde par exemple)?** *

Une seule réponse possible.

- oui
- non

47. **Remarques:**

Annexe 6. Les GdP® de la SFMG

SFMG
Le plaisir de comprendre

Société Française de Médecine Générale
sfmg@sfmg.org
www.sfmg.org

Le Groupe de Pairs®

Le plaisir de se former ensemble

Les groupes de pairs®, une méthode de formation rigoureuse, validée et reconnue

- **Groupe :** *Ensemble de personnes ayant des caractéristiques communes*
- **Pairs :** *Personnes de même situation sociale, de même titre, de même fonction*

Un Groupe de pairs®

- des médecins de la même spécialité (dans notre cas des généralistes)
- se réunissant régulièrement
- sans hiérarchie entre eux, dans un climat de confiance favorisant la liberté de parole
- qui font une analyse argumentée de la pratique quotidienne
- centrée sur la présentation de cas cliniques, tirés au sort
- s'appuyant sur l'expertise collective

En France, la SFMG fédère les Groupes de pairs®

En France, sous l'impulsion de la SFMG, les groupes de pairs® sont apparus en 1987. Le nom de Groupes de Pairs® vient d'un ouvrage néerlandais "Peers Groups in General Practice". Mais tandis qu'aux Pays Bas ces groupes se destinent à l'audit, la SFMG a privilégié l'étude et la critique de notre pratique telle qu'elle est vraiment, et non pas de présenter de "belles observations" à la façon d'un staff hospitalier. L'objectif est d'améliorer notre pratique.

Mais en pratique comment se déroule une réunion ?

DÉROULEMENT D'UNE RÉUNION

Un groupe de pairs®, comment ça marche ?

Une réunion se déroule en 3 temps

1er temps : **Présentation de cas cliniques**

Chaque participant présente à tour de rôle un cas clinique. Chaque cas :

> est **choisi** de façon **aléatoire**, selon une méthode définie par le groupe et commune à tous (ex : la troisième consultation de la semaine dernière).

> est **présenté** à l'aide d'un modèle

> est **discuté** par l'ensemble du groupe

Si le groupe n'a pas donné de réponse à une question posée lors de la discussion des cas, le groupe s'organise pour :

> **formuler** correctement la question posée

> faire la recherche bibliographique

> apporter une **réponse argumentée** lors de la réunion suivante

2e temps : **Parcours et coordination des soins**

Temps consacré par le groupe à échanger sur l'**offre locale de santé** :

- Lien ville - hopital, clinique
- Correspondants médecins, paramédicaux
- Services sociaux
- Institutions de santé...

3e temps : Sujets libres

C'est un temps libre au cours duquel le groupe peut :

- apporter les réponses aux questions posées à la séance précédente
- aborder un sujet de son choix
- exposer de cas clinique complexe rencontré...

Découvrez les critères de qualité d'un groupe de pairs®...

CRITÈRES DE QUALITÉ

Un groupe de pairs®, ça répond à des critères !

8 consignes pour réussir

Composition du groupe

Le groupe doit être homogène, constitué de pairs (afin d'éviter les phénomènes de soumission à l'autorité) et ayant une même pratique (médecins généralistes, médecins gynécologues, médecin du travail etc.).

Nombre de participants

Afin de permettre à la fois une dynamique de groupe et l'expression de chacun, le nombre de participants est réduit (mini 5, maxi de 12).

Emargement

Chaque participant doit être présent à au moins cinq réunions par an ce qu'il atteste en signant la feuille d'émargement.

Animation

Au début de chaque réunion sont désignés par le groupe :
Un modérateur qui assure le respect du temps de parole de chacun et veille aux horaires
Un secrétaire qui rédige pendant la séance le compte rendu de la réunion

Réunion

Respect des 3 temps : tous d'importance égale mais pas nécessairement de même durée.

Le cas clinique doit être tiré au sort

Pour une formation utile à la pratique quotidienne, le tirage au sort des situations cliniques permet de se former pour prendre en charge les situations cliniques les plus fréquentes.

Utiliser les données de la science

Il est nécessaire de référencer ses arguments. Pour aider les médecins dans cette démarche, la SFMG a créé un outil pour avoir accès aux recommandations francophones concernant les situations cliniques rencontrées en médecine générale (DRefC).

Compte rendu

Le compte rendu doit être succinct et relève les questions soulevées. Ce n'est pas un résumé des cas cliniques exposés.

Comment créer un groupe de pairs®...

CRÉER UN GROUPE DE PAIRS®

Le plaisir de se former, entre pairs et en toute indépendance !

Vous en avez envie, vous y pensez, osez le !

C'est simple

- **Contactez** 4 à 5 confrères généralistes dans votre secteur
- Proposez-leur une date pour une **première rencontre**

Lors de cette rencontre

Lisez ensemble la page du site sur le déroulement d'une réunion
Mettez vous d'accord sur le fonctionnement du groupe : dates, heures, durée et lieux des réunions...

La SFMG peut vous aider

Si vous désirez qu'un membre de la SFMG se joigne à votre première réunion
Si vous préférez rejoindre un groupe existant proche de chez vous
S'il vous reste quelques questions après avoir parcouru ces pages,

Alors, contactez notre secrétaire, Catherine Martin, chargée des "Groupe de pairs®"

La SFMG fédère les Groupes de pairs®, rejoignez la liste de discussion...

DOCUMENTS POUR LA REUNION

Le nécessaire pour votre groupe

Pour préparer la réunion

Pour une présentation des cas des modèles vous permettent de tenir compte de tous les éléments qui interviennent dans la consultation. Ils sont téléchargeables sur le site.

Lors de la réunion

Une feuille d'émargement et un modèle de compte rendu, sont aussi à votre disposition sur le site.

la SFMG fédère les groupes de pairs, rejoignez la liste de discussion...

LISTE DE DISCUSSION DES GDP®

Le plaisir de partager

Profitez de l'expertise des autres groupes !

La liste de discussion des Groupes de Pairs® permet des échanges, par mails, entre pairs. Les membres du Département des Groupes de Pairs® participent à ces échanges et peuvent ainsi répondre à toute question. Inscrivez-vous…

Répondez à vos obligations de formation DPC dans la cadre de votre Groupe de Pairs®

DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU POUR GROUPES DE PAIRS®

La SFMG vous propose de réaliser du DPC dans la cadre de votre Groupe de Pairs.

Tout sur : http://www.sfmg.org/groupe_de_pairs

INDEMNISATION ET VALIDATION DU PROGRAMME

Pour être indemnisé(e), comme pour obtenir la validation de son programme, par la SFMG, il faut :

1- s'être préalablement inscrit(e) sur le site www.mondpc. fr
A la moindre difficulté, n'hésitez pas à contacter Catherine Martin : c.martin@sfmg.org

2- s'être inscrit(e) au programme DPC GdP, par l'intermédiaire de l'organisateur de votre groupe, auprès de la SFMG; c'est à dire, remettre à l'organisateur de votre groupe l'ensemble des documents administratifs nécessaires :
- Lettre d'engagement à participer aux 5 réunions du groupe de pairs® du programme
- Feuille de soins barrée et chèque de caution de 300 €, à l'ordre de la SFMG
L'organisateur les transmettra à la SFMG.

3- avoir participé aux 5 réunions et retourné les documents dans les temps impartis.

ROLE DE L'ORGANISATEUR DU GROUPE

L'organisateur du groupe est un participant qui prend en charge la gestion administrative du programme DPC pour son groupe.

Il doit également participer au programme pour valider le DPC et être indemnisé par l'ANDPC.

Il est, de plus, rémunéré par la SFMG : 40€ par pair inscrit.

L'organisateur du groupe s'identifie auprès de la SFMG. Il adresse son engagement en tant qu'organisateur du DPC, accompagné d'une feuille de soins barrée et d'un chèque de caution de 300 € (restitué en fin de parcours).

L'organisateur adresse à la SFMG les documents nécessaires à l'inscription du groupe, puis à la validation du DPC des participants, par courrier recommandé avec accusé de réception :
- lettre d'engagement de chaque pair inscrit
- lettre d'engagement de l'organisateur
- la feuille d'émargement de chaque réunion
- le questionnaire de satisfaction après la 5e réunion

CONDITIONS POUR S'INCRIRE AU DPC

Pour faire du DPC et prétendre à l'indemnisation, la condition est d'être thésé(e) La SFMG a fait le choix d'être agréée pour former les généralistes, qu'ils soient libéraux ou salariés de Centre de santé conventionné, installés ou remplaçants.
Nous ne sommes pas agréés pour les hospitaliers.

Annexe 7 : Description d'un GAPP (HAS, 2006) :

Un groupe d'analyse de pratiques entre pairs :

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

Annexe 8. Engagement du participant à un GAPP (HAS, 2006) :

Un médecin impliqué dans un groupe d'analyse de pratiques entre pairs, doit s'engager pour valider son EPP à :

- participer régulièrement aux réunions
- sortir les dossiers correspondant au(x) thème(s), de façon aléatoire
- soumettre à la discussion du groupe les problèmes identifiés au cours de la prise en charge de leurs patients
- fonder ses pratiques sur les données référencées (recommandations - EBM) et discutées sein du groupe d'analyse de pratique
- évaluer périodiquement les résultats obtenus, en suivant, par exemple, plusieurs critères ou paramètres cliniques notés dans ses dossiers.
- le cas échéant participer à la rédaction du compte rendu de réunion dans lequel sont proposées les améliorations des pratiques (en retenant quelques critères ou paramètres cliniques, en élaborant un protocole ….)

Annexe 9. Verbatim des questions à réponses ouvertes :

- **Groupe :**

Exemple d'actions d'amélioration et modalités de suivi misent en place :
Audit,
Auto-évaluations, Adoption des recommandations, accords communs sur des règles de bonnes prescriptions ou de bonnes stratégies diagnostiques, revues de cas difficiles sur dossiers et en groupe.
Audit

Quel est ou quels sont les raisons de votre participation à un GAP?

Formation, réseau de soin, lutte contre l'isolement,

Réflexion éthique

Se former de façon adaptée- lutte contre l'isolement

Apprendre, progresser se remettre en question - échanger entre confères- rompre l'isolement

Échanger avec des confrères, me tenir informé des conduites à tenir par l'intervenant
Convivialité, échange d'expérience, "obligation" de mettre ses connaissances à jour et d'avoir une démarche réflexive éthique

Formation continue sur des thèmes relatifs à la pratique

Mise à jour connaissances

Formation, intérêt se tenir au courant

Échanger avec mes confrères des actualités et parler de notre pratique

Plaisir du partage et intérêt au niveau de la modification des pratiques

Communication sur les difficultés rencontrés, aides au diagnostic et à la connaissance des acteurs du territoire

Formation continue, amélioration des relations entre confrères et du réseau de soin

Partage entre confrères
Partager mon ressenti face à une situation médicale, confronter mon avis et mes impressions face à ceux de mes confrères
Débriefer des situations difficiles, manière originale de questionner ses pratiques et ses connaissances ; méthode plus facile pour communiquer sur ses erreurs + éthique

Mise à jour des recommandations et des connaissances - partage des difficultés

Émulation collective, formation continue, renforcement des liens avec médecins du secteur > RESEAU DE Soin

Formation, partage d'expérience, échange de réseaux de proximité

Formule permettant de faire le point sur sa pratique , de s'appuyer sur des confrères pour des dossiers difficiles
Échange sur les pratiques médicales, efforts de recherches et stimulations pour la précision dans le travail et la méthode

Formation et soutien

Formation avec les collègues de secteur sans l'intermédiaire des laboratoires pharmaceutique

Formation médicale continue, rencontre avec d'autres remplaçants, partager nos expériences et difficultés

Formation complétée d'un partage d'expérience de terrain

Formation continue, rencontre de confrères, échanges d'adresses pour le parcours de soin
Échanger avec des confrères dans la même situation autour de notre pratique quotidienne, interrogations médicales et administratives ; me faire un réseau de collègues bienveillants

Formation, convivialité

Formation continue, convivialité

Discuter de cas avec d'autres confrères formation continue amélioration des pratiques

Partage des connaissances, échanges sur les problématiques, formation continue et lien socio-professionnel

Renforcement des connaissances, remise en question de ses pratiques

Adoption de recommandations, évaluation de la modification de la pratique (exemple : clairance dans les dossiers)

- **Participant :**

Souhaiteriez-vous que la participation à votre groupe valide votre DPC?
Si votre réponse précédente est non : pour quelle(s) raison(s)?

Pouvoir faire plus de formation sans demander une accréditation

Contraintes administratives trop lourdes

Pas d'intérêt, ouvert à d'autres formes de validation de DPC

Je n'en ressens pas le besoin ; nos réunions m'apportent déjà assez sans la validation DPC ; elles sont intégrées dans ma démarche annuelle de formation, en plus du DPC

Contraintes supplémentaires

Je préfère valider ma DPC par des formations présentielles différentes

Trop de contraintes pour le groupe

Lourdeur administrative

Contraintes supplémentaires

Je ne souhaite pas que cela rajoute des contraintes au groupe

Titre : Groupe d'analyse de pratique entre pairs et développement professionnel continu en médecine générale.

Résumé :

Introduction : La formation continue des médecins généralistes est un élément crucial pour garantir la qualité et la sécurité des soins. De la fusion de la FMC avec l'EPP est né le développement professionnel continu (DPC). Parmi les méthodes du DPC, les Groupes d'Analyse de Pratique entre Pairs (GAPP) semblent pouvoir tenir un rôle intéressant. L'objectif de l'étude était de déterminer si les GAPP de Gironde respectaient les critères du DPC.

Matériel et méthode : Étude descriptive quantitative réalisée entre novembre 2017 et février 2018. Le recueil des données a été effectué par questionnaires en ligne auprès des médecins généralistes de Gironde participants à un GAPP.

Résultats : 12 groupes et 32 participants ont été répertoriés. Aucun groupe ne validait l'ensemble des critères du DPC fixés par la HAS. L'effectif comprenait une forte représentation de femmes, de jeunes médecins et de maîtres de stage. La majorité d'entre eux exerçaient en milieu semi-rural ou urbain et principalement en cabinet de groupe. La majorité des GAPP se disaient prêts à modifier leur méthode de fonctionnement pour valider le DPC.

Conclusion : Cette étude met en évidence les différentes méthodes de fonctionnement qui peuvent exister au sein des groupes et l'écart qui peut résider entre celles-ci et les critères du DPC validés par la HAS.

Discipline : Médecine générale.

Mots-clés : Groupe d'analyse de pratique entre pairs (GAPP), groupe de pairs (GDP), développement professionnel continu (DPC), formation continue, médecine générale.