



HAL
open science

Évaluation du programme Groupe Qualité par les médecins généralistes participants de la région Normandie et impact sur leur pratique

Florie Siouville

► **To cite this version:**

Florie Siouville. Évaluation du programme Groupe Qualité par les médecins généralistes participants de la région Normandie et impact sur leur pratique. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03152123

HAL Id: dumas-03152123

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03152123>

Submitted on 25 Feb 2021

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 CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2020

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 1er Juillet 2020

par

Mlle SIOUVILLE Florie Adeline Tiphaine

Née le 05/08/1990 à CHERBOURG-EN-COTENTIN (50)

TITRE DE LA THÈSE :

« Evaluation du programme Groupe Qualité par les médecins généralistes participants de la région NORMANDIE et impact sur leur pratique »

Président : Monsieur le Professeur LAUNOY Guy, PU-PH Santé Publique

Membres : Monsieur le Docteur RUAULD Stéphane, médecin généraliste « Directeur de thèse »

Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier, PU-PH Santé Publique

Madame le Docteur DE JEAGHER Sophie, MCU Médecin généraliste

Monsieur le Docteur MAGNANI Claude, médecin généraliste

Année Universitaire 2019/2020**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique

M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie

M. VIVIEN Denis

Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M. DE LA SAYETTE Vincent

Neurologie

Mme DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne

Dermatologie

M. GUILLAUME Cyril

Médecine palliative

M. LE BAS François

Médecine Générale

M. SABATIER Rémi

Cardiologie

PRCE

Mme LELEU Solveig

Anglais

PROFESSEURS EMERITES

M. HURALT de LIGNY Bruno

Néphrologie

Mme KOTTLER Marie-Laure

Biochimie et biologie moléculaire

M. LE COUTOUR Xavier

Epidémiologie, économie de la santé et prévention

M. LEPORRIER Michel

Hématologie

M. VIADER Fausto

Neurologie

Année Universitaire 2019/2020**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme	DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme	SCHONBRODT Laure	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES EMERITES

Mme	DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie	Hématologie
Mme	LEPORRIER Nathalie	Génétique

Remerciements

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur LAUNOY Guy,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Puissiez-vous trouver dans ce travail l'expression de ma profonde reconnaissance,

Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier,

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu témoigner à ce travail par votre présence. Recevez ici le témoignage de ma gratitude,

Madame le Docteur DE JEAGHER Sophie,

Vous avez eu la gentillesse de participer à ce jury de thèse. Trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements,

Monsieur le Docteur MAGNANI Claude,

Merci, de m'avoir confié ce sujet passionnant, qui m'a ouvert de nouveaux horizons ainsi que de m'avoir transmis cette passion pour les Groupes Qualité.

Je te suis également reconnaissante pour ta disponibilité, ton accueil et tes conseils pour mener ce travail. J'espère que tu sauras trouver dans cette invitation à participer au jury de ce travail toute ma profonde reconnaissance,

Monsieur le Docteur RUAULD Stéphane,

Merci d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse, en ne sachant pas alors dans quoi tu allais t'engager. Merci de ton soutien et tes conseils, mais aussi de la liberté que tu m'as laissée sur la façon de mener ce travail.

Merci de la confiance que tu m'as accordée pour devenir remplaçante dans ton cabinet et bientôt une future collègue de travail.

Merci pour l'enseignement en stage, pour m'avoir permis de découvrir les premières consultations en autonomie et d'avoir pu obtenir la certitude que ce métier me plaisait,

A mes collègues,

Aux collègues du cabinet médical de BEAUMONT-HAGUE pour m'accueillir prochainement à vos côtés afin de travailler ensemble pour de nombreuses années,

A Dr SEPTVANT, pour m'avoir invitée à découvrir ton Groupe Qualité au cours de mon SASPAS, pour la confiance donnée au cours de mon internat et les conseils avisés,

A Dr MURESAN, pour m'avoir accompagnée au cours de mon stage de SASPAS, m'avoir également accueillie dans ton GQ, pour m'avoir permis d'exercer dans ton cabinet, pour tes précieux conseils et les bons moments partagés,

Aux collègues du cabinet médical de TOURLAVILLE pour m'avoir donné votre confiance pour tous les remplacements exercés chez vous et sans oublier, pour les pauses café.

A mes autres maitres de stage en médecine générale, Dr MATTER pour ta complicité, ta joie d'exercer au plus proche de tes patients, Dr VALLETEAU DE MOUILLAC pour ton professionnalisme, et Dr LAUNAY pour tous les conseils et les bons plats,

A Dr GEFFRAY, pour m'avoir poussée à contacter l'URML et m'avoir lancée sur cette voix.

Aux médecins du Groupe Qualité Cherbourg 2, pour m'avoir accueillie au sein de votre groupe, m'avoir aidée à me former et à apprendre de vos expériences,

Et aux nombreux collègues médecins et non médecins non cités, rencontrés en Pédiatrie à FLERS, en Pneumologie à GRANVILLE, aux Urgences d'AVRANCHES, en Gériatrie à CAEN qui m'ont transmis un bout de leur savoir, qui m'ont formée et donné le goût de la médecine,

Aux médecins ayant participé à ce travail de thèse, sans-doute les meilleurs de NORMANDIE quoiqu'aucune étude ne le prouve scientifiquement, vous êtes aujourd'hui les protagonistes de ce travail grâce au temps que vous avez trouvé pour répondre au questionnaire et pour les commentaires encourageants laissés à la fin,

A mon médecin de famille, Dr GRAS, pour tous tes bons soins et pour avoir été le premier à me montrer la beauté du métier de médecin traitant,

A ma famille,

Maman et papa, pour m'avoir permis de réaliser d'aussi longues et belles études. Merci maman de m'avoir poussée aussi loin et de m'avoir fait rêver ainsi que m'avoir appris à donner tout ce que j'avais ; et papa, pour l'apprentissage du travail fait et de l'anti-procrastination,

A mes grands-parents, présents ou disparus, pour leur apprentissage de la vie (et des bêtises), les cadeaux et les vacances qui enchantent toujours une vie d'enfant,

A mes frères,

A Mathieu, pour l'apprentissage de l'indépendance,

A Pierre, pour les WE à la Chauvinerie à philosopher et pour ton oreille attentive. Ainsi que tous les moments partagés avec tes amis,

A Jocelyn, pour avoir partagé avec moi les premières années de Médecine en colocation, même si cela n'a pas toujours été idéal et bien sûr les soirées à CAEN avec les amis,

A leurs compagnes et enfants,

A Mathéo et Lilou,

A Pauline et Petit Romain,

A Elodie et Clara,

A ma belle-famille,

Pour m'avoir permis de rencontrer Romain, mais aussi pour la découverte de votre beau département des Ardennes et de toutes ses richesses,

A mes amis et co-internes,

Pauline, Louis, Louise, Vincent, Lucie,

Merci pour cette amitié soudée par les révisions de l'internat à la bibliothèque universitaire de CAEN,

Pour les soirées, les concerts et les nombreux festivals pour décompresser,

Pour la colocation à Flers et à Avranches,

Sans oublier les strasbourgeois pour les vacances post-ECN à Oléron,

Et à tous mes co-internes avec qui les semestres se déroulaient de façon plus agréable,

Sans vous tous, mon externat et mon internat n'auraient pas eu la même saveur,

A mes amis de longue date,

Et surtout à toi mon futur époux,

Romain,

Pour tout l'amour que tu me portes, pour les belles années passées et celles qui s'annoncent devant nous,
Pour les cours et démonstrations sur le logiciel Excel et l'aide précieuse concernant les statistiques,

Et

A la boule de poils qui partage notre vie !

Abréviations

ACMF : Association Confédérale pour la Formation Médicale
AFFM : Association Fédérale pour la Formation Médicale
AGECOMED : Association pour la GEstion de la COordination conventionnelle des MEdecins
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANDPC : Agence National du Développement Professionnel Continu
AM : Assurance Maladie
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
APGBP : Programme d'Apprentissage en petit Groupe Basé sur la Pratique
APIMED : Amélioration des Pratiques et de l'Information Médicale
ARS : Agence Régionale de Santé
ASFORMED : Association nationale pour la FORmation MEDicale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNFMC : Conseil National de la Formation Médicale Continue
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNP : Conseils Nationaux Professionnels
CN URPS : Conférence Nationale des Unions Régionales des Professionnels de Santé
COG : Convention d'Objectifs et de Gestion
COPIL : Comité de Pilotage
COTIR : Comité de Pilotage Inter Région
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CRFMC : Conseil Régional de la Formation Médicale Continue
CROM : Conseils Régionaux de l'Ordre des Médecins
CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux de France

DCGDR : Direction de la Coordination de la Gestion Du Risque
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DMG : Département de Médecine Générale
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DSNP : Demande de Soins Non Programmés
DPC : Développement Professionnel Continu

EBM : *Evidence Based Medecine*
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
EPU : Enseignement Post-Universitaire
EquiP : European Working Group On Quality
ES : Etablissement de Santé

FAF : Fond d'Assurance Formation
FFGQ : Fédération Française des Groupes Qualité
FG : Focus Group(s)
FIR : Fonds d'Intervention Régional
FMC : Formation Médicale Continue
FMF : Fédération des Médecins de France
FPC : Formation Professionnelle Conventionnelle

GAAP : Groupe(s) d'Apprentissage à l'Analyse de Pratiques
GAPP : Groupe(s) d'Analyse de Pratiques entres Pairs
GdP (ou GP): Groupe(s) de Pairs
GDR : Gestion Des Risques
GEAP : Groupe(s) d'Echange et d'Analyse de Pratiques
GEP : Groupe(s) d'Echange de Pratiques
GIP : Groupement d'Intérêt Public
GLAP : Groupes Locaux d'Amélioration des Pratiques
GOFIMEC : Groupement des Organismes de Formation MEDicale Continue
GPU : Groupe(s) de Pratiques de l'Unafomec
GQ : Groupe(s) Qualité(s)
GQN APIMED : Groupe(s) Qualité(s) Normandie Amélioration des Pratiques et de l'Information Médicale

HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital-Patients-Santé-Territoire

ICGP : Irish College of General Practitioner
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

JO : Journal Officiel

MG : Médecin Généraliste
MH : Médecin Habilité
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
MSU : Maître de Stage Universitaire

OA : Organismes Agréés
ODPC : Organisme de Développement Professionnel Continu
OGC : Organisme de Gestion des fonds Conventionnels
OGDPC : Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu
ORS : Observatoire Régional de la Santé

PBSGL : Practice-Based Small Group Learning
PDSA : Permanence De Soins Ambulatoires
PGPB : Programme d'apprentissage en petit Groupe Basé sur la Pratique
PRS : Projet Régional de Santé
PSLA : Pôle de Santé Libéral Ambulatoire
PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

RBP : Recommandations de Bonne Pratique
RMO : Références Médicales Opposables
RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique
RSCA : Récit de Situation Clinique Authentique

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé
SFMG : Société Française de Médecine Générale
SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste
SNDS : Système National des Données de Santé
SNIIRAM : Système National d'Information Inter-Régime de l'Assurance Maladie
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
SSMG : Société Scientifique de Médecine Générale
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TCEM : Troisième Cycle des Etudes Médicales

UCCSF : Union Collégiale des Chirurgiens et des Spécialistes Français

UNAFORMEC : Union Nationale des Associations de FORMation Médicale et d'Evaluation Continue

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

INDEX Tableaux et figures

Table des figures

Figure 1: Roue de Deming ou Roue de la Qualité	25
Figure 2 : Roue du DPC	26
Figure 3 : Représentation graphique de l'EBM selon Haynes	33
Figure 4 : Cartographie Médecins engagés au GQ en France en 2019	38
Figure 5 : Evolution du nombre de participants aux GQ de Basse-Normandie depuis leur création	53
Figure 6 : Evolution du nombre de participants aux GQ de Haute-Normandie depuis leur création	53
Figure 7 : Participants GQ Normandie	54
Figure 8 : Nombre de groupes GQ par département en Normandie en 2019	54
Figure 9 : Nombre de participants aux GQ par département dans la région normande en 2019	55
Figure 10 : Carte GQ Normandie APIMED 2019	55
Figure 11 : Age et Sexe de la population étudiée	69
Figure 12 : Répartition des médecins participants aux GQ et à l'étude (installés et non installés) de Normandie	70
Figure 13 : Répartition Femme/Homme Etude/Médecins engagés GQ/Médecins inscrits CNOM de NORMANDIE	85
Figure 14 : Age et Sexe de la population étudiée	86
Figure 15 : Age et Sexe des médecins inscrits au conseil de l'ordre en Normandie (CNOM 2015)	86
Figure 16 : Nombre de groupes GQ par département en Normandie en 2019	102
Figure 17 : Répartition des médecins participants aux GQ et à l'étude (installés et non installés) de Normandie	103

Table des tableaux

Tableau 1 : Description des caractéristiques de la population (Age/Sexe/Mode d'exercice)	69
Tableau 2 : Description des caractéristiques de la population (Date d'installation – Département)	70
Tableau 3 : Description des caractéristiques de la population (Zone et Type d'exercice)	70
Tableau 4 : Description des caractéristiques de la population (Engagement dans un GQ / avenir)	71
Tableau 5 : Participation à GAAP – Abonnement revue médicale	71
Tableau 6 : Motivation à participer à un GQ	72
Tableau 7 : Avis concernant la rémunération	73
Tableau 8 : Impact sur la pratique médicale 1	74
Tableau 9 : Impact sur la pratique médicale 2	74
Tableau 10 : Impact sur la recherche documentaire	75
Tableau 11 : Impact du dossier documentaire 1	75
Tableau 12 : Impact du dossier documentaire 2	76
Tableau 13 : Impact sur les relations avec les confrères et les autres professionnels de santé	76
Tableau 14 : Impact sur les projets professionnels	77
Tableau 15 : Impact sur l'installation	77
Tableau 16 : Impact sur la maîtrise de stage	78
Tableau 17 : Impact sur le plan personnel	79
Tableau 18 : Ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de la restitution des indicateurs	81
Tableau 19 : Facteurs limitants – Les thèmes imposés	82
Tableau 20 : Facteurs limitants - La présence d'un animateur	82
Tableau 21 : Facteurs limitants – Le dossier documentaire	82
Tableau 22 : Facteurs limitants – L'absence d'expert	83
Tableau 23 : Facteurs limitants – Les modalités organisationnelles	83
Tableaux 24 : Caractéristique de la population étudiée	151
Tableaux 25 : Evaluation de la motivation à participer à un Groupe Qualité	152
Tableaux 26 : Evaluation de l'impact des GQ sur la pratique	153
Tableaux 27 : Evaluation de l'impact sur le plan personnel	153
Tableaux 28 : Evaluation du ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de la restitution des indicateurs	154
Tableaux 29 : Evaluation des facteurs pouvant limiter la participation au Groupe Qualité	154

Sommaire

Table des matières

1. Introduction.....	1
1.1. Historique de la Formation Médicale Continue (FMC).....	3
1.1.1. Au dix-neuvième siècle.....	3
1.1.2. L'après-guerre	4
1.1.3. Dans les années 1970-1980.....	4
1.1.4. Les années 1980 : le début des financements	5
1.1.5. Les années 1990 : FMC financée et obligatoire, naissance de l'EPP.....	6
1.1.6. Loi du 4 mars 2002 : La réforme relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.....	11
1.1.7. 2004 : abandon des sanctions disciplinaires, obligation d'EPP	13
1.1.8. 2009 : Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST).....	16
1.1.9. 2016 : La loi de modernisation de notre système de santé	17
1.1.10. Obligation triennale 2017-2019	19
1.1.11. Et aujourd'hui ? : DPC 2020-2022	19
1.2. Les différentes modalités de DPC des médecins généralistes	21
1.3. Groupe d'Analyse de Pratique entre Pairs (GAPP).....	23
1.3.1. Définition d'un GAPP selon la HAS, principes et modalités de fonctionnement	23
1.3.1.1. Définition de Juin 2006	23
1.3.1.2. La roue du DPC de 2012	26
1.3.1.3. Définition revisitée du 4 juillet 2017.....	26
1.3.2. Définition selon le dictionnaire Larousse	29
1.3.3. Historique.....	29
1.3.3.1. Les GEP à l'étranger	29
1.3.3.1.1 En Europe.....	29
1.3.3.1.1.1 En Irlande.....	30
1.3.3.1.1.2 En Allemagne.....	30
1.3.3.1.1.3 Au Royaume-Uni	30
1.3.3.1.1.4 En suisse.....	31
1.3.3.1.1.5 En Belgique.....	31
1.3.3.1.1 Hors Europe : les PBSGL au Canada	32
1.3.4. Aujourd'hui, en France	33
1.4. Les URPS.....	34
1.4.1. CN-URPS.....	34
1.4.1.1. Rôle de la CN-URPS.....	34
1.4.1.2. Objectifs	34
1.4.1.3. Membres.....	35
1.4.1.4. Commissions et groupes de travail.....	35

1.4.2.	Les URPS-ML	35
1.4.2.1.	Description	35
1.4.2.2.	Leurs missions	36
1.4.3.	L'URML Normandie	37
1.4.3.1.	Description	37
1.4.3.2.	Historique	37
1.5.	Les Groupes Qualité	38
1.5.1.	Pilotage national	39
1.5.2.	Les objectifs	39
1.5.3.	Fonctionnement	41
1.5.4.	Le médecin animateur	42
1.5.5.	Les médecins participants	42
1.5.6.	Le secrétaire de séance	43
1.5.7.	Les thèmes	43
1.5.8.	La séance	45
1.5.9.	Le dossier documentaire	45
1.5.10.	Les indicateurs	45
1.5.11.	Les spécificités des Groupes Qualité	49
1.5.12.	Le DPC : une option	49
1.6.	L'association GQN APIMED	49
1.6.1.	Pilotage régional	49
1.6.2.	L'association	50
1.6.3.	Rôle de la structure régionale	51
1.6.4.	Les médecins coordinateurs	51
1.6.5.	Le secrétariat	51
1.6.6.	Financement GQN APIMED	52
1.6.7.	Les effectifs des participants aux GQN APIMED	52
1.6.7.1.	Evolution en ex-Basse-Normandie	52
1.6.7.2.	Evolution en ex-Haute-Normandie	53
1.6.7.3.	Effectifs 2019 en Normandie	54
1.6.7.4.	Effectifs 2019 en France	56
1.6.8.	Les modalités d'indemnisation	56
1.7.	Le projet	56
2.	Matériels et méthodes	59
2.1.	Type d'étude	59
2.2.	Objectifs	59
2.3.	Critères d'inclusion et exclusion	59
2.4.	Réalisation du questionnaire	60
2.4.1.	Choix du questionnaire	60
2.4.2.	Modifications apportées	60

2.4.3.	Diffusion	62
2.4.4.	Contenu	62
2.4.4.1.	Première partie	62
2.4.4.2.	Deuxième partie	62
2.4.4.3.	Troisième partie.....	63
2.4.4.4.	Quatrième partie.....	63
2.4.4.5.	Cinquième partie	63
2.4.4.6.	Sixième partie.....	63
2.5.	Ethique et Confidentialité	64
2.6.	Envoi du questionnaire	64
2.7.	Population étudiée.....	66
2.8.	Recueil des données.....	66
2.9.	Analyse des données	66
2.9.1.	Analyse statistique	66
2.9.2.	Population	67
2.9.3.	Gestion des données manquantes.....	67
2.9.4.	Questions ouvertes	67
2.10.	La recherche documentaire	67
3.	Résultats.....	68
3.1.	Taux de participation	68
3.1.1.	Taux de participation des médecins engagés	68
3.1.2.	Taux de participation des internes	68
3.2.	Analyse	68
3.2.1.	Caractéristiques de la population étudiée	68
3.2.1.1.	Analyse descriptive	68
3.2.1.2.	Analyse comparative	71
3.2.2.	Evaluation de la motivation à participer à un Groupe Qualité.....	72
3.2.2.1.	Analyse descriptive	72
3.2.2.2.	Analyse comparative	73
3.2.3.	Evaluation de l'impact des GQ sur la pratique	74
3.2.3.1.	Analyse descriptive	74
3.2.3.2.	Analyse comparative	78
3.2.3.2.1	Impact sur l'assurance dans la relation médecin-patient	78
3.2.3.2.2	Impact sur la pratique médicale	78
3.2.3.2.3	Impact sur la recherche documentaire	78
3.2.3.2.4	Impact sur les relations avec les confrères et les autres professionnels de santé.....	78
3.2.3.2.5	Impact sur les projets professionnels	79
3.2.4.	Evaluation de l'impact sur le plan personnel.....	79
3.2.4.1.	Analyse descriptive	79
3.2.4.2.	Analyse comparative	80

3.2.5.	Evaluation du ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de la restitution des indicateurs	80
3.2.5.1.	Analyse descriptive	80
3.2.5.2.	Analyse comparative	81
3.2.6.	Evaluation des facteurs pouvant limiter la participation au Groupe Qualité	81
3.2.6.1.	Analyse descriptive	81
3.2.6.2.	Analyse comparative	84
4.	Discussion	85
4.1.	Discussion des résultats	85
4.1.1.	Population	85
4.1.1.1.	Population de médecins engagés	85
4.1.1.1.1.	Ratio Homme/Femme	85
4.1.1.1.1.	Age et genre	86
4.1.1.2.	Population d'internes	87
4.1.2.	Résultats : un cahier des charges validé pour les Groupes Qualité	87
4.1.2.1.	Engagement d'une large majorité de médecins généralistes d'un territoire	87
4.1.2.2.	Séances d'échanges entre médecins	89
4.1.2.2.1.	Autour de la pratique	89
4.1.2.2.2.	Protection collective	92
4.1.2.3.	Amélioration des pratiques individuelles et du groupe	94
4.1.2.4.	Autres spécificités des GQ	97
4.1.3.	Des perspectives ?	99
4.2.	Discussion sur la méthodologie	100
4.2.1.	Limites	100
4.2.1.1.	Taux de participation faible	100
4.2.1.2.	Questionnaire	101
4.2.1.3.	Biais	102
4.2.1.3.1.	Biais de sélection	102
4.2.1.3.2.	Biais d'information	102
4.2.2.	Forces	102
4.2.2.1.	Population	102
4.2.2.2.	Choix du type d'étude	103
5.	Conclusion	104
6.	Bibliographie	106
7.	ANNEXES	115

1. Introduction

Tout au long des études de médecine, j'ai suivi des cours théoriques et des stages pratiques qui m'ont permis de passer le concours de l'internat et de choisir la spécialité de Médecine Générale.

Une fois devenue interne, j'ai découvert le terrain, ses difficultés mais aussi les joies de la pratique. Alors même que je sortais d'école et que mes connaissances étaient censées être récentes sur les dernières recommandations, force était de constater que ce n'était pas toujours le cas.

Au cours de cet internat, j'ai également découvert des nouveautés dans la formation médicale. Le Département de Médecine Générale (DMG) de l'Université de CAEN développait des enseignements sous forme de Groupe d'Apprentissage à l'Analyse des Pratiques (GAAP) afin de s'harmoniser avec les directives de l'enseignement de notre spécialité. De plus, la validation du DES de Médecine Générale n'était plus dépendante de la soutenance d'un mémoire mais du suivi de tous les cours théoriques, des GAAP ainsi que de la réalisation d'un portfolio portant sur les trois années de l'internat. Ce portfolio, pour ma promotion, devait contenir un Récit de Situation Clinique Authentique (RSCA) pour six compétences de la médecine générale (MG) où nous devons nous questionner sur nos pratiques et montrer ce que nous avons entrepris afin d'améliorer notre pratique. Nous internes, comme quelques enseignants, débutions dans ce mode de formation. Certains internes pouvaient également s'engager sur la base du volontariat dans un groupe Balint pour une année où il était question de parler de ressentis par rapport à des situations cliniques compliquées.

Déjà alors, on ressentait une envie de sortir du système de cours théoriques présentiels et de nous apporter des moyens pour réfléchir et discuter de nos pratiques.

Au cours de l'internat, nos prises de décision sont plus ou moins chaperonnées mais surtout nous avons la possibilité de poser nos questions et de nous assurer, ou du moins discuter, pour effectuer la prise en charge la plus adéquate pour les patients avec nos maîtres de stage et collègues. Or l'internat n'est pas éternel. Pour ma part, il s'est poursuivi par des remplacements en médecine générale libérale. Très vite, je me suis rendu compte du besoin nécessaire de continuer à lire et à m'instruire dans différents médias (magazines, internet, courriels, manuels de médecine, archives de cours...) afin de rester à jour sur les recommandations. Cependant, les recommandations ne semblent pas toujours réalistes face au terrain et aux patients. D'autre part, je ressentais le besoin de pouvoir échanger sur certaines situations compliquées.

En discutant avec mes maîtres de stage de SASPAS (stage de 2^{ème} niveau en Médecine Générale ou Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé), j'ai été invitée à découvrir les Groupes Qualité (GQ). Mis à part quelques informations que l'on m'a apportées, je n'en savais pas beaucoup plus sur ce programme. Après avoir suivi deux séances, je décide de continuer à participer à ces réunions. En effet, le fonctionnement me rappelle énormément les GAAP. On y apporte un cas clinique qui est ensuite analysé entre participants. La nouveauté réside dans le fait que chaque réunion tourne autour d'un thème particulier et qu'il nous est fourni un dossier documentaire en amont de la réunion afin de nous permettre d'appréhender les dernières recommandations sur le sujet en question. De plus, cela m'apportait un soulagement sur mes inquiétudes d'isolement futur en cabinet. Permettre de se réunir entre médecins régulièrement est l'opportunité de discuter des prises en charge et de maintenir des relations.

Je me suis alors engagée dans ce programme sans avoir aucune connaissance ni aucune obligation concernant la Formation Médicale Continue (FMC), le Développement Professionnel Continu (DPC) et encore moins l'Evaluation des Pratiques Professionnelle (EPP) ; mais seulement avec le sentiment de suivre un programme enrichissant pour ma pratique.

Par ailleurs, ma formation initiale n'était toujours pas achevée, il me manquait la validation d'une thèse de doctorat en Médecine Générale. A maintes reprises, les animateurs de mon groupe GQ m'ont informée que les coordinateurs de GQ cherchaient des étudiants afin de leur apporter une aide à la réalisation de la thèse. Intriguée, cela m'a amenée à la rencontre de Dr MAGNANI. De là, est née l'idée de se questionner sur le programme Groupe Qualité, notamment, sur le ressenti et l'apport des GQ aux médecins participants. Ce dispositif de FMC étant adressé aux médecins, il me semblait important de comprendre les motivations, les besoins et l'impact du programme pour les médecins engagés.

Comme beaucoup de confrères sortant du cursus universitaire, je n'ai pas eu d'informations relatives à la formation médicale continue. C'est pourtant une obligation pour tout praticien. C'est pourquoi j'ai cherché à connaître l'histoire de la FMC, la réglementation et le cadre légal imposés aux médecins. Cela m'a amené à me questionner sur les groupes d'analyses de pratique, quels en sont les principes de base et comment ils se sont développés.

La FMC est en perpétuelle restructuration et se doit d'évoluer. En exposant l'avis des médecins concernant un mode de Groupe d'Analyse des Pratiques entre Pairs (GAAP) comme le programme Groupe Qualité, cela pourrait nous apporter des perspectives d'adaptation et de changement dans le but de les perfectionner.

1.1. Historique de la Formation Médicale Continue (FMC)

(1–5)

Aucun individu ne peut prétendre exercer un métier tout au long de sa carrière avec les seuls acquis de sa formation initiale. Ceci est vrai pour toutes les professions, y compris la profession médicale. L'exercice professionnel quotidien amène le praticien à constater, dans sa pratique, de possibles carences de sa formation initiale, en particulier au regard de l'évolution rapide des connaissances et des techniques ainsi que de l'évolution des textes réglementaires.

Ce besoin d'entretenir ses compétences se retrouve déjà dans le serment d'Hippocrate (6) rédigé au IV^e siècle avant J-C : « Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés ».

L'activité de FMC a longtemps été le fait d'initiatives, locales ou d'envergure nationale, venues des professionnels et de certains universitaires. Pour ce qui concerne les généralistes, il faudra attendre la fin des années 70.

Depuis son inscription en 1979 dans le code de déontologie des médecins (7–9) et en tant qu'obligation légale en 1996, la formation continue des professionnels de santé a connu des transformations importantes. Après la création du Développement Professionnel Continu en Juillet 2009 par la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST), une nouvelle réforme en 2016 a permis sa mise en pratique, la loi de modernisation de la santé. A l'heure actuelle, le ministère de la santé travaille toujours sur une évolution de la formation médicale continue. (10)

L'historique de la FMC est indissociable des évolutions de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). C'est pourquoi l'évolution de ces deux entités seront décrites conjointement ci-dessous.

1.1.1. Au dix-neuvième siècle

Le début du 19^{ème} siècle est marqué par la naissance de deux mouvements (5) :

- La création de la presse médicale, avec par exemple l'apparition de la Gazette Médicale de Strasbourg en 1840
- Le rassemblement de médecins en associations, dans un but de formation. On peut citer la Société de Médecine de Strasbourg créée en 1848, réunissant des membres hospitaliers et praticiens de terrain une fois par semaine.

1.1.2. L'après-guerre

Devant l'explosion des connaissances médicales, l'apparition des nouvelles technologies et la spécialisation, il était urgent après 1945 de canaliser les informations et de former les médecins installés.

Des initiatives universitaires de mise à jour des connaissances apparaissent, sous le nom d'Enseignements Post-Universitaire (EPU), le premier naissant à l'hôpital de la Salpêtrière, sous le nom d'Entretiens de Bichat. Créés en 1947 par deux professeurs revenant d'un voyage aux États-Unis où ils avaient découvert ce concept de formation post-universitaire, ces Entretiens rassemblent des médecins de quartier venant "recycler" leurs connaissances au contact d'hospitaliers. Devant le succès de cette expérience, plusieurs réalisations semblables voient le jour dans des Facultés de province. (11)

Parallèlement à ce système universitaire, de nombreuses associations de terrain se forment spontanément dès les années 50, à l'initiative de généralistes en exercice, qui se réunissent par petits groupes de façon informelle, afin d'échanger entre eux, ou avec l'aide d'un spécialiste.

1.1.3. Dans les années 1970-1980

C'est à partir de ces associations locales que naîtra dans les années 70 un mouvement qui milite pour que la formation des généralistes soit réalisée par des généralistes eux-mêmes.

Guy SCHARF, médecin généraliste de Metz, est l'un des pionniers de cette action. Il qualifie l'enseignement universitaire de « trop éloigné des médecins, extrasystolique et bradycardique, et limité au seul savoir » et milite pour des formations centrées sur le professionnel, et basées sur la pédagogie d'adultes. (12)

Ce mouvement s'inscrit à l'époque dans un processus plus global de promotion de l'individu par l'intermédiaire de la formation permanente, revendication née des événements de mai 68, et concrétisée par la Loi dite "Delors" en 1971. (13,14)

En 1973, huit associations de FMC lancèrent un appel à la réflexion commune par le biais d'un article publié dans la Tribune Médicale. A la suite de cet appel, douze praticiens responsables d'associations locales se réunissent et créent le Groupement des Organismes de Formation Médicale Continue (GOFIMEC) le 07 mai 1973. (15)

Ce regroupement de professionnels en dehors des structures syndicales habituelles fait rapidement réagir les syndicats médicaux (Confédération des Syndicats Médicaux de France (CSMF) et Fédération des Médecins de France (FMF)), qui réfléchissaient depuis 1971 à une application de la Loi Delors aux professions médicales.

Une deuxième organisation nationale de FMC, celle-ci d'obédience syndicale, voit le jour : l'ASsociation nationale pour la FORmation MEDicale continue (ASFORMED), qui se donne pour objectif d'organiser, de promouvoir et de coordonner les actions de FMC. Une structure destinée à recevoir les fonds nécessaires au financement de la FMC, le Fond d'Assurance Formation (FAF) est créée.

Les années qui suivent la formation de ces deux organisations les voient régulièrement s'affronter. Par ailleurs, bien que le FAF soit officiellement reconnu, aucun financement ne vient encore l'alimenter.

En 1978, Simone VEIL, Ministre de la Santé, obtient la réunion de ces deux associations concurrentes, contre la promesse d'un financement. L'Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue (UNAFORMEC) est alors créée, après signature d'une convention organisant une concertation permanente entre syndicats et associations. Cette structure reçoit alors une subvention du Ministère de la santé, destinée pour une part aux actions de formation sur les objectifs de santé publique, et pour l'autre part à la formation des responsables des associations. (16)

Cette décennie se termine en 1979 par l'inscription de la formation médicale continue dans le code de déontologie des médecins. (9)

1.1.4. Les années 1980 : le début des financements

En 1982, Jack RALITE, Ministre de la Santé, modifie de nouveau le système : les financements du Ministère de la Santé sont versés au FAF, sous la seule responsabilité des syndicats médicaux.

En 1983, les caisses d'Assurance Maladie accordent une subvention de 15 millions de francs, destinée pour moitié à la formation scientifique des médecins, et pour l'autre à la

formation syndicale. Les syndicats délèguent à l'UNAFORMEC la formation scientifique, se réservant la formation aux responsabilités strictement syndicales au sein de leurs structures de formation, l'ACFM (Association Confédérale pour la Formation Médicale) pour la CSMF, l'AFFM (Association Fédérale pour la Formation Médicale) pour la FMF.

Ces versements se poursuivent les années suivantes.

La Convention Médicale de 1985 reconnaît pour la première fois la FMC, en la considérant comme un "élément essentiel au bon usage des soins", et prévoit un financement. (17)

Parallèlement, les différents acteurs impliqués dans la FMC créent des structures de concertation, au niveau national (Conseil National de la Formation Médicale Continue CNFMC) et régional (Conseil Régional de la Formation Médicale Continue CRFMC), dont la direction est quadripartite, égalitaire entre les associations, les représentants des syndicats, l'Université et l'Ordre (les pouvoirs publics et les organismes sociaux conservant un rôle consultatif).

1.1.5. Les années 1990 : FMC financée et obligatoire, naissance de l'EPP

Les conventions médicales signées avec les organisations syndicales de médecins libéraux en 1990 puis en 1993 marquent un nouveau tournant. Dans ces conventions, est proposée la formation conventionnelle des médecins libéraux avec un financement par l'argent public comportant l'indemnisation des professionnels au titre de la perte d'activité. (18)

Cette FMC "conventionnelle", réalisée par les associations, comporte plusieurs caractéristiques :

- Elle est thématisée : chaque année certains thèmes sont inscrits à l'appel d'offres et d'autres non,
- Elle est validée, ce qui implique une procédure au cours de laquelle les projets soumis en réponse à l'appel d'offres sont examinés selon des aspects financiers, scientifiques et pédagogiques, avant d'être acceptés ou rejetés par les CNFMC,
- Elle est financée par une contribution des caisses, calculée sur la masse des honoraires médicaux,
- Elle est indemnisée, à la hauteur de 15 consultations par jour de formation, permettant la reconnaissance de la formation continue comme véritable temps professionnel.

La gestion des fonds conventionnels dédiés à la FMC est initialement confiée au FAF, augmentant ainsi considérablement ses moyens.

Les débats à l'origine de cette évolution majeure sont marqués par l'émergence d'un nouveau syndicat, de médecins généralistes uniquement, MG France. Ce syndicat crée sa propre structure de formation continue, MG Form, se démarquant par-là de la CSFMF et de la FMF, qui l'avait déléguée à l'UNAFORMEC. Ces deux syndicats réagissent alors, et investissent dans leur propre structure de formation (ACFM et AFFM).

Cette montée en puissance des structures syndicales de formation continue provoque une certaine rivalité avec les associations de praticiens, d'obédience asyndicale.

Par ailleurs, la gestion des fonds conventionnels par les seuls syndicats signataires de la Convention de 1993, la CSMF et la FMF, par l'intermédiaire d'une nouvelle structure, l'Association pour la GEstion de la COntribution conventionnelle des MEDecins (AGECOMED), sera à l'origine de fortes tensions avec le troisième syndicat, MG France. (19)

En 1991, dans la loi portant sur la réforme hospitalière, est introduite la notion d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). (20) Elle propose que « les établissements de santé publics ou privés développent une politique EPP... (elle) doit respecter les règles déontologiques et l'indépendance professionnelle des praticiens dans l'exercice de leur art ». La loi ne fixe alors aucune modalité et s'apparente en fait à une déclaration d'intentions.

C'est en 1993 que l'EPP se développe véritablement avec la loi du 4 janvier 1993. (21) Celle-ci envisage que chaque année une annexe à la convention médicale fixe les références médicales nationales. Issues de la convention médicale signée entre l'assurance maladie et certains syndicats de médecins libéraux, les Références Médicales Opposables (RMO) ont alors pour but de contribuer à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et d'introduire les concepts d'évaluation et de qualité dans le domaine médical. Basées sur des critères scientifiques consensuels, les RMO devaient servir au départ d'outils d'aide à la décision permettant d'écarter des choix diagnostics ou thérapeutiques inutiles ou dangereux. Elles se sont en pratique apparentées à des obligations de « ne pas faire ». Inscrites dans le dispositif conventionnel et de ce fait, applicables par les seuls médecins libéraux, elles furent par la suite étendues aux médecins exerçant en établissements publics dans le cadre de consultations externes, aux chirurgiens-dentistes, aux sages-femmes et aux auxiliaires médicaux. L'objectif de cette démarche était d'obliger le médecin à confronter sa pratique à une pratique collective, afin d'éviter l'inutile et de réduire les consommations de soins non indispensables. Pour ce faire, des sanctions étaient prévues par l'assurance maladie allant jusqu'aux sanctions financières. Le caractère coercitif et comptable de la démarche lié à un

important déficit d'explication de la part des caisses d'assurance maladie entraîna une très faible participation des médecins et finalement un quasi-abandon des RMO : l'évolution culturelle pour le corps médical que représente l'évaluation aurait dû bénéficier de plus de concertation et d'implication des acteurs de terrain.

Il faudra attendre six ans pour que le législateur se penche à nouveau sur le problème de l'évaluation mais avec une approche sensiblement différente.

L'année 1993 voit également la naissance des Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML), chargées, entre autres, de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). (21)

Le rôle de cette évaluation des pratiques, ainsi que sa réalisation, seront précisés quelques années plus tard : « l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles vise à améliorer la qualité des soins en permettant à chaque praticien de disposer d'une appréciation et de recommandations formulées par ses pairs, sur la qualité de ses pratiques en matière de prévention, de diagnostic et de thérapeutique. Dans cette perspective, elle permet de promouvoir le respect de la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins ». Elle est organisée par les URML et réalisée par des médecins habilités (MH) par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé ANAES. (22,23)

1996 marquera une rupture dans l'histoire de la FMC ; la formation médicale continue, jusqu'alors uniquement obligation déontologique (7) devient légalement obligatoire, avec possibilité de sanctions disciplinaires, suite aux ordonnances n°96-345 du 24 avril 1996 relatives à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, dites Juppé. (24,25)

Il y est spécifié que : « Art. L. 367-2. - L'entretien et le perfectionnement de ses connaissances constituent pour chaque médecin un devoir professionnel.

Tout médecin, qu'il exerce à titre libéral ou dans un établissement de santé public ou privé participant au service public hospitalier, doit justifier du respect de cette obligation soit auprès du conseil régional de la formation médicale continue mentionné à l'article L. 367-5, soit auprès de la commission médicale d'établissement mentionnée à l'article L. 714-16 ou à l'article L. 715-8.

Ces organismes délivrent tous les cinq ans à chaque médecin, après examen de son dossier, une attestation dont ils transmettent un exemplaire au conseil départemental de l'ordre des médecins et, s'agissant des médecins exerçant à titre libéral, un exemplaire au service du contrôle médical de la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'exercice. Cette attestation peut, le cas échéant, être assortie d'observations et de recommandations.

La méconnaissance de cette obligation est de nature à entraîner des sanctions disciplinaires. Le conseil régional de la formation médicale continue et la commission médicale d'établissement saisissent à cet effet le conseil régional de l'ordre des médecins. »

Dans cet article est également décrite l'organisation de la FMC avec une institution nationale (Art. L. 367-3.) et des institutions régionales (Art. L. 367-5.). Les CNFMC et CRFMC, jusqu'alors associations 1901, deviennent de vraies structures politiques (26) :

- Le CNFMC doit élaborer une liste annuelle de thèmes nationaux prioritaires, recenser les moyens disponibles, apprécier leur valeur scientifique et pédagogique, établir un barème permettant à chaque médecin de se conformer à l'obligation de FMC.
- Les CRFMC, quant à eux doivent recenser l'ensemble des moyens de formation à caractère régional, apprécier leur valeur scientifique et pédagogique, établir les attestations aux praticiens ayant rempli leur obligation légale de FMC.

Ces structures restent quadripartites, mais les syndicats sont remplacés par des représentants de l'URML (le quadripartisme se faisant alors entre les associations de FMC, l'Université, l'Ordre, et des représentants des URML).

Enfin, la création d'un fond unique de gestion des fonds dédiés à la formation médicale continue des libéraux (FAF-Mel) est prévue. Ce FAF-Mel est chargé de gérer tous les fonds, qu'ils soient conventionnels, issus des cotisations des médecins, mais aussi privés (en provenance de l'industrie pharmaceutique), c'est à dire qu'il suppose une mutualisation des fonds issus du FAF-PM et de l'AGECOMED. (27)

Le CNFMC des médecins libéraux remplira une partie de sa mission : il remettra au ministre de la santé, en janvier 1998, un rapport proposant les "règles du jeu" pour la formation des médecins. Ce rapport expose en détail le barème de FMC et les thèmes prioritaires de formation.

Tout le reste restera lettre morte. D'une part, le nouveau gouvernement ne se montre pas très favorable aux décisions prises par son prédécesseur et annonce assez rapidement sa volonté de faire une nouvelle loi.

D'autre part, la création du FAF-Mel ne se fera jamais, à la suite d'un désaccord entre les syndicats signataires de la convention (MG-France et Union Collégiale des Chirurgiens et de Spécialistes Français (UCCSF)) et syndicats non-signataires (CSMF, SML, FMF). (28)

La CSMF obtiendra l'annulation par le Conseil d'État du décret fixant les modalités de gestion des fonds. Le financement des CNFMC devait se faire par le FAF-Mel ; cette situation de blocage des fonds empêche la mise en place effective des CNFMC.

Les partenaires conventionnels contourneront en 1997 et 1998 ces problèmes politiques et financiers afin de créer un dispositif qui puisse fonctionner ; ils créeront un Organisme de Gestion des fonds Conventionnels (OGC). Les syndicats signataires de la convention, en particulier MG-France, encourageront les députés à faire évoluer les dispositions législatives concernant cette "formation professionnelle conventionnelle".

C'est par la loi du 23 décembre 1998 puis par décret en décembre 1999 que les pouvoirs publics tentent d'initier l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) des médecins libéraux. (23)

À l'opposé de la précédente démarche, l'évaluation est ici non « sanctionnante » et repose sur le volontariat des médecins. Les référentiels constituent une nouveauté, sur la base desquels se fera l'évaluation : ils seront des recommandations médicales réalisées ou labellisées par l'ANAES. La philosophie de ces référentiels est sensiblement différente des RMO : ils invitent le praticien à mettre sa pratique en conformité avec ce qui est recommandé sur la base de données scientifiques validées ou de consensus en lui indiquant ce qu'il convient de faire.

Ce décret concerne l'ensemble des médecins généralistes ou spécialistes exerçant une activité libérale. L'engagement dans la démarche est volontaire et celle-ci se présente comme un service rendu aux médecins par d'autres médecins. Cette évaluation est pilotée par l'ANAES et les URML avec des missions bien définies pour ces différentes structures. L'ANAES a en charge la formation et l'habilitation de médecins évaluateurs accompagnant leurs confrères dans la démarche d'évaluation. Elle doit également élaborer ou valider les référentiels et les guides d'évaluation. Les URML ont en charge l'organisation de l'évaluation sur le terrain.

Les modalités d'évaluation peuvent être de 2 types : une évaluation individuelle du médecin ou une évaluation collective. Une fois, l'évaluation terminée l'URML, avertie de la fin du cycle, adresse une attestation au médecin évalué et au conseil départemental de l'ordre.

L'ANAES lance en 2002, soit 2 ans après la parution de ce décret, en partenariat avec 4 URML, des études pilotes de mise en place de l'EPP.

1.1.6. Loi du 4 mars 2002 : La réforme relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

La Loi du 4 mars 2002, dite Loi Kouchner, relance le débat législatif sur la formation médicale continue. La loi reprend les principes posés par l'ordonnance du 24 avril 1996 dans l'article 59 (29) : « Art. L. 4133-1. - La formation médicale continue a pour objectif 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. Elle constitue une obligation pour tout médecin tenu pour exercer sa pratique de s'inscrire à l'ordre des médecins en vertu des dispositions du 3° de l'article L. 4111-1. L'obligation de formation peut être satisfaite, au choix du médecin, soit en participant à des actions de formation agréées, soit en se soumettant à une procédure adaptée d'évaluation des connaissances réalisée par un organisme agréé, soit en présentant oralement au conseil régional un dossier répondant à l'obligation mentionnée au présent article. Le respect de l'obligation fait l'objet d'une validation. La méconnaissance de cette obligation est de nature à entraîner des sanctions disciplinaires. Peut obtenir un agrément toute personne morale de droit public ou privé, à caractère lucratif ou non, dès lors qu'elle répond aux critères fixés par les conseils nationaux mentionnés à l'article L. 4133-2. »

Concernant l'organisation des conseils nationaux et régionaux de la formation médicale continue, la loi élargit leurs rôles. Les textes originaux font suite : « Art. L. 4133-2. - Le Conseil national de la formation médicale continue des médecins libéraux et le Conseil national de la formation continue des médecins salariés non hospitaliers ont pour mission :

- De fixer les orientations nationales de la formation médicale continue
- D'agréer les organismes formateurs, notamment sur la base des programmes proposés
- D'agréer, après avis de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, les organismes aptes à effectuer les procédures d'évaluation visées à l'article L. 4133-1
- D'évaluer la formation médicale continue
- De donner un avis au ministre chargé de la santé sur toutes les questions concernant la formation médicale continue

Chaque conseil national dresse dans un rapport annuel le bilan de la formation médicale continue dans son domaine de compétence. Ces rapports sont rendus publics. »

« Art. L. 4133-4. - Les conseils régionaux de la formation médicale continue des médecins libéraux et des médecins salariés non hospitaliers ont pour mission :

- De déterminer les orientations régionales de la formation médicale continue en cohérence avec celles fixées au plan national

- De valider, tous les cinq ans, le respect de l'obligation de formation définie à l'article L. 4133-1
- De procéder à une conciliation en cas de manquement à l'obligation de formation continue définie à l'article L. 4133-1 et de saisir, en cas d'échec de cette conciliation, la chambre disciplinaire de l'ordre des médecins

Les conseils régionaux adressent chaque année un rapport sur leurs activités aux conseils nationaux correspondants. Ce rapport est rendu public. »

La formation médicale est alors financée par un Fonds national. « Art. L. 4133-6. - Un Fonds national de la formation médicale continue, doté de la personnalité morale, est placé auprès du ministre chargé de la santé. Ce fonds reçoit des dotations publiques et participe au financement des conseils nationaux et régionaux et des actions de formation mentionnées à l'article L. 4133-1. Il est administré par un conseil composé, en nombre égal, de délégués des conseils nationaux de formation médicale continue et du conseil national mentionné à l'article L. 6155-2, et de représentants de l'Etat. Il est présidé par un représentant du ministre chargé de la santé. Les agents du Fonds national de la formation médicale continue sont régis par les dispositions des articles L. 5323-1 à L. 5323-4. »

Les médecins sont donc amenés à apporter la preuve de leurs efforts de formation tous les cinq ans devant leur conseil régional. Pour apprécier l'effort fourni par chaque praticien, le CRFMC devra suivre les règles élaborées par le CNFMC.

Mais peu de temps après le vote de la loi survient un changement de majorité politique. Le nouveau Ministre de la Santé, Jean-François MATTEI, publie les décrets permettant la mise en route des CNFMC (décret du 11 novembre 2003) (30) et fait rapidement connaître son intention de faire évoluer la loi. En effet, il souhaite développer une politique de santé publique, et considère la formation médicale continue comme l'un des éléments de régulation.

Prévus par ce décret (30), trois conseils nationaux ont été créés pour les trois modes d'exercice (les médecins libéraux, les médecins salariés non hospitaliers et les praticiens hospitaliers). Installés en février 2004, ces conseils ont pour mission centrale d'organiser l'obligation de FMC auxquels sont soumis tous les médecins.

Mr MATTEI proposera entre autres d'assouplir les modalités de satisfaction de l'obligation de FMC par l'abandon des sanctions disciplinaires en cas de non-respect de cette obligation. Il suggère d'utiliser le recours à des méthodes incitatives plutôt que coercitives (31), se basant sur le rapport Dubernard. (32) Ces mesures incitatives pourraient prendre la forme de "la

délivrance d'un label spécifique sur les ordonnances du médecin, l'accès à des fonctions de formation universitaire, la prise en charge supplémentaire des cotisations au régime d'assurance vieillesse ou encore l'attribution de points permettant de réduire le montant des primes d'assurance.

1.1.7. 2004 : abandon des sanctions disciplinaires, obligation d'EPP

La Loi du 9 août 2004 maintient l'obligation de formation médicale continue, mais fait disparaître la notion de sanctions disciplinaires, malgré les débats animés entre parlementaires en première lecture (33) comme en deuxième lecture. (34)

Parallèlement à cette loi de santé publique, la loi relative à l'Assurance Maladie est votée le 13 août 2004. Elle marque un pas supplémentaire dans la prise en compte de l'EPP comme instrument permettant l'amélioration des pratiques et de la prise en charge médicale. L'article 14 modifie la réglementation existante sur l'EPP : il généralise l'évaluation à l'ensemble du corps médical français (libéraux, salariés, médecins du corps de santé des armées) quels que soient leur lieu d'exercice et leur spécialité.

Le décret, en date du 14 avril 2005 (35), définit l'EPP. « Art. D. 4133-0-1. - L'évaluation des pratiques professionnelles mentionnée à l'article L. 4133-1-1 a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques. Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques.

L'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue. »

« Art. D. 4133-0-2. - Tout médecin satisfait à l'obligation d'évaluation mentionnée à l'article L. 4133-1-1 dès lors que sa participation au cours d'une période maximale de cinq ans à un ou plusieurs des dispositifs mentionnés au présent article atteint un degré suffisant pour garantir, dans des conditions définies par la Haute Autorité de santé après avis des conseils nationaux de la formation médicale continue compétents, le caractère complet de l'évaluation. Le respect de cette obligation est validé par une commission placée auprès du conseil régional de l'ordre des médecins. Cette commission est composée de trois membres désignés par chacun des conseils nationaux de la formation médicale continue des médecins n'exerçant

pas de fonction électorale au sein du conseil de l'ordre des médecins, et de trois membres désignés par le conseil régional de l'ordre.

L'évaluation est organisée selon les modalités suivantes :

- L'évaluation des pratiques professionnelles des médecins libéraux est organisée par l'union régionale des médecins libéraux. Dans ce cadre, celle-ci met à disposition des médecins toutes les informations utiles à l'évaluation des pratiques professionnelles dans la région. Elle reçoit les demandes des médecins intéressés et leur communique la liste de l'ensemble des médecins habilités et des organismes agréés mentionnée à l'article D. 4133-0-7.

Les évaluations peuvent être réalisées, selon des modalités définies par la Haute Autorité de santé après avis du Conseil national de la formation médicale continue des médecins libéraux, avec le concours de médecins habilités ou avec le concours d'un organisme agréé qui peut, lui-même, faire appel à la collaboration d'un médecin habilité.

Dans le cas de recours à un organisme agréé agissant sans la collaboration d'un médecin habilité, un médecin habilité mandaté par l'union régionale des médecins libéraux assure le contrôle de la qualité de l'évaluation selon une méthode définie par la Haute Autorité de santé.

- Pour les médecins libéraux exerçant en établissement de santé privé, les évaluations sont organisées conjointement par l'union régionale des médecins libéraux et la conférence médicale d'établissement. »

Si personne ne conteste la nécessité de ces évaluations, il est difficile de mettre en place une telle évaluation généralisée : 10 000 médecins libéraux exercent alors et seuls 600 médecins se sont soumis à une évaluation depuis 1999 (36). Par ailleurs, il est reproché à cette mesure d'être détachée de la problématique de la FMC, et de ne pas donner lieu à des sanctions en cas de non-respect. Il est par ailleurs prévu que les caisses informeront les patients de l'adhésion de tel ou tel médecin au programme de FMC et d'EPP, afin que le choix d'un médecin puisse se faire réellement de façon éclairée.

L'EPP s'est progressivement développée, sous l'égide de la HAS, héritière de l'ANAES. De façon intéressante, ce développement s'est fait dans un cadre, ou plus précisément une idéologie différente de celle imaginée dans le cadre législatif.

En effet, comme on peut le lire dans le décret relatif à l'EPP (35), il y est prévu un dispositif dans lequel l'EPP est organisée par les URML, qui font appel à des médecins ou des organismes agréés par le CNFMC puis habilités par la HAS, qui délivreront, au terme de l'évaluation, une attestation. La HAS est chargée en concertation avec le CNFMC de rédiger

un cahier des charges concernant les modalités de l'EPP et la notion de degré d'engagement suffisant (validant la participation du médecin à une démarche respectant la définition de l'EPP).

La logique de ce dispositif est celle d'une évaluation sanctionnante par un tiers. Or, en mars 2007, la HAS, à qui l'organisation globale du dispositif incombait, a choisi résolument une autre approche. Elle va préférer le concept d'évaluation formative, c'est à dire qu'elle encourage les praticiens à s'engager dans une démarche d'auto-évaluation des pratiques, dans le but d'améliorer celles-ci, les médecins (MH) ou organismes (OA) habilités n'ayant plus alors le rôle d'évaluateur, mais celui d'accompagnant. L'attestation qu'il délivre ne certifie plus que la pratique du médecin est "bonne", mais qu'il s'est engagé dans une démarche visant à l'améliorer. (37–40)

En effet, la HAS définit le concept d'EPP en mars 2007 comme suit :

- L'EPP consiste en « l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la HAS et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques »

« La HAS propose aux professionnels une évaluation :

- Formative (et non sanctionnante), elle vise à favoriser la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques. En aucune manière, il ne s'agit d'une procédure de vérification à échéances régulières des pratiques.
- Intégrée à l'exercice clinique (et non surajoutée à celui-ci); il doit devenir habituel, voire routinier, pour les équipes médico-soignantes de mettre en œuvre une analyse régulière de leurs pratiques.

La finalité n'est pas l'évaluation des pratiques qui n'est qu'un moyen, mais bien l'amélioration des pratiques. »

Le choix entre l'EPP individuelle ou collective dépend du praticien, de son mode d'exercice (en établissement de santé, en cabinet de groupe, seul) et de la démarche qu'il souhaite utiliser. Néanmoins la validation de cette EPP est quant à elle uniquement individuelle.

La HAS a rendu publics plusieurs démarches ou programmes reconnus comme démarches d'EPP, classés selon l'approche (41) :

- Approche par comparaison : l'audit clinique, l'audit clinique ciblé, la revue de pertinence
- Approche par processus : la maîtrise statistique des processus en santé, le chemin clinique
- Approche par problème : la revue de morbi-mortalité
- Approche par indicateurs.

De nouvelles démarches étaient en passe d'être également reconnues par la HAS comme répondant à l'obligation d'EPP. Parmi celles-ci, se trouvaient le groupe d'analyse de pratiques entre pairs, la participation active à un réseau de santé, la visite académique, les staffs qualité ou EBM meeting...

L'arrêté du 13 juillet 2006 ajoute l'EPP dans la FMC. La validation de l'EPP procure au médecin concerné un forfait de 100 crédits sur les 250 prévus par le barème quinquennal FMC. (42,43)

1.1.8. 2009 : Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST)

En 2008, les décrets d'application permettent la mise en place des CRFMC, et donc du contrôle du respect de l'obligation de formation. Cependant la nouvelle Ministre de la Santé, Roselyne BACHELOT-NARQUIN, annonce son intention de rédiger une nouvelle loi.

Par ailleurs, deux rapports de l'IGAS (44,45) identifient plusieurs problèmes liés au dispositif existant : la définition par la loi des finalités de la FMC mais pas de ses modalités, la diversité des modalités de formation des médecins libéraux reconnues dans le cadre des lois de 2004, l'existence de conflits d'intérêts (liés à la confusion au sein de certains organismes entre responsables syndicaux, décideurs et organismes offreurs de formation créés à l'initiative des mêmes syndicats), une offre restreinte émanant pour l'essentiel d'organismes de formation créés par la profession et des velléités de financement par l'industrie pharmaceutique diversement reçues par les médecins.

A la suite des préconisations issues de ces rapports, la loi HPST du 21 Juillet 2009 (46) a fixé les objectifs de ce qui se nomme désormais le DPC. L'article 59 reprend ces objectifs : « L'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ».

Elle réaffirme le caractère obligatoire du DPC et l'étend, quel que soit leur mode d'exercice, aux autres professions de santé. La loi le clarifie également en fusionnant les dispositifs complémentaires de la FMC et de l'EPP. Le professionnel satisfait à son obligation de DPC, dès lors qu'il participe chaque année à au moins un programme de DPC conforme aux orientations arrêtées annuellement par le ministère chargé de la Santé, comportant des méthodes et modalités validées par la HAS et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré par l'OGDPC (organisme gestionnaire du développement professionnel continu) en groupement d'intérêt public que crée la loi et qui a pour mission de gérer le DPC.

Il est ainsi prévu que tous les fonds consacrés à la FMC soient gérés par l'OGDPC. Tout organisme public ou privé qui remplit certains critères peut alors déposer un programme de DPC auprès de l'OGDPC. Les professionnels libéraux et les salariés de centres de santé peuvent choisir leur programme DPC librement dans cette liste. L'OGDPC prend en charge, grâce à un financement de l'Assurance Maladie (AM), les frais pédagogiques facturés par les organismes (dans la limite d'un forfait défini par profession) et indemnise les participants pour leur manque à gagner professionnel. Pour les salariés qui exercent hors centre de santé, le DPC est financé par l'employeur, qui est tenu de prendre les dispositions permettant aux professionnels de respecter leur obligation de DPC. Les médecins salariés bénéficient toutefois d'un financement complémentaire de l'OGDPC.

Parallèlement, le DPC est étendu à l'ensemble des 17 professionnels de santé.

1.1.9. 2016 : La loi de modernisation de notre système de santé

Un nouveau rapport de l'IGAS (47) dresse un état des lieux du fonctionnement du dispositif : en 2014, près de 129 000 professionnels se sont inscrits à un programme DPC. Le rapport formule plusieurs critiques sur le nouveau dispositif : pas de contenu précis derrière cette obligation annuelle, manque de moyens de financement, procédure d'évaluation des programmes proposés ne permettant pas un réel contrôle de leur qualité.

A la suite de ce rapport, une nouvelle réforme se prépare à partir de la fin de l'année 2014, en concertation avec les professionnels. La réforme a pour ambition d'assouplir la réglementation, d'assurer la soutenabilité financière du dispositif et de redonner la main aux professionnels.

La loi de modernisation de notre système de santé est parue le 26 janvier 2016. (48,49) Elle met fin au barème quinquennal FMC.

Le périmètre de l'obligation est défini : le DPC est une démarche globale comprenant des actions de formation continue, d'évaluation des pratiques et de gestion des risques. L'obligation n'est plus annuelle mais triennale. Les professionnels reprennent la main sur le contenu : les Conseils Nationaux Professionnels (CNP) ont pour mission de définir les parcours types pluriannuels de DPC, d'adapter les méthodes préconisées par la HAS pour leur profession et de contrôler les organismes et les programmes de formation.

Après la publication au Journal Officiel (JO) de la loi, les décrets d'application 2016-942 sont mis en place le 8 juillet 2016. (50) La gouvernance est renouvelée par le remplacement à terme de l'OGDPC par l'Agence Nationale de DPC (ANDPC). L'ANDPC des professionnels

de santé de France est un Groupement d'Intérêt Public (GIP), constitué paritairement entre l'Etat et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).

L'ANDPC (51) met à disposition de l'ensemble des professionnels de santé un moteur de recherche réunissant les formations composant l'offre de DPC officielle et dispensées par des organismes ou structures de formation (associations, établissements de santé, universités, structures commerciales...) reconnues par l'Agence.

L'Agence assure le pilotage du DPC pour l'ensemble des professionnels de santé hospitaliers, autres salariés et libéraux de France (aide-soignant, assistant dentaire, audioprothésiste, auxiliaire de puériculture, biologiste médical, chirurgien-dentiste, diététicien, ...)

Elle a pour principales missions :

- L'évaluation des organismes et structures
- La garantie de la qualité scientifique et pédagogique des actions et programmes de DPC proposés
- La mesure de l'impact du DPC sur l'amélioration et l'efficacité 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.

La prise en charge est allouée aux actions et programmes prévus dans le cadre du DPC et répondant aux orientations prioritaires pluriannuelles, pour les professionnels de santé.

Les orientations prioritaires de DPC ont vocation à accompagner la politique nationale de santé, certains axes de la politique conventionnelle et les enjeux d'amélioration des pratiques des différentes professions et spécialités. Toute action de DPC doit être indexée à une orientation prioritaire

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'Etat et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

Il est constitué à partir :

- Des apports de ses membres (Etat et UNCAM)
- Des contributions volontaires d'organismes publics ou privés, autres que les établissements de santé, dans les conditions définies par des conventions avec ces organismes.

1.1.10. Obligation triennale 2017-2019

La première période triennale a débuté au 1^{er} janvier 2017. Elle se termine le 31 décembre 2019.

Pour l'année 2019, 21h étaient prises en charge par médecin pour le suivi d'actions de DPC englobant donc la formation continue, les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ou de Gestion Des Risques (GDR) et les programmes intégrés. Les médecins peuvent bénéficier d'une prise en charge de l'ANDPC pour la participation à une action de DPC, dans la limite de leur forfait en vigueur. (52) Chaque forfait de prise en charge comprend :

- La participation de l'Agence au paiement de l'organisme de DPC (ODPC) dispensant l'action de DPC suivie
- Une indemnisation du professionnel de santé pour sa participation à l'intégralité de son action de DPC

Les médecins libéraux sont donc invités à s'inscrire sur le site www.mondpc.fr afin de créer un compte personnel. Lorsqu'ils souhaitent participer à une action DPC, ils s'y inscrivent sur ce même site. Une fois la session terminée, l'organisme de DPC doit envoyer à l'agence les justificatifs relatifs à la participation à l'action DPC, ainsi le processus d'indemnisation peut commencer. (53)

Concernant les actions DPC « maîtrise de stage », les médecins peuvent bénéficier de 21h supplémentaires (non décomptées du plafond annuel de prise en charge) pour participer à des actions portant sur ce sujet.

1.1.11. Et aujourd'hui ? : DPC 2020-2022

(54–56)

Pour l'année 2020, l'ANDPC a publié le forfait DPC (57) et le mode d'application reste le même que celui cité ci-dessus.

Aujourd'hui, certains textes réglementaires d'application doivent encore être publiés afin de mettre en place progressivement les modalités nécessaires prévues par l'article 114 ("parcours de DPC" défini par les CNP ou autres instances compétentes, évaluation scientifique et pédagogique des actions de formation, portfolio en ligne pour les professionnels de santé, ...).

Le quota individuel annuel DPC est de 21 heures maximum, indemnisé 45 euros/heure.

Sous l'égide du ministère des Solidarités et de la Santé, l'ANDPC a piloté le processus d'élaboration des orientations nationales prioritaires de DPC pour la période 2019-2022 en lien avec les services de l'Etat, les CNP et l'AM. Elles ont fait l'objet de deux arrêtés ministériels successifs publiés au journal officiel : l'arrêté du 31 juillet 2019 (56), complété et modifié par l'arrêté du 8 avril 2020. (55)

L'offre de DPC s'appuie désormais sur 256 orientations prioritaires triennales. Chaque orientation s'accompagne d'une fiche de cadrage en précisant les attendus et rendue opposable aux organismes de DPC.

La vocation des orientations prioritaires triennales est bien de poursuivre la stratégie de transformation du système de santé et les enjeux d'amélioration des pratiques des différentes professions et spécialités : promotion de la santé, prévention, qualité, sécurité et pertinence des soins, coordination et continuité des parcours et des prises en charge.

Au-delà de ces premiers enjeux, cet arrêté inscrit également l'innovation organisationnelle et technique dans le cadre des orientations de DPC ainsi que le rôle et la place des usagers comme acteurs du parcours de santé.

L'arrêté du 31 Juillet 2019 a défini pour les médecins généralistes, les orientations prioritaires suivantes :

- Orientation n°94 : Suivi du développement de l'enfant, dépistage et prévention primaire
- Orientation n°95 : Prise en charge des patients multi morbides
- Orientation n°96 : Prise en charge des patients à risque cardiovasculaire et métabolique
- Orientation n°97 : Santé mentale notamment troubles anxieux et dépressifs avec développement des alternatives d'aide et de soins non pharmacologiques ;
- Orientation n°98 : Urgence et régulation des demandes de soins non programmés (DSNP) et de la permanence de soins ambulatoires (PDSA)
- Orientation n°99 : Gestes techniques utiles dans la pratique de la médecine générale
- Orientation n°100 : Prévention de la désinsertion socio-professionnelle
- Orientation n°101 : Communication avec le patient et son entourage
- Orientation n°102 : Psychothérapie en médecine générale
- Orientation n°103 : Démarche diagnostique en médecine générale

Ces arrêtés seront complétés à l'automne 2020 par des orientations issues du dialogue conventionnel, portées par l'AM et les partenaires conventionnels.

1.2. Les différentes modalités de DPC des médecins généralistes

Les différentes méthodes de DPC validées par la HAS sont (58) :

Approche dominante / Activité	Méthodes de DPC
Pédagogie ou cognitive	
En groupe	-Formation présentielle (congrès scientifique, séminaire, colloque, journée, atelier, formation interactive, formation universitaire...) -Revue bibliographique et analyse d'articles
Individuelle	-Formation à distance (<i>e-learning</i> , supports écrits et numériques...) -Formations diplômantes ou certifiantes (autres que les diplômes universitaires DU)
Analyse des pratiques	
Gestion des risques	-Revue de mortalité et de morbidité (RMM), comité de retour d'expérience (CREX), revue des erreurs médicamenteuses (REMEDI) -Analyse à priori des risques (analyse de processus, analyse des modes de défaillance et de leurs effets : AMDE...)
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
Indicateurs	-Suivi d'indicateurs -Registres, observatoire, base de données - Audit clinique
Analyse des parcours de soins	-Chemin clinique -Patient traceur
Analyse de parcours professionnel	Bilan de compétences
Approches intégrées à l'exercice professionnel	

<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestion des risques en équipe - Exercice coordonné protocolé pluriprofessionnel (en réseaux, maisons, pôles ou centres de santé...)
Dispositifs spécifiques
<ul style="list-style-type: none"> - 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
Enseignement et recherche
<ul style="list-style-type: none"> - 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
Simulation
<ul style="list-style-type: none"> - Session de simulation en santé - Test de concordance de script (TCS)

Cependant certaines formations et notamment certains groupes d'analyse de pratiques n'entrent pas dans le cadre de la DPC. C'est le cas de nombreux groupes de pairs et des Groupes Qualité.

1.3. Groupe d'Analyse de Pratique entre Pairs (GAPP)

1.3.1. Définition d'un GAPP selon la HAS, principes et modalités de fonctionnement (59)

1.3.1.1. Définition de Juin 2006

« Les groupes d'analyse de pratiques entre pairs (GAPP) permettent de répondre à l'obligation d'EPP en ambulatoire et particulièrement pour les médecins généralistes.

Les GAPP adoptent, le cas échéant des modalités de fonctionnement diversifiées. Cependant, tous ont pour finalité d'améliorer les pratiques médicales à partir d'une réflexion-discussion entre pairs et d'une analyse de ces pratiques en référence à des données de la science de type EBM. » (60)

Selon la HAS, un GAPP doit :

- Rassembler plusieurs médecins d'une même spécialité (idéalement entre 6 et 10) dans une unité géographique définie
- Se réunir à un rythme régulier, de l'ordre de 6 à 10 fois par an
- Fonder les analyses de pratiques sur les données référencées (recommandations - EBM avec niveau de preuve) et pouvoir faire appel, le cas échéant, à une expertise scientifique extérieure
- Permettre 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.

« Il résulte le plus souvent de cette analyse de pratiques et des discussions qui en découlent, une amélioration des prises en charge et une valorisation individuelle et professionnelle des médecins. Le médecin qui participe régulièrement à un groupe de pairs tend à améliorer l'ensemble de ses prises de décisions ».

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 ses patients
- Fonder ses pratiques sur les données référencées (recommandations - EBM) et discutées au sein du groupe d'analyse de pratiques
- Evaluer 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...).

Comme toutes les méthodes d'amélioration, la démarche d'un groupe d'analyse de pratiques entre pairs revient à comparer une pratique clinique à une démarche optimale, souvent résumée dans un référentiel de pratique.

Plus généralement, la démarche du groupe d'analyse de pratiques entre pairs s'inscrit dans le modèle proposé par W. Edwards Deming (1900-1993) dans les années 1960. Ce modèle, souvent appelé roue de Deming ou roue de la qualité, comprend 4 étapes distinctes qui se succèdent indéfiniment, Planifier, Faire, Analyser, Améliorer (en anglais Plan, Do, Check et Act, d'où le modèle PDCA). Ces 4 étapes, constituant la base d'une démarche qualité, sont figurées ci-dessous :

- Planifier :
 - o Choisir le thème
 - o Savoir où rechercher les données référencées pertinentes
 - o Prévoir la sélection (aléatoire) des dossiers à discuter
- Faire, c'est l'étape de mise en œuvre de la démarche : les participants présentent leurs dossiers.
- Analyser, c'est l'étape principale de réflexion entre pairs qui se déroule pendant la réunion :
 - o Les problèmes sont présentés et analysés
 - o Les références consultées
 - o Chacun argumente son point de vue
 - o Des pistes d'amélioration consensuelles, référencées, sont éventuellement définies et proposées (circuits de soins, alertes dans dossiers, changement de prescription, achat et / ou utilisation de matériel, ...).
- Améliorer, c'est l'étape essentielle d'appropriation au cours de laquelle les professionnels s'efforcent d'améliorer leurs pratiques, l'organisation de l'exercice

clinique quotidien et le circuit de soins du patient, de manière à réduire les écarts observés. Ils en évaluent périodiquement l'impact.

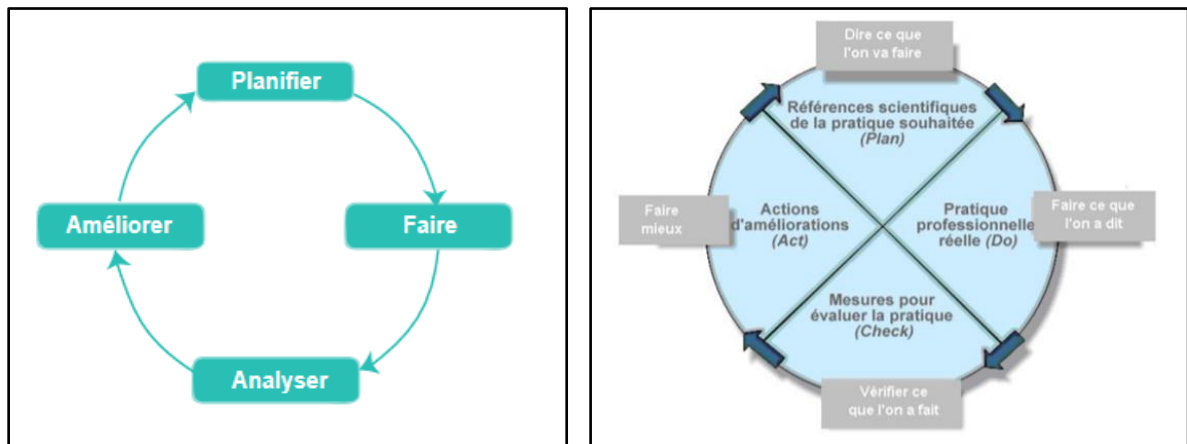


Figure 1: Roue de Deming ou Roue de la Qualité

Un médecin, participant volontaire ou extérieur au groupe, anime la réunion en facilitant (chaque participant peut, à tour de rôle, remplir la tâche d'animateur) :

- La dynamique du groupe en gardant à l'esprit les objectifs du projet et en répartissant le temps de parole
- L'identification par les médecins des problèmes posés par le dossier présenté, les déterminants de leurs décisions, les savoirs mobilisés et les obstacles à l'intégration des données de la science
- Les échanges et les confrontations de pratiques
- L'identification de questions non résolues nécessitant un approfondissement de recherche bibliographique et/ou de preuve dont est chargé un participant volontaire.

À l'issue de la réunion un compte rendu est rédigé résumant les problèmes posés et les réponses apportées par le groupe, les références (+/- gradées), les prises de décision consensuelles.

On retrouve des types de groupes différents par leurs modalités de fonctionnement :

- Thèmes imposés : GEP, GQ
- Animateur extérieur au groupe : GQ
- Participants volontaires : GP, GEP
- Tous les médecins d'un secteur : GQ
- Engagement d'efficience économique et parfois une indemnisation : GQ, GEP.
- Labellisation proposée par la SFMG : GP »

1.3.1.2. La roue du DPC de 2012

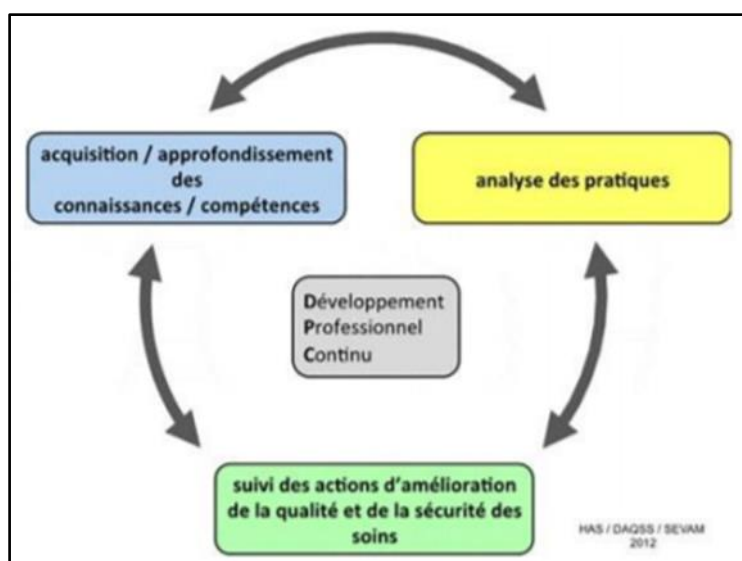


Figure 2 : Roue du DPC

La HAS a proposé une adaptation de la roue de DEMING pour mettre en valeur la démarche du DPC.

1.3.1.3. Définition revisitée du 4 juillet 2017

La HAS a rédigé une recommandation plus récente en 2017. Les Groupes d'Analyse de Pratique entre Pairs (GAPP) deviennent les Groupes d'Analyse de Pratique (GAP). Cette recommandation englobe également les staffs d'une équipe médico-soignante. (61)

« Les staffs d'une équipe médico-soignante et GAP sont des méthodes d'évaluation et d'amélioration des pratiques.

Un staff d'une équipe médico-soignante ou un GAP est un petit groupe de professionnels qui se réunissent régulièrement pour analyser des situations cliniques rencontrées dans leur pratique. 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.

La « pratique réflexive » amène le professionnel à réfléchir sur sa pratique de manière critique et constructive tout en créant des liens avec les connaissances (scientifiques ou autres) pour analyser l'action pendant qu'elle se déroule ou après qu'elle s'est déroulée.

Ces réunions, à l'occasion desquelles sont présentés et discutés des dossiers de patients, sont une pratique courante et ancienne de nombreuses équipes. Ces équipes peuvent être mono-professionnelles mais s'ouvrent de plus en plus à la pluriprofessionnalité, notamment au sein des structures de santé pluriprofessionnelles de proximité. L'organisation et le contenu de ces réunions sont souvent extrêmement variés. »

On retrouve une organisation assez similaire à celle décrite pour les GAPP en quatre étapes :

- « Sélection de dossiers ou de situations cliniques. La sélection s'effectue de manière explicite par le groupe. Cette sélection peut se faire selon plusieurs critères :
 - 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.

- Recherche bibliographique. Une recherche bibliographique est réalisée pour identifier et sélectionner les données de littérature scientifique et professionnelle en rapport avec les situations cliniques rencontrées et permettant 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.
- 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.

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

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) ou professionnel extérieur au groupe, 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.

Ces 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. Les professionnels doivent s'engager à participer régulièrement aux réunions. La confidentialité des informations et des données personnelles des professionnels est garantie. »

1.3.2. Définition selon le dictionnaire Larousse

Si nous reprenons chaque terme de GAPP :

- Groupe : (Vient de l'Italien « *gruppo* ») Ensemble de personnes formant un tout et défini par une caractéristique commune. (67)
- Analyse : du grec « *analysis* » signifiant décomposition. Étude minutieuse, précise faite pour dégager les éléments qui constituent un ensemble, pour l'expliquer, l'éclairer. (62)
- Pratique : Exercice d'un métier, en particulier médical. (63)
- Pairs : (Vient du latin « *par, paris* ») Ceux qui occupent le même rang, qui sont égaux en dignité, en situation sociale. (68)

On pourrait proposer comme définition pour les GAPP : un ensemble de personnes présentes pour décortiquer l'exercice de leur métier entre sujets égaux.

1.3.3. Historique

Les premiers Groupes d'Echange de Pratiques (GEP) ont vu le jour en 1978 aux Pays-Bas sous le nom de « Peers Groups ». D'autres pays ont intégré les GEP dans les années 80 et au début des années 90. (64)

En France, les groupes de pairs ont été créés en 1987 par la Société Française de Médecine Générale. (65)

Les groupes de pairs ne sont pas une spécificité française. Nos voisins ont participé à leur développement au cours du dernier siècle.

1.3.3.1. Les GEP à l'étranger

1.3.3.1.1 En Europe

Commençant aux Pays-Bas (1979) et dans d'autres pays européens dans les années 1980 et au début des années 1990, les GEP sont devenus une méthode importante d'amélioration de la qualité dans les soins primaires et se sont étendus à de nombreux autres pays européens.

Cette méthode d'EPP s'est développée depuis plusieurs années dans les pays d'Europe du Nord comme l'a montré l'étude EquiP (« European Working Group on Quality in Family Practice »), réalisée en 2000 qui avait pour objectif de recenser les activités de groupes de pairs (« peer review group ») dits aussi cercles de qualité (« quality circles ») dans 26 pays européens. Le taux d'implication des médecins généralistes dans ces groupes était supérieur

à 10% dans une dizaine de pays (Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Grande Bretagne, Irlande, Norvège, Pays Bas, Suède, Suisse). En revanche, la France était loin derrière. (64)

1.3.3.1.1.1 En Irlande

Par exemple, en Irlande, il existe des petits groupes de formation médicale continue organisés par l'Irish College of General Practitioners (ICGP). C'est la méthode de FMC la plus utilisée en Irlande et qui est en constante augmentation de participation. (66)

1.3.3.1.1.2 En Allemagne

En Allemagne, les premiers groupes se sont développés dans les années 1980. Ils reposent sur une participation volontaire, et existent dans plusieurs spécialités de médecine libérale. Ceux-ci sont coordonnés par des modérateurs recevant une formation spécifique. En 1996, les données faisaient état de 1633 Cercles de Qualité représentant 17% de la totalité des médecins. Aujourd'hui, 50% des médecins sont impliqués dans un groupe de pairs. (67)

1.3.3.1.1.3 Au Royaume-Uni

1.3.3.1.1.3.1 Groupes Balint

Les principes de GAPP se sont développés notamment à partir des groupes Balint, groupes de parole créés en 1957 au Royaume-Uni par Michael Balint, psychanalyste. Ces groupes d'inspiration psychanalytique sont utilisés dans de nombreux milieux professionnels (équipes soignantes, équipes éducatives, lors de formations de formateurs ou de travailleurs sociaux). A l'origine, Michael Balint, a créé des groupes de parole avec des travailleurs sociaux (dans le cadre du Family Discussion Bureau) puis, sous forme de groupes de recherche/formation, pour des médecins généralistes voulant apprendre à intégrer la dimension relationnelle dans la relation thérapeutique, en aidant à la réflexion sur leur implication dans la relation médecin/malade.

Les études médicales sont essentiellement orientées sur l'acquisition des connaissances scientifiques et n'assurent que partiellement un enseignement des aptitudes pratiques et encore moins des aptitudes relationnelles. Balint pensait que la relation médecin/malade était déterminante pour la guérison des patients et organisa donc les fameux "groupes Balint" où des omnipraticiens, conscients de cette interaction, se réunissaient pour des séances d'études

de cas pendant lesquelles ils s'exprimaient librement, notamment sur la relation médecin-malade et le contre-transfert du médecin envers le patient. (68,69)

1.3.3.1.1.3.2 « Continuing Professional Development »

Le Royal College et ses universités ont mis en place le « Continuing Professional Development » à partir de la fin des années 1990. Les deux principaux objectifs sont : de faire le lien entre la mise à jour des connaissances scientifiques et la pratique médicale au quotidien ainsi que d'impliquer les médecins dans le choix de leur formation en fonction de leurs besoins. La méthodologie de pratique réflexive (« reflective practice ») y est mise en avant. Ce concept comprenant une évaluation interne est censé faciliter la mesure de l'efficacité de la formation, contrairement au système de « continuing medical education » (CME) existant jusqu'alors. Il est issu du constat du faible impact de l'enseignement académique sur les pratiques réelles. (70,71)

1.3.3.1.1.4 En suisse

En Suisse, on peut relater l'expérience des Cercles de Qualité médecins-pharmaciens, initiée dans le canton de Fribourg en 1997. Il s'agit de médecins généralistes (environ 5 à 8 médecins) se réunissant plusieurs fois par an autour d'un pharmacien d'officine. Ils analysent ensemble leurs prescriptions médicamenteuses. L'animation est orchestrée par le pharmacien. Les Cercles de Qualité Suisse consistent en une approche pharmaco-économique où les médecins essaient d'améliorer le rapport qualité-prix de leurs prescriptions. (72–74)

1.3.3.1.1.5 En Belgique

Créés en 1984, au sein de la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), les « Dodécagroupes » représentant les médecins généralistes francophones de Belgique.

Les « Dodécagroupes » regroupent actuellement, selon les données relatives à l'organisme, une septantaine de groupes soit près de 1.500 médecins généralistes. Ces groupes sont composés de douze médecins se réunissant dix fois par an, autour d'un animateur, sur un sujet de médecine générale, suivant des thèmes imposés.

Ils ont fait le choix de convier un expert à chaque réunion, celui-ci est un intervenant extérieur médecin ou non, généraliste ou spécialiste, reconnu pour ses compétences relatives au thème de la séance.

1.3.3.1.1 Hors Europe : les PBSGL au Canada

L'étude EQUIP montre également l'existence au Canada des GEP appelés « apprentissage en petit groupe basé sur la pratique » ou « practice-based small group learning » (PBSGL). (75,76) 25 % des médecins généralistes du Canada en font partie. Le premier groupe a vu le jour en 1986. Et en 1992, la McMaster University à Hamilton, en Ontario, et le Collège des médecins de famille de l'Ontario ont organisé un programme pilote d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique. Celui-ci avait 2 objectifs principaux : encourager les médecins membres à réfléchir à leur pratique sur une base individuelle et inciter le groupe à apporter des changements pertinents dans leurs soins aux patients. Ce programme d'apprentissage a ensuite été utilisé à l'international, en commençant par l'Écosse en 2005. Au cours des années, des groupes se sont ensuite formés en Afrique, en Asie, en Europe et en Amérique du Nord.

C'est d'ailleurs au Canada qu'est née l'Evidence-Based-Medicine (EBM). A l'origine, l'EBM était utilisée comme une méthode pédagogique d'enseignement. Elle gagna ensuite la pratique médicale. (77)

En 1996, Sackett et Haynes la définissent comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient » ou encore comme « l'intégration des meilleures données de la recherche à la compétence clinique du soignant et aux valeurs du patient ». (78)

Il s'agit de prendre des décisions médicales en intégrant les données actuelles de la science tout en adaptant cette décision au besoin du patient dans son contexte. Ceci est représenté par Haynes comme le regroupement de trois cercles qui sont les circonstances cliniques, les données actuelles de la science et les préférences et comportement du patient.

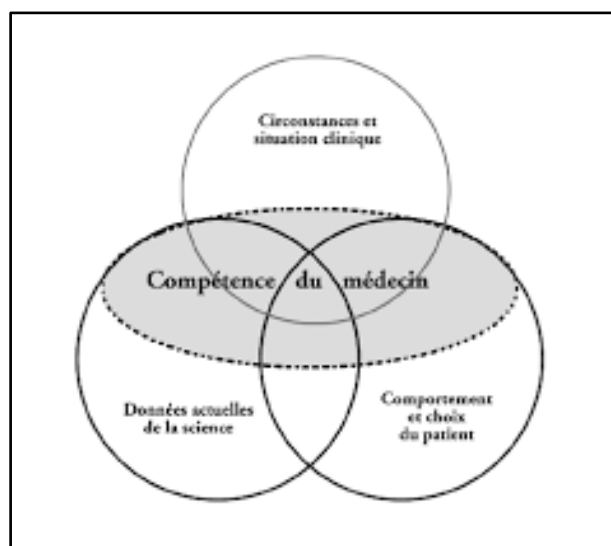


Figure 3 : Représentation graphique de l'EBM selon Haynes

1.3.4. Aujourd'hui, en France

Tandis que les « Peers Groups » des Pays Bas étaient plutôt destinés à l'audit, les groupes de Pairs français privilégient l'étude et la critique de la pratique dans l'objectif de l'améliorer.

Les premiers GAPP français ont vu le jour en 1987 par la Société Française de Médecine Générale (SFMG) sous le nom de Groupe de pairs, terme déposé en 1994. (65) Le nom de Groupes de Pairs vient d'un ouvrage néerlandais « Peers Groups in General Practice ».

L'implantation des GAPP s'est accélérée depuis 2006.

Bien qu'en 2000, la France ne possédait que peu de groupes, les structures proposant des GAPP aujourd'hui sont :

- Les Groupes de Pairs de la SFMG (67) : 5 réunions valident 10 heures de DPC.
- Les Groupes Qualités ou GQ présentés par les URPS
- Les GPU de UNAFORMEC (73)
- Les Groupes locaux d'analyse des pratiques (GLAP) de la SFTG (79)
- Les Groupes d'échange et d'analyse de Pratique (GeaP) de MG Form (80)

1.4. Les URPS

Les Groupes Qualité sont proposés par les URPS dans 6 régions de France. C'est un projet défendu par quelques URPS en France. Afin de mieux appréhender la spécificité des GQ, il est préférable de faire un point sur la fonction et les rôles de ces structures.

1.4.1. CN-URPS

1.4.1.1. Rôle de la CN-URPS

Créée en 2011, la Conférence Nationale des Unions Régionales des Professionnels de Santé Médecins Libéraux (CN-URPS) a un rôle de coordination technique, et en aucun cas un rôle politique. (81)

Elle fait suite à la création des URPS (association représentant les médecins libéraux dans chaque région). (46)

Elle ne doit pas entrer en concurrence avec les instances syndicales nationales.

Elle doit être un agent facilitateur pour les URPS-ML.

1.4.1.2. Objectifs

Ses objectifs sont :

- Contribuer à la défense de la médecine libérale dans le contexte de la nouvelle Loi de Santé (49,82),
- Faciliter la coordination et la mutualisation des travaux des URPS-ML,
- Promouvoir la circulation de l'information entre ces URPS-ML, notamment sur les priorités et contrats proposés régionalement par les ARS,
- Maintenir la permanence du dialogue entre les URPS-ML,
- Contribuer à l'amélioration du système de santé et à la promotion de la qualité des soins, notamment afin :
 - o D'étudier et de mettre en œuvre tous moyens visant à défendre le statut, l'indépendance et les intérêts des URPS-ML,
 - o De désigner les représentants URPS-ML dans les différentes instances nationales qui les concernent selon les modalités prévues dans le Règlement Intérieur de 2011/2014 puis 2019, (83)
 - o De promouvoir nationalement la participation des URPS-ML au niveau des instances régionales qui les concernent.

1.4.1.3. Membres

Les URPS-ML sont membres de droit de l'Association. Cependant, le statut de membre ne sera effectif que sur demande et versement de la cotisation.

Chaque URPS-ML est représentée au sein de l'Association, si elle a adhéré, par son Président (ou son représentant) et un ou deux élus désignés par son Bureau.

1.4.1.4. Commissions et groupes de travail

Pour travailler efficacement, la CN URPS-ML a choisi 7 thèmes :

- Commissions
 - o Départements d'outre-mer
 - o Permanence des soins en ambulatoire
 - o Répertoire opérationnel des ressources
- Groupes de travail
 - o Chirurgie ambulatoire
 - o Messagerie sécurisée
 - o Télémédecine
 - o Territoires et plateformes territoriales d'appui PTA

1.4.2. Les URPS-ML

1.4.2.1. Description

Les URPS-ML sont présentes au niveau de chaque région, comme défini par la loi HPST. Les URPS représentent les professionnels de santé libéraux en fonction de leur secteur d'activités (médecins libéraux, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, pédicures-podologues, orthoptistes, orthophonistes, sages-femmes, biologistes). (84)

Pour les médecins, les URPS ont fait suite aux URML et ont été installées entre octobre 2010 et juin 2011. Les dernières élections ont eu lieu en octobre 2015 avec installation du bureau en janvier 2016.

Les élections se font par vote de l'ensemble des médecins libéraux de chaque région, que leur activité soit en ville ou en établissements de soins, avec répartition sur la base des

résultats d'une enquête de représentativité des syndicats médicaux. Le nombre d'élus est fixé par la loi HPST. (46)

Ces instances ont le statut d'association loi 1901.

Elles sont organisées en 3 collèges :

- Collège des médecins généralistes
- Collège des chirurgiens-anesthésistes-obstétriciens
- Collège des autres spécialités

1.4.2.2. Leurs missions

Les unions régionales contribuent à l'organisation de l'offre de santé régionale, notamment à la préparation et à la mise en œuvre du Projet Régional de Santé (PRS). Les missions des URPS sont fixées par l'article R 4031- 2 du Code de Santé Publique, créé par Décret n° 2010 – 585 du 2 juin 2010 – art. 1. (85)

Elles participent :

- À l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS),
- À l'organisation de l'exercice professionnel (notamment la permanence des soins, la continuité des soins et les nouveaux modes d'exercice),
- À l'amélioration de l'aménagement de l'offre de soins sur le territoire et de l'accès aux soins des patients,
- Aux actions de prévention, veille sanitaire, gestion des crises sanitaires, promotion de la santé et éducation thérapeutique,
- À la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des services de santé ou des contrats ayant pour objet d'améliorer notamment la qualité et la coordination des soins mentionnés à l'article L. 4135-4, (43)
- Au déploiement des systèmes de communication et d'informations partagées,
- Au programme régional de gestion du risque.

Les URPS peuvent également participer à la mise en œuvre de DPC et à l'analyse de données issues du Système National d'Informations Inter Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM).

Elles assurent la représentation des professionnels auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Il existe 17 URPS en France pour les médecins libéraux : Auvergne/Rhône-Alpes <http://www.urps-med-ra.fr/>, Bourgogne/Franche-Comté <http://www.urps-ml-bfc.org/>, Bretagne <http://www.urpsmlb.org/>, Centre/Val de Loire <http://www.urpsml-centre.org/>, Corse <http://www.urps-ml-corse.com/>, Grand Est <http://www.urml-alsace.fr/>, Guadeloupe <http://www.urps-guadeloupe.com/>, Guyane, Hauts de France <http://www.urpsml-hdf.fr/>, Ile de France <http://www.urps-med-idf.org/>, Martinique <http://www.urml-m.org/>, Normandie <http://www.urml-normandie.org/>, Nouvelle Aquitaine <http://urpsml-na.org/>, Occitanie <http://urpslrmp.org/>, Océan Indien <http://www.urml-oi.re/>, PACA <http://www.urps-ml-paca.org/> et Pays de La Loire <http://www.urml-paysdelaloire.org/>

1.4.3. L'URML Normandie

1.4.3.1. Description

L'URML Normandie œuvre en collaboration avec les autres acteurs de la santé : ARS, l'Assurance Maladie, le Ministère de la Santé, entre autres, et avec les collectivités territoriales. L'union est composée d'un bureau de 12 médecins élus, 3 collèges et 9 salariés dédiés à son fonctionnement. (86)

1.4.3.2. Historique

La loi de 1993 (10) a donné naissance aux URML. La loi HPST, votée le 29 juillet 2009 a modifié cette organisation professionnelle (46) : les URML disparaissent au profit des URPS, déclinées pour chaque profession médicale. Conformément à la possibilité offerte par la loi, l'URML Normandie a souhaité conserver sa dénomination.

L'URML Normandie est administrée par une assemblée de 40 élus répartis dans les trois collèges dont 20 élus pour le collège généraliste, 6 élus pour le collège chirurgiens-anesthésistes-obstétriciens, et 14 élus pour le collège des autres spécialités.

Ces quarante représentants sont élus pour une durée de cinq années par l'ensemble des médecins libéraux exerçant une activité conventionnée, même à temps partiel.

La loi HPST fait de l'URPS-Médecins Libéraux le partenaire direct de l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour toute la politique organisationnelle des soins en région et permet dans ce cadre à l'URPS de négocier pour les libéraux des financements avec l'ARS.

1.5. Les Groupes Qualité

Le concept de Groupes Qualité est un dispositif professionnel territorial qui tient son origine d'un projet Breton et qui a été mis en place en 2001 par le partenariat entre les représentants de l'URPS-ML, de l'Assurance Maladie (URCAM en 2001) et de l'ARS (Agence Régionale de Santé).

Leur objectif commun était l'amélioration de « la qualité de la prescription pharmaceutique en médecine générale ».

En 2008, le pilotage deviendra régional entre l'URML, APIMED l'Assurance Maladie et l'ARS.

Progressivement, ce projet a été mis en place dans cinq autres régions :

- Centre Val de Loire
- Guadeloupe
- Hauts de France
- Normandie
- Pays de la Loire



Figure 4 : Cartographie Médecins engagés au GQ en France en 2019

1.5.1. Pilotage national

Un cahier des charges des Groupes Qualité national a été défini pour l'ensemble des 6 régions et une Fédération Française des Groupes Qualité (FFGQ) a été créée en juillet 2011. (« Cahier des charges » en **Annexe 1**)

La FFGQ a pour mission de fédérer les représentations régionales, de coordonner la mise en œuvre et le suivi du programme et d'organiser la concertation entre les différentes régions. Elle est l'interlocutrice commune avec les organisations nationales.

La FFGQ comprend :

- Les Présidents des URML des régions concernées
- Les Présidents des APIMED
- Les coordonnateurs régionaux

Ils organisent le fonctionnement global du projet.

Une convention a été signée entre ces différents partenaires lors d'une conférence de presse le 23 novembre 2011, excluant la participation de l'industrie pharmaceutique.

Un Comité technique inter-régions (COTIR) associant des représentants URML, APIMED, ARS et AM des six régions engagées dans la démarche, est chargé de la mutualisation des différents travaux, de l'harmonisation et de la diffusion des indicateurs aux régions.

1.5.2. Les objectifs

(87–89)

Le projet Groupe Qualité, déployé en Bretagne depuis 2001, poursuivait une triple ambition :

- Politique, en utilisant le territoire comme levier d'incitation et de recrutement des participants ; avec l'ambition d'engager une large majorité de médecins généralistes du territoire dans le GQ
- Professionnel, en organisant des séances d'échanges entre médecins, sur leur pratique, autour de l'analyse partagée de ces pratiques et de la confrontation aux données de la science exprimées ou non en termes de recommandations. Ces séances devant être aussi une protection collective contre le surmenage professionnel, l'isolement professionnel et leurs conséquences.
- Qualitatif, ces opportunités d'analyses partagées des déterminants des pratiques de chacun devant conduire à une amélioration des pratiques individuelles, et

globalement du Groupe lui-même. Il s'agit donc d'un dispositif collectif et partagé d'incitation et d'accompagnement d'une démarche qualité. Ce dernier point est analysable en termes de comportements thérapeutiques et diagnostiques, avec l'utilisation des outils de recueil de données de l'Assurance Maladie.

Les ambitions étaient de proposer aux médecins généralistes participants un espace de réflexion dans le cadre des données actualisées et un cadre de rencontre afin de confronter leur pratique de façon critique, sur un thème défini.

Depuis les objectifs principaux des Groupes Qualité se sont développés :

- Permettre aux médecins spécialistes de médecine générale d'une même zone géographique :
 - De se rencontrer régulièrement pour échanger sur leur pratique et sur les problèmes qu'ils rencontrent, de rompre ainsi leur isolement,
 - De développer de nouvelles formes de relations professionnelles et constituer un groupe professionnel reconnu, support d'une meilleure organisation de la profession en lien avec les autres acteurs de santé et en réponse aux besoins d'une population locale,
 - De faciliter l'organisation de la profession en lien avec les autres acteurs de santé,
 - Développer une démarche réflexive en donnant aux médecins des moyens afin :
 - D'analyser plus facilement dans leur pratique quotidienne les décisions qu'ils prennent,
 - D'identifier la nature des obstacles à l'application d'une recommandation,
 - D'améliorer la sécurité des soins (bénéfice/risque),
 - De responsabiliser les médecins en termes d'organisation et de fonctionnement du système de santé
 - Valoriser l'engagement des médecins par la reconnaissance du travail réalisé au sein des Groupes Qualité en indemnisant les séances et agréant cette démarche comme méthode d'évaluation collective des pratiques, mais aussi par l'accompagnement de projets professionnels.

Le rassemblement se veut dynamique et basé sur l'échange afin de mieux organiser l'offre de soins territoriale de premier recours de façon plus collective et de préparer à une médecine de proximité de qualité.

Par les analyses autour de cas cliniques mais aussi grâce au dossier documentaire, les médecins sont invités à élaborer les décisions médicales à prendre, à élaborer des stratégies pertinentes pour mettre en œuvre les recommandations médicales en prenant compte des dimensions humaines (la relation médecin-malade, les caractéristiques individuelles du patient), éthiques, scientifiques, techniques (les données actualisées de la science), économiques et financières (les ressources disponibles, la réglementation, les plateaux techniques accessibles...).

La finalité des Groupes Qualité se retrouve également dans les « indicateurs », le fait de donner au médecin la possibilité d'analyser ces décisions grâce au retour des indicateurs, tout cela a pour but d'améliorer la qualité des soins en sécurisant le parcours du patient. (90)

Les GQ permettent aussi de satisfaire à l'obligation de formation médicale continue.

1.5.3. Fonctionnement

Les groupes sont composés de 8 à 12 médecins généralistes libéraux d'une même zone géographique (canton, bassin de vie, tour de garde, quartier de grande ville...) ainsi que d'un médecin animateur.

Le groupe se réunit 10 fois par an, de Septembre à Juin, pour une durée de 2 heures, à un rythme mensuel afin d'échanger soit sur des thèmes définis avec indicateurs de suivi, soit autour de thèmes librement choisis. Les thèmes sont définis au niveau régional par l'association pour 6 de ces réunions et 4 réunions sont dites à thèmes libres à l'initiative de chaque groupe. La restitution des indicateurs se fait semestriellement au cours de réunions à thèmes libres.

D'autres professionnels de santé (kinésithérapeutes, infirmières, sages-femmes, pharmaciens, etc.) peuvent être conviés à des réunions libres en fonction des sujets d'intérêt traités. Il est également encouragé d'inviter les étudiants stagiaires à participer à une réunion.

1.5.4. Le médecin animateur

Le médecin animateur est recruté parmi les médecins de terrain de même spécialité et est validé par l'association régionale. Il est lié par l'association par une convention (**Annexe 3**) lui rappelant ses missions mais aussi la valorisation de son travail. (10)

L'animateur doit disposer de compétences en animation de groupes ou doit avoir suivi une formation spécifique au Groupe Qualité. Généralement, cette formation lui est apportée après prise de poste et il s'engage à suivre les formations spécifiques à la démarche des GQ. Pour la Région Normandie, le rythme des formations est de l'ordre de 3 journées par an minimum.

Son rôle comporte plusieurs facettes. Au cours des séances, il lui est bien spécifié d'être un « facilitateur », il n'a pas le rôle d'expert. En amont de la réunion, il doit en assurer la logistique (lieu, date et horaire) et transmettre ces informations aux participants. Il est le lien entre l'association et les médecins engagés.

En assurant le respect du déroulement prévu pour une séance, il gère la dynamique du groupe, répartit le temps de parole et accompagne les médecins dans leur démarche réflexive. En incitant les médecins à la recherche documentaire, il organise également le travail des médecins entre les réunions.

L'animateur doit veiller au cours de la réunion, que les déterminants des décisions médicales soient identifiés, que les décisions médicales se réfèrent aux données actualisées validées et que les obstacles à l'application de ces données soient précisés

1.5.5. Les médecins participants

Comme l'animateur, les médecins participants au GQ s'engagent par une convention (**Annexe 2**) lors de leur inscription au GQ. C'est un contrat annuel, renouvelable par tacite reconduction, établi avec l'association. (91)

Cet engagement vise à assurer l'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des soins des médecins.

Il explicite :

- Les obligations des médecins
- Les objectifs fixés par le cahier des charges
- Les modalités de valorisation du médecin engagé (indemnisation et valorisation des obligations de formation).

1.5.6. Le secrétaire de séance

Le secrétaire est un médecin participant, désigné en début de séance. Son rôle est d'élaborer le compte-rendu de la réunion (92) et d'y recueillir les cas cliniques. (93)

Ce compte-rendu est ensuite envoyé à la structure régionale GQ avec la feuille d'émargement. (**Annexe 4**)

Le compte-rendu vise à :

- Faciliter la rédaction des chapitres importants d'une réunion GQ : les questions posées et les réponses du groupe, les messages importants issus des recommandations, les questions non résolues et la répartition des tâches pour la prochaine réunion.
- Permettre une exploitation plus pédagogique du contenu de la réunion.
- S'assurer que toutes les décisions prises sont réalisées (lister les questions restées sans réponse et le nom du responsable de chaque tâche, actions décidées, outils de suivi, ...).
- Favoriser la participation active de tous les membres du groupe (travail individuel à partir d'une situation clinique).
- Inciter à une reformulation synthétique des questions posées (feed-back des messages importants)
- Disposer d'une traçabilité.

1.5.7. Les thèmes

6 des réunions sont à « thème défini ». Pour chacun des thèmes traités, une information médicale validée est mise à la disposition des médecins sous forme de dossier documentaire.

Le choix des thèmes est codifié dans le cahier des charges national.

Ils doivent :

- Concerner la pratique quotidienne des médecins
- Générer
 - o Une amélioration de la pratique
 - o Une optimisation des dépenses de santé
 - o Une amélioration du service rendu aux patients et à la coordination des soins
- Être évaluables

- Correspondre à des données actualisées de la science (recommandations cliniques, conférences de consensus...).

Les thèmes peuvent être proposés par les participants via leurs animateurs, par l'URML ou par l'ARS et sont validés par le comité de pilotage du projet au niveau régional.

Historiquement, les thèmes ont surtout porté sur la prescription médicamenteuse. Cela a d'ailleurs permis de mettre en évidence la pertinence économique des GQ.

Actuellement, l'association tente de diversifier un peu plus les thématiques vers des sujets touchant également à la coordination des soins et aux prescriptions non médicamenteuses.

A titre d'exemple en Bretagne, au cours de la saison 2017-2018, les thèmes suivants sont abordés : les pathologies du travail (avec la participation de médecins du travail et de médecins-conseils), les troubles hématologiques du sujet âgé, les bilans biologiques de dépistage, la souffrance du soignant, l'exercice médical en groupe et le renouvellement des traitements psychiatriques lourds sans suivi spécialisé.

Pour la région Normandie, les thèmes de l'année 2020 sont :

- Alimentation de l'enfant et du nourrisson jusqu'à l'âge de 3 ans
- Dysfonctions sexuelles au sens large et maladies chroniques
- BPCO : du dépistage à sa prise en charge
- Violences intra-familiales
- Maladie de Parkinson
- Rhumatismes inflammatoires : clinique et biologie.

Les thèmes libres sont définis par les médecins participant d'un GQ. Au cours de la première séance annuelle, l'animateur invite les médecins à proposer des sujets qu'ils souhaiteraient évoquer. Ensuite, les thèmes sont choisis par vote démocratique.

Ci-dessous, on retrouve un exemple de thèmes libres pour un groupe qualité dans le département de la Manche pour l'année 2019 :

- Cas cliniques libres
- Définition de l'Ostéopathie et champ d'action avec intervention de deux ostéopathes de la région
- La consultation en contraception
- Le patient voyageur, conseils avant le départ

1.5.8. La séance

La séance est organisée en cinq temps :

- Premier temps : Présentation des objectifs et du déroulement de la réunion
- Deuxième temps : Présentation du résultat des recherches entreprises par les médecins pour répondre aux questions restées sans réponses aux réunions précédentes
- Troisième temps : Présentation de cas cliniques et analyse
- Quatrième temps : Synthèse et répartition du travail pour la réunion suivante
- Cinquième temps : Recueil des commentaires des participants sur le thème de la réunion, le dossier documentaire et des questions/réflexions pour le coordinateur

Au terme de la réunion, un compte-rendu écrit rédigé par le secrétaire est adressé à l'association régionale. Certaines régions demandent que le compte-rendu soit d'abord relu par chaque participant et signé avant envoi au coordinateur de la région.

1.5.9. Le dossier documentaire

Il est élaboré par le coordinateur de GQ et mis à disposition avant chaque GQ. Il comporte une information médicale validée en corrélation avec le thème de la prochaine séance avec bibliographie détaillée constituée d'une compilation d'articles médicaux, de synthèses de la littérature, de synthèses des recommandations cliniques ou conférences de consensus, de référentiels validés, afin que les médecins puissent aller découvrir et s'imprégner des références.

1.5.10. Les indicateurs

Appelés « Retour d'informations » ou « indicateurs » ou « profils », ils permettent un suivi et une analyse de l'activité des Groupes Qualité. Ils font partie des fondamentaux des GQ. Ils sont totalement indépendants des indicateurs ROSP.

De façon générale, un profil correspond à un ensemble de données chiffrées permettant d'apporter des informations objectives sur la situation d'un professionnel de santé.

Dans le cadre des GQ, il s'agit d'apporter un certain nombre de résultats concernant des thèmes en lien avec l'exercice de la médecine générale et comportant des enjeux de santé publique, dans un but d'amélioration continue des pratiques.

Ils émanent des données issues du SNIIRAM. (94) Le SNIIRAM a été créé pour contribuer à la connaissance des dépenses de l'ensemble des régimes d'Assurance

Maladie, à la définition, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques de santé, à l'amélioration de la qualité des soins et à la transmission aux professionnels de santé des informations relatives à leur activité, à leurs recettes et, s'il y a lieu, à leurs prescriptions. La CNAMTS est chargée de la gestion du SNIIRAM. Cette base contient l'ensemble de l'activité de chaque professionnel de santé (actes et prescriptions), quels que soient le régime d'affiliation (RG, MSA, RSI, ...) et l'origine géographique (région ou hors région) des patients pris en charge par ce professionnel.

Dans la base de données du SNIIRAM, seules les prestations remboursables et remboursées figurent et peuvent donc être prises en compte. Les données présentes dans le SNIIRAM sont : les actes, les médicaments (quantité et conditionnement), les produits (tous les matériels de soins remboursables : pansements, lecteurs glycémiques, lits, fauteuils, oxygénothérapie, orthèses, ...), les séjours en établissements (SSR, EHPAD, ...), les prestations en espèces (arrêt de travail, rente d'invalidité, rente d'accident du travail, ...), les données médico-administratives qui conditionnent le remboursement (le risque AT-MP ou maladie, l'ALD éventuelle, le régime d'affiliation, la commune de résidence, ...).

Les données que l'on ne retrouve pas au SNIIRAM sont : les médicaments non remboursables, les automédications (non remboursées), les prestations non remboursables (psychologue, diététicien, ...), les prestations financées par une enveloppe globale (vaccination en PMI, médicaments délivrés par la pharmacie à usage intérieur de l'EHPAD, ...), les prestations en espèces non servies par les régimes d'assurance maladie (AAH, ...), les données cliniques, les résultats des examens biologiques ou radiologiques, les facteurs de risques personnels (tabagisme, surpoids, antécédents familiaux, ...), sauf en présence d'un élément remboursé traceur (substituts nicotiques, antidiabétique, hypocholestérolémiant, ...).

Ils permettent de garantir la spécificité, la dimension politique et la visibilité inter régionale des GQ.

Les indicateurs sont définis en fonction des thèmes des réunions de GQ par la DCGDR après avoir été proposés par les coordonnateurs régionaux lors de réunions inter régionales et validés par les comités techniques. (95) (96) Les indicateurs présentés sont communs à l'ensemble des Groupes Qualité nationaux après avoir été discutés et choisis par les référents régionaux. Cependant ils peuvent être modifiés, supprimés ou créés selon les souhaits des Groupes Qualité. Les médecins engagés peuvent faire remonter à leur

représentant régional des problématiques ou demandes de suivi d'indicateurs afin de s'adapter au mieux aux problématiques régionales.

Actuellement, les coordinateurs travaillent conjointement avec les animateurs sur la création d'indicateurs régionaux en plus des indicateurs nationaux.

La restitution aux médecins de GQ se déroule de façon semestrielle à chaque groupe, au cours de 2 des 4 réunions « thème libre ». Dans cette restitution se trouvent des indicateurs individuels et collectifs, afin de permettre à chaque médecin engagé d'appréhender sa pratique au travers d'indicateurs objectifs, de se situer par rapport aux pratiques de ses confrères (du Groupe Qualité, des autres Groupes Qualité, des autres médecins) et au regard des recommandations, si nécessaire d'adapter ses stratégies de prise en charge médicale, ou sinon de conforter celles-ci et de suivre les évolutions de sa pratique.

De cette façon, le médecin peut mesurer l'impact de sa démarche sur sa propre prescription.

Les indicateurs présentent toujours la situation au médecin selon 2 axes :

- Sa position au cours du semestre analysé,
- Son évolution par rapport au même semestre de l'année précédente.

Tous les résultats individuels figurant dans les profils sont présentés de façon anonyme, chaque médecin étant identifié par un numéro. Il reçoit « son » numéro par le biais d'un courriel envoyé par son animateur.

Le profil se présente sous la forme d'un fichier qui regroupe les résultats de tous les médecins d'un groupe pour tous les indicateurs étudiés avec :

- Une page de garde qui indique le GQ concerné et la période évaluée
- Un sommaire
- Une page par indicateur
- Deux annexes :
 - o Définitions de certains termes ou illustrations
 - o Chiffres individuels pris en compte pour le calcul de l'indicateur

Les résultats de chaque indicateur sont présentés sur une page, sous une forme synthétique et visuelle avec :

- Un titre qui indique l'objet de l'indicateur
- Une synthèse de la problématique analysée précisant la recommandation sur laquelle elle s'appuie (HAS, ANSM, société savante, ...)

- Un descriptif bref de l'indicateur avec la définition du numérateur et du dénominateur
- Un tableau « résultat » permettant de situer son Groupe Qualité par rapport au Groupe Témoin et par rapport à l'évolution souhaitée (selon la construction de l'indicateur, cet attendu peut être orienté à la hausse ou à la baisse)
- Deux graphiques :
 - o Le premier graphique permet de situer le médecin au sein de son Groupe Qualité (par rapport à chacun de ses membres et à la moyenne de son groupe) mais aussi par rapport au Groupe Qualité régional et par rapport au Groupe Témoin régional
 - o Le second graphique permet de situer le Groupe Qualité par rapport aux autres Groupes Qualité de la région mais aussi par rapport au Groupe Qualité régional (GQ) et par rapport au Groupe Témoin régional (GT)

A la fin du « Profil », un tableau précise pour chaque indicateur et pour chaque médecin (anonymisé) du GQ les valeurs prises en compte pour le calcul des différents taux :

- Le numérateur (chiffré ou nombre)
- Le dénominateur (chiffré ou nombre)
- Le résultat observé (% ou montant)

Ce tableau permet au médecin de connaître le nombre de situations prises en compte pour le calcul du taux et lui permet donc d'apprécier la significativité de ce résultat : lorsque l'effectif du dénominateur est faible, des variations de quelques unités au numérateur vont impacter fortement le taux calculé.

Par exemple, si les patients potentiellement concernés par l'indicateur sont au nombre de 10 (dénominateur avec un faible effectif), chaque individu qui respectera l'indicateur (numérateur) vaudra alors 10 % dans le résultat final.

Exemple d'un retour d'information en **Annexe 6** portant sur les antibiotiques.

Les indicateurs nationaux actuels sont :

- Polymédication des personnes âgées
- Antibiotiques
- Insuffisance rénale chronique
- IPP
- AINS
- Statines
- Prescription de pharmacie

1.5.11. Les spécificités des Groupes Qualité

Par rapport aux autres GAPP, les principales spécificités des groupes Qualité sont :

- Le suivi des indicateurs.
- La présence d'un animateur formé
- Une rémunération qui n'entre pas dans le cadre du forfait DPC pris en charge par l'ANDPC.
- Un thème imposé différent pour 6 réunions, choisi par l'association APIMED et commun à tous les groupes de la région. Par exemple :
 - o Les GeaP de MG Form travaillent un thème sur 4 séances
 - o Les GdP de la SFMG n'ont pas de thème précis lors de la séance

1.5.12. Le DPC : une option

Il est proposé aux médecins participants de valider une action DPC au sein d'un groupe qualité sans aucune obligation. Parmi les 6 régions organisant le projet des Groupes Qualité, toutes ne le présentent pas. Cela est organisé par une association indépendante des GQ. L'action DPC porte sur un des 6 thèmes définis. Chaque région a son propre mode de fonctionnement. (97–99)

1.6. L'association GQN APIMED

La Basse Normandie intègre le projet en juin 2007, suivie en juin 2008 par la Haute Normandie.

En juillet 2016, afin de consolider la politique régionale, de s'adapter à la création de l'ARS et d'assurer la pérennité financière, les associations GQBN (Groupe Qualité Basse-Normandie) et GQHN (Haute-Normandie) se sont rassemblées au sein de GQN APIMED regroupant dans un nouveau partenariat l'URML Normandie, l'ARS Normandie et l'Assurance Maladie.

GQN signifie Groupe Qualité Normandie et APIMED est un acronyme de « Amélioration des Pratiques et de l'Information MEDicale ».

1.6.1. Pilotage régional

Le comité de pilotage (COFIL) est chargé du financement et des modalités de partenariat. Il est constitué paritairement d'un président (membre fondateur), d'un vice-président (membre

fondateur), d'un représentant des animateurs, de deux représentants des animateurs GQN-APIMED, de deux représentants des participants GQN-APIMED, de six représentants de l'URML Normandie, de deux représentants de l'ARS Normandie, de deux représentants de la DCGDR dont un médecin et des deux médecins coordonnateurs GQN-APIMED.

La mission de comité de pilotage est de :

- Porter le projet dans sa dimension politique et institutionnelle et définir la stratégie régionale dans le respect du cahier des charges
- Valider les groupes qualité
- Valider les thèmes
- Evaluer le fonctionnement des groupes qualité

Une convention définit l'engagement des partenaires sur les modalités de partenariat et les conditions de mise en œuvre du projet en région.

Le Comité technique régional a pour mission de mettre en œuvre les décisions du comité de pilotage. Pour ce faire, il participe au comité de pilotage en qualité d'expert afin de garantir la faisabilité des propositions émises par le comité de pilotage. Le comité technique est composé des médecins coordonnateurs des GQ, du médecin conseil de la direction régionale du service médical et de représentants des partenaires (ARS, DCGDR) avec experts si nécessaire.

Il se réunit autant que de besoin pour assurer la mise en application des décisions du comité de pilotage.

1.6.2. L'association

Comme toute association, elle est régie par la loi 1901. (100)

Elle réunit à l'échelon régional les représentants élus des médecins participants aux GQ et des représentants mandatés par URML. Une structure juridique est responsable du programme.

Elle établit des conventions de fonctionnement avec les institutions (ARS, AM et URML) ainsi qu'avec tout partenaire en dehors de l'industrie pharmaceutique.

Son bureau est constitué actuellement de :

- Un président : Dr LIBERT Alain
- Un vice-président : Dr LEROSIER Bertrand
- Du président de l'URML Normandie : Dr LEVENEUR Antoine

- Un trésorier : Dr LEMOINE Thierry
- Un secrétaire général : Dr PERTUET Stéphane
- Du coordinateur de l'ex Haute-Normandie : Dr MAIRESSE Jean Pierre (27-76)
- Du coordinateur de l'ex Basse-Normandie : Dr MAGNANI Claude (14-50-61)

1.6.3. Rôle de la structure régionale

GQN-APIMED a pour mission de :

- Désigner le médecin coordinateur
- Définir le choix des sites pour implantation des GQ
- Désigner les animateurs des GQ et organiser leur formation
- Etablir la liste des thèmes qui seront proposés aux médecins participants
- Assurer l'évaluation du programme
- Définir les actions de communication
- S'assurer du respect des cahiers des charges.

1.6.4. Les médecins coordinateurs

La région Normandie, contrairement aux autres régions engagées, a 2 coordinateurs. Du fait, de sa réunification récente, la région a préféré conserver cette organisation. Le coordinateur de l'ex Haute-Normandie (27-76) est Dr MAIRESSE Jean Pierre. Pour l'ex Basse-Normandie (14-50-61), le coordinateur est Dr MAGNANI Claude.

Ils ont été choisis par l'association. Leur rôle consiste à :

- Organiser les formations d'animateurs et les accompagner
- Participer à l'évaluation du programme
- Être l'interface entre les groupes et l'association
- S'assurer du respect du cahier des charges des GQ
- Centraliser les comptes-rendus des réunions.

1.6.5. Le secrétariat

Le secrétariat de GQN-APIMED est assuré par 2 assistantes administratives sous la responsabilité des médecins coordonnateurs, une pour chaque ancienne région :

- Mme Vanessa SPRUNT Secrétariat pour l'Eure (27) et la Seine-Maritime (76)
- Mme Lydie COCHÉ Secrétariat pour le Calvados (14), la Manche (50) et l'Orne (61)

Elles gèrent :

- La base de données des GQN :
 - o Les informations relatives à chaque participant

- Les conventions
- Le processus lié aux comptes-rendus de chacune des réunions des GQN (collection, enregistrement, envoi des dossiers documentaires, vérification des thématiques)
- Le tableau d'indemnisation des groupes
- Les relations avec l'organisme payeur

Elles reçoivent et diffusent les statistiques réalisées par la DCGDR en direction de chaque groupe ; et appuient le coordinateur lors de la préparation des séminaires

1.6.6. Financement GQN APIMED

Le FIR finance des actions et des expérimentations validées par les ARS en faveur de : la performance, la qualité, la coordination, la permanence, la prévention, la promotion ainsi que la sécurité sanitaire.

Le financement des GQ était alors pérenne depuis une quinzaine d'années. Ce financement est dépendant de la volonté des URPS à défendre le projet auprès des ARS.

Il est variable d'une région à une autre. Ici, je n'évoquerai pas les autres régions concernées.

En 2017, 850 000 euros ont été engagés par le FIR dans les groupes qualité entre pairs. (101)

Actuellement, le financement des GQ en Normandie est remis en question.

1.6.7. Les effectifs des participants aux GQN APIMED

1.6.7.1. Evolution en ex-Basse-Normandie

En septembre 2013, l'association GQBN comportait 19 groupes soit 150 médecins, puis 20 groupes en juin 2014 soit 224 médecins.

Un an plus tard, en juillet 2015, 4 nouveaux groupes se sont créés soit 24 groupes et 260 médecins participants. On note un groupe supplémentaire en Juin 2016.

En Octobre 2017, 300 médecins étaient engagés en Basse-Normandie soit 30 groupes. Et en 2020, on compte 29 groupes pour l'ex-région. Cette baisse s'explique par la perte de 3 groupes à Saint-Lô, Alençon et Flers pour cause de retraite et non reprise de l'animation, certains médecins s'étant regroupés avec un groupe existant proche. Cependant 2 autres groupes ont vu le jour à Granville et à Troarn. (102)

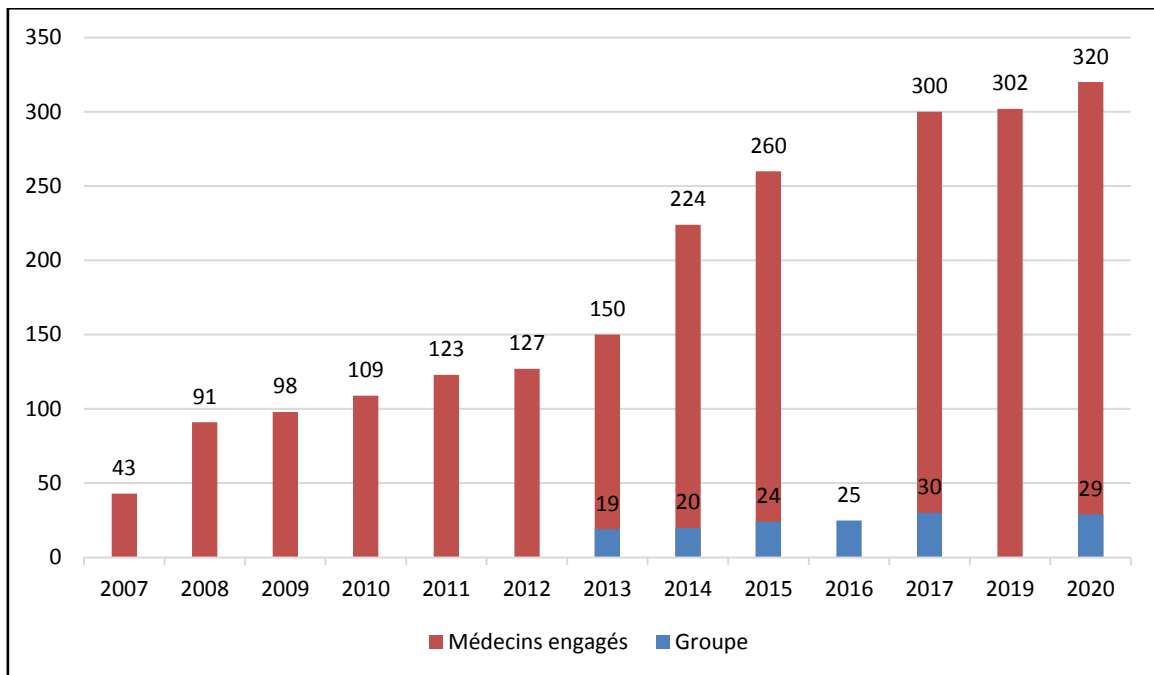


Figure 5 : Evolution du nombre de participants aux GQ de Basse-Normandie depuis leur création

1.6.7.2. Evolution en ex-Haute-Normandie

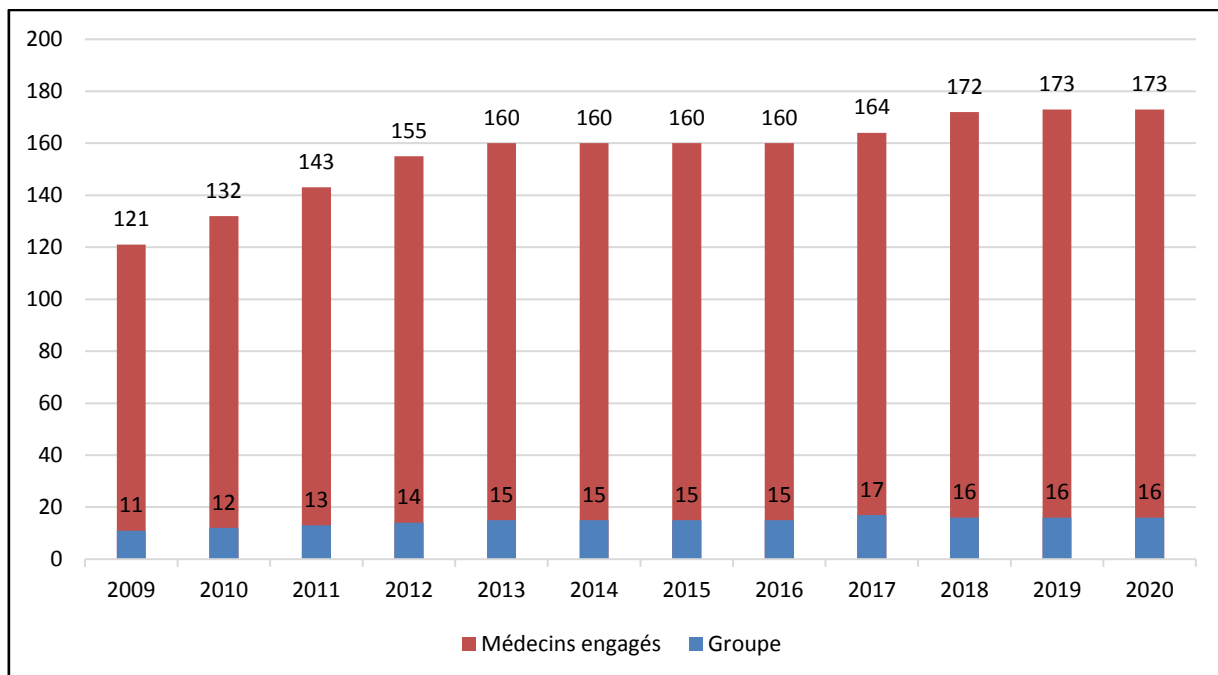


Figure 6 : Evolution du nombre de participants aux GQ de Haute-Normandie depuis leur création

Depuis l'installation des GQ dans l'ex-région Haute-Normandie, leur développement est croissant avec une augmentation de 43% de leur effectif et de 31% pour le nombre de groupes créés.

Cependant, les GQ ont montré une stabilité pendant 4 années de 2013 à 2016.

1.6.7.3. Effectifs 2019 en Normandie

En 2019, en Normandie, on comptait 497 médecins participants aux GQ dont 46 animateurs. On dénombre 46 groupes GQ. 38% de ces médecins sont des femmes soit 187 participantes. 30 médecins ont une activité de remplaçants.

Selon les atlas de démographie médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) de 2018 (103,104), cela représente 12,3 % des médecins généralistes de la région.

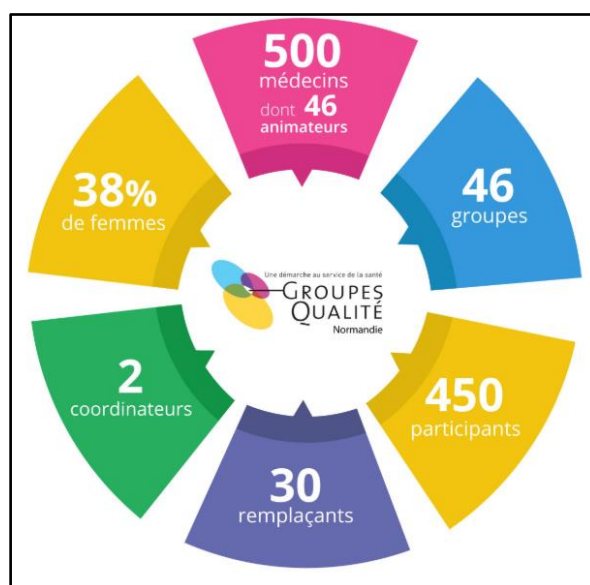


Figure 7 : Participants GQ Normandie

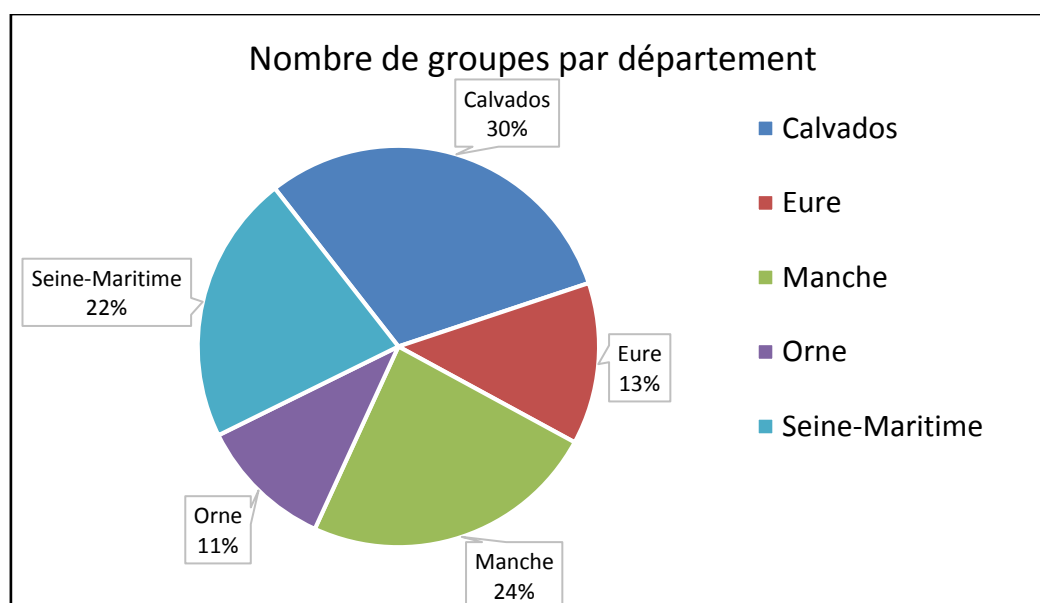


Figure 8 : Nombre de groupes GQ par département en Normandie en 2019

Dans le département du Calvados, on retrouvait 14 groupes soit 148 participants dont 14 animateurs ce qui représente 30 % des effectifs de la région.

Dans l'Eure, 6 groupes étaient engagés soit 59 participants dont 6 animateurs, soit un total de 12 % des effectifs régionaux.

Dans la Manche, il est inscrit 11 groupes soit 119 participants dont 11 animateurs. Ce département est représenté à 24 % dans les effectifs de la Normandie.

Dans l'Orne, seulement 5 groupes sont installés, ce qui donne 50 participants dont 5 animateurs et un total de 10 % des effectifs de la région.

Dans la Seine-Maritime, on calcule 10 groupes soit 117 participants dont 10 animateurs soit 24 % des effectifs normands.

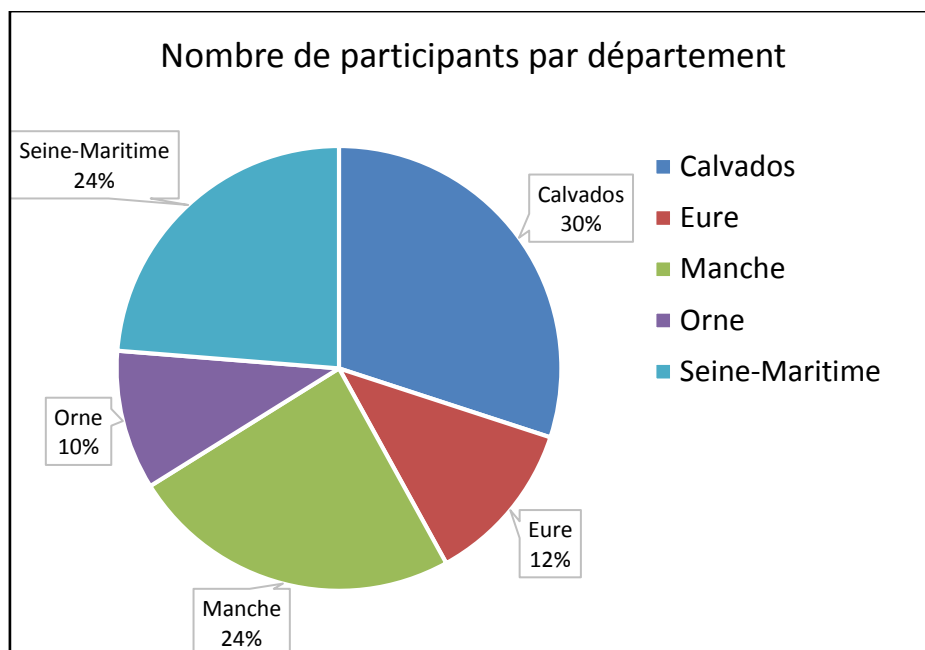


Figure 9 : Nombre de participants aux GQ par département dans la région normande en 2019

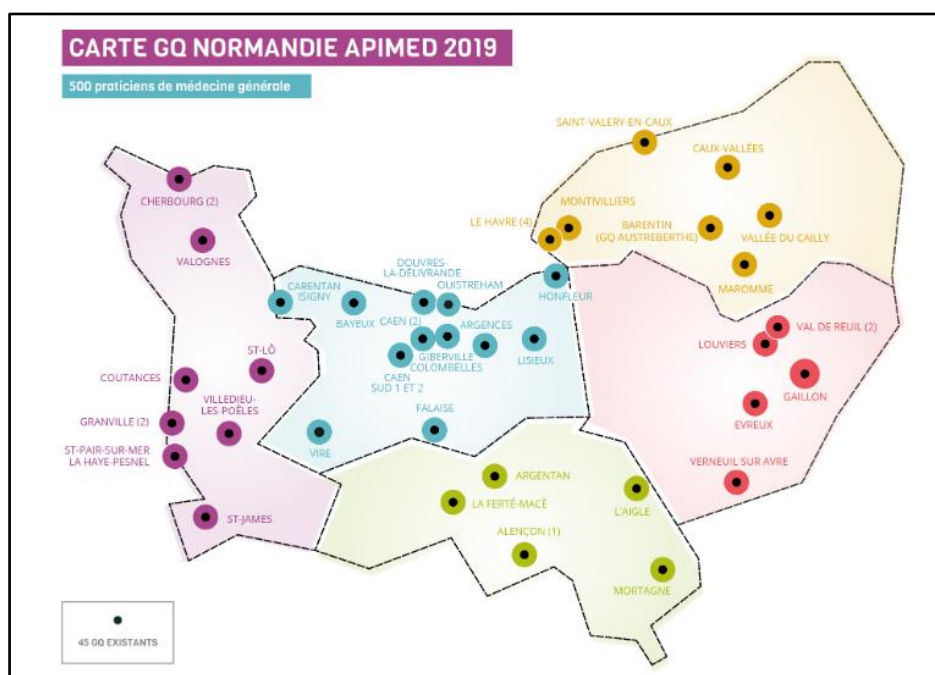


Figure 10 : Carte GQ Normandie APIMED 2019

1.6.7.4. Effectifs 2019 en France

En France, on retrouvait 1396 médecins participant aux GQ et 139 animateurs, soit 1535 médecins engagés en France dans ce programme.

Selon les atlas de démographie médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins de 2018 (105), cela représente seulement 3% des médecins généralistes. Cependant, il ne faut pas omettre que seulement 6 régions sont engagées sur 13 régions.

1.6.8. Les modalités d'indemnisation

C'est une spécificité des GQ. Les médecins reçoivent une indemnisation pour leur participation aux réunions. Cela leur est notamment décrit dans la convention qu'ils sont amenés à signer avant de s'engager dans le programme.

Un médecin perçoit 130 euros lors de sa participation à une réunion (**Annexe 2**) et le médecin animateur 150 euros par staff, 300 euros par plénière et 300 euros par demi-journée de formation ou de réunion de suivi dans la limite de 5 000 euros annuels. Les frais de transport sont également pris en charge. En cas d'animation d'un groupe supplémentaire, le médecin animateur est indemnisé au même barème dans la limite de 2 500 € annuels (**Annexe 3**). Le staff correspond à une réunion classique avec un thème imposé ou libre. La plénière correspond à une réunion où est délivrée aux médecins la restitution des indicateurs.

Ces indemnisations proviennent du financement des GQ. Ce financement est assuré par les Fonds d'Intervention Régionale (FIR) pour la région Normandie. (106)

1.7. Le projet

Le programme Groupe Qualité suit le cahier des charges de la HAS concernant les GAPP. Toutes les modalités organisationnelles s'y retrouvent.

De nombreuses études ont montré l'intérêt des GAPP et l'appréciation globale des participants. (107–113)

Concernant les Groupes Qualité, des évaluations économiques conduites par l'Assurance maladie plaident en faveur de pratiques des médecins appartenant aux groupes qualité. L'impact économique est notable. (102) Dans le bilan des Groupes Qualité Bas-Normands de 2015, les dépenses moindres pour l'Assurance maladie sont estimées à 5 157 900€. De même pour l'année 2016, les pratiques de prescription des médecins des groupes qualité

permettaient d'enregistrer des dépenses moindres de l'ordre de 4 790 000 euros, pour un coût de l'ordre de 800 000 euros. (114)

Il n'est toutefois pas possible d'affirmer avec certitude le rôle causal des groupes qualité dans ces écarts et les estimations chiffrées des économies potentiellement générées doivent être considérées avec prudence.

Cependant, les GAPP et notamment, les Groupes qualité entrent dans le domaine de la formation médicale continue. Ce sont des outils destinés aux médecins généralistes.

Par le biais d'une évaluation des médecins généralistes participants, nous souhaitons étudier pourquoi les médecins ont choisi ce mode de FMC, et déterminer quels sont les apports et les impacts de ce programme dans leur pratique mais également dans leur vie. Ainsi, nous pourrions analyser si la triple ambition développée par les créateurs du projet Breton et si les objectifs principaux des GQ sont remplis (**Paragraphe 1.5.2.**).

Au cours de notre recherche, nous avons pris connaissance de deux thèses récentes. En effet, ces thèses ont été soutenues en Juin 2019 et portaient sur le thème des GQ.

Dr LAUDE Eugénie avait choisi une étude qualitative pour son projet intitulé « Le programme « Groupe Qualité en médecine générale », ressenti des médecins généralistes des Hauts-de-France engagés. » (115)

Dr PINEAU Mathilde a procédé à une étude quantitative pour sa thèse portant le titre « Participation à un Groupe Qualité : motivations, freins et impacts sur la pratique » dans les Pays de la Loire. (116)

Dans son travail, Dr LAUDE apporte par le biais d'entretien avec des médecins participants, leur ressenti. Les items majeurs de sa thèse montrent en effet une validation par les médecins du programme GQ. Les médecins évoquent le bienfait de ces réunions conviviales, où ils peuvent discuter des problèmes personnels ou professionnels malgré un cadre et une charte fixant les règles. Ils invoquent le respect émanant entre confrères. Ces réunions ont permis la mise en place de réseaux de communication et une amélioration de l'offre de soins d'un secteur. En effet, certains médecins d'une même zone, pouvaient ainsi prendre les congés à tour de rôle afin d'assurer une permanence de soins. Ces médecins ne se connaissaient pas avant leur inscription dans leur GQ. D'autre part, il y est décrit la possibilité de s'adresser des patients pour des prises en charge, par exemple en gynécologie. Des médecins n'ayant que peu d'appétence pour cette spécialité avaient alors la possibilité de les adresser à leur confrère de même secteur, lorsque l'avis d'un spécialiste

n'était pas nécessaire. On retrouve la notion de partage d'expérience, de réflexivité, d'harmonisation des prises en charge et des décisions collégiales. In fine, l'objectif d'amélioration de la qualité y est bien décrit. Concernant l'impact sur le plan personnel, la notion d'échappatoire à l'épuisement professionnel ressort.

Dr Mathilde PINEAU, médecin généraliste remplaçante en Vendée, a présenté sa thèse en juin 2019. L'objectif était d'identifier les motivations (l'intérêt) et l'impact sur la pratique, rapportés par les généralistes participant à ces rencontres. Les points forts concernant l'intérêt ont été le partage avec des confrères du même territoire, la convivialité, un exercice plus facile (confiance en soi, réassurance...), la présence de médecins « remplaçants » et d'internes en médecine générale aux réunions, le cadre organisationnel (l'animation, la réflexion sur sa pratique sur des thèmes identifiés et communs à tous les groupes, la liberté d'expression...). L'évaluation de l'impact sur la pratique a montré des points positifs dans le domaine de la relation médecin/patient, de la décision médicale et de l'investissement professionnel (maîtrise de stage, recherche documentaire, rencontres avec d'autres professionnels de santé de proximité lors des réunions...). Dr PINEAU a pu confirmer un réel impact sur divers plans de l'exercice du médecin généraliste : sur les compétences professionnelles, sur la fréquence et la qualité de la collaboration avec les autres confrères et professionnels de santé, sur la motivation à devenir maître de stage, sur l'équilibre personnel (augmentation du plaisir à exercer, apaisement des doutes et difficultés, potentiel effet « anti burn-out »). Les motivations ressortant dans son projet sont la remise en question de la pratique, le partage avec les confrères dans une ambiance conviviale et un environnement de confiance. Les freins à participation sont peu importants. Ces freins pourraient être limités par une meilleure information concernant les thèmes imposés et la restitution des indicateurs.

Ces deux travaux sont complémentaires. Nous avons décidé de développer une étude supplémentaire afin de conforter les résultats de mes confrères. Notre étude porte sur une autre région impliquée dans le programme des Groupes Qualité. Les avis sont possiblement divergents.

2. Matériels et méthodes

2.1. Type d'étude

Nous avons donc choisi de réaliser une étude quantitative épidémiologique descriptive transversale par questionnaire.

2.2. Objectifs

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer le programme des Groupes Qualité par les médecins généralistes participants.

Les objectifs secondaires sont :

- L'identification des motivations et des freins
- L'évaluation de l'impact des GQ sur la pratique médicale et sur les projets professionnels
- L'évaluation de l'impact sur le plan psychologique, sur les effets bénéfiques ou non personnels des médecins
- L'évaluation du ressenti des médecins par rapport aux indicateurs et à la valorisation de leur participation
- La comparaison aux résultats de la thèse du Dr PINEAU Mathilde et de la thèse du Dr LAUDE Eugénie
- Proposer des perspectives d'amélioration et/ou d'avenir pour les GQ

2.3. Critères d'inclusion et exclusion

Les critères d'inclusion sont :

- Médecins généralistes engagés dans un Groupe Qualité de la Région Normandie sur la période 2019-2020 : médecins installés ou non, collaborateurs ou remplaçants thésés ou non
- Internes ayant été invités par leur Maître de Stage Universitaire (MSU) à participer à une réunion de Groupe Qualité

Les critères de non-inclusion sont :

- N'avoir jamais participé à un Groupe Qualité
- Ne plus participer au Groupe Qualité
- Être animateur

Nous avons choisi d'intégrer les internes afin de questionner l'impact de la présence d'un GQ sur une installation future et également découvrir si le programme pouvait représenter un intérêt ou une attractivité pour un territoire.

Il n'a pas été décidé d'inclure les animateurs. Au cours des études réalisées en 2019, Dr LAUDE et Dr PINEAU ont utilisé le concept de « focus group ». Elles ont pu noter qu'au cours de ces réunions observationnelles, les animateurs avaient tendance à parler au nom des participants de leur groupe.

2.4. Réalisation du questionnaire

2.4.1. Choix du questionnaire

Il a été décidé de conserver le questionnaire utilisé dans la thèse de Dr PINEAU afin de comparer les résultats obtenus dans une région différente. De plus, ce questionnaire était validé, reproductible et complet.

Ce questionnaire a été en partie réalisé à partir d'enquêtes de satisfaction réalisées pour d'autres types de groupes d'analyse de pratiques. Plusieurs thèses ont été étudiées pour faire ce premier travail. (107,117)

Cette première étape a été complétée par le recueil d'informations supplémentaires en suivant la méthode du groupe focus. (118–121)

Le questionnaire a ensuite été validé selon le principe de la méthode Delphi. (122)

2.4.2. Modifications apportées

Nous avons effectué quelques corrections par rapport aux questions d'origine.

En **Annexe 7**, la version finale du questionnaire en version WORD est disponible.

Les modifications sont :

- Suppression à la question 3.1.2. de « grâce au partage avec les confrères » à la dernière ligne du tableau de la phrase « Amélioration de l'assurance dans vos prises de décision »
- Modulation de la question 5., Dr PINEAU l'avait formulée ainsi : « Vos freins à participer à un Groupe Qualité ». Nous l'avons reformulée en ces termes : « Quels facteurs pourraient vous faire quitter les Groupes Qualité ? »

- Reformulation de la question 5.5. « La fréquence des réunions » pour « Les modalités organisationnelles de la réunion Groupe Qualité : 1) La fréquence (Oui/Non) - 2) Le créneau horaire (Oui/Non) - 3) Autres »

Par ailleurs, nous avons ajouté de nouvelles questions :

- En 3.5.1., nous avons développé une question portant sur l'installation antérieure ou future
- Ajout d'une ligne au tableau en 4. afin de déterminer si les médecins prennent connaissance du document de restitution des indicateurs.
- Ajout à la question 5.1. concernant les thèmes : « Vous les trouvez redondants d'une année sur l'autre »
- Ajout d'une question en 5.5.2. de « Pouvez-vous préciser le créneau horaire de votre GQ ? »
- Ajout de plusieurs questions en 6. portant sur les caractéristiques des participants :
 - o « Dans les années futures, souhaitez-vous :
 - Devenir animateur(rice)
 - Développer un Groupe Qualité
 - Vous inscrire à un Groupe Qualité
 - Vous inscrire dans un autre groupe de Formation Médicale Continue (Groupes de pairs, Groupe d'Echange et d'Analyses de Pratiques, ...)
 - Quitter votre Groupe Qualité »
 - Autre(s) :
 - o « Participez-vous ou avez-vous participé à d'autres groupes de Formation Médicale Continue comme les Groupes de pairs ou les Groupes d'Echanges et d'Analyses de Pratiques ou les GAAP ?
 - Si oui, le(es)quel(s) : »
 - o « Avez-vous un abonnement à une revue médicale ?
 - Si oui, la(es)quelle(s) : »
- Compléments ajoutés à la question
 - o Concernant le mode d'exercice :
 - Pour les remplaçants : « thésé(e) » et « non thésé(e) »
 - « Collaborateur(rice) »
 - « Retraité(e) »

- Concernant l'installation : ajout du choix de département d'installation
- Ajout d'une possibilité de réponse pour les « non-installés »
 - Ajout du choix de département d'installation

2.4.3. Diffusion

Le questionnaire a été saisi sur l'application en ligne dans le « Drive » en format Google Forms (123) afin d'en faciliter l'envoi et le recueil.

Dr PINEAU avait choisi d'envoyer le questionnaire par courriel aux médecins qui devaient l'imprimer, le remplir manuellement et le donner à leur animateur de GQ. Ensuite l'animateur récupérait les questionnaires au cours d'une réunion mensuelle de GQ et les envoyait à l'adresse postale de l'association GQ. Ainsi l'association pouvait envoyer les questionnaires à l'étudiante pour analyse des réponses.

Le recueil des réponses grâce à l'application Google Forms permet une économie logistique, matérielle et également de temps.

Par ailleurs, on limite ainsi le nombre d'intermédiaires.

Le questionnaire est disponible dans sa version Google Forms en **Annexe 8**.

2.4.4. Contenu

Vous pouvez retrouver les deux versions WORD et Google Forms du questionnaire en **Annexes 7 et 8**.

Lors de la retranscription dans la version du questionnaire pour Google Forms, afin d'aérer les pages de questions, les numéros de questions ont été modifiés. A partir de ce paragraphe, nous utiliserons la numérotation décrite ci-dessous.

2.4.4.1. Première partie

Cette partie concerne la motivation à entrer dans un Groupe Qualité. Elle contient deux questions fermées (2.1. et 2.2.) et une question ouverte (2.3).

2.4.4.2. Deuxième partie

Dans la seconde partie, la recherche porte sur l'impact des GQ sur la pratique professionnelle : la relation médecin-malade, la pratique médicale, la recherche

documentaire, la relation avec les confrères généralistes et spécialistes et les projets professionnels (installation, être Maître de Stage Universitaire (MSU)).

Ces questions sont numérotées de 4.1. à 4.6.3.. Elles contiennent des questions fermées et ouvertes.

2.4.4.3. Troisième partie

Nous y évaluons l'impact des GQ sur le plan personnel : apaisement des doutes, augmentation du plaisir à exercer et effet anti « burn-out ».

2 questions remplissent cette partie.

2.4.4.4. Quatrième partie

Elle porte sur la restitution des indicateurs. Elle comporte deux questions : une à choix multiple et une question ouverte.

2.4.4.5. Cinquième partie

L'évaluation des GQ par les médecins généralistes se termine par l'étude des facteurs qui pourraient leur faire quitter les GQ : les thèmes imposés, la présence d'un animateur, le dossier documentaire, l'absence d'expert et les modalités organisationnelles de la réunion. Après chaque item, les médecins avaient la possibilité de s'exprimer par une question ouverte.

2.4.4.6. Sixième partie

Pour finir, le questionnaire porte sur les caractéristiques des participants : le sexe, l'âge, le mode d'exercice, le lieu d'exercice, la date de leur installation si cela est le cas, la date d'engagement dans les GQ, leur envie d'avenir dans les GQ ou non, leur participation à d'autres GEAP et leur lecture en revue médicale.

2.5. Ethique et Confidentialité

L'étude est hors champ de la loi Jardé. (124) L'avis du comité éthique n'a pas été nécessaire. L'étude est en conformité avec le règlement général de protection des données (RGPD) et l'accord du CNIL était implicite. (125,126)

Les données collectées étaient anonymisées.

2.6. Envoi du questionnaire

Le questionnaire a été envoyé par courriel aux médecins inscrits aux GQ et aux internes de la région Normandie.

Les adresses email des médecins engagés aux GQ proviennent de la base de données de l'association GQN APIMED. Par le biais de mon adresse email universitaire, j'ai envoyé un courriel informatif où se trouvait le lien à suivre pour remplir le questionnaire en ligne. (**Annexe 9**). Le premier courriel a été envoyé du 02 au 05 Février 2020. L'envoi est espacé sur trois jours, car la plateforme universitaire ne permet que l'envoi de 150 courriels par jour. Nous avons procédé à une relance au bout de 1 mois du 03 au 06 Mars 2020, puis une seconde relance du 26 au 29 Mars 2020.

Les internes, quant à eux, ont été contactés par deux mécanismes différents. La région NORMANDIE bénéficie de deux facultés de Médecine, l'UFR Santé - Université de Caen Normandie et l'UFR Santé - Université de Rouen Normandie.

Les internes de la faculté de Caen ont reçu le courriel informatif via un courriel de la gestionnaire de scolarité du 3^{ème} cycle de Médecine Générale, Mme JARDIN Noémie à deux reprises le 3 Février 2020 et le 3 Mars 2020. (**Annexe 10**)

Mme JARDIN Noémie a pris la liberté, lors du premier envoi, d'ajouter à la liste de diffusion les Maîtres de Stage Universitaire (MSU) de Médecine Générale qui sont amenés à recevoir des internes en stage dans leur cabinet, afin qu'ils puissent diffuser le questionnaire de thèse à leurs internes.

Certains médecins ont reçu en double exemplaire le premier courriel de thèse puisqu'ils avaient la double étiquette médecin engagé dans un Groupe Qualité/MSU. J'ai donc demandé à Mme JARDIN de ne pas diffuser aux MSU lors de la relance du 3 Mars 2020.

Les internes de la faculté de Rouen ont été informés du questionnaire de thèse via le réseau social Facebook. Nous avons contacté le gestionnaire de scolarité du 3^{ème} cycle de Médecine Générale de l'université de Rouen afin de lui demander de diffuser le

questionnaire aux internes. Il nous a alors donné les coordonnées du SIREHN-IMG (Syndicat Indépendant de la REgion Haute Normandie des Internes de Médecine Générale). Ce sont eux qui ont publié le lien du questionnaire sur leur « mur » Facebook. Ils ont également accepté d'effectuer un second « post » du lien le 3 Mars 2020. (**Annexe 11**)

Afin de maximiser le nombre de réponses au questionnaire, nous avons décidé d'informer les animateurs des Groupes Qualité de la région Normandie. Il leur a donc été envoyé un courriel le 5 Février 2020, ainsi qu'un second courriel le 6 Mars 2020 et une dernière relance le 29 Mars 2020. (**Annexe 12**) Ce courriel contenait une explication sur le projet de thèse. Nous les informions que les médecins de leur groupe avaient tous reçu un courriel afin de remplir un questionnaire en ligne. Nous leur fournissions en pièces jointes une version WORD du questionnaire afin qu'ils puissent en prendre connaissance. (**Annexe 7**)

Nous avons espéré présenter le projet de thèse lors d'un des trois séminaires-formations annuels organisés par les coordinateurs de la région Normandie. Cette présentation était prévue le Samedi 14 Mars 2020. Cependant, dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus COVID-19, cette réunion a été reportée à une date ultérieure. Nous étions au début de la période de confinement. Aucun séminaire n'a pu s'organiser depuis.

Par l'information du projet aux animateurs, nous souhaitons qu'ils relayent aux membres du GQ, en début de séance mensuelle de leur Groupe Qualité, au cours des mois de Février, Mars et Avril 2020, qu'un projet de thèse sur les GQ était en cours et qu'ils avaient été invités à répondre au questionnaire par courriel. Les questionnaires en version WORD auraient pu être distribués aux médecins n'ayant pas reçu mon courriel ou aux médecins réfractaires à l'informatique.

Malgré l'absence d'information orale, j'ai obtenu de bons retours des animateurs. Certains m'ont fait remarquer des départs en retraite ou des médecins nouvellement engagés qui n'avaient pas reçu le courriel initial.

De plus, les coordinateurs des anciennes régions de Basse-Normandie et de Haute-Normandie ont envoyé un courriel aux animateurs leur annonçant le début du projet de thèse à l'intention des médecins participant aux Groupes Qualité. Ce courriel a été envoyé début Février 2020 avant le début de l'étude.

2.7. Population étudiée

Lors du premier envoi, 440 courriels ont été envoyés. 5 médecins m'ont informée être à la retraite et ne plus participer aux réunions de leur groupe. 3 emails ne sont pas parvenus à leur destinataire, leurs adresses étant défectueuses (adresse incorrecte ou n'existant plus, problème technique). Nous n'avons pas réussi à les corriger. Un animateur m'a demandé d'envoyer le lien du questionnaire à une médecin de son groupe qui n'était pas dans la liste de diffusion. La population de médecins engagés était donc de 433 médecins.

La liste de diffusion corrigée a été utilisée pour les deux relances. Il n'y a pas eu de modifications par la suite.

Concernant les internes, il n'a pas été possible de déterminer le nombre d'internes qui ont participé à une réunion de Groupe Qualité au cours de leur cursus. Leur population est donc une inconnue.

2.8. Recueil des données

Les réponses ont été recueillies du 02 Février 2020 au 11 Avril 2020. Passé cette date, aucune réponse n'était plus acceptée.

Les réponses sont intégrées automatiquement dans l'application Google Forms et sont disponibles sous plusieurs formes. Nous avons décidé de les sauvegarder sous forme Excel.

2.9. Analyse des données

2.9.1. Analyse statistique

Les réponses étaient donc saisies automatiquement dans le logiciel Excel.

Une première analyse descriptive a été réalisée à l'aide de ce logiciel sous forme de pourcentages question par question.

Ensuite, nous avons effectué des recoupements entre différentes questions pour déterminer si certaines caractéristiques des participants pouvaient influencer certaines réponses. Pour cela nous avons effectué une analyse bi-variée en utilisant les fonctions du logiciel Excel par le biais de tableaux croisés-dynamiques. Et pour finir, les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des tests de Chi2 et de probabilité exacte de Fisher en cas d'effectifs théoriques inférieurs à 5. Le seuil de significativité retenu était $p < 0,05$. (118)

Les tests statistiques ont été réalisés sur le logiciel BiostatTGV. (127)

2.9.2. Population

Les caractéristiques des participants aux GQ ont été comparées aux caractéristiques des médecins généralistes de Normandie publiées en 2015 par le Conseil National de l'ordre des médecins (CNOM) (128,129) et aux caractéristiques des médecins généralistes de France publiées en 2018 par le CNOM. (105)

2.9.3. Gestion des données manquantes

Les réponses qui n'étaient pas interprétables ou les questions sans réponses ont été mises sous l'étiquette « Données manquantes ». Les données manquantes sont annotées par le sigle DM dans les tableaux de résultats.

2.9.4. Questions ouvertes

Nous n'avons pas effectué d'analyse statistique concernant les réponses aux questions ouvertes. Nous les avons recueillies et prises en notes (**Annexe 14**).

Ces réponses permettent d'agrémenter la discussion.

2.10. La recherche documentaire

La recherche documentaire a été réalisée tout au long de l'étude.

Une liste des mots relatifs au sujet de la thèse a été établie. Elle a ensuite été traduite en langage médical par l'intermédiaire du langage MeSH. Ils ont ensuite été utilisés seuls ou en association dans différents moteurs de recherche : le portail universitaire UNICAEN, PUBMED, CISMEF, Google et Google Scholar, CAIRN, DUMAS, Thessanté, BDSP, NCBI ...

De plus, les divers rapports sur la FMC et le DPC (HAS, IGAS, etc.), les revues médicales ainsi que les thèses en médecine ont été sources d'abondantes références.

Les références bibliographiques sont numérotées par ordre d'apparition dans le texte et répertoriées dans la partie BIBLIOGRAPHIE selon la norme Vancouver. Pour cela, le logiciel ZOTERO a été sollicité.

3. Résultats

3.1. Taux de participation

207 réponses ont été enregistrées. Sur ces 207 réponses, 11 étaient celles d'internes.

3.1.1. Taux de participation des médecins engagés

Sur les 433 médecins susceptibles de répondre au questionnaire, 196 ont répondu. Le taux de participation des médecins est donc de 43 %, ce qui est relativement bas.

3.1.2. Taux de participation des internes

Le taux de participation des internes n'est pas calculable. La participation au GQ étant une invitation de leur MSU, cela est trop aléatoire pour se permettre de définir une population. Nous avons obtenu 11 réponses d'internes de Médecine Générale.

3.2. Analyse

Dans ce chapitre ne sont affichés que les tableaux correspondant à l'analyse descriptive. Vous retrouvez les tableaux de l'analyse comparative en **Annexe 13**. Seuls les tableaux détaillés dans l'analyse comparative y sont affichés.

Le détail des réponses aux questions ouvertes sont disponibles en **Annexe 14**.

3.2.1. Caractéristiques de la population étudiée

3.2.1.1. Analyse descriptive

La population étudiée comprenait une majorité de femmes (56%), de médecins âgés de 30-40 ans et de médecins installés dans un cabinet de groupe.

L'âge médian de la population est [40-50] ans.

	n	en %
Age		
20-30 ans	16	8%
30-40 ans	72	35%
40-50 ans	33	16%
50-60 ans	40	19%
> 60 ans	46	22%
Sexe		
Un homme	92	44%
Une femme	115	56%
Mode d'exercice		
Installé(e)	171	83%
Retraité(e)	4	2%
Remplaçant(e) non thésé(e)	3	1%
Remplaçant(e) thésé(e)	9	4%
Collaborateur(rice)	9	4%
Interne	11	5%

Tableau 1 : Description des caractéristiques de la population (Age/Sexe/Mode d'exercice)

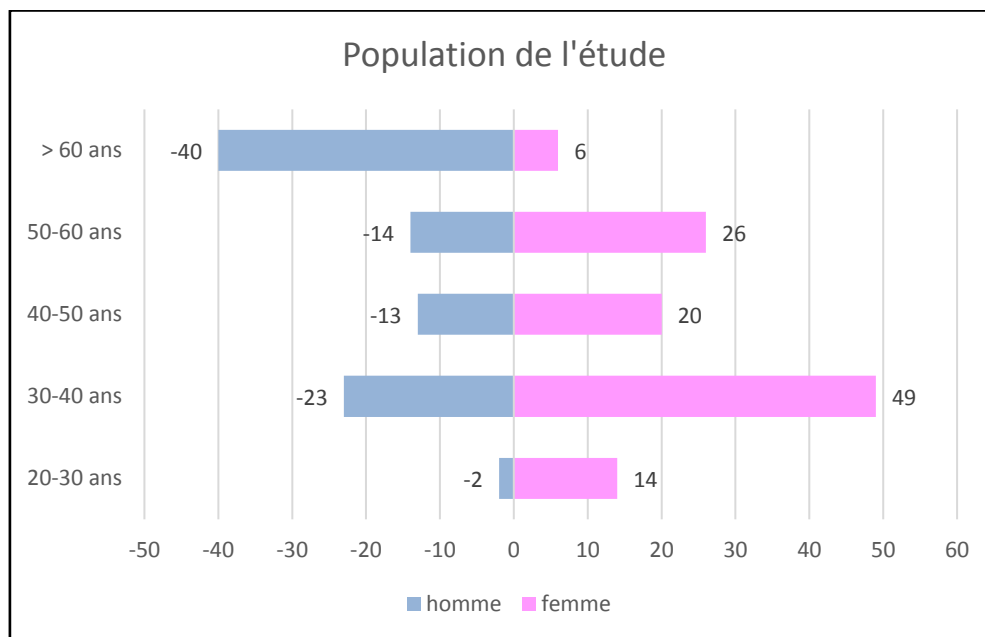


Figure 11 : Age et Sexe de la population étudiée

La population est majoritairement représentée par des médecins installés dans le Calvados puis la Manche et la Seine-Maritime.

Date d'installation		
2019 - 2020	10	5%
2009 - 2018	69	33%
1999 - 2008	32	15%
Avant 1999	60	29%
Pas installé	36	17%
Votre département (installés)		
CALVADOS (14)	54	32%
EURE (27)	19	11%
MANCHE (50)	40	24%
ORNE (61)	17	10%
SEINE-MARITIME (27)	39	23%
Votre département (non installés)		
CALVADOS (14)	15	42%
EURE (27)	3	8%
MANCHE (50)	13	36%
ORNE (61)	4	11%
SEINE-MARITIME (27)	3	8%

Tableau 2 : Description des caractéristiques de la population (Date d'installation – Département)

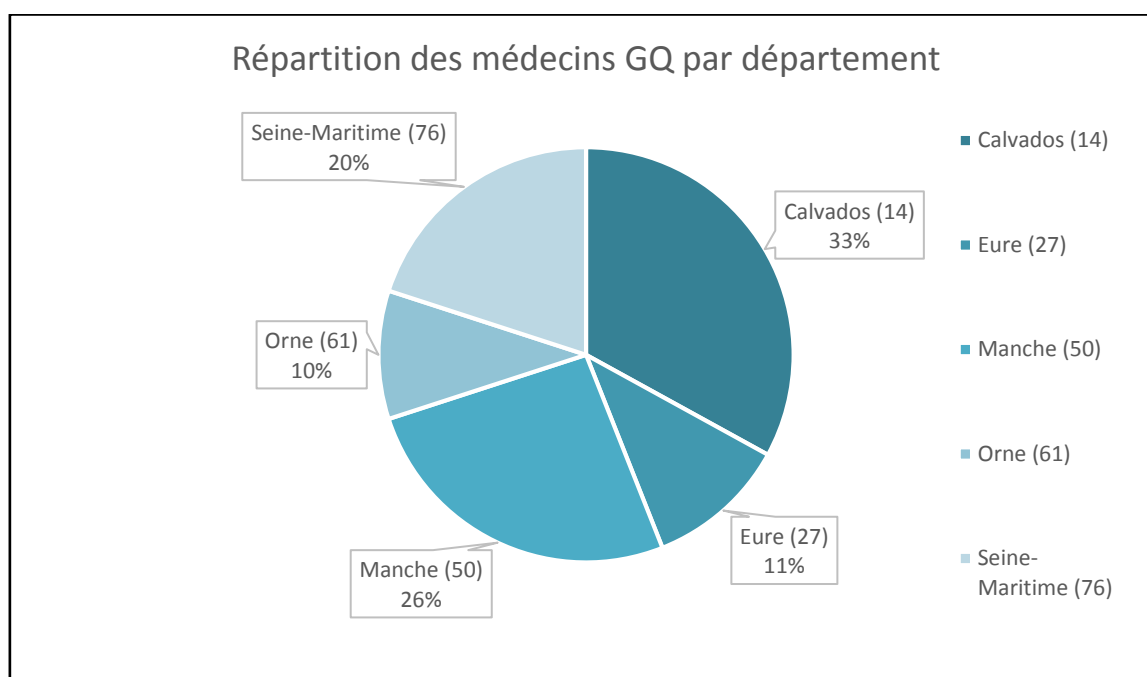


Figure 12 : Répartition des médecins participants aux GQ et à l'étude (installés et non installés) de Normandie

Zone d'exercice (tout le monde)		
En zone semi-rurale	74	36%
En zone urbaine	94	45%
En zone rurale	28	14%
Multi zone	11	5%
Type d'exercice		
Seul(e)	29	14%
En cabinet de groupe	101	49%
En maison de santé pluriprofessi	50	24%
Pas de réponse	27	13%

Tableau 3 : Description des caractéristiques de la population (Zone et Type d'exercice)

Date de début d'engagement dans un groupe qualité		
Après Janvier 2019 (moins de 1 an)	18	9%
Entre Janvier 2014 et décembre 2018 (de 1 à 5 ans)	92	44%
Avant décembre 2013 (plus de 5 ans)	64	31%
DM	33	16%
Dans les années futures, souhaitez-vous :		
Devenir animateur	3	1%
Vous inscrire à un groupe qualité	26	13%
Vous inscrire dans un autre groupe FMC	17	8%
Quitter votre groupe qualité	19	9%
Développer un groupe qualité	8	4%

Tableau 4 : Description des caractéristiques de la population (Engagement dans un GQ / avenir)

Les médecins sont engagés dans un GQ depuis moins de 5 ans pour 53% de la population.

Les commentaires concernant la question sur les années futures sont en **Annexe 14.17**.

Participez-vous ou avez-vous participé à d'autres groupes de Formation Médicale Continue comme les groupes de pairs ou les groupes d'échanges et d'analyses de pratiques ou les GAAP ?		
Oui	81	39%
Non	126	61%
Avez-vous un abonnement à une revue médicale ?		
Oui	134	65%
Non	73	35%

Tableau 5 : Participation à GAAP – Abonnement revue médicale

39% ont déjà participé à un autre GAAP et 65% des médecins ont un abonnement à une revue médicale.

Les différents GAPP suivis par les participants et les différentes revues auxquelles sont abonnés les médecins sont listés en **Annexe 14.18** et en **Annexe 14.19**.

3.2.1.2. Analyse comparative

La proportion de femmes était plus importante chez les 30-40 ans (43%) ainsi que chez les médecins installés entre 1 et 5 ans (37%).

Les hommes sont plus nombreux chez les plus de 60 ans (43%) et les médecins installés depuis plus de 5 ans (48%).

Les femmes et les hommes travaillent plus fréquemment en cabinet de groupe (44 et 54%), les maisons de santé pluriprofessionnelles viennent en 2^{ème} position (25 et 23%).

Les médecins installés seuls étaient majoritairement des médecins de plus de 50 ans (55%).

L'envie de s'inscrire dans un GQ était plus fréquemment retrouvée chez les médecins de 20 à 30 ans (69%), 9 des 11 internes ayant répondu à ce questionnaire souhaitent intégrer un GQ.

Les 20-30 ans ont plus souvent participé à d'autres GAPP (81%).

Il n'y a pas de différence significative dans la population ayant un abonnement à une revue médicale.

Les tableaux sont disponibles en **Annexe 13 – Tableaux 24.**

3.2.2. Evaluation de la motivation à participer à un Groupe Qualité

3.2.2.1. Analyse descriptive

	Oui	% oui	Non	% non	Pas de réponse	% PDR
Motivation à participer à un groupe qualité						
Rompre l'isolement professionnel	130	63%	57	28%	20	10%
Remettre en question votre propre pratique	195	94%	11	5%	1	0%
Partager avec des confrères dans une ambiance conviviale	197	95%	9	4%	1	0%
Pouvoir s'exprimer librement dans un environnement de confiance	177	86%	27	13%	3	1%
Prendre du temps pour échanger avec les confrères	198	96%	9	4%	0	0%
Si oui à prendre du temps pour échanger avec les confrères (n = 198)						
D'avoir un échange sur des problèmes bio médicaux	187	94%				
D'avoir un échange sur l'organisation du quotidien	139	70%				
De pouvoir exprimer vos émotions	110	56%				

Tableau 6 : Motivation à participer à un GQ

Les motivations à participer à un groupe qualité sont à plus de 90% : la remise en question de sa propre pratique, le partage avec des confrères dans une ambiance conviviale et prendre du temps pour échanger avec les confrères. Pouvoir s'exprimer librement dans

un environnement de confiance est motivant pour 86% des participants. Rompre l'isolement professionnel a été choisi à 63%.

Concernant les échanges avec les confrères, le besoin d'avoir un échange sur des problèmes bio médicaux a été le plus souvent choisi (94%). 70% ressentent le besoin d'avoir un échange sur l'organisation du quotidien et seulement 56 % le besoin de pouvoir exprimer leurs émotions.

Les réponses « Autre(s) sont disponibles en **Annexe 14.1.**

	Tout à fait d'accord	% TFA	Plutôt d'accord	% PA	Plutôt pas d'accord	% PPA	Pas du tout d'accord	% PTA	Je n'ai pas d'avis	% JPA
La rémunération de votre participation à un Groupe Qualité :										
A été un élément décisif à votre engagement à un Groupe Qualité	10	5%	36	17%	62	30%	85	41%	14	7%
A un impact sur votre assiduité aux réunions	14	7%	38	18%	64	31%	82	40%	9	4%
Est une reconnaissance du temps que vous passez à vous former	89	43%	94	45%	5	2%	8	4%	11	5%
Est une contrepartie au cadre organisationnel des Groupes Qualité	46	22%	99	48%	21	10%	14	7%	27	13%
N'a pas d'impact	30	14%	58	28%	48	23%	45	22%	26	13%

Tableau 7 : Avis concernant la rémunération

71 % des participants pensent que la rémunération n'est pas un élément décisif à leur engagement dans un Groupe Qualité. Cependant, 88% considèrent que c'est une reconnaissance du temps passé à se former et 70% répondent que c'est une contrepartie au cadre organisationnel des GQ.

71% déclarent que la rémunération n'a pas d'impact sur leur assiduité aux réunions.

Les commentaires libres sont disponibles en **Annexe 14.2.**

3.2.2.2. Analyse comparative

La motivation « rompre l'isolement professionnel » était significativement plus sélectionnée chez les médecins travaillant seuls (93%).

Concernant les 5 items de la question portant sur les motivations, les réponses positives ne sont pas différentes en fonction des caractéristiques de la population.

Les médecins engagés avant 2014 évoquent plus le besoin d'exprimer leurs émotions lors des échanges entre les confrères (61%).

Les hommes ressentent plus souvent le besoin d'avoir un échange sur l'organisation du quotidien (82%).

Les coefficients de Fisher et Chi 2 montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les différentes populations concernant les échanges sur les problèmes bio médicaux.

Pour les 20-30 ans, 50% ont répondu qu'ils n'avaient pas d'avis concernant la reconnaissance de temps passé à se former pour la rémunération, et 56% trouvent que c'est une contrepartie au cadre organisationnel. Cependant ces résultats ne sont pas significatifs ($p = 0,65$ et $p = 0,2$).

Les tableaux sont disponibles en **Annexe 13 – Tableaux 25**.

3.2.3. Evaluation de l'impact des GQ sur la pratique

3.2.3.1. Analyse descriptive

	Oui	% oui	Non	% non	Ne vous concerne pas	% NVCP
Votre participation à un groupe qualité a-t-elle un impact						
Sur votre assurance dans la relation medecin/patient	102	49%	100	48%	5	2%
Sur votre pratique médicale	199	96%	7	3%	1	0%

Tableau 8 : Impact sur la pratique médicale 1

La participation à un GQ a un impact sur la pratique médicale pour 96% des participants.

Si les Groupes Qualité impactent sur votre pratique médicale, diriez-vous qu'ils agissent sur :	Tout à fait d'accord	% TFA	Plutôt d'accord	% PA	Plutôt pas d'accord	% PPA	Pas du tout d'accord	%PTA	Je n'ai pas d'avis	%JPA
Acquisition de connaissances théoriques	42	20%	125	60%	37	18%	1	0%	2	1%
Acquisition de connaissances pratiques adaptées à votre exercice	82	40%	114	55%	11	5%	0	0%	0	0%
Modification de certaines de vos pratiques	65	31%	131	63%	9	4%	1	0%	1	0%
Elargissement de votre champ de compétences	44	21%	109	53%	46	22%	3	1%	5	2%
Amélioration de l'assurance dans vos prises de décision	53	26%	122	59%	23	11%	3	1%	6	3%

Tableau 9 : Impact sur la pratique médicale 2

Cet impact sur la pratique médicale se retrouve à 80% pour l'acquisition de connaissances théoriques, à 95% pour l'acquisition de connaissances pratiques adaptées à l'exercice, à 94% pour les modifications de certaines de leurs pratiques et permet à 85% d'entre eux d'améliorer leur assurance dans leurs prises de décision.

22% répondent ne pas trouver un impact sur l'élargissement de leur champ de compétences.

Les commentaires libres sont exposés en **Annexe 14.3**.

	Oui	% oui	Non	% non	Ne vous concerne pas	% NVCP
La participation à un groupe qualité modifie-t-elle votre façon d'effectuer vos recherches documentaires, en dehors des thèmes imposés?	71	34%	127	61%	9	4%
Si oui (n = 71)						
Vous remettez plus souvent en question votre pratique	42	59%				
Vous faites plus souvent une recherche documentaire lorsque vous vous posez une question	57	80%				
Vous êtes plus souvent critique dans les sources que vous utilisez	37	52%				

Tableau 10 : Impact sur la recherche documentaire

61% des réponses sont négatives pour l'impact sur la façon d'effectuer les recherches documentaires.

Pour les 71 personnes ayant répondu positivement, 80% se sentent plus souvent amenées à faire une recherche documentaire lorsqu'elles se posent une question.

Les commentaires libres sont exposés en **Annexe 14.4**.

	Oui	% oui	Non	% non	Ne vous concerne pas	% NVCP
Le dossier documentaire a-t-il un impact sur votre pratique ?	160	77%	38	18%	9	4%

Tableau 11 : Impact du dossier documentaire 1

Le dossier documentaire a un impact sur la pratique pour 77% des participants.

Le dossier documentaire a-t-il un impact sur votre pratique ? (Si oui avec n = 160)	Tout à fait d'accord	% TFA	Plutôt d'accord	% PA	Plutôt pas d'accord	% PPA	Pas du tout d'accord	%PTA	Je n'ai pas d'avis	%JPA
Il apporte des connaissances théoriques	64	40%	86	54%	7	4%	0	0%	0	0%
Il est utile pour les questions d'ordre pratique	32	20%	105	66%	19	12%	0	0%	0	0%
Il vous donne de l'assurance dans vos échanges avec vos confrères spécialistes ou non	23	14%	83	52%	30	19%	8	5%	0	0%

Tableau 12 : Impact du dossier documentaire 2

Pour ces 77% de médecins, le dossier documentaire apporte des connaissances théoriques à 94% d'entre eux et il est utile pour les questions d'ordre pratique pour 86%. Cependant 24% ne sont pas d'accord avec le fait que ce dossier donne de l'assurance dans les échanges avec les confrères généralistes et spécialistes.

Les commentaires libres sont exposés en **Annexe 14.5**.

	Oui	% oui	Non	% non	Ne vous concerne pas	% NVCP
Vos relations avec vos confrères et autres professionnels de santé ont-elles évolué depuis que vous participez à un Groupe Qualité ?	133	64%	63	30%	11	5%
Si oui (n = 133)						
Vous avez élargi votre réseau de soin	74	56%				
Vous avez rencontré de nouveaux confrères	106	80%				
Vous avez recours plus facilement à vos confrères en cas de difficulté en consultation	59	44%				
Votre regard est plus critique vis-à-vis des prescriptions et avis des autres spécialistes	73	55%				

Tableau 13 : Impact sur les relations avec les confrères et les autres professionnels de santé

64% des participants trouvent que leurs relations avec les confrères ont évolué depuis leur participation à un Groupe Qualité.

Pour 80% d'entre eux, ils expriment que cela leur a permis de rencontrer de nouveaux confrères.

Un peu plus de la moitié pense que leur regard est plus critique vis-à-vis des prescriptions et avis des autres spécialistes et cela a élargi leur réseau de soins.

Les commentaires libres sont exposés en **Annexe 14.6**.

	Oui	% oui	Non	% non	Ne vous concerne pas	% NVCP
Les Groupes Qualité ont-ils (ou ont-ils eu) un impact sur vos projets professionnels ?	36	17%	157	76%	14	7%
Si oui (n = 36)						
Aide à l'installation	10	28%				
Aide pour la constitution d'un cabinet de groupe	8	22%				
Aide pour la réalisation d'une maison de santé pluriprofessionnelle	13	36%				

Tableau 14 : Impact sur les projets professionnels

Seulement 17% des participants ont trouvé un impact sur leurs projets professionnels dans les GQ.

Les commentaires libres sont exposés en **Annexe 14.7**.

Concernant votre installation, future ou antérieure		
La participation à un Groupe Qualité vous motive-t-elle ou vous a-t-elle motivé à vous installer	Oui	% oui
Dans la zone de votre Groupe Qualité afin d'en rester membre	18	9%
Dans une zone où il y a un autre Groupe Qualité afin de vous y inscrire	12	6%
Dans une zone où il y a un autre Groupe Qualité afin d'en développer un	0	0%
Ne vous concerne pas	177	86%
Diriez-vous que la présence d'un Groupe Qualité		
N'a, n'a pas eu, n'aura pas d'impact sur votre décision	62	30%
A, a eu, aura un impact sur votre décision	13	6%
Est synonyme de zone attractive et dynamique	54	26%
Ne vous concerne pas	90	43%

Tableau 15 : Impact sur l'installation

Beaucoup de participants n'étaient pas concernés par cette question (86%). Cependant, on remarque que 26% émettent l'idée que la présence d'une Groupe Qualité est synonyme de zone attractive et dynamique. 6% des participants pensent que la présence d'un GQ peut avoir un impact sur leur décision d'installation.

Concernant la maîtrise de stage	Oui	% oui	Partiellement	% partiellement	Non	% non	Je ne sais pas	% JSP	La question ne me concerne pas car j'étais déjà MSU avant d'entrer dans un Groupe Qualité	%
Si vous êtes maître de stage (MSU), diriez-vous que la participation à un Groupe Qualité :										
Vous a motivé à devenir maître de stage ? (n = 162)	18	11%	20	12%	52	32%	33	20%	39	24%
A été une aide face aux questions des étudiants ? (n = 141)	27	19%	30	21%	51	36%	33	23%		
Si vous n'êtes pas maître de stage, la participation à un Groupe Qualité										
Peut être une incitation pour le devenir ? (n = 122)	22	18,0%	34	27,9%	38	31,1%	28	23,0%		

Tableau 16 : Impact sur la maîtrise de stage

24% des participants sont MSU. 40% pensent que la participation à un GQ est une aide face aux questions des étudiants.

3.2.3.2. Analyse comparative

3.2.3.2.1 Impact sur l'assurance dans la relation médecin-patient

Il n'y a pas de différence significative dans la population.

3.2.3.2.2 Impact sur la pratique médicale

Il n'y a pas de différence significative dans la population.

3.2.3.2.3 Impact sur la recherche documentaire

Nous ne retrouvons pas de différence significative dans la population.

3.2.3.2.4 Impact sur les relations avec les confrères et les autres professionnels de santé

Les 30-40 ans considèrent que leurs relations ont évolué avec leurs confrères à 75% de façon significative ($p < 0,05$). De même pour les 20-30 ans, pour lesquels, est retrouvé un ratio de 69%.

En accord avec l'âge, une tendance s'observe pour les médecins installés après Janvier 2019 pour une évolution de leurs relations avec leurs confrères (83%, $p < 0,05$).

3.2.3.2.5 Impact sur les projets professionnels

La population de 20-30 ans répond positivement à 44% à une installation dans une zone où il y a un Groupe Qualité afin de s'y inscrire. Cette même population pense que la présence d'un GQ est synonyme de zone attractive et dynamique pour 69%. Les médecins travaillant seuls ont répondu à la négative pour 100% d'entre eux.

Les femmes ont plus souvent répondu que la participation à un GQ peut être une incitation pour devenir MSU (55%, $p < 0,05$). De plus, les médecins travaillant en cabinet de groupe et en MSP ont tendance à répondre que la participation à un GQ peut être une incitation pour devenir MSU ($p=0,14$ selon Fisher).

Les tableaux comparatifs des impacts sur le pratique professionnel sont disponibles en **Annexe 13 – Tableaux 26**.

3.2.4. Evaluation de l'impact sur le plan personnel

3.2.4.1. Analyse descriptive

	Oui	% oui	Non	% non
Les Groupes Qualité ont-ils selon vous un impact sur le plan personnel ?	145	70%	62	30%
Si oui, comment ? (n = 145)				
Apaisement de vos doutes et difficultés grâce à l'échange avec les confrères	46	32%		
Effet « anti burn-out »	79	54%		
Augmentation de votre plaisir à exercer	60	41%		

Tableau 17 : Impact sur le plan personnel

70% ont répondu que les GQ avaient un impact sur le plan personnel.

Les commentaires libres sont exposés en **Annexe 14.8**.

3.2.4.2. Analyse comparative

Il n'a pas été retrouvé de différence significative dans la population trouvant un impact sur le plan personnel.

Les participants inscrits depuis Janvier 2019 se sentent plus significativement apaisés face à leurs doutes et leurs difficultés grâce aux échanges avec leurs confrères (100%). De plus, les inscrits depuis plus de 5 ans sont plus souvent d'accord concernant l'effet anti « burn-out » de la participation à un Groupe Qualité.

On ne trouve pas de différence significative concernant le sexe des participants. En outre, les hommes auraient tendance à répondre que la participation à un Groupe Qualité a un effet anti « burn-out » plus souvent que les femmes ($p = 0,24 > 0,05$).

Les tableaux sont disponibles en **Annexe 13 – Tableaux 27**.

3.2.5. Evaluation du ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de la restitution des indicateurs

3.2.5.1. Analyse descriptive

50% de la population prend connaissance des indicateurs à chaque restitution. Pour 52%, les indicateurs les motivent à se remettre en question. 59% sont curieux tandis que 24% ne les comprennent pas. Les indicateurs ne font pas peur (74%).

Les médecins ne se sentent pas jugés à 52% ni ne ressentent de la frustration pour 50% d'entre eux.

Vos ressentis vis-à-vis de la restitution des indicateurs	Tout à fait d'accord	% TFA	Plutôt d'accord	% PA	Plutôt pas d'accord	% PPA	Pas du tout d'accord	%PTA	Ne vous concerne pas	%NVCP
Vous prenez connaissance des indicateurs lors de chaque restitution	29	14%	75	36%	44	21%	26	13%	33	16%
Les indicateurs vous motivent à vous remettre en question	22	11%	85	41%	44	21%	24	12%	32	15%
Vous êtes curieux vis-à-vis de vos indicateurs	33	16%	88	43%	34	16%	22	11%	30	14%
Vous êtes surpris(es) quand vous découvrez vos indicateurs	12	6%	79	38%	62	30%	18	9%	36	17%
Vous ne comprenez pas l'intérêt des indicateurs	10	5%	39	19%	74	36%	46	22%	38	18%
Les indicateurs vous font peur	5	2%	13	6%	59	29%	93	45%	37	18%
Vous avez l'impression d'être jugé(e)	17	8%	48	23%	49	24%	57	28%	36	17%
Vous ressentez de la frustration car vous pensez que les indicateurs ne reflètent pas votre pratique	11	5%	53	26%	56	27%	47	23%	40	19%

Tableau 18 : Ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de la restitution des indicateurs

Les commentaires libres sont exposés en **Annexe 14.9**.

3.2.5.2. Analyse comparative

Les hommes prennent significativement plus souvent connaissance des indicateurs que les femmes (57%, $p = 0,033$).

Les médecins engagés depuis plus de 5 ans seraient plus curieux de découvrir leurs profils, néanmoins ils en seraient également plus surpris à leur lecture et remettraient moins souvent leur pratique en question. D'ailleurs, ils auraient également tendance à ne pas se sentir jugés.

Les participants de 50 – 60 ans et de 60 et plus ne ressentent significativement pas de frustration à la découverte des indicateurs même s'ils ne reflètent pas leur pratique (58% et 63%).

Les tableaux sont disponibles en **Annexe 13 – Tableaux 28**.

3.2.6. Evaluation des facteurs pouvant limiter la participation au Groupe Qualité

3.2.6.1. Analyse descriptive

55% ont répondu à la négative concernant les thèmes imposés, 15% n'avait pas d'avis. Parmi les 30% trouvant que les thèmes imposés pourraient être un facteur pour quitter leur Groupe Qualité, 71 % ont répondu qu'ils les trouvaient parfois peu intéressants.

	Oui	% oui	Non	% non	Je n'ai pas d'avis	% JPA
Les thèmes imposés	62	30%	114	55%	31	15%
Si oui ? (n = 62)						
Vous les trouvez parfois peu intéressants	44	71%				
Vous êtes frustré(e)s de ne pas pouvoir parler d'un autre sujet	17	27%				
Vous les trouvez redondants d'une année sur l'autre	28	45%				

Tableau 19 : Facteurs limitants – Les thèmes imposés

Les commentaires libres sont exposés en **Annexe 14.10**.

	Oui	% oui	Non	% non	Je n'ai pas d'avis	% JPA
La présence d'un animateur	9	4%	179	86%	19	9%
Si oui ? (n = 9)						
Le cadre qu'il m'impose m'empêche de m'exprimer librement	2	22%				
Je ressens un rapport hiérarchique avec l'animateur qui me dérange	7	78%				

Tableau 20 : Facteurs limitants - La présence d'un animateur

La présence d'un animateur n'est pas un facteur limitant pour 86% des participants.

Les commentaires libres sont exposés en **Annexe 14.11**.

	Oui	% oui	Non	% non	Je n'ai pas d'avis	% JPA						
Le dossier documentaire	19	9%	164	79%	24	12%	207					
	Tout à fait d'accord	% TFA	Plutôt d'accord	% PA	Plutôt pas d'accord	% PPA	Pas du tout d'accord	%PTA	Ça dépend	% CD	Pas de réponse	% PDR
Le travail à fournir avant la réunion pour prendre connaissance du dossier documentaire est trop long	2	1%	59	29%	102	49%	21	10%	14	7%	9	4%
Il limite l'esprit critique par rapport à une recherche documentaire personnelle	3	1%	31	15%	127	61%	27	13%	11	5%	8	4%
Il peut limiter les débats	2	1%	33	16%	114	55%	40	19%	7	3%	11	5%
La lecture du dossier documentaire seul (sans les références) peut limiter la démarche intellectuelle personnelle avant et au cours de la séance	7	3%	55	27%	109	53%	14	7%	13	6%	9	4%

Tableau 21 : Facteurs limitants – Le dossier documentaire

Seulement 9% des participants trouvent que le dossier documentaire est un facteur limitant. Il peut limiter les débats pour 17% et l'esprit critique pour 18% de la population. 30%

ont répondu que le travail à fournir pour en prendre connaissance était long et que le dossier documentaire pouvait restreindre la démarche intellectuelle personnelle avant et pendant la séance. Cependant, la population a répondu à plus de 60% par la négative à ces items.

Les commentaires libres sont exposés en **Annexe 14.12**.

	Oui	% oui	Non	% non	Je n'ai pas d'avis	% JPA
L'absence d'expert	32	15%	148	71%	27	13%

Tableau 22 : Facteurs limitants – L'absence d'expert

Pour 71%, l'absence d'expert n'est pas un facteur limitant.

Les commentaires libres sont exposés en **Annexe 14.13**.

	Oui	% oui	Non	% non	Je n'ai pas d'avis	% JPA
Les modalités organisationnelles de la réunion Groupe Qualité	39	19%	143	69%	25	12%
La fréquence	13	33%				
Le créneau horaire	8	21%				

Tableau 23 : Facteurs limitants – Les modalités organisationnelles

Les modalités organisationnelles de la réunion sont pour 19% un facteur limitant. La fréquence en est la raison pour 33% mais cela représente 6,2% de la population.

Les commentaires libres sont exposés en **Annexe 14.14**. Les médecins avaient la possibilité de préciser le créneau horaire de leur séance, retranscrite en **Annexe 14.15**.

Cette partie se termine par une question « ouverte » où les participants peuvent déterminer d'autres facteurs limitant leur participation. Les réponses à la question 7.6. sont accessibles en **Annexe 14.16**.

3.2.6.2. Analyse comparative

Les médecins travaillant en zone rurale, semi-rurale et multi-zones répondent plus souvent que le lieu de la réunion peut être un facteur limitant (29%, 26% et 36%) que ceux travaillant en zone urbaine (9%, $p = 0,014$).

Concernant le dossier documentaire, les femmes pensent davantage qu'il peut limiter les débats au cours de la réunion (21 % vs 12% pour les hommes, $p = 0,037$).

Il n'a pas été retrouvé de différence significative pour le reste des questions de cette partie dans la population.

Les tableaux sont disponibles en **Annexe 13 – Tableaux 29**.

4. Discussion

4.1. Discussion des résultats

4.1.1. Population

4.1.1.1. Population de médecins engagés

4.1.1.1.1 Ratio Homme/Femme

La population de l'étude est plus féminine que la population de médecins engagés aux GQ en Normandie en 2019 et à la population de médecins généralistes inscrits au CNOM en 2018.

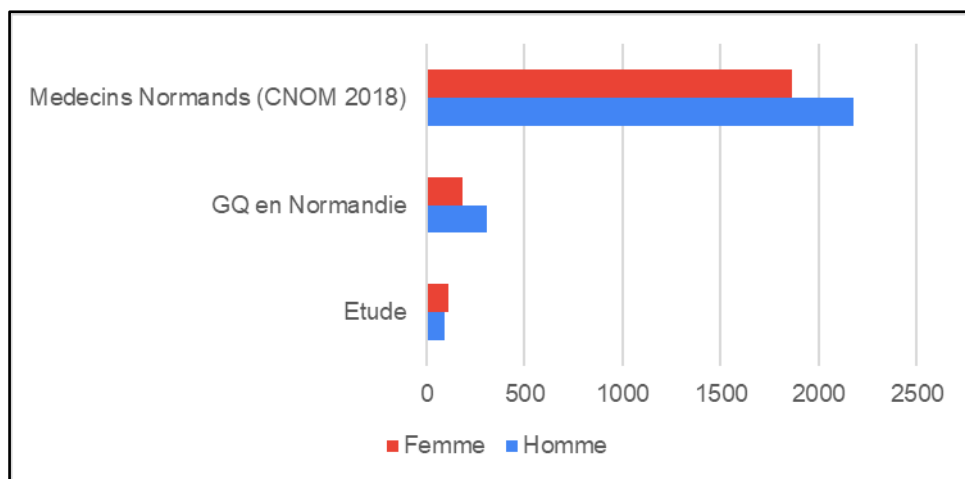


Figure 13 : Répartition Femme/Homme Etude/Médecins engagés GQ/Médecins inscrits CNOM de NORMANDIE

Cependant le CNOM remarque, dans son rapport de 2018, une féminisation de la profession médicale chez les praticiens nouvellement inscrits. (105)

4.1.1.1.1. Age et genre

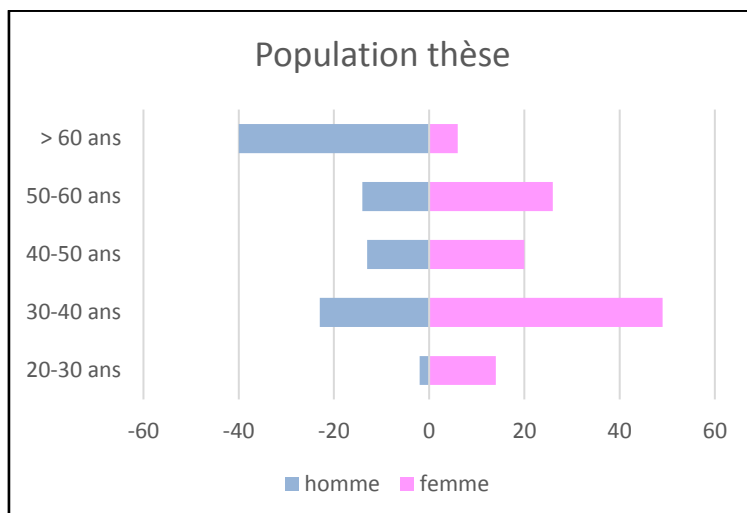


Figure 14 : Age et Sexe de la population étudiée

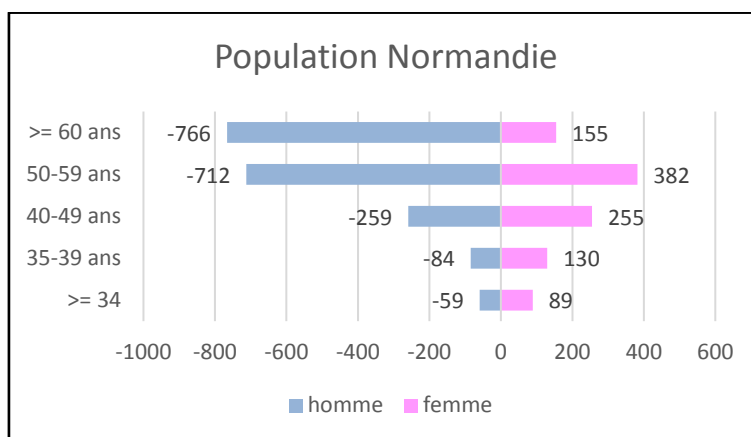


Figure 15 : Age et Sexe des médecins inscrits au conseil de l'ordre en Normandie (CNOM 2015)

Avec un âge médian de [40-50] ans, notre population est plus jeune que la population de médecins normands (Age médian de [50-60] ans, résultats CNOM 2015). (128,129)

Le tableau comparatif est disponible en **Annexe 15**.

Dans notre étude, nous retrouvons significativement plus de femmes jeunes et nouvellement installées. Dr PHILIBERT avait obtenu le même profil de participants dans son étude sur les GEAP. (107)

Cela pourrait nous laisser supposer que les jeunes femmes médecins sont plus sensibles à répondre au questionnaire de thèse voire même plus sensibles à la formation médicale. Cependant, selon une étude réalisée en 2012 et publiée dans le rapport du DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) en

2016, les hommes consacraient ainsi légèrement plus de temps que les femmes à la formation continue (13,3 demi-journées contre 12,7). L'âge augmente la prédisposition à se former (14,3 demi-journées pour les médecins de + de 56 ans contre 11,7 pour les moins de 49 ans. Exercer en milieu urbain, mais aussi prodiguer un nombre d'actes plus faibles, sont également des facteurs liés à un surcroît de temps dévolu à la formation continue. (1)

4.1.1.2. Population d'internes

Il ne nous a pas été possible de comparer la population des internes, nous ne disposons pas de leurs caractéristiques en détails.

4.1.2. Résultats : un cahier des charges validé pour les Groupes Qualité

La volonté du projet initial, développé en 2001 par nos voisins bretons, avait trois objectifs principaux :

- Politique, en utilisant le territoire comme levier d'incitation et de recrutement des participants ; avec l'ambition d'engager une large majorité de médecins généralistes du territoire dans le GQ
- Professionnel, en organisant des séances d'échanges entre médecins, sur leur pratique, autour de l'analyse partagée de ces pratiques et de la confrontation aux données de la science exprimées ou non en termes de recommandations. Ces séances devant être aussi une protection collective contre le surmenage professionnel, l'isolement professionnel et leurs conséquences.
- Qualitatif, ces opportunités d'analyses partagées des déterminants des pratiques de chacun devant conduire à une amélioration des pratiques individuelles, et globalement du Groupe lui-même. Il s'agit donc d'un dispositif collectif et partagé d'incitation et d'accompagnement d'une démarche qualité. Ce dernier point est analysable en termes de comportements thérapeutiques et diagnostiques, avec l'utilisation des outils de recueil de données de l'Assurance Maladie.

4.1.2.1. Engagement d'une large majorité de médecins généralistes d'un territoire

Les médecins qui s'engagent aux GQ de Normandie sont diversifiés. Toutes les tranches d'âge sont représentées. Tous les modes d'exercice se retrouvent avec une majorité de médecins installés. En effet, la place des jeunes se ressent avec la présence de remplaçants, de collaborateurs et d'internes, mais également de retraités gardant une

activité. Pour la région Normandie, les Groupes Qualité se sont développés dans les cinq départements de façon plus ou moins homogène. Les médecins sont regroupés en cabinet de groupe ou en maison de santé pluriprofessionnelle. Ils exercent plus fréquemment en territoire semi-rural et en zone urbaine. Néanmoins, les zones rurales et les médecins installés seuls sont également présents et partagent avec leurs confrères une activité de formation et d'évaluation de leur pratique. La notion de réseau de santé est importante à la ville comme à la campagne. Les GQ permettent d'augmenter les interactions avec les confrères de secteur, pour les médecins exerçant seuls mais également pour les médecins travaillant en groupe qui souhaitent élargir leurs échanges.

De plus, les Groupes Qualité créent des rencontres entre médecins en les répartissant préférentiellement au sein des groupes en fonction d'une zone géographique. Des médecins, qui parfois, ne se connaissent pas alors même qu'ils exercent dans une zone limitée. (115)

« Prendre du temps pour échanger avec les confrères » est la première motivation à participer au programme Groupe Qualité. Le manque de temps et la surcharge de travail sont souvent exprimés par les médecins généralistes de nos jours. Pouvoir poser un créneau dans un agenda, de façon régulière, afin de rencontrer ses collègues voisins et entretenir des relations de territoire, n'est pas chose facile dans le climat médical actuel. Les Groupes Qualité semblent une aide pour développer des relations professionnelles et apprendre à connaître son territoire d'exercice.

Est-ce que les Groupes Qualité renforcent l'attractivité et le dynamisme d'une zone géographique ? Les médecins de moins de 30 ans paraissent partiellement en accord avec ce propos, il semble y avoir un intérêt pour exercer dans une zone où existe un Groupe Qualité.

D'autre part, un quart des médecins qui ont participé à cette étude sont MSU. De par leur statut, ils sont parfois amenés à inviter leurs étudiants à découvrir une réunion de Groupe Qualité. Les GQ partagent avec les GEAP (Université de Normandie-Rouen) et les GAAP (Université de Normandie-Caen) les principes de bases des GAPP décrits par l'HAS. Les internes sont sensibilisés au cours de leur formation au processus incontournable d'analyse des pratiques professionnelles et d'échanges de notre métier. Certaines études ont notamment porté sur ce sujet.

En effet, Dr PAILLOUX A. rappelle, en conclusion de son étude portant sur les Groupes d'Echanges de Pratiques (GEP) en TCEM, que les internes interrogés expriment l'envie de poursuivre dans un GEP au cours de leur FMC. (130)

Dr APPE N., dans son travail en 2014, montrait également que l'intégration des GEP dans la formation médicale initiale permettait une prise de conscience des internes de l'importance du renouvellement et du perfectionnement de leurs connaissances. Après avoir pris goût à l'analyse des pratiques professionnelles intégrée dans leur exercice, les internes aspirent pour la plupart à poursuivre cette expérience en post-internat. (131)

Les internes, ayant porté un intérêt à mon travail, ont répondu, pour la plus grande majorité, qu'ils souhaitaient intégrer un GQ à la fin de leur cursus. Tout en relativisant ce résultat face à l'échelle des internes normands, on peut s'attendre à une demande de cette génération de futurs médecins généralistes à participer à un Groupe Qualité ou à un GEP.

La présence de Groupes Qualité pourrait être un élément appuyant une envie d'installation ou d'exercer à proximité.

4.1.2.2. Séances d'échanges entre médecins

4.1.2.2.1. Autour de la pratique

La seconde ambition était l'organisation de séances d'échanges entre médecins. Des échanges qui se devaient d'être basés sur les pratiques, afin d'élaborer une analyse partagée et de les confronter aux données de la science exprimées ou non en termes de recommandations.

Les médecins ont répondu que leur première motivation à s'être engagés, dans la démarche Groupe Qualité, était de « prendre du temps pour échanger avec les confrères » (96%).

La seconde motivation est de « remettre en question leur propre pratique ». Dans l'étude de Dr PINEAU M., cette motivation était également approuvée par presque la totalité de la population (97%). (116)

La remise en question passe par le biais d'une analyse mais également de partage.

L'analyse est rythmée par l'animateur. Il régule la discussion. Il est amené à questionner le groupe afin que chaque médecin y développe un cas clinique et partage avec ses confrères les problèmes rencontrés. Les participants du groupe donnent leur avis en se positionnant par rapport aux recommandations validées et récentes, délivrées par le dossier

documentaire. D'après notre étude, sa présence n'est absolument pas un frein à la participation.

Le rôle de l'animateur en tant qu'accompagnant dans la démarche EBM est souligné par le travail de Dr PIMOR H. en 2013 « Analyse de pratiques entre pairs en médecine générale : rôle et apport d'un animateur ». Les participants des GQ semblent tirer profit de la présence d'un animateur au sein de leur groupe. Le statut de l'animateur tel qu'il est prévu est bien accepté par les participants.

La confrontation est apportée grâce au dossier documentaire. Un premier temps est nécessaire à accomplir par les médecins engagés. Ils doivent prendre connaissance du document afin de pouvoir enrichir l'analyse des cas cliniques par les données de la science. Cependant, le débat ne doit pas se limiter à ce dossier. Les participants sont invités à accomplir une recherche personnelle mais aussi à apporter leurs expériences de terrain et leurs avis. Le dossier documentaire est une aide et un appui à l'ouverture de l'échange. Il permet d'assurer que chacun ait la même base avant d'ouvrir le débat.

Le dossier documentaire est un élément apprécié du programme Groupe Qualité. Dans notre travail, les participants ne le jugent pas comme un facteur limitant à leur participation. Il ne limite pas leur esprit critique ni le débat. Il apporte des connaissances théoriques et est utile pour les questions d'ordre pratique. Il peut aider à avoir de l'assurance dans l'échange.

Le partage est aussi présent entre les générations. Les généralistes plus expérimentés agrémentent la discussion de leurs histoires passées mais également de leur savoir, ils peuvent partager leurs connaissances de situation complexe et rare avec les généralistes plus jeunes. L'âge médian de notre étude est de [40-50] ans, âge de milieu de carrière. L'âge médian des médecins généralistes libéraux ou salariés inscrits en 2018 au CNOM est de [50-60] ans. Notre population est plus jeune, on pourrait être amené à penser que la jeune génération a un intérêt plus fort à venir se former auprès de ses pairs et notamment de ses pairs expérimentés.

De plus, les méthodes de travail changent, les « jeunes » généralistes ont tendance à travailler en groupe, à désirer pouvoir échanger de leur pratique afin de limiter les doutes des prises en charge et se rassurer quant à la pratique de la médecine générale. Dans cette étude, les médecins travaillant seuls sont des médecins de 50 ans et plus.

Ces « jeunes » apportent leur méthode de travail et permettent de stimuler les carrières de chacun en se remettant aussi en question sur son organisation. L'échange entre confrères sur l'organisation du quotidien est un besoin de 67% des médecins de l'étude.

En outre, par l'apport de leur expérience, les participants confrontent leur vécu aux données de la science afin de chercher une réflexion autour de la singularité de leur cas clinique.

Le dossier documentaire permet aussi de faire découvrir des nouvelles références aux médecins. Par exemple, on peut citer les nouveaux sites internet ou des applications de suivi, d'aide diagnostique ou de thérapeutiques.

La médecine étant en perpétuelle évolution, les médecins ne peuvent pas être à jour dans tous les domaines qui la caractérisent. En imposant 6 thèmes annuels, le dossier documentaire apporte une recherche bibliographique sur un sujet qu'un médecin n'aurait pas réalisé spontanément.

Une critique présente en commentaires libres porte sur la forme du dossier documentaire. Certains thèmes sont difficiles à élaborer sur un dossier papier, notamment celui-ci, portant sur les troubles de la fonction sexuelle. Le dossier comportait des éléments notables et un rappel des troubles de la sexualité dans le suivi des pathologies chroniques les plus fréquentes. Un autre commentaire s'ajoute au précédent, il évoque le manque de « pratico-pratiques ». Certains thèmes pouvant être plus spécialisés mériteraient que l'on se pose la question de la place d'un expert invité occasionnellement ou d'un dossier documentaire apporté par l'intermédiaire d'une vidéo. Pour reprendre l'exemple, cela aurait pu être une aide sur le déroulement de la consultation, les points importants à chercher, la complexité de la prise en charge psycho-sexologique et finir sur un répertoire de spécialistes ou de structures utiles pour le médecin généraliste et/ou le patient.

L'absence d'expert n'est pas un facteur limitant pour 71% des participants. Cependant il revient fréquemment dans les commentaires libres. Sans oublier que les Groupes Qualités ne sont pas un DPC, il est possible d'amener à prendre l'avis d'expert afin d'améliorer la discussion.

Rappelons que les questions restantes en suspens en fin de staff sont distribuées aux participants. Lors du staff suivant, le praticien désigné apporte le résultat de sa recherche. Un expert peut être questionné en dehors du GQ afin d'élucider une partie du questionnement. Par ailleurs, les staffs à thèmes libres peuvent également être l'occasion pour un groupe de reprendre un thème et d'y inviter des experts, que ce soit un médecin-spécialiste ou un professionnel paramédical.

Les avis extérieurs aux groupes qualité composés de médecins permettent d'explorer des compétences nouvelles et donc d'ouvrir le champ de compétences des généralistes

participants. Ils permettent aussi d'apprendre de la réalité de terrain de certaines professions afin d'adapter les pratiques médicales au plus juste.

Finalement, la réflexion est entretenue par les échanges, le dossier documentaire, l'avis de ses pairs, son avis personnel et l'auto-critique, par le travail en amont de la séance et parfois en aval et par l'apprentissage de la spécificité de son territoire.

4.1.2.2. Protection collective

Les séances se veulent aussi une protection collective contre le surmenage professionnel, l'isolement professionnel et leurs conséquences.

L'ambiance bienveillante, la convivialité qui anime les groupes, pouvoir s'exprimer librement dans un environnement de confiance, pouvoir exprimer ses émotions sont des éléments du questionnaire qui ont obtenu des réponses positives mais aussi des commentaires libres. L'étude réalisée par Dr LAUDE E. par le biais d'entretien en focus group a permis de faire émerger le terme de « chaleureux » en plus de toutes les expressions décrites ci-dessus. (115) Son étude permet de laisser les participants évoquer par des questions semi-dirigées leur sentiment et leur ressenti par rapport aux Groupes Qualité.

Cette ambiance positive de partage et d'échanges permet d'apaiser les doutes et les difficultés rencontrées.

Il ressort également la notion de rassurance. Entendre qu'un confrère a rencontré une situation similaire et observer que sa prise en charge était la même, permet de se rassurer sur ses pratiques.

Les participants inscrits depuis moins de 1 an sont particulièrement sensibles à ce besoin d'apaiser les doutes. Ce sont souvent des médecins jeunes et débutant dans la profession, de plus leur position de nouveau dans le groupe peut aussi être un élément intimidant et se rendre compte que finalement ils rencontrent fréquemment les mêmes situations ou les mêmes problèmes a ce côté rassurant. Cependant, notre étude n'a pas pu démontrer de significativité avec les catégories d'âge.

C'est un élément que nous n'avons pas cherché à développer dans notre questionnaire, mais un objectif de la restitution des indicateurs est de pouvoir comparer ses pratiques avec celles de ses confrères de groupe, celles des autres GQ et celles des médecins hors GQ. Il aurait été intéressant de chercher à évaluer si la prise en connaissance des indicateurs

pouvait avoir un côté rassurant dans la découverte pour un participant de son positionnement par rapport aux profils de ces confrères.

Rompre l'isolement est une motivation à la participation pour 63% des participants de l'étude. Ce sont majoritairement des médecins travaillant seuls qui ont choisi cette réponse. Le besoin d'échanger sur l'organisation du quotidien ressenti par 67% des médecins de l'étude, dans un contexte de santé où les médecins manquent de temps et où le terme de surcharge de travail, sont des rudiments à la diminution du surmenage professionnel.

Outre cela, la participation de différents types d'exercice (remplaçants, internes) permet de créer un carnet d'adresses utiles pour faciliter l'organisation du quotidien. Savoir que l'on peut partir en congés sans abandonner la patientèle grâce à la présence d'un remplaçant, permet de prendre plus aisément du recul.

La question du « burn-out », conséquence de l'isolement et du surmenage professionnels, avait alors toute sa place dans cette étude. Un tiers de la population estime que les Groupes Qualité peuvent avoir un effet « anti burn-out ». Cet effet est ressenti par les participants inscrits depuis plus de 5 ans. Par leur ancienneté dans le programme GQ, ils ont peut-être pu apercevoir des collègues qui ont bénéficié de cet impact ou tout simplement pour eux-mêmes.

Le « burn-out » peut être prévenu par le développement du plaisir à exercer. 29% des médecins trouvent une augmentation du plaisir à exercer depuis leur engagement dans un GQ. La participation à un GQ permet de stimuler l'exercice de la médecine. L'esprit de cohésion qui règne dans un groupe est un point fort des GQ. Se voir soutenu, ne pas être seul face à des problèmes, des patients, des lourdeurs administratives sont une prévention de l'épuisement professionnel.

Un médecin évoque le côté réconfortant des GQ face à la pénurie médicale. Il ajoute le pouvoir de déculpabilisation.

Dans le travail de Dr LAUDE E., des médecins rappelaient la notion d'échappatoire à l'épuisement professionnel et l'inexorable besoin de soutien. (115)

Dr BOUATTOUR H. montre, dans son travail de thèse intitulée « Prévention de l'épuisement professionnel chez les médecins généralistes libéraux » rédigée en 2016, que les groupes de pairs et les groupes Balint sont deux modalités de FMC ayant été décrits comme une aide contre l'épuisement. Des arguments tels que la rupture de l'isolement professionnel, l'échange et la confrontation des pratiques entre confrères, le travail sur les difficultés et la complexité de la relation thérapeutique ont été avancés. (132)

Dr PINEAU M. cite deux références. D'une part, le travail de Dr APPE N. où il était ressorti que les GEP auraient une double fonction. Ce serait un lieu d'enrichissement intellectuel et de décharge émotionnelle. Ils auraient même été comparés à « un super outil anti burn-out ». (131) D'autre part, Dr SAUREL V. (133), dans son travail sur l'évaluation de la mise en place de facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel chez les médecins généralistes a mis en évidence que la participation à un groupe de pairs ou à un groupe Balint était un facteur protecteur du « burn-out », autant sur la fréquence de survenue que sur l'intensité. Dr PINEAU soulève dans sa discussion qu'en participant au programme, on permet de diminuer le sentiment de faire un travail de mauvaise qualité, de manquer de connaissance médicale, d'être souvent dans l'incertitude et la crainte des erreurs médicales. Tous sont des facteurs de stress et d'insatisfaction au travail qui favorisent l'épuisement émotionnel et constituent donc des indicateurs à prendre en considération.

Travailler sereinement permet de pratiquer une médecine de meilleure qualité.

De plus, Dr LAURES P. évoque dans sa recherche sur les « Déterminants de participation à une formation médicale continue associative présentielle en médecine générale » la notion de « déconnexion du cabinet » évoqués par les participants au FMC. (109) Certains participants y mentionnent notamment le rôle de psychothérapie de soutien et de thérapie anxiolytique de la FMC associative présentielle.

Pour terminer sur l'effet protecteur des GQ sur le plan personnel, nous avons trouvé dans cette étude grâce aux commentaires libres, et également dans les propos des médecins interrogés par Dr LAUDE E. dans la région Hauts-De-France (115), la notion d'amitié créée grâce à la rencontre au sein du groupe ou tout simplement, conservée par la possibilité par exemple de retrouver les amis de la promotion universitaire.

4.1.2.3. Amélioration des pratiques individuelles et du groupe

Le troisième versant mentionné lors de la création de la démarche Groupe Qualité est que ces opportunités d'analyse des déterminants des pratiques de chacun conduisent à une amélioration des pratiques individuelles, et globalement du groupe lui-même. Il s'agit d'un dispositif collectif et partagé d'incitation et d'accompagnement d'une démarche qualité.

L'actualisation des connaissances sous forme d'échange et de confrontation des pratiques concourt à la démarche qualité, tout comme l'amélioration des pratiques.

L'étude a montré que la participation à un GQ avait un impact sur l'acquisition de connaissances théoriques, l'acquisition de connaissances pratiques adaptées à l'exercice médical, un élargissement du champ de compétences, une amélioration de l'assurance dans la prise de décision.

La participation à un GQ permet également de modifier certaines de ses pratiques (94%). En effet, l'analyse autour des pratiques professionnelles vise à apporter des pistes d'amélioration consensuelles et référencées. L'animateur au cours de la séance cherche à élaborer avec les participants des plans d'actions d'amélioration voire parfois une protocolisation adaptée à la pratique du groupe qualité.

L'harmonisation des prises en charge revient fréquemment dans les commentaires des participants, elle était également soulignée dans le travail de Dr LAUDE E.. (115)

Améliorer la qualité de la pratique médicale passe par l'aide à développer un argumentaire face aux demandes des patients, à limiter les examens complémentaires inutiles demandés par les patients ou par les médecins cherchant à soulager leur conscience face à l'incertitude diagnostique.

La régularité des réunions avec la fréquence mensuelle permet de maintenir une remise en question permanente des pratiques d'exercice.

De façon plus large, Dr PHILIBERT A-C. avait montré que les médecins se déclaraient très satisfaits de leur participation à un GAPP qui améliorait la qualité des soins (98%) et avait changé leur méthode de travail (75%). (107) En effet, les données de la littérature et notamment le travail de Dr LEVESQUE E., dans « Groupe d'analyse de pratique entre pairs et développement professionnel continu en médecine générale », portant sur l'opinion des participants vis-à-vis des GAPP, montrent qu'ils considèrent que celui-ci concourt à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dispensés. (110,117)

La démarche qualité est analysable en termes de comportements thérapeutiques et diagnostiques grâce aux données de l'Assurance Maladie.

En introduction, je vous ai fourni un relevé des économies observées par l'AM sur les années 2015 et 2016 concernant les prescriptions de médecins généralistes engagés dans les GQ. L'AM rappelle à la prudence lors de l'interprétation de cette amélioration des prescriptions, il n'est pas démontré que la seule participation aux GQ en soit responsable. Cependant, ces rapports montrent une responsabilisation des médecins quant à leurs prescriptions.

Une spécificité des GQ est la présence d'indicateurs. Ces indicateurs sont notamment fournis par les données du SNIIRAM (**Paragraphe 1.5.10.**).

Dr GANNE A. a présenté dans son projet une amélioration de la qualité des soins concernant la prise en charge des cystites en médecine ambulatoire avec le suivi de la prescription des antibiotiques consécutivement à la démarche qualité entreprise sur ce thème par les médecins généralistes. (111)

La restitution des indicateurs se déroule deux fois par an. Les modalités de construction du document vous sont décrites au **Paragraphe 1.5.10.** Dans celui-ci, je rappelle le but de la prise de connaissance de ses indicateurs pour un participant. En se situant par rapport aux objectifs de l'indicateur, par rapport aux résultats des médecins de son groupe, par rapport à la position de son groupe comparé avec les autres groupes GQ et par rapport à la position de médecins témoins, le participant peut situer ses pratiques. Les indicateurs sont également suivis sur plusieurs semestres, et le médecin peut alors étudier l'évolution de son « profil » et le comparer avec ceux décrits ci-dessus. On aime à penser que lorsque le médecin découvre une pratique considérée comme moins « bonne », il la modifie naturellement.

Les indicateurs sont spécifiques des GQ et sont un élément indispensable à leur fonctionnement. Cependant, seulement 50% des médecins de cette étude répondent prendre connaissance de leur profil. Cela peut s'expliquer par manque de temps ou par une incompréhension les concernant. Leur intérêt n'est pas compris pour 58% des médecins engagés. 31% se sentent frustrés à leur lecture car ils ne pensent pas que leurs indicateurs reflètent leur pratique, et 31% se sentent jugés.

Comme dans l'étude de Dr PINEAU M., nous retrouvons néanmoins des aspects positifs à leur égard. 59 % sont curieux de les découvrir, 74% n'en ont pas peur et 52% les trouvent motivants pour remettre en question leur pratique. (116)

Pour Dr PINEAU M., cette incompréhension et ces avis négatifs pourraient être atténués par une meilleure explication de la façon dont les indicateurs sont choisis et réévalués chaque année, de la manière dont les données sont recueillies et leur objectif.

Cette information pourrait prendre la forme d'un document disponible à tous les participants pouvant être relayé tous les 2 ans par envoi de courriels, mais également par des présentations orales lors des séminaires/formations des animateurs. Les animateurs pourraient alors répondre aux éventuelles questions des participants de leurs groupes ou profiter de la séance de restitution pour leur faire une présentation courte et simplifiée.

Néanmoins 52% des participants remettent en question leur pratique à la suite de la lecture de leur profil. Cela est un bon témoin d'une démarche d'amélioration de leur pratique.

Selon notre étude, ce sont surtout des « jeunes » médecins qui trouvent un effet stimulant dans les indicateurs pour remettre en question leur pratique. Les jeunes ont peut-être plus envie d'avoir des pourcentages positifs ou de montrer une efficacité de leur pratique. Les médecins plus engagés sont peut-être plus critiques vis-à-vis des résultats que peuvent donner les indicateurs. Dans cette étude, bien qu'ils les prennent en note, ils ne sentent pas frustrés lorsque les indicateurs ne reflètent pas leur pratique. Ils ont peut-être plus conscience de comment sont calculés les résultats de ces indicateurs.

En effet, les indicateurs ne reflètent pas toujours l'exercice d'un médecin. Par exemple, un médecin qui reprend une patientèle, ne peut pas changer toutes les prescriptions de son prédécesseur du jour au lendemain. Le changement se fait de façon progressive et en développant la confiance avec son patient. D'autre part, si l'on prend un indicateur sur la vaccination pédiatrique et que la patientèle du médecin est âgée, les chiffres seront moins bons.

De plus, des attributions « à tort » au médecin traitant de certaines prescriptions sont possibles. En effet, l'origine de la prescription (identification du prescripteur) est transmise par l'exécutant (pharmacien, biologiste, ...) de la prestation, lors de la télétransmission (homonymie de prescripteur, erreur de saisie du numéro d'identification, ...). Les télétransmissions ne font pas toujours l'objet d'une vérification lors du retour à l'archivage et peuvent donc contenir des erreurs dans le cadre de l'élaboration des profils Groupes Qualité.

Ces exemples peuvent être pourvoyeurs de mauvaise appréciation à l'égard des indicateurs.

Il n'est pas simple d'essayer de quantifier les soins et les pratiques médicales. La pratique a des données quantifiables mais ne permet pas de prendre en compte le patient dans sa globalité ni les caractéristiques d'un territoire de travail.

Les GQ travaillent sur des indicateurs régionaux. Les coordinateurs régionaux en collaboration avec les animateurs de GQ cherchent à développer des indicateurs qui pourraient prendre en compte la spécificité de territoire. C'est un point qui pourra être bénéfique quant à l'appréciation des indicateurs par les participants mais également une aide à une amélioration des pratiques régionales.

4.1.2.4. Autres spécificités des GQ

Un point important dans le programme Groupe Qualité est la valorisation de l'engagement des médecins par la reconnaissance du travail réalisé au sein des Groupes Qualité en indemnisant les séances.

71 % des participants ne pensent pas que la rémunération soit un élément décisif à leur engagement dans un Groupe Qualité ni que cela ait un impact sur leur assiduité.

Cependant, ils sont d'accord avec les propos considérant que c'est une reconnaissance du temps passé à se former et une contrepartie au cadre organisationnel des GQ.

Comme le souligne Dr PINEAU M. (115), les Groupes Qualité ont un avantage qui n'est pas négligeable sur le plan de la rémunération pour les médecins participants par rapport aux autres GEP. Ils sont rémunérés pour chaque réunion sans que cela ne se déduise de leur forfait de 21 heures de DPC. Ils peuvent utiliser ce forfait pour d'autres formations. Les groupes de pairs de la SFMG peuvent également être rémunérés mais à la hauteur de 450 euros maximum et cela leur déduit 10 heures de leur forfait DPC. (65) Les GeaP de MG Form peuvent être indemnisés par l'ANDPC à hauteur de 630 euros pour 3 réunions de 3h et une réunion de 4h mais utilisent 13 heures présentielle et 1h non présentielle de leur forfait DPC. (80)

Jusqu'alors l'indemnisation obtenue par l'association GQN APIMED, afin de gérer son budget, est allouée par le FIR, géré par l'ARS. Ce mode de financement est actuellement remis en question. Sans rentrer dans les détails, les indemnisations des médecins pourraient être également remises en question.

Ma thèse ne permet pas d'aider à répondre à ces questions. Il aurait été intéressant de demander aux médecins participants dans la partie « quels facteurs pourraient vous faire quitter les Groupes Qualité » si l'absence ou la diminution de leur indemnisation serait justement un facteur de départ. De plus, il pourrait être envisageable de procéder comme les GdP et les GeaP, en incorporant une indemnisation par l'ANDPC et donc en piochant dans le forfait DPC des médecins. Cela pourrait faire le sujet d'une évaluation auprès des médecins.

Un élément qui me paraît important et que nous n'avons pas soutenu dans le questionnaire est la notion d'indépendance des GQ. Certains participants l'ont d'ailleurs fait remarquer en commentaires libres comme élément motivant à leur entrée dans les GQ.

Effectivement, les groupes qualités ont été créés avec le souhait d'exclure toute participation de l'industrie pharmaceutique et se veulent non syndiqué.

L'indépendance est un critère de motivation pour l'intégration d'une FMC, selon l'étude de Dr LAURES P. dans sa recherche sur les « Déterminants de la participation à une formation médicale continue associative présentielle en médecine générale » réalisée en 2016. (109)

4.1.3. Des perspectives ?

Pour compléter ce travail, il pourrait être intéressant de recueillir les expériences des animateurs, les méthodes d'animation et leurs éventuelles difficultés afin d'établir un cahier des charges relatif à leur activité.

Afin d'effectuer une évaluation plus ample des Groupes Qualité, il aurait été bien de questionner également des médecins qui ont quitté les GQ pour un autre motif que l'arrêt de l'activité professionnelle. De plus, il pourrait y avoir une étude portant sur l'ensemble des médecins de la région normande pour établir une vision des formations médicales continues suivies et pour quelles raisons afin de voir les attentes des professionnels et de parfaire l'organisation de certaines.

Dans son rapport « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019 » de Juillet 2018 (114), l'AM propose des évolutions possibles afin d'appuyer la dynamique des Groupes Qualité :

- Soutien à la mise en place et la formalisation des groupes qualité dans les structures d'exercice pluriprofessionnelles
- Inscription des groupes qualité dans la dynamique des CPTS
- Inscription de leur financement autant que possible dans les financements de droit commun, si possible après une phase d'expérimentation pour sortir de la logique non pérenne du FIR
- Professionnalisation et mutualisation plus importante des outils (synthèses de littérature, profils...)
- Choix de thèmes nouveaux (parcours de soins)
- Extension de la démarche à d'autres professions, soit sur des thématiques pertinentes, soit de principe dans le groupe
- Rapprochement de la démarche avec les démarches hospitalières de qualité dans certains territoires expérimentaux
- Evaluation de l'impact des groupes qualité avec une méthodologie commune à l'ensemble des régions sur la période la plus longue possible.

4.2. Discussion sur la méthodologie

4.2.1. Limites

Cette étude présente certaines limites à prendre en compte. Pour commencer, il s'agissait de ma première étude et mon manque d'expérience a pu constituer un désavantage.

4.2.1.1. Taux de participation faible

Le taux de participation des médecins engagés dans le programme GQ est de 43%. Ce taux est inférieur à celui que nous attendions. Nous pensions que comme le sujet les touchait spécifiquement, les participants auraient été d'avantage intéressés.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer l'absence de réponse au questionnaire :

- Sa longueur
- Sa présentation sur l'application Google Forms. J'ai reçu l'information après diffusion quant à la préférence du DMG de Caen de l'utilisation de l'application LimeSurvey avec hébergement des données sur le serveur de l'université.
De plus, le premier jour de la diffusion du questionnaire, les médecins devaient s'identifier par leur adresse email avant de le remplir afin d'assurer qu'ils ne répondent qu'une seule fois. En aucun cas, je ne pouvais avoir accès à cette donnée. L'anonymat n'a jamais été mis en péril. Néanmoins, cela peut avoir bloqué les médecins à répondre. Cette identification a été retirée dès prise en considération de cette erreur.
- La diffusion par courriel dans des boîtes-mail déjà surchargées
- La diffusion sur le réseau « Facebook » du SIREHN-IMG pour les internes rouennais
- L'absence d'information en présentiel de mon projet aux animateurs
- Le contexte sanitaire avec la crise du COVID-19 et le début du confinement au 16 Mars 2020, soit au milieu de la période d'étude. Des séances de GQ ont dû être annulées et les animateurs n'ont pas pu relayer le rappel de participer à ma thèse. En outre, les médecins ont dû s'informer sur le COVID-19, trier les courriels d'informations en plus de ceux habituels, réorganiser la gestion de leur cabinet, ce qui n'a probablement pas dû aider à leur assiduité vis-à-vis des nombreux questionnaires de thèses qu'ils reçoivent.

De plus, ce taux de participation peut s'expliquer par le mode de diffusion du questionnaire. Vous avez à votre disposition le courrier d'information envoyé aux médecins en **Annexe 9** et celui correspondant aux internes en **Annexes 10 et 11**.

J'ai fait l'erreur d'adresser aux participants le seul critère d'inclusion qui leur incombait afin de raccourcir mon propos et le rendre plus lisible. Cependant, lors de l'envoi du courriel pour les internes de Caen, la gestionnaire des TCEM de Médecine générale a pris l'initiative d'envoyer le courriel aux MSU. Les MSU engagés dans un GQ ont donc reçu 2 courriels pour ma thèse, un leur spécifiant que la thèse n'était adressée qu'aux médecins engagés et un autre stipulant que la thèse était adressée aux internes qui avaient pu participer à un GQ au cours de leur cursus. Cela a fort probablement entraîné une forte confusion et limité les réponses.

4.2.1.2. Questionnaire

Certaines réponses ont dû être retravaillées pour pouvoir les analyser. Cela laisse à penser que la formulation de la question n'était pas appropriée.

La question 8.5. ne devrait pas être une question ouverte, elle devrait proposer des tranches en années comme de moins de 1 an, entre 1 et 5 ans, entre 5 et 10 ans, plus de 10 ans. L'ouverture de la question a entraîné beaucoup de données manquantes et les analyses s'en retrouvent faussées. Les données manquantes sont probablement également dues au fait que le questionnaire étant en ligne, parfois les médecins choisissent d'y répondre rapidement entre deux activités. Cette question étant en fin de questionnaire, la pression de finir vite ne leur a peut-être pas laissé le temps de la réflexion.

La question 8.6. aurait dû être divisée en 2 questions :

- Une première avec les 5 propositions déjà existantes et une dernière proposition « Aucune de ces réponses »
- Une deuxième question ouverte

La même division aurait pu être réalisée pour la question 8.3.3. .

Par ailleurs, l'application Google Forms comprenait des lacunes. Il n'est pas possible de créer un questionnaire dynamique. En effet, il aurait été optimal que lorsqu'un participant répond « Non » à une question, les questions suivantes qui ne le concernent pas se suppriment et que le participant puisse directement passer à la séquence suivante.

4.2.1.3. Biais

4.2.1.3.1. Biais de sélection

On peut se demander si les médecins inscrits aux GQ ne sont pas plus enclins à répondre aux formations et/ou aux questionnaires. Cela est un biais de recrutement.

4.2.1.3.2. Biais d'information

Notre étude portant sur des ressentis peut être pourvoyeuse de biais de mémorisation.

De plus, il se peut qu'il y ait un biais de subjectivité lié à l'enquêtrice. Par la connaissance des GQ, l'interprétation des résultats a pu être renforcée ou son acuité a pu être augmentée pour certains points.

(118)

4.2.2. Forces

4.2.2.1. Population

Notre population est fortement représentative des médecins engagés aux GQ sur un point : leur lieu d'exercice.

Les pourcentages des différents départements sont quasiment similaires.

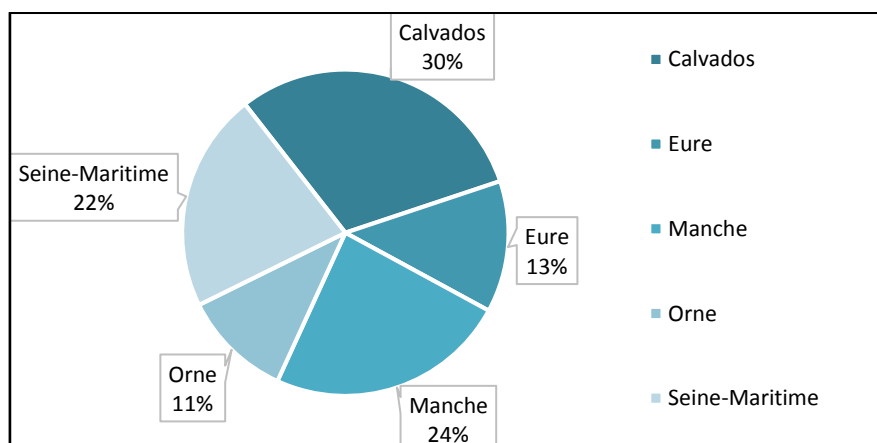


Figure 16 : Nombre de groupes GQ par département en Normandie en 2019

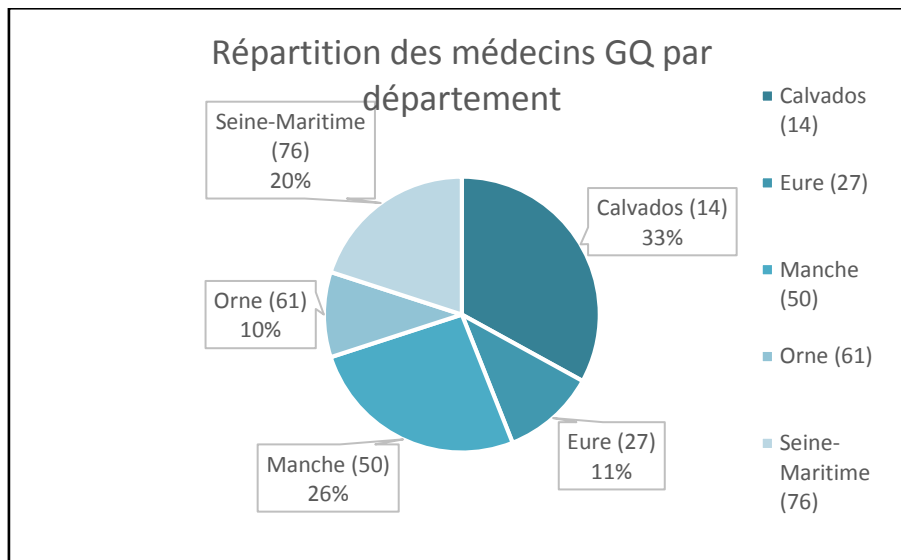


Figure 17 : Répartition des médecins participants aux GQ et à l'étude (installés et non installés) de Normandie

4.2.2.2. Choix du type d'étude

Nous avons choisi de réaliser cette étude à l'aide d'un questionnaire afin de recueillir l'avis d'un maximum de médecins généralistes participant à un Groupe Qualité. La méthode par questionnaire nous permettait de connaître la proportion de médecins partageant les avis proposés par le questionnaire et de préciser, dans certains cas, si leurs avis changeaient en fonction de leurs caractéristiques.

En revanche, avec un questionnaire, le champ des avis des médecins est restreint, car le nombre de questions est limité. Nous avons décidé de poser des questions ouvertes à la fin de chaque partie du questionnaire afin de ne pas limiter l'expression des participants. En pratique, j'ai observé une dizaine réponses libres par question lors de leur analyse. Pour élargir le champ des avis il aurait fallu opérer par une étude qualitative comme Dr LAUDE E..

Le choix de la réalisation du questionnaire sur l'application Google Forms permet d'éviter la notion de jugement. Les participants sont seuls devant leur ordinateur et peuvent également prendre plus de temps pour répondre que si le questionnaire avait été délivré lors d'une séance de GQ.

5. Conclusion

Après presque 15 ans d'activités dans la région Normandie et deux décennies après leur création en 2001 en Bretagne, les Groupes Qualité remplissent les missions et les valeurs souhaitées par leurs créateurs.

Ils répondent aux attentes de nombreux médecins généralistes dans le contexte actuel de l'exercice de la médecine générale.

Représentés par une grande partie de médecins installés, ils sont une aide à l'organisation de l'activité quotidienne, un soutien psychologique, mais aussi un moyen pour renforcer leurs connaissances et les confronter aux recommandations récentes.

Une proportion de la génération future de médecins généralistes est impliquée dans cette envie de participation à des Groupes d'Echanges de Pratique. Proposer des structures indépendantes, proches de celles suivies en formation médicale initiale, est un atout majeur pour espérer une activité pérenne des GQ et un recrutement régulier des professionnels de santé.

Bien que des limites aient été posées à cette étude, celle-ci permet de relever de nombreux aspects positifs. Notre étude démontre que les médecins engagés dans la démarche des GQ en Normandie sont satisfaits d'y participer et en retirent des bénéfices non négligeables sur le plan de la pratique mais également personnel. Ces bénéfices sont précisément ceux pour lesquels ces groupes ont été créés et sont de trois ordres : Amélioration des pratiques et des connaissances, convivialité des moments d'échanges et amélioration de la santé personnelle au travail.

Nos résultats confortent ceux apportés par mes confrères Dr LAUDE E. et Dr PINEAU M. en 2019.

Les indicateurs sont au beau fixe depuis leur création, montrant une économie potentiellement générée par la participation aux GQ grâce aux données de l'Assurance Maladie. Leur impact au niveau de la politique de santé est notable. Les groupes qualité constituent une première étape de la mise en place d'une véritable démarche qualité dans un contexte de soins de ville.

Cependant un avis mitigé entoure la restitution des indicateurs aux participants. Seulement la moitié d'entre eux répond en prendre connaissance. Il semble important d'apporter une information régulière sur leur développement, leurs objectifs et l'interprétation de leurs résultats.

Cette évaluation des GQ par les médecins généralistes amène à penser qu'un essaimage des GQ dans toute la France mériterait réflexion et évaluation.

De plus, la démarche Groupe Qualité proposée aux seuls médecins généralistes pourrait évoluer vers une formule supplémentaire Groupe Qualité pluri-professionnelle. Une médecine de qualité passe notamment par des échanges entre confrères médicaux et paramédicaux centrés sur la prise en charge du patient. L'implantation des GQ pluri-professionnels pourrait faire l'objet d'étude future.

6. Bibliographie

1. fiche15-3.pdf [Internet]. [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche15-3.pdf>
2. Gallois Pierre. <>formation médicale continue [Texte imprimé]: principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation / sous la direction de Pierre Gallois. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 1997. xvi+280.
3. Vignally P, Gentile S, Bongiovanni I, Sambuc R, Chabot J-M. Évaluation des pratiques professionnelles du médecin : historique de la démarche en France. Sante Publique (Bucur). 2007;Vol. 19(1):81- 6.
4. CD-ROM L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine ambulatoire - juin 2008 [Internet]. [cité 17 mai 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2665318
5. historique [Internet]. FMC BR. [cité 17 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.fmc67.org/page8/page8.html>
6. Le serment d'Hippocrate [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 12 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
7. Article 11 - Développement professionnel continu [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 12 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-11-developpement-professionnel-continu>
8. codedeont.pdf [Internet]. [cité 12 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
9. Code de la santé publique - Article R4127-11. Code de la santé publique.
10. Buzyn MA, Vidal MF. Président du Comité de Pilotage de la Recertification des Médecins. 2018;69.
11. Entretiens de Bichat. In: Wikipédia [Internet]. 2018 [cité 17 mai 2020]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Entretiens_de_Bichat&oldid=147287916
12. Scharf G. Manuel pratique de la formation continue du médecin: à l'usage des animateurs de F.M.C. et des praticiens. Intergraphe; 1977. 183 p.
13. Loi n° 71-575 du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente | Legifrance [Internet]. [cité 17 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006068411&dateTexte=20110411>
14. Formation continue en France. In: Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 17 mai 2020]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Formation_continue_en_France&oldid=168255561
15. Boulain C. Histoire de la Formation médicale continue de ses débuts au printemps 1996. 1997.

16. Unaformec - Les archives [Internet]. [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.unaformec.org/index.php?page=archives-union-nationale#pierre-gallois-30-ans-d-histoire-de-la-fmc-et-de-l-unaformec>
17. Chaperon J. La Convention médicale de 1946 à nos jours. Rev Prescrire. 1996;550- 5.
18. Chabot J. Le dispositif de formation médicale continue en 1994. Acta Endosc. 1994;24(3):341–345.
19. Querelles de pépètes chez les médecins. MG-France accuse ses opposants d’avoir détourné des fonds destinés à la formation. - Libération [Internet]. [cité 17 mai 2020]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/futurs/1997/10/24/querelles-de-pepetes-chez-les-medecins-mg-france-accuse-ses-opposants-d-avoir-detourne-des-fonds-des_217670
20. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
21. LOI n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l’assurance maladie.
22. Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999.
23. Décret n°99-1130 du 28 décembre 1999 relatif à l’évaluation des pratiques professionnelles et à l’analyse de l’évolution des dépenses médicales. 99-1130 déc 28, 1999.
24. Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins | Legifrance [Internet]. [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005620824>
25. Ordonnance no 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.
26. Décret no 96-1050 du 5 décembre 1996 relatif à la formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral. 96-1050 déc 5, 1996.
27. Décret no 97-933 du 13 octobre 1997 modifiant le décret no 96-1050 du 5 décembre 1996 relatif à la formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral. 97-933 oct 13, 1997.
28. Pascal J, Riou F, Chaperon J. Difficultés de mise en place et enjeux institutionnels de la formation continue des médecins libéraux. :13.
29. Code de la santé publique - Article L4133-1. Code de la santé publique.
30. Décret n°2003-1077 du 14 novembre 2003 relatif aux conseils nationaux et au comité de coordination de la formation médicale continue prévus aux articles L. 4133-3 et L. 6155-2 du code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005692045&dateTexte=20040807>
31. N° 877 - Projet de loi relatif à la politique de santé publique [Internet]. [cité 17 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/12/projets/pl0877.asp>
32. N° 2888 - Rapport de M. Jean-Michel Dubernard sur le projet de loi , adopté par le Sénat après déclaration d’urgence, de programme pour la recherche (n°2784) [Internet]. [cité 17 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rapports/r2888.asp>

33. Journaux Officiels - 2e séance du jeudi 9 octobre 2003 [Internet]. [cité 17 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/12/cri/2003-2004/20040012.asp>
34. Deuxième séance du 27 avril 2004 [Internet]. [cité 17 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/12/cri/2003-2004/20040201.asp>
35. Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles. 2005-346 avr 14, 2005.
36. Séance du 9 juillet 2004 (compte rendu intégral des débats) [Internet]. [cité 17 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/seances/s200407/s20040709/s20040709002.html>
37. epp-mode-d--emploi.pdf [Internet]. [cité 17 mai 2020]. Disponible sur: <http://ddata.over-blog.com/xxxyyy/0/10/54/33/epp-has-urlm/epp-mode-d--emploi.pdf>
38. Critères d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 17 mai 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_438005/fr/criteres-d-evaluation-des-pratiques-professionnelles-epp
39. Élaborer et mettre en oeuvre des critères de qualité [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 17 mai 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1650474/fr/elaborer-et-mettre-en-oeuvre-des-criteres-de-qualite
40. CD-Rom EPP en médecine ambulatoire 2008 [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 17 mai 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_736246/fr/cd-rom-epp-en-medecine-ambulatoire-2008
41. Masson E. De l'obligation de l'évaluation des pratiques professionnelles et de sa mise en œuvre en hépato-gastroentérologie [Internet]. EM-Consulte. [cité 17 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/129789/alertePM>
42. tr_7_p_cabarrot.pdf [Internet]. [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/tr_7_p_cabarrot.pdf
43. 1-decret_n2006-909_du_21_juillet_2006.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/1-decret_n2006-909_du_21_juillet_2006.pdf
44. 064000180.pdf [Internet]. [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/064000180.pdf>
45. Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins [Internet]. [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article54>
46. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
47. Contrôle de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu et évaluation du développement professionnel continu des professionnels de santé [Internet]. [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article371>
48. Dossiers législatifs - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé | Legifrance [Internet]. [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPubliee.do?idDocument=JORFDOLE000029589477&type=general&legislature=14>

49. Loi de modernisation de notre système de santé - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/loi-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante/>
50. Décret n° 2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé. 2016-942 juill 8, 2016.
51. Agence DPC | Agence nationale du Développement Professionnel Continu Engagée pour un DPC de qualité [Internet]. [cité 17 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.agencedpc.fr/>
52. [forfaitsdpc2019_medecins_avr.pdf](https://www.agencedpc.fr/sites/default/files/images/le-dpc/forfaitsdpc2019_medecins_avr.pdf) [Internet]. [cité 12 avr 2020]. Disponible sur: https://www.agencedpc.fr/sites/default/files/images/le-dpc/forfaitsdpc2019_medecins_avr.pdf
53. Fiches conseils [Internet]. [cité 18 mai 2020]. Disponible sur: https://www.mondpc.fr/mondpc/le_dpc_en_fiches/16
54. Orientations nationales prioritaires de DPC 2020-2022 | Agence DPC [Internet]. [cité 6 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.agencedpc.fr/le-dpc/orientations-nationales-prioritaires-de-dpc-2020-2022>
55. Arrêté du 8 avril 2020 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2019 définissant les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu pour les années 2020 à 2022.
56. Arrêté du 31 juillet 2019 définissant les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu pour les années 2020 à 2022.
57. [ForfaitsDPC2020_medecins_vdef.pdf](https://www.mondpc.fr/public/medias/mondpc/pdf/ForfaitsDPC2020_medecins_vdef.pdf) [Internet]. [cité 18 mai 2020]. Disponible sur: https://www.mondpc.fr/public/medias/mondpc/pdf/ForfaitsDPC2020_medecins_vdef.pdf
58. Méthodes et modalités de DPC [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2812251/fr/methodes-et-modalites-de-dpc
59. [HAS-groupes-analyses-pratique-entre-pairs.pdf](https://www.irbms.com/download/documents/HAS-groupes-analyses-pratique-entre-pairs.pdf) [Internet]. [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.irbms.com/download/documents/HAS-groupes-analyses-pratique-entre-pairs.pdf>
60. Akobeng A. Principles of Evidence Based Medicine. Arch Dis Child. 1 sept 2005;90:837- 40.
61. Staffs d'une équipe médico-soignante, groupes d'analyse de pratiques [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807236/fr/staffs-d-une-equipe-medico-soignante-groupes-d-analyse-de-pratiques
62. Larousse É. Définitions : analyse - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 22 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/analyse/3235>
63. Définitions : pratique - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 22 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pratique/63257?q=pratique#62552>
64. Beyer M, Gerlach FM, Flies U, Grol R, Król Z, Munck A, et al. The development of quality circles/peer review groups as a method of quality improvement in Europe. Results of a survey in 26 European countries. Fam Pract. août 2003;20(4):443- 51.
65. Société Française de Médecine Générale : Groupe de pairs® [Internet]. [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: http://www.sfmng.org/groupe_de_pairs/

66. CME Small Group Meetings - ICGP Web Site [Internet]. [cité 22 mai 2020]. Disponible sur: https://www.icgp.ie/go/courses/cme_small_group_meetings
67. Gerlach FM, Beyer M, Römer A. Quality circles in ambulatory care: state of development and future perspective in Germany. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. févr 1998;10(1):35- 42.
68. Cohen-Léon S. Groupe Balint. Approche Balint. *Rev Psychother Psychanal Groupe*. 9 juill 2008;n° 50(1):141- 8.
69. Les groupes Balint | Société Médicale Balint [Internet]. [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.balint-smb-france.org/groupe-balint.php>
70. Brigley S, Young Y, Littlejohns P, McEwen J. Continuing education for medical professionals: a reflective model. *Postgrad Med J*. 1 janv 1997;73(855):23- 6.
71. Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 15 avr 2009;(2):CD003030.
72. Quality circles physicians-pharmacists: A local primary care network effective to maintain the costs and to improve the quality of medical prescriptions | Request PDF [Internet]. ResearchGate. [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/283368193_Quality_circles_physicians-pharmacists_A_local_primary_care_network_effective_to_maintain_the_costs_and_to_improve_the_quality_of_medical_prescriptions
73. Revue Prescrire, article en une, titre , juillet 2008 [Internet]. [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/aLaUne/dossierCercleQualite.php>
74. Revue Prescrire, article en une, Les Cercles de qualité mdecins-pharmaciens suisses, de 1997 à 2008, juillet 2008 [Internet]. [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/aLaUne/dossierCercleQualiteInitiative.php>
75. FMPE - Practice Based Small Group Learning Program [Internet]. [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.fmpe.org/>
76. Zaher E, Ratnapalan S. Practice-based small group learning programs: systematic review. *Can Fam Physician Med Fam Can*. juin 2012;58(6):637- 42, e310-316.
77. Kandel Olivier médecin. Manuel théorique de médecine générale: 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline / Olivier Kandel,... Marie-Alice Bousquet,... Julie Chouilly,... ; [préface de Gérard de Pourville]. Saint-Cloud: Global Média Santé; 2015. 207 p. (Le plaisir de comprendre).
78. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 13 janv 1996;312(7023):71- 2.
79. Groupes locaux [Internet]. [cité 22 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.sftg.eu/groupes-locaux/>
80. MG FORM [Internet]. [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.mgform.org/nos-specificites/geap>

81. Role [Internet]. [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: <http://cn-urps-ml.org/cn-urpsml/role-cn-urpsml>
82. loi-santé-26-01-2016.pdf [Internet]. [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.unaformec.org/uploads/loi-sant%C3%A9-26-01-2016.pdf>
83. Statuts [Internet]. [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: <http://cn-urps-ml.org/cn-urpsml/statuts-cn-urpsml>
84. Les URPS médecins [Internet]. [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: <http://cn-urps-ml.org/les-urps-medecins>
85. Décret n° 2010-585 du 2 juin 2010 relatif aux unions régionales de professionnels de santé. 2010-585 juin 2, 2010.
86. Votre URML - URML Normandie [Internet]. [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.urml-normandie.org/votre-urml/>
87. Groupes Qualité APIMED Pays de la Loire - Accueil [Internet]. APIMED Pays de la Loire. [cité 20 nov 2019]. Disponible sur: <https://apimed-pl.org/>
88. Les objectifs des Groupes Qualité [Internet]. APIMED Pays de la Loire. [cité 11 mai 2020]. Disponible sur: <https://apimed-pl.org/groupes-qualite-pays-de-la-loire-apimed/objectifs-groupes-qualite-apimed/>
89. Les Groupes Qualité normandie en image [Internet]. URML Normandie. [cité 20 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.urml-normandie.org/en-action/groupes-qualite-gqn/les-groupes-qualite-normandie-en-image/>
90. Les groupes qualité en médecine générale [Internet]. [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.bretagne.paps.sante.fr/les-groupes-qualite-en-medecine-generale-0>
91. Convention-Participants-GQ-N..pdf [Internet]. [cité 15 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.urml-normandie.org/wp-content/uploads/2018/04/Convention-Participants-GQ-N..pdf>
92. CR_GQ-N.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: https://www.urml-normandie.org/wp-content/uploads/2018/04/CR_GQ-N.pdf
93. Fiche-Cas-clinique.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.urml-normandie.org/wp-content/uploads/2017/02/Fiche-Cas-clinique.pdf>
94. Composantes du SNDS | SNDS [Internet]. [cité 18 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.snds.gouv.fr/SNDS/Composantes-du-SNDS>
95. fiche_09.pdf [Internet]. [cité 20 avr 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_09.pdf
96. DCGDR - Normandie [Internet]. [cité 20 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.dcgdr-normandie.fr/>
97. DPC [Internet]. URML Normandie. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.urml-normandie.org/en-action/groupes-qualite-gqn/dpc/>

98. Accueil [Internet]. Organisme de Développement Professionnel Continu. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.odpcgq.org/>
99. DPC-Guide.pdf [Internet]. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <https://apimed-pl.org/contenu/uploads/2019/10/DPC-Guide.pdf>
100. Loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association | Legifrance [Internet]. [cité 18 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006069570&dateTexte=20090506>
101. fir 2017V7-def .pdf [Internet]. [cité 18 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.normandie.ars.sante.fr/system/files/2018-09/fir%202017V7-def%20.pdf>
102. Bilan SROS ex-BN.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.normandie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/Bilan%20SROS%20ex-BN.pdf>
103. La démographie médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
104. CartoSanté [Internet]. [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: <http://cartosante.atlasante.fr/#l=fr;v=map5>
105. cnom_atlas_2018_synthese_activite_reguliere_0.pdf [Internet]. [cité 12 avr 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/pie6yf/cnom_atlas_2018_synthese_activite_reguliere_0.pdf
106. DGOS. Le fonds d'intervention régional (FIR) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 18 mai 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/fond-d-intervention-regional/article/le-fonds-d-intervention-regional-fir>
107. Philibert A-C. Les groupes d'échange de pratique entre pairs: un modèle de développement professionnel continu en médecine générale. :46.
108. Rohrbasser A, Harris J, Mickan S, Tal K, Wong G. Quality circles for quality improvement in primary health care: Their origins, spread, effectiveness and lacunae– A scoping review. PLoS ONE [Internet]. 17 déc 2018 [cité 11 avr 2020];13(12). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6296539/>
109. Laures P. Déterminants de la participation à une formation médicale continue associative présentielle en médecine générale. 2016.
110. Levesque E. Groupe d'analyse de pratique entre pairs et développement professionnel continu en médecine générale. 14 févr 2019;123.
111. Arnaud G. 290 Quality circle prescribing improvement program. BMJ Qual Saf. 1 avr 2010;19(Suppl 1):A23- 4.
112. Gamel S. Les groupes de pairs en médecine générale: opinion des participants lorrains. 2005;82.
113. Le Grand Hascoët Stéphanie. Perception d'une liste de médicaments à usage préférentiel chez le patient âgé par un groupe de médecins généralistes participant aux « Groupes Qualité » en région Bretagne. 11 juin 2015;97.

114. rapport-charges-et-produits-2019_cp19_01.pdf [Internet]. [cité 24 mai 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/rapport-charges-et-produits-2019_cp19_01.pdf
115. Laude E. Le programme « Groupe Qualité en médecine générale », ressenti des médecins généralistes des Hauts-de-France engagés. 2019.
116. Pineau M. Participation à un groupe Qualité : motivations, freins et impacts sur la pratique. 2019.
117. Carrez-Gamel S. Les Groupes de Pairs en Médecins Générale : opinion des participants lorrains. 2005;81.
118. Initiation à la recherche Paul FRAPPÉ La revue du praticien [Internet]. [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.unitheque.com/initiation-recherche/la-revue-praticien/Livre/123213>
119. Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf [Internet]. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf
120. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittee J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative -Première partie : d' Acteur à Interdépendance. Exercer. 1 janv 2009;87:74- 9.
121. S'approprier la méthode du « focus group » [Internet]. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/archive/sapproprier-la-methode-du-focus-group>
122. Ducos G. Delphi et analyses d'interactions. 1983;8.
123. Google Forms vous permet de créer des questionnaires et d'en analyser les résultats gratuitement [Internet]. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.google.fr/intl/fr/forms/about/>
124. HERON AM. La loi Jardé en 4 minutes [Internet]. SoEpidemio. 2020 [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: <https://soepidemio.com/2020/01/22/la-loi-jarde-en-4-minutes/>
125. Recherche médicale : comment procéder pour une thèse ou un mémoire ? | CNIL [Internet]. [cité 20 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/recherche-medicale-comment-proceder-pour-une-these-ou-un-memoire>
126. Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé Méthodologie de référence MR-004 | CNIL [Internet]. [cité 20 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/declaration/mr-004-recherches-nimpliquant-pas-la-personne-humaine-etudes-et-evaluations-dans-le>
127. BiostaTGV - Statistiques en ligne [Internet]. [cité 20 avr 2020]. Disponible sur: <https://biostatgv.sentiweb.fr/?module=etudes/planification>
128. Francione R, Bissonnier C. La démographie médicale En Région Basse-Normandie Situation en 2015. :65.
129. Francione R, Bissonnier C. La démographie médicale En Région Haute-Normandie Situation en 2015. :63.
130. PAILLOUX A. Les Groupes d'Echange de Pratique en 3ème Cycle de Médecine Générale : Impact Ressenti par les Internes sur leur Attitude Professionnelle. 10 oct 2013;39.

131. APPE N. Les groupes d'échanges de pratiques dans la formation médicale continue et la formation médicale initiale des médecins généralistes : enquête qualitative à partir de 2 Focus Groups. 2014.
132. Bouattour H. Prévention de l'épuisement professionnel chez les médecins généralistes libéraux : Quel est le rôle de la FMC dans la représentation des médecins ? 2016.
133. Saurel V. Évaluation de la mise en place des facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel chez les médecins généralistes installés depuis moins de 10 ans. 2015.

7. ANNEXES

Annexe 1 : Cahier des charges GQ (FFGQ) 10/09/2015



**GROUPES QUALITÉ®
EN
MEDECINE GENERALE**

**« UNITE TERRITORIALE D'AMELIORATION DES
PRATIQUES ET D'ORGANISATION PROFESSIONNELLE »**

Cahier des charges

2 - PRINCIPES GÉNÉRAUX

2.1 La constitution des groupes

Les Groupes Qualité cherchent à impliquer tous les médecins spécialistes de médecine générale d'une même zone géographique.

2.2 L'engagement des médecins

Les médecins s'engagent, à travers les Groupes Qualité à améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

3 - ARCHITECTURE FONCTIONNELLE

3.1 Structures

3.1.1 Support juridique du projet

Une association loi 1901, réunissant à l'échelon régional les représentants élus des médecins participants aux groupes qualité et des représentants mandatés par l'Union Régionale des Professionnels de Santé, est la structure juridique responsable du programme.

Cette structure juridique établit des conventions de fonctionnement avec les institutions :

- Agence Régionale de Santé
- Assurance Maladie
- Union Régionale des Professionnels de Santé des Médecins Libéraux
- et tout partenaire en dehors de l'industrie pharmaceutique.

3.1.2 Rôles de la structure régionale

- Désigner un médecin coordonnateur.
- Définir le choix des sites pour l'implantation des groupes qualité.
- Désigner les animateurs des groupes et organiser leur formation.
- Etablir la liste des thèmes qui seront proposés aux médecins des groupes.
- Assurer l'évaluation du programme.
- Définir les actions de communication.
- S'assurer du respect du cahier des charges.

3.1.3 Le médecin coordonnateur

1- OBJECTIFS DES GROUPES QUALITE

1.1 Contexte

Les médecins spécialistes de médecine générale sont confrontés à un exercice de plus en plus complexe, à des contraintes économiques, sociétales, qui nécessitent de faire évoluer leur exercice professionnel en développant notamment de nouvelles formes de réflexion. Afin de garantir à la population des soins de qualité, de maintenir une offre de premier recours sur le territoire et de rompre l'isolement professionnel.

1.2 Objectifs du projet

Proposer aux médecins généralistes participants un espace de réflexion dans le cadre des données actualisées et un cadre de rencontre afin de confronter leur pratique de façon critique.

Les 4 objectifs principaux des Groupes Qualité® sont :

- Permettre aux médecins spécialistes de médecine générale d'une même zone géographique :
 - de se rencontrer régulièrement pour échanger sur leur pratique et sur les problèmes qu'ils rencontrent, de rompre ainsi leur isolement.
 - de développer de nouvelles formes de relations professionnelles.
 - de faciliter l'organisation de la profession en lien avec les autres acteurs de santé.
- Développer une démarche réflexive en donnant aux médecins des moyens afin :
 - d'analyser plus facilement dans leur pratique quotidienne les décisions qu'ils prennent.
 - d'identifier la nature des obstacles à l'application d'une recommandation.
 - d'améliorer la sécurité des soins (bénéfice/risque).
- Elaborer des stratégies pertinentes pour mettre en œuvre cette recommandation en tenant compte des trois dimensions suivantes :
 - humaine
 - scientifique
 - économique
- Valoriser l'engagement des médecins.

Ce contrat individuel explicite, sur la base du cahier des charges :

- les obligations du médecin.
- les objectifs fixés par le cahier des charges.
- les modalités de valorisation du médecin engagé (indemnisation et validation des obligations de formation).

3.2.2 Les thèmes

Chaque réunion est dédiée principalement à un thème, lié aux engagements pris par l'association.

Les thèmes retenus doivent :

- Concerner la pratique quotidienne des médecins.
- Etre propres à générer une amélioration des pratiques.
- Etre évaluables.
- Correspondre à des données actualisées de la science.
- Améliorer la coordination des soins.

3.3 Le pilotage régional

Une convention définit l'engagement des partenaires sur les modalités de partenariat et les conditions de mise en œuvre du projet en région.

Un *Comité de Pilotage Régional*, réunissant les différents partenaires, fixe les orientations, définit les objectifs du projet et les modalités d'évaluation de la démarche, dans le respect du cahier des charges.

Un *Comité Technique Régional* est composé des personnes ressources nécessaires à la mise en œuvre des actions validées par le comité de pilotage.

3.4 Le pilotage national

La *Fédération française des Groupes Qualité*® (FFGQ) association loi de 1901 :

- Fédère les représentations régionales.
- Coordonne la mise en œuvre et le suivi du programme.
- Est l'interlocuteur commun avec les organisations nationales.
- Organise la concertation entre les différentes régions.

Dans chaque région, un médecin coordonnateur est recruté par l'association pour assurer le lien entre les Groupes Qualité® de la région.

Ses attributions sont :

- Organiser les formations d'animateurs et les accompagner.
- Participer à l'évaluation du programme.
- Etre l'interface entre les Groupes Qualité et l'association en facilitant les échanges.
- S'assurer du respect du cahier des charges des Groupes Qualité®.
- Centraliser les comptes rendus des réunions.

3.1.4 Les médecins animateurs

Chaque groupe est accompagné par un animateur,

- recruté parmi les médecins de terrain de même spécialité et validé par l'association régionale.
- disposant de compétences en animation de groupes.

L'animateur doit avoir suivi une formation spécifique aux Groupes Qualité. Son rôle est celui d'un facilitateur, en aucun cas celui d'un expert.

Il doit :

- Accompagner les médecins dans leur démarche réflexive.
- Gérer la dynamique du groupe, s'assurer du respect du déroulement prévu, répartir le temps de parole et le travail entre les réunions.
- S'assurer que les aspects matériels et logistiques des réunions ont bien été pris en compte.
- Inciter les médecins à la recherche documentaire.
- Etre le relais entre les médecins de terrain et le coordonnateur.
- S'engager à suivre les formations spécifiques à la démarche des Groupes Qualité.

3.2 Engagement des médecins participants - Contractualisation

3.2.1 Le contrat

Un contrat annuel, renouvelable par tacite reconduction, est établi entre l'association et chacun des médecins intégrant un Groupe Qualité.

3.5.4 Documentation

- Une documentation médicale est mise à la disposition des médecins par le coordonnateur.
- Cette information expose la problématique du thème abordé et des données actualisées sur le sujet et comporte des références bibliographiques.

3.6 Evaluation

- 3.6.1 Impact du programme des Groupes Qualité sur la qualité et l'efficacité des soins.
- 3.6.2 L'évaluation des moyens nécessaires au fonctionnement du projet en région.
- 3.6.3 Evaluation du fonctionnement.

Le déroulement du programme ainsi que les actions menées dans les différents groupes font l'objet d'une évaluation annuelle. Elle concerne :

- Les réunions :
 - Présence aux réunions et effectif des médecins.
 - Contenu des réunions (durée des rencontres, thèmes traités, supports utilisés...).
 - La concertation avec les autres professionnels de santé.
- La documentation :
 - Les dossiers documentaires.
 - La restitution des données par l'Assurance Maladie.
 - Les autres sources de données.
- La satisfaction des acteurs :
 - Enquête de satisfaction auprès des acteurs.

3.7 La communication autour du programme

Les données issues de la mise en œuvre du projet sont la propriété de l'association régionale. Dans ce cadre toute action de communication envisagée se fera sous réserve de validation par l'assemblée générale de l'association.

3.5 Fonctionnement d'un groupe qualité

Il repose sur l'organisation de 10 réunions par an, à un rythme mensuel, dont 6 réunions à thème choisi par l'association.

3.5.1 Réunions thématiques

Elles permettent aux médecins, pour le thème choisi, de s'interroger sur leur pratique à partir d'observations cliniques, que chacun d'entre eux présente à tour de rôle.

A travers cet échange, l'animateur s'assure que les déterminants des décisions médicales sont identifiés, que les décisions médicales se réfèrent aux données actualisées validées et, le cas échéant, que les obstacles à l'application de ces données sont précisés.

En fonction du thème abordé, la participation d'autres professionnels de santé est envisageable.

Les étudiants stagiaires participent de plein droit aux réunions des Groupes Qualité.

Concrètement, les réunions s'organisent donc autour des temps suivants :

- Présentation des objectifs et du déroulement de la réunion.
- Présentation du résultat des recherches entreprises par les médecins pour répondre aux questions restées sans réponse aux réunions précédentes.
- Présentation de cas cliniques et discussion.
- Synthèse et répartition du travail pour la réunion suivante.
- Au terme de la réunion, un compte rendu écrit est adressé à l'association régionale.




3.5.2 Retour d'informations

Deux fois par an un retour d'information émanant des ressources de l'assurance maladie ou d'audits est fourni aux médecins participants leur permettant d'analyser l'évolution de leur pratique et d'identifier l'impact des mesures qu'ils ont prises.

3.5.3 Attestation de présence

Le contrat Groupe Qualité implique un engagement d'assiduité de la part des médecins. Dans ce cadre, une feuille d'émargement est prévue à chaque réunion. Elle atteste la présence des médecins ; elle est transmise après chaque réunion au secrétariat de l'association et permet l'indemnisation de ces derniers.

Annexe 2 : Convention partenariat Médecin participant GQ Normandie

GQ-NORMANDIE- APIMED
7 rue du 11 novembre – 14000 Caen
Tél. 02.31.34.21.76 - Fax : 02.31.34.21.89

CONVENTION DE PARTENARIAT

ENTRE D'UNE PART :

L'Association GQ-N-APIMED, représentée par son Président le Docteur LIBERT

ET D'AUTRE PART :

Le Docteur _____ dont le cabinet médical est situé

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

Email : _____

Tél : _____

Date de naissance : _____

N° ADEL/RPPS : _____




Participant au Groupe « Qualité » de :

Ci-après désigné par le "médecin participant"

Il a été convenu ce qui suit :

1 - OBJET

Siège Social : GQ-NORMANDIE - 7 rue du 11 novembre - 14000 CAEN - Tél. 02 31 34 21 76
Antenne de Rouen : GQ-NORMANDIE - 62 Quai Gaston Boulet - 76000 ROUEN - Tél. 02 35 98 26 02

La présente convention a pour objectif de fixer les modalités de la mission confiée par "GQ-N-APIMED" aux **"médecins participants"** dans la mise en œuvre et l'animation du projet Groupe Qualité selon des principes décrits en annexe.

2 - LE ROLE DU "MEDECIN PARTICIPANT"

Le "médecin participant" s'engage à :

- Participer aux staffs et aux réunions de restitution.

Au total, il est prévu que chaque Groupe Qualité organise 10 réunions par an avec 6 thèmes imposés sur dix : 8 réunions d'une durée d'une heure trente environ et 2 réunions avec restitution des indicateurs fournis par l'AN d'une durée de deux heures environ soit 1 par semestre.

Au cours de ces réunions, les « médecins participants » chercheront à développer une démarche réflexive individuelle sur leur pratique et à favoriser une démarche d'échanges interactifs avec leurs confrères, centrés sur la résolution des problèmes des patients et, ainsi, faciliter l'identification des facteurs influençant la décision (connaissances, histoire personnelle, croyances, doutes ...) et notamment ceux qui contraignent la mise en application de données de la "science".

Cette démarche réflexive aura pour support des sujets proposés par l'association GQ-N-APIMED, qui auront été négociés entre les promoteurs du projet "Groupes Qualité". Une documentation scientifique se rapportant aux divers thèmes abordés sera fournie aux participants. (La liste des thèmes et objectifs retenus pour l'année en cours est jointe en annexe. Cette liste pourra faire l'objet d'un avenant annuel à la convention).

Outre ces sujets proposés, des thèmes choisis par les participants eux-mêmes, au sein des groupes, pourront servir de support aux échanges interactifs.

La démarche réflexive devra en permanence se référer aux pôles de qualité suivants :

- Sources scientifiques de haut niveau de preuve.
- Préoccupation d'un haut degré d'humanité dans la relation médecin-malade.
- Responsabilisation économique, avec le souci du moindre coût compatible avec une prescription de qualité, en s'efforçant notamment de supprimer les dépenses non indispensables.

- Participer à l'évaluation du projet. Dans ce cadre, les "médecins participants" acceptent que les données relatives à leurs prescriptions et détenues par l'Assurance Maladie, que les « revues » de dossiers, de questionnaires ou d'audits, soient analysés

Siège Social : GQ-NORMANDIE - 7 rue du 11 novembre - 14000 CAEN - Tél. 02 31 34 21 76
Antenne de Rouen : GQ-NORMANDIE - 62 Quai Gaston Boulet - 76000 ROUEN - Tél. 02 35 98 26 02

De plus, les "médecins participants" seront tenus de respecter la confidentialité des échanges entre médecins auxquels ils auront assisté dans le cadre de leur mission.

Toute publication ou communication écrite ou orale concernant le projet Groupe Qualité ou les résultats de l'évaluation de ce projet doit faire l'objet d'un accord écrit préalable entre GQ-N-APIMED et le "médecin participant" et se fera dans le respect de la confidentialité due aux patients et aux « médecins participants » à l'expérimentation

6 – DUREE DU CONTRAT

Le contrat est signé pour une durée d'un an, renouvelable par tacite reconduction.

7 – CLAUSES DE RESILIATION

Dans l'hypothèse où l'une des parties de la présente convention considérerait que l'autre partie ne remplit pas ses obligations, elle peut lui adresser un courrier d'observation. L'autre partie dispose d'un délai de quinze jours pour lui répondre. Au terme de ce délai de quinze jours, la partie qui a adressé le courrier d'observations pourra décider de mettre fin à la présente convention dans un délai de résiliation d'un mois.

La résiliation anticipée de la présente convention avant la fin de la mission du "médecin participant" entraînera une indemnisation du travail au prorata du travail effectué.

Les dispositions prévues à l'article 5 resteront en vigueur nonobstant l'échéance ou la résiliation de la présente convention sans limitation de temps.

8 – DIVERS

Les "médecins participants" devront réaliser les démarches nécessaires auprès de leur assurance pour que le véhicule qu'ils utiliseront dans le cadre de la mission liée au Groupe Qualité soit bien assuré pour ce type d'utilisation.

9 - LITIGE

En cas de litige entre les parties, celles-ci s'engagent à rechercher un arrangement amiable. Dans le cas où cet arrangement amiable n'est pas possible, les tribunaux sont seuls compétents. Fait à Caen, le

Pour "GQ-N-APIMED"
Le Président
Docteur LIBERT

Le "médecin participant"



de manière anonyme et utilisées lors des retours d'information proposés aux Groupes Qualité chaque trimestre.

De plus, les "médecins participants" s'engagent à solliciter "GQ-N-APIMED" pour toutes informations nécessaires à l'accomplissement de leur mission. Ils s'engagent aussi à informer "GQ-N-APIMED" de toutes les contraintes liées à leur mission. Au niveau de "GQ-N-APIMED", leur interlocuteur sera le médecin coordonnateur.

Pour exécuter leur mission, les "médecins participants" seront amenés soit à travailler sur leur lieu d'exercice professionnel, soit à se rendre dans un autre lieu de réunion.

3 – LE RÔLE DE "GQ-N-APIMED"

L'association GQ-N-APIMED devra, dans le cadre de sa mission :

- Assurer le bon déroulement du projet Groupe Qualité en facilitant le travail des "médecins participants" sur le terrain, en assurant la formation de leurs animateurs
- Arrêter la liste des thèmes qui seront proposés aux groupes et mettre à leur disposition la documentation scientifique s'y rapportant.
- Restituer les résultats de l'évaluation aux « médecins participants ».
- Assurer l'indemnisation des "médecins participants" conformément à l'article 4.
- Assurer le financement de tous les moyens humains et matériels nécessaires à la réalisation du projet et au fonctionnement du Groupe Qualité.

4 – CONDITIONS FINANCIERES

En contrepartie de la pleine exécution de la mission visée par l'article 2, « GQ-N-APIMED » indemniserà les « médecins participants » pour le temps consacré à mettre en œuvre le projet Groupe Qualité.

Cette indemnisation pour simplifier est fixée 130 € par réunion.

Tous les autres frais liés à la mission des "médecins participants" seront à la charge de ces derniers.

5 – DROITS DE PROPRIETE

Les "médecins participants" s'engagent à respecter strictement le secret professionnel auquel ils sont tenus par le code de déontologie et à ne divulguer, sous aucun prétexte, des informations nominatives apprises dans le cadre de leur mission.

Annexe 3 : Convention Partenariat Animateur GQ Normandie

<p>2 – LE RÔLE DU "MEDECIN ANIMATEUR"</p> <p>Les "médecins animateurs", pour chaque groupe qualité dont il a la charge, devra :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Aider le médecin correspondant local du groupe qualité à organiser les réunions mensuelles et les réunions trimestrielles. Dans ce cadre, ils s'assureront que les feuilles de présence ont bien été signées par les médecins et envoyées à GOBN-APIMED. Au total, il est prévu que chaque Groupe Qualité organise 10 réunions annuelles (6 Staffs et 4 Plénières).2. Animer les réunions du groupe qualité pour :<ul style="list-style-type: none">- Aider chaque médecin à développer une démarche réflexive individuelle sur sa pratique- Favoriser une démarche d'échanges interactifs entre participants, centrés sur la résolution des problèmes des patients et, ainsi faciliter l'identification des facteurs influençant la décision (connaissances, histoire personnelle, croyances, doutes,...) et notamment ceux qui contraignent la mise en application de données de la "science".Dans ce cadre, ils feront rédiger par l'un des médecins participants, à tour de rôle, un compte-rendu de chaque réunion en mentionnant les thèmes abordés, les questions – problèmes soulevés et, si possible, les réponses apportées, les recherches documentaires à effectuer.3. Accompagner les médecins du groupe qualité dans leur recherche bibliographique.4. Accompagner le groupe qualité dans la mise en œuvre d'initiatives locales qui découleraient de la démarche active, réflexive et coopérative du groupe dans l'esprit de la dimension organisationnelle du projet.5. Participer à l'évaluation du projet selon un protocole qui sera précisé ultérieurement. <p>Pour accomplir cette mission, les "médecins animateurs" s'engagent à participer aux séminaires de formation (environ 5 jours).</p> <p>De plus, les "médecins animateurs" s'engagent à solliciter de "GOBN-APIMED" toutes informations nécessaires à l'accomplissement de leur mission. Ils s'engagent aussi à informer "GOBN" de toutes les contraintes liées à leur mission. Au niveau de "GOBN", leur interlocuteur sera le médecin coordonnateur.</p> <p>La durée totale de la mission est conditionnée par le financement.</p>	2
--	----------

<p>  </p> <p>7 rue du 11 novembre – 14000 Caen Tél. 02.31.34.21.76 - Fax : 02.31.34.21.89 Mail : groupes.qualite.basse-normandie@orange.fr</p> <p>CONVENTION DE PARTENARIAT</p> <p>ENTRE D'UNE PART : L'Association GOBN-APIMED, représentée par son Président le Docteur Marc Barrière Ci-après désignés par "GOBN-APIMED"</p> <p>ET D'AUTRE PART : Le Docteur dont le cabinet médical est situé Adresse : Code Postal : Ville : Email : Tél :</p> <p>Ci-après désigné par le "médecin animateur" du groupe de :</p> <p>Il a été convenu ce qui suit :</p> <p>1 - OBJET</p> <p>La présente convention a pour objectif de fixer les modalités de la mission confiée par "GOBN-APIMED" aux "médecins animateurs" dans la mise en œuvre et l'animation du projet Groupe Qualité.</p> <p>Une présentation détaillée du projet Groupe Qualité est annexée à cette convention</p>	1
---	----------

5 – DROITS DE PROPRIETE

Les "médecins animateurs" s'engagent à respecter strictement le secret professionnel auquel ils sont tenus par le code de déontologie et à ne divulguer, sous aucun prétexte, des informations nominatives apprises dans le cadre de leur mission. De plus, les "médecins animateurs" seront tenus de respecter la confidentialité des échanges entre médecins auxquels ils auront assisté dans le cadre de leur mission.

Toute publication ou communication écrite ou orale concernant le projet Groupe Qualité ou les résultats de l'évaluation de ce projet doit faire l'objet d'un accord écrit préalable entre GQBN-APIMED et le "médecin animateur" et se fera dans le respect de la confidentialité due aux patients et aux médecins participant à l'expérimentation.

6 – CLAUSES DE RESILIATION

Dans l'hypothèse où l'une des parties de la présente convention considérerait que l'autre partie ne remplit pas ses obligations, elle peut lui adresser une lettre d'observations. L'autre partie dispose d'un délai de quinze jours pour lui répondre. Au terme de ce délai de quinze jours, la partie qui a adressé la lettre d'observations pourra décider de mettre fin à la présente convention dans un délai de résiliation d'un mois. La résiliation anticipée de la présente convention avant la fin de la mission du "médecin animateur" entraînera une indemnisation du travail au prorata du travail effectué.

Les dispositions prévues à l'article 5 resteront en vigueur nonobstant l'échéance ou la résiliation de la présente convention sans limitation de temps.

7 – DIVERS

Les "médecins animateurs" devront réaliser les démarches nécessaires auprès de leur assurance pour que le véhicule qu'ils utilisent dans le cadre de leur mission soit bien assuré pour ce type d'utilisation.

Pour exécuter sa mission, les "médecins animateurs" seront amenés soit à travailler sur leur lieu d'exercice professionnel, soit à se rendre chez leurs confrères ou sur le lieu d'une réunion régionale (séminaire de formation, réunion de suivi...).

3 – LE RÔLE DE "GQBN-APIMED"

L'association GQBN-APIMED devra, dans le cadre de sa mission :

- Faciliter le bon déroulement du projet Groupe Qualité et du travail des «médecins animateurs» sur le terrain.
- Assurer l'indemnisation des "médecins animateurs" conformément à l'article 4
- Assurer la formation des "médecins animateurs"
- Assurer le financement de tous les moyens humains et matériels nécessaires à la réalisation du projet.

4 – CONDITIONS FINANCIERES

En contrepartie de la pleine exécution de la mission visée par l'article 2, GQBN-APIMED indemniser les "médecins animateurs" pour le temps consacré à mettre en œuvre le projet Groupe Qualité.

Cette indemnisation est fixée à 150 € par staff, 300 € par plénière et 300 € par demi-journée de formation ou de réunion de suivi dans la limite de 5 000,00 €.

Les frais de transport entre le lieu d'exercice et le lieu des séminaires de formation et des réunions de suivi seront pris en charge par GQBN-APIMED selon le barème fiscal en vigueur. En cas d'utilisation du train, GQBN-APIMED remboursera le billet en seconde classe sur présentation du justificatif. Si le "médecin animateur" est amené à se déplacer dans une autre localité que la sienne pour gérer un Groupe qualité, ses frais kilométriques seront remboursés.

En cas d'animation d'un groupe supplémentaire, le "médecin animateur" sera indemnisé également 150 € par staff, 300 € par plénière dans la limite de 2 500 €.

En cas d'animation de sous groupe, le "médecin animateur" sera indemnisé également 150 € par staff animé. La mise en place d'un sous groupe devra être validé par l'association GQBN-APIMED.

Les autres frais inhérents à la mission des "médecins animateurs" seront à la charge de ces derniers.

8 - LITIGE

En cas de litige entre les parties, celles-ci s'engagent à rechercher un arrangement amiable. Dans le cas où cet arrangement amiable n'est pas possible, les tribunaux sont seuls compétents.

Fait à Caen, le

Pour QBN-APIMED
Le président
Docteur BARRIERE

Le médecin animateur

Annexe 4 : CR de réunion GQ



Groupe Qualité de :	Rapporteur :
Animateur :	
Date :	
Intérêt pour le thème :	
Thème traité :	

SYNTHESE DE LA REUNION :

Réponses aux questions à documenter de la dernière séance		
Médecin	Question	Réponse

Siège Social : GQ-NORMANDIE - 7 rue du 11 novembre - 14000 CAEN - Tél. 02 31 34 21 76
Antenne de Rouen : GQ-NORMANDIE - 82 Quai Gaston Boulet - 76000 ROUEN - Tél. 02 35 98 28 02

OBSERVATIONS		
Médecin	Cas présentés – questions soulevées	Questions non résolues à documenter pour la prochaine fois

Siège Social : GQ-NORMANDIE - 7 rue du 11 novembre - 14000 CAEN - Tél. 02 31 34 21 76
Antenne de Rouen : GQ-NORMANDIE - 82 Quai Gaston Boulet - 76000 ROUEN - Tél. 02 35 98 28 02

Questions à documenter pour la prochaine séance	
Médecin	Questions

Siège Social : GQ-NORMANDIE - 7 rue du 11 novembre - 14000 CAEN - Tél. 02 31 34 21 76
Antenne de Rouen : GQ-NORMANDIE - 82 Quai Gaston Boulet - 76000 ROUEN - Tél. 02 35 98 28 02

Annexe 5 : Fiche cas clinique GQ



CAS CLINIQUES
GROUPE QUALITE / APIMED

Groupe Qualité de : CAS N° :
 Réunion du :

Thème :

1/ CARACTERISTIQUES PATIENT

Sexe Masculin Féminin Age : / / ans
 Seul Couple Famille
 Mode de vie Domicile Institution Tiers
 Profession Actif Sans Emploi Retraité
 Habitus Tabac Alcool Toxicomanie
 Autonomie Sédentaire Grabataire
 Poids : Taille :

2/ ANTECEDENTS a remplir si pertinents pour le cas

>> Familiaux :
 >> Médicaux :
 >> Chirurgicaux :
 >> Obstétricaux :

3/ TRAITEMENT EN COURS

.....

4/ MOTIF(S) DE LA CONSULTATION

.....

5/ DONNEES DE L'EXAMEN (celles pertinentes pour le cas clinique)

>> CLINIQUES :

>> PARACLINIQUES :

6/ DECISIONS PRISES

.....

7/ QUESTIONS QUE JE ME POSE

.....

Annexes 6 : Exemple de restitution d'indicateurs

Annexe 6.1. : Restitution d'indicateurs 1^{er} Semestre 2018 NORMANDIE



SOMMAIRE	
	Page
POLYMEDICATION DES PERSONNES AGEES	4
ANTIBIOTIQUES	5
INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE	6
IPP	7
AINS	8
STATINES	9
PRESCRIPTION DE PHARMACIE	10

ANTIBIOTIQUES

RECOMMANDATION

Les fluoroquinolones font partie des classes d'antibiotiques particulièrement généralement de résistances bactériennes. Une meilleure application des recommandations de bonne pratique de prescriptions des fluoroquinolones est nécessaire pour diminuer ce risque.

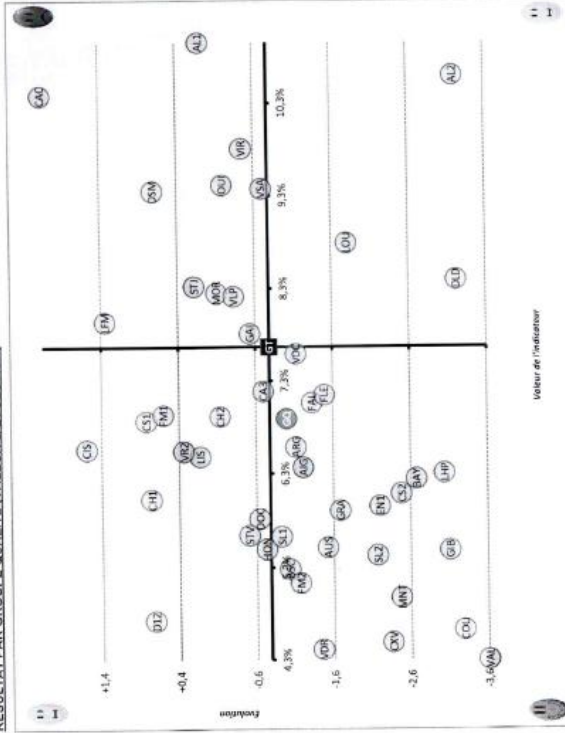
INDICATEUR

Taux de prescription des fluoroquinolones chez les patients de plus de 16 ans : nombre de délivrances avec au moins une fluoroquinolone / nombre de délivrances avec au moins un antibiotique.

RESULTAT DU GROUPE QUALITE COMPARE AU GROUPE TEMOIN

Evolution souhaitable	Groupe témoin			Groupe QUALITE		
	Indicateur 2	1er semestre 2018	Evolution	1er semestre 2018	Evolution	Résultat
↘		7,7%	-0,8 pts(s)	6,9%	-1,0 pt(s)	0

RESULTAT PAR GROUPE QUALITE (VALEUR & EVOLUTION)



COMMENTAIRES

Les médecins des Groupes Qualité ont un indicateur de 6,9% au 1er semestre 2018, soit une diminution de 1,0 point par rapport au 1er semestre 2017, contre 7,7% avec une diminution de 0,8 point pour le groupe témoin. Sur les 45 Groupes Qualité, 33 ont un taux inférieur au groupe témoin et 24 ont un taux en diminution. Le Groupe VALLOGNES a le taux le plus bas avec 4,3%. Ce même Groupe enregistre la diminution la plus conséquente avec 3,6 points.

Groupe QUALITE - 1er semestre 2018

Notice

Source

SNIRAM : ensemble de l'activité des médecins quels que soient le régime d'affiliation et l'origine géographique des patients.

Légende des smileys

- 😊 **Concordance totale** : valeur d'indicateur et évolution plus favorables que le groupe témoin
- 😐 **Concordance partielle** : valeur d'indicateur plus favorable et évolution moins favorable que le groupe témoin ou valeur d'indicateur moins favorable et évolution plus favorable que le groupe témoin.
- 😞 **Non concordance** : valeur d'indicateur et évolution moins favorables que le groupe témoin

Définitions

- GQ : Groupe qualité : ensemble des médecins des groupes qualité ayant une activité sur les deux périodes (période évaluée et période de référence)
- GT : Groupe témoin : ensemble des médecins n'appartenant pas à un groupe qualité et ayant une activité sur les deux périodes (période évaluée et période de référence)

Liste des groupes figurant sur le document

Groupes	Abbrév.	Groupes	Abbrév.
ALENCON 1	AL1	GIBERVILLE	GIB
ALENCON 2	AL2	GRANVILLE	GRA
ARGENTAN	ARG	HONFLEUR	HON
AUSTREBETHIE	AUS	LA FERTE MACE	LHM
BAS-CAILLY	BSC	LA HAYE PESNEL	LHP
BAYEUX	BAY	LAIGLE	LAI
CAEN 3	CA3	LISIEUX	LIS
CAEN CENTRE	CAC	LOUVIERS	LOU
CAEN SUD 1	CS1	MONTVILLIERS	MNT
CAEN SUD 2	CS2	MORTAGNE-AUPPECHE	MOR
CARENTAN ISIGNY CIS	CIS	OUISTREHAM	OUI
CAUX VALLEES	CXV	ST-LO 1	SL1
CHERBOURG 1	CH1	ST-LO 2	SL2
CHERBOURG 2	CH2	ST JAMES	STJ
COUTANCES	COU	ST VALERY EN CAUX	STV
DIVES SUR MER	DSM	VAL DE REUIL	VDR
DOC OCEANE	DOC	VAL DE REUIL 2	VR2
DODCAGROUPE	DOD	VALLEE DU CAILLY	VDC
DOUAIRES-LA-BELLE	DVA	VALOGNES	VAL
EVREUX N01	EN1	VERNEUIL SUR AVRE	VSA
FAL AISE	FAL	VILLEBIEU-LES-POELES	VIP
FLERS	FLE	VIRE	VIR
FMC 1 LE HAVRE	FM1		
FMC 13 LE HAVRE	FM2		
GAILLON	GAI		

Groupe QUALITE - 1er semestre 2018

Annexe 6.2. : Restitution d'indicateurs 1^{er} Semestre 2018 GQ CHERBOURG 2



ANTIBIOTIQUES

RECOMMANDATION
Les fluoroquinolones font partie des classes d'antibiotiques particulièrement générateurs de résistances bactériennes. Une meilleure application des recommandations de bonne pratique de prescriptions des fluoroquinolones est nécessaire pour diminuer ce risque.

INDICATEUR
Taux de prescription des fluoroquinolones chez les patients de plus de 16 ans : nombre de délivrances avec au moins une fluoroquinolone / nombre de délivrances avec au moins un antibiotique

Groupe CHERBOURG 2

Groupe témoin		Groupe CHERBOURG 2	
Evolution souhaitable	Evolution	1er semestre 2018	Evolution
Indicateur 2	7,7%	-0,8 pts(s)	6,9%
			-0,2 pts(s)

RESULTAT DU GROUPE QUALITE COMPARE AU GROUPE TEMOIN

RESULTAT PAR MEDECIN DU GROUPE (VALEUR & EVOLUTION)

RESULTAT PAR GROUPE QUALITE (VALEUR & EVOLUTION)

COMMENTAIRES
Les médecins des Groupes Qualité ont un indicateur de 6,9% au 1^{er} semestre 2018, soit une diminution de 1,0 point par rapport au 1^{er} semestre 2017, contre 7,7% avec une diminution de 0,8 point au 1^{er} semestre 2017.
Sur les 48 Groupes Qualité, 33 ont un taux inférieur au groupe témoin et 24 ont un taux en diminution.
Le Groupe VALOGNES a le taux le plus bas avec 4,3%. Ce même Groupe enregistre la diminution la plus conséquente avec -3,6 points.

Groupe CHERBOURG 2 - 1^{er} semestre 2018

ANNEXE

Groupes CHERBOURG 2 - 1er semestre 2018

N°_médecin 1 2 3 4 5 6 7 8 9

PRESCRIPTION DE PHARMACIE - MONTANT MOYEN DE PHARMACIE PRESCRIT PAR PATIENT

Montant standardisé	109 €	140 €	84 €	99 €	102 €	97 €	109 €	106 €	121 €
Montant brut	142 €	173 €	88 €	61 €	117 €	123 €	133 €	108 €	138 €
Nb patients ayant eu une prescription	618	1 393	1 428	1 128	1 378	681	1 483	1 199	1 339

POLYMEDICATION DES PERSONNES AGEES

Num	47	144	65	15	83	48	120	71	105
Déno	257	448	358	82	434	214	519	303	418
%	18,3%	32,1%	18,2%	18,3%	19,1%	22,4%	23,1%	23,4%	25,1%

ind1

ANTIBIOTIQUES

Num	13	9	21	19	34	12	58	11	4
Déno	121	359	259	283	367	155	566	257	239
%	10,7%	2,5%	8,1%	6,7%	9,3%	7,7%	10,2%	4,3%	1,7%

ind2

INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

Num	29	55	27	10	22	23	80	33	37
Déno	339	657	475	149	586	415	768	427	424
%	8,6%	8,4%	5,7%	6,7%	3,6%	5,5%	10,4%	7,7%	8,7%

ind4

IPP

Num	9	88	60	41	40	36	55	49	23
Déno	48	333	145	131	133	151	172	163	125
%	18,8%	25,4%	41,4%	31,3%	30,1%	23,8%	32,0%	30,1%	18,4%

ind5

AINS

Num	17	144	12	13	27	37	37	48	9
Déno	1 296	2 655	1 788	428	2 438	1 181	3 161	1 657	2 169
%	1,3%	5,4%	0,7%	3,0%	1,1%	3,1%	1,2%	2,9%	0,4%

ind6

STATINES

Num	3	9	15	4	4	7	6	4	9
Déno	23	47	57	24	42	24	49	35	49
%	13,0%	19,1%	25,3%	16,7%	9,5%	29,2%	15,3%	11,4%	18,4%

ind9

Détail des indicateurs par médecin pour la période évaluée

Annexe 6.3. : Restitution d'indicateurs 2^{ème} Semestre 2018 NORMANDIE



GROUPES QUALITE NORMANDS

Bilan : 2nd semestre 2018

ANTIBIOTIQUES

RECOMMANDATION

Les fluoroquinolones font partie des classes d'antibiotiques particulièrement générateurs de résistances bactériennes. Une meilleure application des recommandations de bonne pratique de prescription des fluoroquinolones est nécessaire pour diminuer de façon

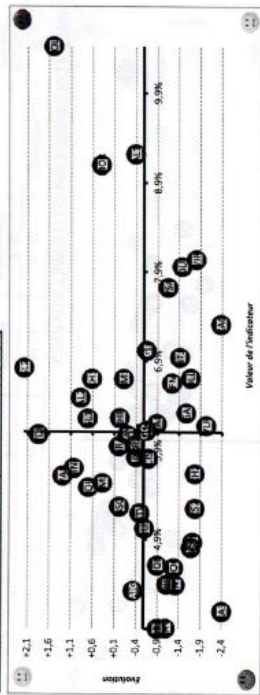
INDICATEUR

Taux de prescription des fluoroquinolones chez les patients de plus de 16 ans : nombre de délivrances avec au moins une fluoroquinolone / nombre de délivrances avec au moins un antibiotique.

RÉSULTAT DU GROUPE QUALITÉ COMPARÉ AU GROUPE TÉMOIN

Evolution souhaitable	Groupe témoin		Groupe QUALITE	
	2nd semestre 2018	Evolution	2nd semestre 2018	Evolution
↘	7,0%	-0,6 pts	6,1%	-0,6 pts
	Indicateur 2			Résultat

RÉSULTAT PAR GROUPE QUALITÉ (VALEUR & ÉVOLUTION)



COMMENTAIRES

Les médecins des Groupes Qualité ont un indicateur de 6,1% au 2nd semestre 2018, soit une diminution de 0,6 point par rapport au 2nd semestre 2017, contre 7,0% avec une diminution de 0,6 point pour le groupe témoin. Sur les 46 Groupes Qualité, le Groupe QUALITE a le taux le plus bas avec 3,6%. Le Groupe CHEN a enregistré la diminution la plus conséquente avec 2,4 points.

Groupe QUALITE - 2nd semestre 2018

5/13

Annexe 6.4. : Restitution d'indicateurs 2^{ème} Semestre 2018 GQ CHERBOURG 2



ANNEXE

Groupe CHERBOURG 2 - 2nd semestre 2018

N°_médecin	1	2	3	4	5	6	7	9	10	11
PRESCRIPTION DE PHARMACIE - MONTANT MOYEN DE PHARMACIE PRESCRIT PAR PATIENT										
Montant	113 €	98 €	97 €	107 €	105 €	101 €	137 €	101 €	116 €	96 €
Standard	126 €	80 €	109 €	131 €	104 €	107 €	171 €	123 €	140 €	73 €
Montant brut	1 468	1 143	1 523	690	1 368	1 154	1 456	774	1 404	1 369
No patient ayant eu une prescription										

POLYMEDICATION DES PERSONNES AGEES

Num	94	14	81	54	63	71	151	57	121	23
Déno	459	91	483	282	360	313	485	261	522	185
%	18,3%	15,4%	18,3%	19,1%	17,5%	22,7%	31,1%	21,8%	23,2%	11,6%

ANTIBIOTIQUES

Num	11	21	21	9	14	7	7	4	24	32
Déno	240	220	297	115	229	247	351	129	474	379
%	4,6%	9,5%	7,1%	7,6%	6,1%	2,8%	2,0%	3,1%	5,1%	8,4%

VACCINATION ROR

Num	20	38	17	5	27	24	19	3	21	27
Déno	23	49	19	6	30	32	25	8	28	33
%	87,0%	77,6%	89,5%	83,3%	90,0%	75,0%	76,0%	37,5%	75,0%	81,8%

INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

Num	51	12	40	36	44	28	64	36	102	16
Déno	473	159	596	414	502	444	701	372	790	902
%	10,8%	7,6%	6,7%	8,7%	8,8%	6,3%	9,1%	9,7%	12,8%	6,0%

IPP

Num	18	39	36	6	95	47	104	32	54	70
Déno	115	167	150	64	185	163	366	139	163	229
%	15,7%	23,4%	24,0%	9,4%	51,4%	28,8%	28,4%	23,0%	33,1%	30,6%

AINS

Num	19	10	24	10	9	32	162	34	23	32
Déno	2 291	448	2 403	1 391	1 843	1 658	2 740	1 375	3 132	965
%	0,8%	2,2%	1,0%	0,7%	0,9%	1,9%	5,9%	0,7%	3,6%	3,6%

HYPERTENSION ARTERIELLE

Num	230	30	238	180	261	298	375	201	462	124
Déno	417	106	486	218	400	298	493	248	517	214
%	71,5%	28,3%	69,8%	82,6%	64,8%	69,8%	76,1%	81,0%	89,4%	57,0%

STATINES

Num	11	4	4	6	11	3	6	13	6	6
Déno	47	21	52	30	43	26	44	34	42	22
%	23,4%	19,0%	7,7%	20,0%	25,6%	11,6%	13,6%	36,2%	14,3%	27,9%

IATROGENE MEDICAMENTEUSE

Num	62	28	118	71	67	76	191	85	186	31
Déno	403	113	472	300	428	410	790	333	704	168
%	20,3%	24,8%	25,0%	23,4%	15,7%	18,5%	24,2%	25,5%	26,4%	18,5%

Détail des indicateurs par médecin pour la période évaluée

ANTIBIOTIQUES

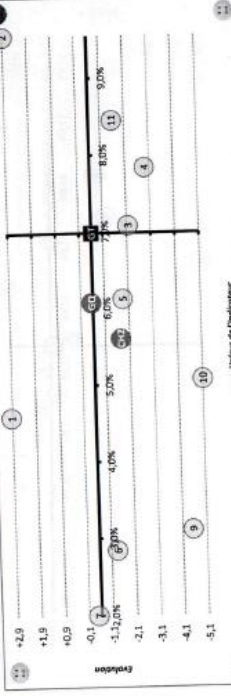
RECOMMANDATION

Les fluoroquinolones font partie des classes d'antibiotiques particulièrement générateurs de résistances bactériennes. Une meilleure application des recommandations de bonne pratique de prescriptions des fluoroquinolones est nécessaire pour diminuer ce risque. Taux de prescription des fluoroquinolones chez les patients de plus de 16 ans : nombre de délivrances avec au moins une fluoroquinolone / nombre de délivrances avec au moins un antibiotique.

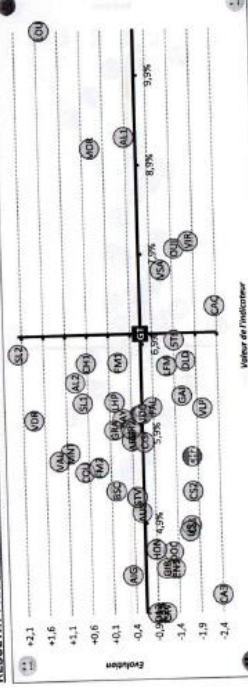
RESULTAT DU GROUPE QUALITE COMPARE AU GROUPE TEMOIN

Groupe témoin		Groupe CHERBOURG 2	
Evolution souhaitée	2nd semestre 2018	Evolution	Résultat
Indicateur 2	7,0%	-0,6 pt(s)	-1,7 pt(s)

RESULTAT PAR MEDICIN DU GROUPE (VALEUR & EVOLUTION)



RESULTAT PAR GROUPE QUALITE (VALEUR & EVOLUTION)



COMMENTAIRES

Les médecins des Groupes Qualité ont un indicateur de 6,1% au 2nd semestre 2018, soit une diminution de 0,6 point par rapport au 2nd semestre 2017, avec une diminution de 0,6 point pour le groupe témoin. Sur les Groupes Qualité, 36 ont un taux inférieur au groupe témoin et 23 ont un taux en diminution. Le Groupe VAL-DE-REUIL a le taux le plus bas avec 2,8%. Le Groupe VIRE enregistre la diminution la plus conséquente avec 3,1 points.

Groupe CHERBOURG 2 - 2nd semestre 2018

Annexe 7 : Questionnaire (Version WORD)

Questionnaire d'évaluation des Groupes Qualité NORMANDIE

1. Votre entrée dans les Groupes Qualité :

Comment avez-vous connu les groupes Qualité ? (Plusieurs réponses possibles)

- Par un confrère
- Par votre maître de stage pendant l'internat
- Au cours d'une formation
- Au cours d'un remplacement
- Autre (préciser) :

2. Vos motivations à participer à un Groupe Qualité

2.1. **Rompre l'isolement** professionnel : Oui Non

2.2. **Remettre en question** votre propre pratique : Oui Non

2.3. Partager avec des confrères dans une **ambiance conviviale** : Oui Non

2.4. Pouvoir s'exprimer librement dans un environnement de **confiance** : Oui Non

2.5. **Prendre du temps pour échanger** avec les confrères Oui Non

Si oui, ressentez-vous le besoin : (plusieurs réponses possibles)

- D'avoir un échange sur des problèmes *bio médicaux*
- D'avoir un échange sur *l'organisation du quotidien*
- De pouvoir *exprimer vos émotions*
- Autre (préciser) :

2.6 **La rémunération** de votre participation à un Groupe Qualité :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je n'ai pas d'avis
A été un élément décisif à votre engagement à un Groupe Qualité					
A un impact sur votre assiduité aux réunions					
Est une reconnaissance du temps que vous passez à vous former					
Est une contrepartie au cadre organisationnel des Groupes Qualité					
N'a pas d'impact					

2.7. Autre(s) motivations(s) :

3. L'impact des Groupes Qualité sur votre pratique :

3.1. Votre participation à un Groupe Qualité a-t-elle un impact

3.1.1. Sur votre assurance dans la **relation médecin patient** ? Oui Non

3.1.2. Sur votre **pratique médicale** ? Oui Non

Si oui, comment ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je n'ai pas d'avis
Acquisition de connaissances théoriques					
Acquisition de connaissances pratiques adaptées à votre exercice					
Modification de certaines de vos pratiques					
Elargissement de votre champ de compétences					
Amélioration de l' assurance dans vos prises de décision					

Autre(s) impact(s) sur la pratique médicale :

3.2. La participation à un Groupe Qualité modifie-t-elle votre façon d'effectuer vos **recherches documentaires**, en dehors des thèmes imposés ? Oui Non

Si oui, comment ? (Plusieurs réponses possibles)

- Vous remettez plus souvent en question votre pratique
- Vous faites plus souvent une recherche documentaire lorsque vous vous posez une question
- Vous êtes plus souvent critique dans les sources que vous utilisez
- Autre (précisez) :

3.3. **Le dossier documentaire** a-t-il un impact sur votre pratique ? Oui Non

Si oui, comment :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ça dépend des fois
Il apporte des connaissances théoriques					
Il est utile pour les questions d'ordre pratique					
Il vous donne de l'assurance dans vos échanges avec vos confrères spécialistes ou non					

Autre(s) impact(s) du dossier documentaire :

3.4. **Vos relations avec vos confrères et autres professionnels de santé** ont-elles évolué depuis que vous participez à un Groupe Qualité ? Oui Non

Si oui, comment : (Plusieurs réponses possibles)

- Vous avez élargi votre réseau de soin
- Vous avez rencontré de nouveaux confrères
- Vous avez recours plus facilement à vos confrères en cas de difficulté en consultation
- Votre regard est plus critique vis-à-vis des prescriptions et avis des autres spécialistes
- Autre (préciser) :

3.5. Les Groupes Qualité ont-ils (ou ont-ils eu) un impact sur vos **projets professionnels** ?

- Oui Non Non concerné

Si oui, comment ? (Plusieurs réponses possibles)

- Aide à l'installation
- Aide pour la constitution d'un cabinet de groupe
- Aide pour la réalisation d'une maison de santé pluriprofessionnelle
- Autre (préciser)

3.5.1. Concernant votre **installation**, future ou antérieure :

- La participation à un Groupe Qualité vous a-t-elle motivé ou vous motive-t-elle à vous installer :
 - Dans la zone de votre Groupe Qualité afin d'en rester membre
 - Dans une zone où il y a un autre Groupe Qualité afin de vous y inscrire
 - Dans une zone où il n'y a pas de Groupe Qualité afin d'en développer un
 - Ne vous concerne pas
- La présence d'un Groupe Qualité : (Plusieurs réponses possibles)
 - n'a, n'a pas eu, n'aura pas d'impact sur votre décision
 - a, a eu, aura un impact sur votre décision
 - est synonyme de zone attractive et dynamique
 - Ne vous concerne pas

3.6. Concernant la **maîtrise de stage** :

Si vous êtes déjà maître de stage (MSU) :

- La participation à un Groupe Qualité vous a-t-elle motivé à devenir maître de stage ?
 - Oui Partiellement Non Je ne sais pas
 - La question ne me concerne pas car j'étais déjà MSU avant d'entrer dans un Groupe Qualité
- La participation à un Groupe Qualité a-t-elle été une aide face aux questions des étudiants ?
 - Oui Partiellement Non Je ne sais pas

Si vous n'êtes pas maître de stage :

- La participation à un Groupe Qualité peut-elle être une incitation pour le devenir ?
 - Oui Partiellement Non Je ne sais pas

3.7. Les Groupes Qualité ont-ils un impact sur le **plan personnel** ? Oui Non

Si oui, comment ? (Plusieurs réponses possibles)

- Apaisement de vos doutes et difficultés grâce à l'échange avec les confrères
- Effet « anti-burn-out »
- Augmentation de votre plaisir à exercer
- Autre (préciser) :

4. Vos ressentis vis-à-vis de la restitution des indicateurs ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Vous prenez connaissance des indicateurs lors de chaque restitution				
Les indicateurs vous motivent à vous remettre en question				
Vous êtes curieux vis-à-vis de vos indicateurs				
Vous êtes surpris(es) quand vous découvrez vos indicateurs				
Vous ne comprenez pas l'intérêt des indicateurs				
Les indicateurs vont font peur				
Vous avez l'impression d'être jugé(e)				
Vous ressentez de la frustration car vous pensez que les indicateurs ne reflètent pas votre pratique				

Autre(s) ressenti(s) :

5. Quels facteurs pourraient vous faire quitter les Groupes Qualité ?

5.1. Les **thèmes imposés** : Oui Non Je n'ai pas d'avis

Si oui, pourquoi ?

- Vous les trouvez parfois peu intéressants
- Vous êtes frustré(e)s de ne pas pouvoir parler d'un autre sujet
- Vous les trouvez redondants d'une année sur l'autre
- Autre(s) raison(s) (préciser) :

5.2. La présence d'un **animateur** : Oui Non Je n'ai pas d'avis

Si oui, pourquoi ?

- Le cadre qu'il m'impose m'empêche de m'exprimer librement
- Je ressens un rapport hiérarchique avec l'animateur qui me dérange
- Autre(s) raison(s) (préciser) :

5.3. Le **dossier documentaire** : Oui Non Je n'ai pas d'avis

Le concernant, vous pensez que :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ça dépend
Le travail à fournir avant la réunion pour prendre connaissance du dossier documentaire est trop long					
Il limite l'esprit critique par rapport à une recherche documentaire personnelle					
Il peut limiter les débats					
La lecture du dossier documentaire seul (sans les références) peut limiter la démarche intellectuelle personnelle avant et au cours de la séance					

Autre(s) raison(s) (préciser) :

5.4. **L'absence d'expert** : Oui Non Je n'ai pas d'avis

5.5. Les **modalités organisationnelles** de la réunion Groupe Qualité :

- La **fréquence** (une fois par mois)
- Le **créneau horaire** (Si oui, préciser le : _____)
- Autre :

5.6. **Autre(s)** facteur(s) :

6. Vos caractéristiques :

Vous êtes : Un homme Une femme

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

Vous êtes : Installé(e)

Interne

Remplaçant(e) Thésé(e)

Non thésé(e)

Collaborateur(rice)

Retraité(e)

Si vous êtes installé(e)s,

- Votre date d'installation :

- Votre département : 14 27 50 61 76

- Où travaillez-vous : En zone urbaine En zone semi-rurale En zone rurale

- Vous travaillez : Seul(e)

En cabinet de groupe

En maison de santé pluriprofessionnelle

Date d'engagement à un Groupe Qualité :

Dans les années futures, souhaitez-vous :

- Devenir animateur Oui Non

- Développer un Groupe Qualité Oui Non

Participez-vous ou avez-vous participé à d'autres groupes de Formation Médicale Continue comme les groupes de pairs ou les groupes d'échanges et d'analyses de pratiques ou les GAAP ?

Oui Non

Si oui, le(s)quel(s) :

Avez-vous un abonnement à une revue médicale ?

Oui Non

Si oui, la(es)quelle(s) :

Annexe 8 : Questionnaire (Version Google Forms)

Questionnaire d'évaluation des Groupes Qualité NORMANDIE

Je vous remercie de bien vouloir répondre à ce questionnaire que je vous fais parvenir dans le cadre de mon projet de thèse.

L'objectif principal de ma thèse est d'identifier les motivations, les freins et l'impact sur la pratique, ressentis par les médecins généralistes participant aux rencontres d'un Groupe Qualité dans la région Normandie.


L'objectif secondaire est d'étudier l'impact des Groupes Qualité sur l'installation des médecins généralistes.

Pour finir, les résultats seront comparés aux réponses à une étude réalisée sur les GQ dans le Pays de La Loire.

Ce questionnaire se remplit en quelques minutes.

Merci par avance de votre aide,

Florie SIOUVILLE, remplaçante en Médecine Générale


[Suivant](#)  Page 1 sur 9

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google. [Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Règles de confidentialité](#)

Google Forms

Votre entrée dans les Groupes Qualité

[Retour](#) [Suivant](#)  Page 2 sur 9

Vos motivations à participer à un Groupe Qualité :

2.1. Sont-elles de : *

	Oui	Non	Ne me concerne pas
Rompre l'isolement professionnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Remettre en question votre propre pratique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Partager avec des confrères dans une ambiance conviviale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pouvoir s'exprimer librement dans un environnement de confiance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prendre du temps pour échanger avec les confrères	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si vous avez cochés "Oui" pour "Prendre du temps pour échanger avec les confrères", ressentez-vous le besoin :
(Plusieurs réponses possibles)

- D'avoir un échange sur des problèmes bio médicaux
- D'avoir un échange sur l'organisation du quotidien
- De pouvoir exprimer vos émotions
- Autre : _____

2.2. La rémunération de votre participation à un Groupe Qualité : *

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je n'ai pas d'avis
A été un élément décisif à votre engagement à un Groupe Qualité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A un impact sur votre assiduité aux réunions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Est une reconnaissance du temps que vous passez à vous former	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Est une contrepartie au cadre organisationnel des Groupes Qualité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N'a pas d'impact	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.3. Autre(s) motivation(s) :

Votre réponse

[Retour](#)

[Suivant](#)

Page 3 sur 9

L'impact des Groupes Qualité sur votre pratique

4.1. Votre participation à un Groupe Qualité a-t-elle un impact : *

	Oui	Non	Ne vous concerne pas
Sur votre assurance dans la relation médecin-patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sur votre pratique médicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.1.1. Si les Groupes Qualité impactent sur votre pratique médicale, diriez-vous qu'ils agissent sur :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je n'ai pas d'avis
Acquisition de connaissances théoriques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acquisition de connaissances pratiques adaptées à votre exercice	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modification de certaines de vos pratiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elargissement de votre champ de compétences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amélioration de l'assurance dans vos prises de décision	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.1.2. Autre(s) impact(s) sur la pratique médicale :

Votre réponse _____

4.2. La participation à un Groupe Qualité modifie-t-elle votre façon d'effectuer vos recherches documentaires, en dehors des thèmes imposés ? *

- Oui
- Non
- Ne vous concerne pas

4.2.1. Si oui, comment ?

(Plusieurs réponses possibles)

- Vous remettez plus souvent en question votre pratique
- Vous faites plus souvent une recherche documentaire lorsque vous vous posez une question
- Vous êtes plus souvent critique dans les sources que vous utilisez
- Autre : _____

4.3. Le dossier documentaire a-t-il un impact sur votre pratique ? *

- Oui
- Non
- Ne vous concerne pas

4.3.1. Si oui, comment ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ça dépend des fois
Il apporte des connaissances théoriques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il est utile pour les questions d'ordre pratique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il vous donne de l'assurance dans vos échanges avec vos confrères spécialistes ou non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.3.2. Autre(s) impact(s) du dossier documentaire :

Votre réponse _____

4.4. Vos relations avec vos confrères et autres professionnels de santé ont-elles évolué depuis que vous participez à un Groupe Qualité ? *

- Oui
- Non
- Ne vous concerne pas

4.4.1. Si oui, comment ?

(Plusieurs réponses possibles)

- Vous avez élargi votre réseau de soin
- Vous avez rencontré de nouveaux confrères
- Vous avez recours plus facilement à vos confrères en cas de difficulté en consultation
- Votre regard est plus critique vis-à-vis des prescriptions et avis des autres spécialistes
- Autre : _____

4.5. Les Groupes Qualité ont-ils (ou ont-ils eu) un impact sur vos projets professionnels ? *

- Oui
- Non
- Ne vous concerne pas

4.5.1. Si oui, comment ?

(Plusieurs réponses possibles)

- Aide à l'installation
- Aide pour la constitution d'un cabinet de groupe
- Aide pour la réalisation d'une maison de santé pluriprofessionnelle
- Autre : _____

4.5.2. Concernant votre installation, future ou antérieure, la participation à un Groupe Qualité vous motive-t-elle ou vous a-t-elle motivé à vous installer : *

- Dans la zone de votre Groupe Qualité afin d'en rester membre
- Dans une zone où il y a un autre Groupe Qualité afin de vous y inscrire
- Dans une zone où il n'y a pas de Groupe Qualité afin d'en développer un
- Ne vous concerne pas

4.5.3. Concernant votre installation, future ou antérieure, diriez-vous que la présence d'un Groupe Qualité : *

(Plusieurs réponses possibles)

- N'a, n'a pas eu, n'aura pas d'impact sur votre décision
- A, a eu, aura un impact sur votre décision
- Est synonyme de zone attractive et dynamique
- Ne vous concerne pas

4.6.1. Concernant la maîtrise de stage, si vous êtes déjà maître de stage (MSU), diriez-vous que la participation à un Groupe Qualité vous a motivé à devenir maître de stage ?

- Oui
- Partiellement
- Non
- Je ne sais pas
- La question ne me concerne pas car j'étais déjà MSU avant d'entrer dans un Groupe Qualité

4.6.2. Concernant la maîtrise de stage, si vous êtes déjà maître de stage (MSU), diriez-vous que la participation à un Groupe Qualité a été une aide face aux questions des étudiants ?

- Oui
- Partiellement
- Non
- Je ne sais pas

4.6.2. Concernant la maîtrise de stage, si vous êtes déjà maître de stage (MSU), diriez-vous que la participation à un Groupe Qualité a été une aide face aux questions des étudiants ?

- Oui
- Partiellement
- Non
- Je ne sais pas

4.6.3. Concernant la maîtrise de stage, si vous n'êtes pas maître de stage (MSU), diriez-vous que la participation à un Groupe Qualité peut être une incitation pour le devenir ?

- Oui
- Partiellement
- Non
- Je ne sais pas

[Retour](#)

[Suivant](#)

Page 4 sur 9

Sur le plan personnel :

5. Les Groupes Qualité ont-ils selon vous un impact sur le plan personnel ? *

- Oui
- Non

5.1. Si oui, comment ?
(Plusieurs réponses possibles)

- Apaisement de vos doutes et difficultés grâce à l'échange avec les confrères
- Effet « anti burn-out »
- Augmentation de votre plaisir à exercer
- Autre : _____

[Retour](#)

[Suivant](#)

Page 5 sur 9

La restitution des indicateurs

6.1. Vos ressentis vis-à-vis de la restitution des indicateurs *

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne vous concerne pas
Vous prenez connaissance des indicateurs lors de chaque restitution 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les indicateurs vous motivent à vous remettre en question	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous êtes curieux vis-à-vis de vos indicateurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous êtes surpris(es) quand vous découvrez vos indicateurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous ne comprenez pas l'intérêt des indicateurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les indicateurs vont font peur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous avez l'impression d'être jugé(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vous ressentez de la frustration car vous pensez que les indicateurs ne reflètent pas votre pratique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

6.2. Autre(s) ressenti(s) :

Votre réponse

[Retour](#)

[Suivant](#)

Page 6 sur 9

Quels facteurs pourraient vous faire quitter les Groupes Qualité ?

7.1. Les thèmes imposés : *

- Oui
- Non
- Je n'ai pas d'avis

7.1.1. Si oui, pourquoi ?
(Plusieurs réponses possibles)

- Vous les trouvez parfois peu intéressants
- Vous êtes frustré(e)s de ne pas pouvoir parler d'un autre sujet
- Vous les trouvez redondants d'une année sur l'autre
- Autre : _____

7.2. La présence d'un animateur : *

- Oui
- Non
- Je n'ai pas d'avis

7.2.1. Si oui, pourquoi ?
(Plusieurs réponses possibles)

- Le cadre qu'il m'impose m'empêche de m'exprimer librement
- Je ressens un rapport hiérarchique avec l'animateur qui me dérange
- Autre : _____

7.3. Le dossier documentaire : *

- Oui
- Non
- Je n'ai pas d'avis

7.3.1. Le concernant, vous pensez que ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ça dépend
Le travail à fournir avant la réunion pour prendre connaissance du dossier documentaire est trop long	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il limite l'esprit critique par rapport à une recherche documentaire personnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il peut limiter les débats	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

La lecture du dossier documentaire seul (sans les références) peut limiter la démarche intellectuelle personnelle avant et au cours de la séance

7.3.2. Autre(s) raison(s) concernant le dossier documentaire :
(Précisez)

Votre réponse _____

7.4. L'absence d'expert : *

- Oui
 Non
 Je n'ai pas d'avis

7.4.1. Si oui, Pourquoi ?

Votre réponse _____

7.5. Les modalités organisationnelles de la réunion Groupe Qualité : *

- Oui
 Non
 Je n'ai pas d'avis

7.5.1. Si oui, pour quelles raisons ?
(Plusieurs réponses possibles)

- La fréquence (une fois par mois)
 Le créneau horaire
 Autre : _____

7.5.2. Pouvez-vous préciser le créneau horaire de votre GQ ?

Votre réponse _____

7.6. Autre(s) facteur(s) :

Votre réponse

Retour

Suivant

Page 7 sur 9

Vos caractéristiques :

8.1. Vous êtes ; *

- Un homme
- Une femme

8.2. Votre tranche d'âge est : *

- 20-30 ans
- 30-40 ans
- 40-50 ans
- 50-60 ans
- > 60 ans

8.3. Vous êtes : *

- Installé(e)
- Interne
- Remplaçant(e) thésé(e)
- Remplaçant(e) non thésé(e)
- Collaborateur(rice)
- Retraité(e)

8.3.1. Si vous êtes installés, en quelle année vous êtes-vous installés ?

Votre réponse

8.3.2. Si vous êtes installés, dans quel département travaillez-vous ?

- 14
- 27
- 50
- 61
- 76

8.3.2. Si vous n'êtes installés pas, dans quel(s) département(s) travaillez-vous ?

(Plusieurs réponses possibles)

- 14
- 27
- 50
- 61
- 76

8.3.3. Si vous êtes installés, vous travaillez :

(Plusieurs réponses possibles)

- Seul(e)
- En cabinet de groupe
- En maison de santé pluriprofessionnelle
- Autre : _____

8.4. Votre lieu d'exercice est situé : *

(Plusieurs réponses possibles)

- En zone urbaine
- En zone semi-rurale
- En zone rurale

8.5. Quelle est votre date d'engagement à un Groupe Qualité ?

Votre réponse

8.6. Dans les années futures, souhaitez-vous :

(Plusieurs réponses possibles)

- Devenir animateur(rice)
- Développer un Groupe Qualité
- Vous inscrire à un Groupe Qualité
- Vous inscrire dans un autre groupe de Formation Médicale Continue (Groupes de pairs, Groupe d'Echange et d'Analyse de Pratique, ...)
- Quitter votre Groupe Qualité
- Autre : _____

8.7. Participez-vous ou avez-vous participé à d'autres groupes de Formation Médicale Continue comme les groupes de pairs ou les groupes d'échanges et d'analyses de pratiques ou les GAAP ? *

- Oui
 Non

8.7.1. Si oui, le(s)quel(s) ?

Votre réponse

8.8. Avez-vous un abonnement à une revue médicale ? *

- Oui
 Non

8.8.1. Si oui, la(es)quelle(s) :

Votre réponse

Retour

Suivant

Page 8 sur 9

Annexe 9 : Courriel de diffusion aux Médecins Généralistes

Cher(e)s collègues,

Je m'appelle Florie SIOUVILLE et je suis remplaçante en médecine générale (MG) dans la MANCHE. Ma thèse, sous la direction du Dr Stéphane RUAULD et la coordination de Dr Claude MAGNANI de l'URML NORMANDIE, cherche à étudier les Groupes Qualifiés auxquels vous participez.

A ce titre, je me permets de vous solliciter après avoir obtenu vos coordonnées par le biais de l'URML, afin de répondre à un questionnaire que vous pourrez compléter grâce au lien ci-dessous : [Lien](#)

Notre objectif est d'identifier les motivations, les freins et l'impact sur la pratique, ressentis par les médecins généralistes participant aux rencontres régulières et pérennes d'un Groupe Qualité dans la région Normandie.

Si vous acceptez de participer à cette étude, je tiens à vous apporter les informations suivantes concernant le cadre légal :

- L'ensemble des informations recueillies seront détruites dans un délai de trois mois suivant la soutenance de mon projet.
- Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données EU-2016/679, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation et de rétractation sur le traitement des données, droit que vous pouvez exercer en contactant le secrétariat de médecine générale par téléphone 02 31 56 82 21 ou par voie postale à l'adresse :
 - UFR Santé – Secrétariat de médecine générale
Pôle de Formation et de Recherche en Santé (PFRS)
2, rue des Rochambelles
CS 14032
14032 CAEN

En cas de difficulté, vous pouvez saisir le Délégué à la Protection des Données de l'Université de Caen par téléphone au 02 31 56 50 20, par courriel à l'adresse dpo@univcaen.fr ou par voie postale à l'adresse :

- Monsieur le Délégué à la Protection des Données
Bâtiment Présidence
Université de Caen Normandie
Esplanade de la Paix
CS 14032
14032 CAEN

En cas de contentieux, vous avez aussi la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.

Je reste à votre disposition pour répondre à vos éventuelles questions concernant la requête.

Par avance, nous vous remercions, Dr RUAULD, Dr MAGNANI et moi, pour le temps que vous nous accordez.

Cordialement,

Florie SIOUVILLE]

Annexe 10 : Courriel de diffusion aux Internes de Caen

<p>Cher(e)s collègues,</p> <p>Je m'appelle Florie SIOUVILLE et je suis remplaçante en médecine générale (MG) dans la MANCHE. Ma thèse, sous la direction du Dr Stéphane RUAULD et la coordination de Dr Claude MAGNANI de l'URML NORMANDIE, cherche à étudier les Groupes Qualités.</p> <p>Ce sont des Groupes d'Echange et d'Analyse de Pratique (GEAP) assez similaires au GAAP que vous suivez au cours de votre formation. Ils ont été mis en place depuis une vingtaine d'années et sont présents en Basse-Normandie depuis 2007 et en Haute-Normandie depuis 2008 sous la coordination de URML/APIMED/Assurance Maladie/ARS.</p> <p>Ce questionnaire est destiné aux Internes de Médecine Générale qui ont participé à une ou plusieurs réunions de GQ par curiosité ou en accompagnant leur maître de stage universitaire. Il est également destiné à des médecins participants au GQ depuis plusieurs années, c'est pourquoi certaines questions sont assez techniques. Je vous invite à y répondre « ne me concerne pas » si cela est le cas.</p> <p>A ce titre, je me permets de vous solliciter après avoir obtenu vos coordonnées par le biais de Noémie Jardin, responsable du 3^{ème} cycle des études de médecine générale de l'UFR de Médecin de CAEN, afin de répondre à un questionnaire que vous pourrez compléter grâce au lien ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none">- Lien <p>Notre objectif est d'identifier les motivations, les freins et l'impact sur la pratique, ressentis par les médecins ou futurs médecins généralistes participant aux rencontres d'un Groupe Qualité dans la région Normandie.</p> <p>Si vous acceptez de participer à cette étude, je tiens à vous apporter les informations suivantes concernant le cadre légal :</p> <ul style="list-style-type: none">- L'ensemble des informations recueillies seront détruites dans un délai de trois mois suivant la soutenance de mon projet,- Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données EU-2016/679, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation et de rétractation sur le traitement des données, droit que vous pouvez exercer en contactant le secrétariat de médecine générale par téléphone 02 31 56 82 21 ou par voie postale à l'adresse :<ul style="list-style-type: none">• UFR Santé – Secrétariat de médecine générale Pôle de Formation et de Recherche en Santé (PFRS) 2, rue des Rochambelles CS 14032 14032 CAEN <p>En cas de difficulté, vous pouvez saisir le Délégué à la Protection des Données de l'Université de Caen par téléphone au 02 31 56 50 20, par courriel à l'adresse dpo@unicaen.fr ou par voie postale à l'adresse :<ul style="list-style-type: none">• Monsieur le Délégué à la Protection des Données Bâtiment Présidence Université de Caen Normandie Esplanade de la Paix</p>	<p>CS 14032 14032 CAEN</p> <p>En cas de contentieux, vous avez aussi la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.</p> <p>Je reste à votre disposition pour répondre à vos éventuelles questions concernant la requête.</p> <p>Par avance, nous vous remercions, Dr RUAULD, Dr MAGNANI et moi, pour le temps que vous nous accordez.</p> <p>Cordialement,</p> <p>Florie SIOUVILLE</p>
--	--

Annexe 11 : Courriel de diffusion aux Internes de Rouen

<p>Cher(e)s collègues,</p> <p>Je m'appelle Florie SIOUVILLE et je suis remplaçante en médecine générale (MG) dans la MANCHE. Ma thèse, sous la direction du Dr Stéphane RUAULD et la coordination de Dr Claude MAGNANI de l'URML NORMANDIE, cherche à étudier les Groupes Qualités.</p> <p>Ce sont des Groupes d'Echange et d'Analyse de Pratique (GEAP) assez similaires au GAAP que vous suivez au cours de votre formation. Ils ont été mis en place depuis une vingtaine d'années et sont présents en Basse-Normandie depuis 2007 et en Haute-Normandie depuis 2008 sous la coordination de URML/APIMED/Assurance Maladie/ARS.</p> <p>Ce questionnaire est destiné aux Internes de Médecine Générale qui ont participé à une ou plusieurs réunions de GQ par curiosité ou en accompagnant leur maître de stage universitaire. Il est également destiné à des médecins participants au GQ depuis plusieurs années, c'est pourquoi certaines questions sont assez techniques. Je vous invite à y répondre « ne me concerne pas » si cela est le cas.</p> <p>A ce titre, je me permets de vous solliciter afin de répondre à un questionnaire que vous pourrez compléter grâce au lien ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none">- Lien <p>Notre objectif est d'identifier les motivations, les freins et l'impact sur la pratique, ressentis par les médecins ou futurs médecins généralistes participant aux rencontres d'un Groupe Qualité dans la région Normandie.</p> <p>Si vous acceptez de participer à cette étude, je tiens à vous apporter les informations suivantes concernant le cadre légal :</p> <ul style="list-style-type: none">- L'ensemble des informations recueillies seront détruites dans un délai de trois mois suivant la soutenance de mon projet,- Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données EU-2016/679, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation et de rétractation sur le traitement des données, droit que vous pouvez exercer en contactant le secrétariat de médecine générale par téléphone 02 31 56 82 21 ou par voie postale à l'adresse :<ul style="list-style-type: none">• UFR Santé – Secrétariat de médecine générale Pôle de Formation et de Recherche en Santé (PFRS) 2, rue des Rochambelles CS 14032 14032 CAEN <p>En cas de difficulté, vous pouvez saisir le Délégué à la Protection des Données de l'Université de Caen par téléphone au 02 31 56 50 20, par courriel à l'adresse dpo@unicaen.fr ou par voie postale à l'adresse :<ul style="list-style-type: none">• Monsieur le Délégué à la Protection des Données Bâtiment Présidence Université de Caen Normandie Esplanade de la Paix CS 14032 14032 CAEN</p>	<p>En cas de contentieux, vous avez aussi la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.</p> <p>Je reste à votre disposition pour répondre à vos éventuelles questions concernant la requête.</p> <p>Par avance, nous vous remercions, Dr RUAULD, Dr MAGNANI et moi, pour le temps que vous nous accordez.</p> <p>Cordialement,</p> <p>Florie SIOUVILLE</p>
--	---

Annexe 12 : Courriel de diffusion aux Animateurs des GQ Normandie

Cher(e)s collègues,

Je m'appelle Florie SIOUVILLE et je suis remplaçante en médecine générale (MG) dans la MANCHE. Ma thèse, sous la direction du Dr Stéphane RUAULD et la coordination de Dr Claude MAGNANI de l'URML NORMANDIE, cherche à étudier les Groupes Qualités que vous animez.

Un questionnaire va être adressé prochainement par courriel aux médecins participants au Groupe Qualité de la région NORMANDIE. Notre objectif est d'identifier les motivations, les freins et l'impact sur la pratique, ressentis par les médecins généralistes participant aux rencontres régulières et pérennes d'un Groupe Qualité dans la région Normandie.

Ce questionnaire se remplit en ligne en quelques minutes. Nous vous adressons une copie WORD du questionnaire afin que vous puissiez en prendre connaissance. Ce questionnaire est adressé aux médecins généralistes en excluant les animateurs. Il sera accompagné d'un courriel explicatif. Pourriez-vous rappeler en quelques mots en début de vos prochains réunions GQ de Février et de Mars qu'ils ont reçu un courriel les invitant à participer à une thèse sur les GQ ?

En fonction du nombre de réponses, nous procéderons à une relance par courriel avec le questionnaire en ligne à une ou deux reprises. Et si échec, une nouvelle relance sera réalisée avec le questionnaire à imprimer, à remplir et envoyer par courrier.

Je devais vous rencontrer et vous présenter de vive voix mon projet de thèse ainsi que ses conditions de réalisation au cours de votre réunion GQ du 14/12/2019 mais nous avons dû reporter. Je me rattraperais donc le 14/03/2020 afin de vous présenter le projet et les avancées.

Par avance, nous vous remercions, Claude et moi, pour le temps que vous nous accordez.

Cordialement,
Florie SIOUVILLE

Annexes 13 : Analyse en fonction des caractéristiques des participants

Tableaux 24 : Caractéristique de la population étudiée

Sexe / Age	> 60 ans	20-30 ans	30-40 ans	40-50 ans	50-60 ans	Sexe / Année installation	Pas installé	2019 - 2020	2009 - 2018	1999 - 2008	Avant 1999
Homme	40 43%	2 2%	23 25%	13 14%	14 15%	Homme	8 9%	1 1%	26 28%	13 14%	44 48%
Femme	6 5%	14 12%	49 43%	20 17%	26 23%	Femme	28 24%	9 8%	43 37%	19 17%	16 14%
Fisher						Fisher					
p = 0,0000000373						p = 0,000000443					

Type d'exercice / Age	> 60 ans	20-30 ans	30-40 ans	40-50 ans	50-60 ans
En cabinet de	27 59%	2 13%	27 37%	23 70%	22 55%
En maison de santé	7 15%	1 6%	31 42%	8 24%	3 8%
Seul(e)	10 22%	0 0%	5 7%	1 3%	13 33%
Pas installé	2 4%	13 81%	10 14%	1 3%	2 5%

Sexe / Type d'exercice	En cabinet groupe	En MSP	Seul	Pas installé
Homme	50 54%	21 23%	16 17%	5 5%
femme	51 44%	29 25%	13 11%	22 19%

Fisher trop de données

Chi2 p=0,02

Inscrire dans un autre GQ / âge	> 60 ans	20-30 ans	30-40 ans	40-50 ans	50-60 ans
Oui	2 4%	3 19%	6 8%	3 9%	3 8%
Non	44 96%	13 81%	66 92%	30 91%	37 93%

Fisher p=0,00000262

Avez-vous un abonnement à une revue médicale ? / âge	> 60 ans	20-30 ans	30-40 ans	40-50 ans	50-60 ans
Oui	28 61%	7 44%	55 76%	24 73%	20 50%
Non	18 39%	9 56%	17 24%	9 27%	20 50%

Chi 2 p=0,015

Participez-vous ou avez-vous participé à d'autres GAPP / âge	> 60 ans	20-30 ans	30-40 ans	40-50 ans	50-60 ans
Oui	17 37%	13 81%	26 36%	12 36%	13 33%
Non	29 63%	3 19%	46 64%	21 64%	27 68%

Fisher p=0,012

Tableaux 25 : Evaluation de la motivation à participer à un Groupe Qualité

Rompres l'isolement professionnel / Type d'exercice	cabinet de group		En MSP		Pas installé		Seul	
Oui	61	60%	24	48%	18	67%	27	93%
Non	32	32%	19	38%	4	15%	2	7%
Ne me concerne pas	8	8%	7	14%	5	19%	0	0%

Fisher p=0,000821

Partager ses émotions / Date de début en GQ	près Janvier 201		Entre Janvier 2014 et Décembre 2018		Avant 2014		DM	
Oui	8	44%	47	51%	39	61%	16	48%
Non	10	56%	45	49%	25	39%	17	52%

Chi2 p = 0,33

D'avoir un échange sur l'organisation du quotidien / sexe	hommes		femmes	
Oui	75	82%	64	56%
Non	17	18%	51	44%

Chi 2 p = 0,000822

D'avoir un échange sur les problèmes bio-médicaux

D'avoir un échange sur les problèmes bio-médicaux / sexe	hommes		femmes	
Oui	83	90%	104	90%
Non	9	10%	11	10%
		100%		100%

Chi 2 p = 0,96 > 0,5

D'avoir un échange sur les problèmes bio-médicaux / age	> 60 ans		20-30 ans		30-40 ans		40-50 ans		50-60 ans	
Oui	42	91%	15	94%	67	93%	28	85%	35	88%
Non	4	9%	1	5%	5	7%	5	15%	5	13%

Fisher p = 0,67 > 0,05

D'avoir un échange sur les problèmes bio-médicaux / Type d'exercice	cabinet de group		En maison de santé pluriprofessionn		Pas installé		Seul	
Oui	93	92%	44	88%	26	96%	24	83%
Non	8	8%	6	12%	1	4%	5	17%
		100%		100%		100%		100%

Fisher p = 0,31 > 0,5

D'avoir un échange sur les problèmes bio-médicaux / Lieu d'exercice	Zone rurale		Zone semi-rurale		Zone urbaine		Multi zone	
Oui	23	82%	66	89%	88	94%	10	91%
Non	5	18%	8	11%	6	6%	1	9%
		100%		100%		100%		100%

Fisher p = 0,3 > 0,5

D'avoir un échange sur les problèmes bio-médicaux / Date de début en GQ	près Janvier 201		Entre Janvier 2014 et Décembre 2018		Avant 2014		DM	
Oui	17	94%	81	88%	60	94%	29	88%
Non	1	6%	11	12%	4	6%	4	12%

Fisher p = 0,55 > 0,5

La rémunération est une reconnaissance du temps passé à se former / age	> 60 ans		20-30 ans		30-40 ans		40-50 ans		50-60 ans	
D'accord	42	91%	7	44%	66	92%	30	91%	38	95%
Pas d'accord	3	7%	1	6%	6	8%	2	6%	1	3%
Je n'ai pas d'avis	1	2%	8	50%	0	0%	1	3%	1	3%

Fisher (sans les "Je n'ai pas d'avis") p = 0,65

Fisher (avec les "Je n'ai pas d'avis") Trop de données

La rémunération est une contrepartie au cadre organisationnelle des groupes qualités / age	> 60 ans		20-30 ans		30-40 ans		40-50 ans		50-60 ans	
D'accord	29	63%	5	31%	55	76%	26	79%	30	75%
Pas d'accord	13	28%	2	13%	12	17%	4	12%	4	10%
Je n'ai pas d'avis	4	9%	9	56%	5	7%	3	9%	6	15%

Fisher (sans les "Je n'ai pas d'avis") p=0,2 > 0,05

Fisher (avec les "Je n'ai pas d'avis") Trop de données

Tableaux 26 : Evaluation de l'impact des GQ sur la pratique

Vos relations avec vos confrères et autres professionnels de santé ont-elles évolué depuis que vous participez à un GQ / age	> 60 ans		20-30 ans		30-40 ans		40-50 ans		50-60 ans	
Oui	29	63%	11	69%	54	75%	18	55%	21	53%
Non	15	33%	1	6%	16	22%	15	45%	16	40%
Ne vous concerne pas	2	4%	4	25%	2	3%	0	0%	3	8%
Fisher (sans les "Ne vous concerne pas") p=0,028										
Fisher (avec les "Ne vous concerne pas") trop de données										

Vos relations avec vos confrères et autres professionnels de santé ont-elles évolué depuis que vous participez à un GQ / Date de début en GQ	Après Janvier 2019		Entre Janvier 2014 et Décembre 2018		Avant 2014		DM	
Oui	15	83%	64	70%	37	58%	17	52%
Non	2	11%	25	27%	27	42%	9	27%
Ne vous concerne pas	1	6%	3	3%	0	0%	7	21%
Fisher (Sans les "Ne vous concerne pas") p=0,074								
Fisher (avec les "Ne vous concerne pas") p=0,00044								

la participation à un Groupe Qualité vous motive-t-elle ou vous a-t-elle motivé à vous installer / age	20-30 ans		30-40 ans		40-50 ans		>50 ans	
Dans la zone de votre Groupe Qualité afin d'en rester membre	5	31%	8	11%	2	6%	3	3%
Dans une zone où il y a un autre Groupe Qualité afin de vous y inscrire	7	44%	3	4%	2	6%	0	0%
Ne vous concerne pas	4	25%	61	85%	29	88%	83	97%
Fisher p=0,0000000269								

Est synonyme de zone attractive et dynamique / Type d'exercice	En cabinet de groupe		En maison de santé pluriprofessionnelle		Pas installé		Seul	
Oui	21	21%	19	38%	14	52%	0	0%
Non	80	79%	31	62%	13	48%	29	100%
Fisher p=0,00000333								

Est synonyme de zone attractive et dynamique / age	> 60 ans		20-30 ans		30-40 ans		40-50 ans		50-60 ans	
Oui	7	15%	11	69%	24	33%	8	24%	4	10%
Non	39	85%	5	31%	48	67%	25	76%	36	90%
Fisher p= 0,0000735										

La participation à un Groupe Qualité peut être une incitation pour le devenir ? / sexe	Hommes		Femmes	
Oui	14	31%	42	55%
Non	19	42%	19	25%
Je ne sais pas	12	27%	16	21%
Pas de réponse	47		38	
Chi2 p=0,0363 < 0,05				

la participation à un Groupe Qualité peut être une incitation pour le devenir ? / Type d'exercice	En cabinet de groupe		En maison de santé pluriprofessionnelle		Pas installé		Seul	
Oui	24	44%	18	62%	9	45%	5	28%
Non	18	33%	4	14%	6	30%	10	56%
Je ne sais pas	13	24%	7	24%	5	25%	3	17%
Pas de réponse (Pas pris en compte)	46		21		7		11	
Fisher p=0,14								

Tableaux 27 : Evaluation de l'impact sur le plan personnel

La participation à un Groupe Qualité peut avoir un impact sur le plan personnel ? / Date de début en GQ	Après Janvier 2019		Entre Janvier 2014 et Décembre 2018		Avant 2014		DM	
Oui	9	50%	65	71%	47	73%	24	73%
Non	9	50%	27	29%	17	27%	9	27%
Fisher p = 0,27								

Si oui / age	> 60 ans		20-30 ans		30-40 ans		40-50 ans		50-60 ans	
Apaisement de vos doutes et difficultés grâce à l'échange avec les confrères	23	66%	11	85%	42	82%	15	75%	18	69%
Effet « anti burn-out »	18	51%	7	54%	28	55%	11	55%	15	58%
Augmentation de votre plaisir à exercer	17	49%	7	54%	17	33%	11	55%	8	31%
Chi2 p=0,89										

Si oui / sexe	hommes		femmes	
Apaisement de vos doutes et difficultés grâce à l'échange avec les confrères	41	64%	68	84%
Effet « anti burn-out »	39	61%	40	49%
Augmentation de votre plaisir à exercer	28	44%	32	40%
	Chi2 p=0,24			

Si oui / Date de début en GQ	Après Janvier 2019		Entre Janvier 2014 et Décembre 2018		Avant 2014		DM	
Apaisement de vos doutes et difficultés grâce à l'échange avec les confrères	9	100%	51	78%	35	74%	14	58%
Effet « anti burn-out »	2	22%	21	32%	26	55%	22	92%
Augmentation de votre plaisir à exercer	5	56%	36	55%	24	51%	14	58%
	Fisher						p=0,038	

Tableaux 28 : Evaluation du ressenti des medecins généralistes vis-à-vis de la restitution des indicateurs

Vous prenez connaissance des indicateurs lors de chaque restitution / sexe	Hommes		Femmes	
D'accord	52	57%	52	45%
Pas d'accord	32	35%	38	33%
Ne vous concerne pas	8	9%	25	22%

Chi2 p=0,033

Les indicateurs vous motivent à vous remettre en question / Date de début en GQ	Après Janvier 2019		Entre Janvier 2014 et Décembre 2018		Avant 2014		DM	
D'accord	11	61%	27	29%	37	58%	12	36%
Pas d'accord	3	17%	29	32%	26	41%	10	30%
Ne vous concerne pas	4	22%	16	17%	1	2%	11	33%

Fisher (sans les "Ne vous concerne pas") p=0,22
Fisher (avec les "Ne vous concerne pas") trop de données

Vous êtes curieux vis-à-vis de vos indicateurs / Date de début en GQ	Après Janvier 2019		Entre Janvier 2014 et Décembre 2018		Avant 2014		DM	
D'accord	11	61%	53	58%	45	70%	12	36%
Pas d'accord	3	17%	25	27%	18	28%	10	30%
Ne vous concerne pas	4	22%	14	15%	1	2%	11	33%

Fisher (sans les "Ne vous concerne pas") p=0,43
Fisher (avec les "Ne vous concerne pas") trop de données

Vous êtes surpris(es) quand vous découvrez vos indicateurs / Date de début en GQ	Après Janvier 2019		Entre Janvier 2014 et Décembre 2018		Avant 2014		DM	
D'accord	5	28%	42	46%	37	58%	7	21%
Pas d'accord	9	50%	31	34%	26	41%	14	42%
Ne vous concerne pas	4	22%	19	21%	1	2%	12	36%

Fisher (sans les "Ne vous concerne pas") p=0,1
Fisher (avec les "Ne vous concerne pas") trop de données

Vous avez l'impression d'être jugé(e) / Date de début en GQ	Après Janvier 2019		Entre Janvier 2014 et Décembre 2018		Avant 2014		DM	
D'accord	5	28%	33	36%	21	33%	6	18%
Pas d'accord	9	50%	41	45%	40	63%	16	48%
Ne vous concerne pas	4	22%	18	20%	3	5%	11	33%

Chi2 (sans les "Ne vous concerne pas") p=0,42
Fisher (avec les "Ne vous concerne pas") p=0,000685

Vous ressentez de la frustration car vous pensez que les indicateurs ne reflètent pas votre pratique / age	> 60 ans	20-30 ans	30-40 ans	40-50 ans	50-60 ans					
D'accord	13	28%	3	19%	25	35%	11	33%	12	30%
Pas d'accord	29	63%	1	6%	30	42%	20	61%	23	58%
Ne vous concerne pas	4	9%	12	75%	17	24%	2	6%	5	13%

Fisher (sans les "Ne vous concerne pas") p=0,00000000943
Fisher (avec les "Ne vous concerne pas") Trop de données

Tableaux 29 : Evaluation des facteurs pouvant limiter la participation au Groupe Qualité

Les modalités organisationnelles de la réunion groupe qualité / Lieu d'exercice	Zone rurale		Zone semi-rurale		Zone urbaine		Multi zone	
Oui	8	29%	19	26%	8	9%	4	36%
Non	16	57%	48	65%	72	77%	7	64%
Je n'ai pas d'avis	4	14%	7	9%	14	15%	0	0%

Fisher (sans les "Je n'ai pas d'avis") p=0,00426
Fisher (avec les "Je n'ai pas d'avis") p=0,014

Le dossier documentaire peut limiter les débats / sexe	Hommes		Femmes	
D'accord	11	12%	24	21%
Pas d'accord	74	80%	80	70%
Ça dépend	5	5%	2	2%
Pas répondu	2	2%	9	8%

Fisher (sans les "Pas répondu") p=0,077
Fisher (avec les "Pas répondu") p=0,037

Annexe 14 : Réponses aux questions « ouvertes »

Annexe 14.1 : 2.1. Prendre du temps pour échanger avec les confrères

Ressentez-vous le besoin :

Autre(s) :

Pour connaître leur point de vue sur différents aspects médicaux mais logistique, relationnel ou autre
Confronter son vécu
Créer un réseau
Actualiser mes connaissances sur l'organisation locale
Intérêt d'un avis extérieur ou d'un œil neuf sur les dossiers complexes cliniquement ou éthiquement
Organiser le territoire
Se rassurer (notamment par rapport aux situations difficiles, qui semblent difficiles pour tous les autres médecins)
Partager avec collègues dans la ville où je travaille sans aller ville universitaire trop loin 1 h 20 x2

Annexe 14.2 : 2.3 Autre(s) motivation(s) :

Désir de retrouver un mode de réunion se rapprochant d'un groupe de Pairs
Je prends cela comme un outil me permettant de me former, de m'informer, d'échanger avec des confrères avec lesquels j'ai un vrai lien. Ce sont mes collègues du cabinet, et les collègues d'un cabinet voisin (qui pourrait être une sorte de galaxie d'Andromède) avec lesquels je partage une unité géographique, une unité d'organisation J'ai plus de 15 années d'enseignement à mon actif au PFRS de Caen, et plus de 30 années d'exercice professionnel et je pense que ce genre d'outil de formation réflexive est le "substratium fundamentalis" de notre exercice Je suis à ta disposition pour en parler pendant des heures !
Voir des amis
Faire passer des idées
Actualisation des réseaux (spécialistes, associations...),
Renforcer les connaissances
Découvrir les groupes qualités
Je suis interne donc j'ai participé à des réunions mais la rémunération ne me concerne pas.
Groupe de pairs indépendant
Le temps d'échange ++ (étant remplaçante, je ne suis pas officiellement inscrite aux groupes qualités et ne perçoit aucune rémunération) mais je continue d'y aller quand j'en ai la possibilité car c'est toujours
Stimuler la formation
Étant encore interne en MG, je n'ai pas encore un avis totalement arrêté sur les GQ (je n'ai participé qu'à 2 GQ mais participe aux GAEP au sein de la faculté) et je trouve la démarche des GQ quasiment incontournable dans une société où les connaissances médicales sont mises à jour continuellement. Au-delà de la démarche de formation continue, les GQ participent également à éviter l'isolement professionnel.
Obtenir une garantie de qualité /sécurité des soins que je prodigue, grâce à la traçabilité du travail réalisé en amont, pendant la séance et après la séance (amélioration continue de la qualité)
Formation
Enrichir et actualiser ses connaissances
Régularité mensuelle pour échanger
Lien avec les confrères, formation et information indispensables
Connaître les pratiques des confrères, leurs avis sur certains sujets
Echange
Mise en valeur de la spécialité médecine générale
Formation sans financement par laboratoire pharmaceutique
Je suis interne, je participe aux réunions en accompagnant mes praticiens chez qui je suis en stage, je ne suis donc pas concernée par la rémunération
Renforcer la motivation professionnelle surtout en fin de carrière
Se former
Tout simplement connaître ses confrères

Annexe 14.3. : 4.1.2. Autre(s) impact(s) sur la pratique médicale :

Motivation pour faire des recherches personnelles
Ce genre de formation me permet de me rassurer, et de me rendre compte que mes problèmes sont partagés, mes soucis sont les mêmes que mes confrères et cette formation participe au fait que je ne suis pas seul ...
Parfois les documents fournis ne sont pas pertinents et trop consensuels, mais ils ont le mérite de nous permettre d'échanger, de nous rencontrer et de ne pas être seuls
Harmonisation des pratiques
Mise à jour des nouvelles recommandations ou informations médicales
Permet de prendre du recul sur sa pratique
Meilleure prise en compte du dossier patient
Meilleure connaissance du réseau local
Amélioration du faire et du être
Confirmation de ce que l'on fait déjà
Actualisation des connaissances, informations sur les toutes dernières recommandations
Questionnement sur raisonnement un parfois "sclérosé"
Favoriser la création de réseau de soins ou de filières par coopération mutuelle
Limiter les frais de santé : plus de maintien à domicile, plus de prise en charge en ambulatoire
Aide pour la recherche de certaines recommandations
Relation avec le patient dans certaines circonstances délicates dont nous avons pu parler en GQ
Harmonisation des conduites à tenir

Annexe 14.4 : 4.2.1 La participation à un GQ modifie-t-elle votre façon d'effectuer vos recherches documentaires, en dehors des thèmes imposés ?

Si oui, comment :

Découverte nouveaux sites
Cela me permet de me situer, de me rendre compte de là où j'en suis dans la démarche de formation après plus de 30 années d'exercice
Recherche documentaire non modifiée, déjà importante
Lorsqu'un sujet me pose problème, j'essaie davantage de prendre le temps de vérifier les dernières recommandations au lieu de remettre à plus tard sans jamais trouver le temps de le faire ultérieurement.

Annexe 14.5 : 4.3.2 Autre(s) impact(s) du dossier documentaire :

Parfois le dossier documentaire est consensuel. Je mesure parfaitement la quantité de travail en amont pour le produire, mais il y a des situations où il ne correspond pas à mon quotidien parce qu'il est trop politiquement correct
Le groupe GQBN auquel je participe depuis des années a de la bouteille et nous permet à tous de prendre juste le recul nécessaire pour que nos échanges soient productifs et formateurs (encore une fois, je pourrais t'en parler pendant des heures)
Il est clair que bien des sujets sont choisis à des fins très économiques, ce dont j'essaie de tenir compte mais dont je me méfie aussi craignant que ce soit le but sinon unique mais principal de l'AM. Un médicament remboursé est très encadré par l'AM. Quand ils ne le sont plus ou pas des médicaments même dangereux sont en vente libre et moins surveillés
Problème de qualité du dossier : très inégale d'un sujet à l'autre
Oblige à travailler sur un sujet pour lequel on n'aurait pas fait de recherches spontanément
Utilise peu le dossier documentaire, réalise une bibliographie perso
Souvent les documents ne sont pas suffisants, souvent une recherche personnelle supplémentaire est nécessaire
Le dossier documentaire fait un point sur les données acquises de la science, c'est la référence de la pratique qui permet de comparer ma pratique à ce qu'elle pourrait/devrait être
Dépendant de la qualité et lisibilité du dossier.
Mise à jour des connaissances, m'oblige à prendre l'habitude de remettre mes pratiques en question
Il informe sur une problématique, il donne aussi d'autres références que l'on peut consulter ou des sites internet ou réseaux ou associations locaux
Il est un support de discussion entre participants

Pas assez documenté justement

Annexe 14.6 : 4.4.1. Vos relations avec vos confrères et autres professionnels de santé ont-elles évolué depuis que vous participez à un Groupe Qualité ?

Si oui, comment ?

Autre(s) :

J'ai continué à découvrir et apprécier mes collègues de secteurs parce que notre spécialité est complètement dépendante du secteur dans lequel nous exerçons ...
Certains sont devenus des amis, réunions conviviales et réconfortantes en ces temps plus que difficiles (pénurie médicale, surcharge de travail, patients de plus en plus insultants ou violents), déculpabilisation +++

Annexe 14.7 : 4.5.1. Les Groupes Qualité ont-ils (ou ont-ils eu) un impact sur vos projets professionnels ?

Si oui, comment ?

Autre(s) :

Passage prochain en salariat
Aide à la formation des futurs spécialistes en médecine générale en tant qu'enseignant et ancien maître de conférences en Médecine générale
Pôle de santé
Réflexion CPTS, IPEP, maîtrise de stage
Soutien à l'accueil d'étudiants – MSU
Je suis un organisateur de toute façon
M'a permis de transmettre mon cabinet au sein d'un cabinet de groupe
Mise en place de la CPTS
Elargit mon réseau de remplacé
Mieux connaître certains collègues
Nouvelle idée de FMC
Motivation pour aller ensemble en formation DPC
J'y présente régulièrement mes internes et fait connaissance des autres internes avec offre d'installation
Mise en place d'un projet multidisciplinaire

Annexe 14.8 : 5.1. Les Groupes Qualité ont-ils selon vous un impact sur le plan personnel ?

Si oui, comment ?

Autre(s) :

Privé de piscine le soir du GQ (effet indésirable)
Dans l'idéal c'est cela que j'attendrais... ms très mauvaise ambiance, non bienveillante dans notre groupe que j'envisage de quitter
Parfois un effet contre-productif, générateur d'anxiété
Nécessaire de soutenir le travail collectif entre pairs
Se rendre compte que d'autres confrères rencontrent les mêmes problèmes
Une soirée où je dois faire darder mes enfants
Rompt l'isolement du cabinet
Charge de travail supplémentaire
Cercles d'amis
Je ne suis pas le seul à ressentir les énormes pressions que fait peser sur moi la pratique médicale
Effet de stress /réformes de l'exercice discutées en groupe – Fatigue
Sommes peu nombreux dans le secteur, lien de qualité entre professionnels indispensable à un exercice serein +++
Hélas importante lourdeur financière et administrative qui n'existait pas lorsque notre groupe était bénévole
Motivation à se former
Soirée au boulot plutôt qu'à faire autre chose ...

Annexe 14.9 : 6.2. Autre(s) ressenti(s)

Je ne sais pas ce que sont les indicateurs !
C'est quoi cette histoire d'indicateurs ? Je ne crois pas les avoir vu un jour...
Je suis en fin de carrière, j'ai la fierté de participer à un GQ depuis sa création, j'en mesure la nécessité, j'en suis un fervent défenseur parce que nous avons besoin, dans notre spécialité, d'échange et de partage d'expérience dans le cadre d'une formation réflexive. Tout cela est opératoire dépendant et j'ai la chance de participer à un GQBN dont le responsable a su promouvoir tous ces éléments indispensables ... Je pourrais en parler pendant des heures ! Il ne te reste plus qu'à t'investir dans l'enseignement une fois ton cursus achevé ! Bon courage pour ton travail de thèse que je trouve très courageux !
Je sais que les indicateurs ne reflètent pas ma pratique, n'ont aucun intérêt pour moi et ça m'est égal. Ayant repris depuis moins de 5 ans l'immense majorité de mes patients, je sais que mes prescriptions actuelles reflètent en partie les habitudes de prescription des médecins antérieurs. Notez que je comprends très bien l'intérêt des indicateurs en tant que finalité et motivation des autorités pour financer les GQ, votre question permet les 2 interprétations.
Délit statistique de l'AM. La qualité est ce qui est le plus difficile à évaluer. Les critères et les définitions de la MG ne sont pas les mêmes pour tous. L'AM voit dans la MG une technique. Elle évalue une technique à l'aune des spécialités qui ne sont pas la MG. Pour moi la MG est la médecine du Temps et de la Parole. Alors comment évaluer cela ???
Je ne sais pas ce que sont les indicateurs ...
L'indicateur est normatif ce qui est contraire à la singularité de chaque cabinet.
Les bases statistiques des caisses sont fausses : ils ont trouvé des stats pour un médecin qui n'était pas installé !
J'attends toujours d'avoir mes indicateurs personnels...
C'est une comparaison avec les autres membres et les autres groupes, à moi de chercher pourquoi mes indicateurs donnent ces chiffres ; c'est possible d'y répondre en cherchant bien, ensemble
Les indicateurs sont modifiés par les étudiants en stage SASPAS ou interne ou remplaçants donc parfois pas très fiables surtout quand on est maître de stage avec SASPAS fréquemment
Parfois indicateurs semblent pas en rapport avec pratique mais rare

Annexe 14.10 : 7. Quels facteurs pourraient vous faire quitter les Groupes Qualité ?

7.1.1. Les thèmes imposés

Si oui, pourquoi ?

Autre(s) :

Surcharge de travail
Pas toujours de lien avec notre activité

Annexe 14.11 : 7.2.1. La présence d'un animateur

Si oui, pourquoi ?

Autre(s) :

Un retraité comme animateur n'est pas l'idéal.
--

Annexe 14.12 : 7.3.2. Le dossier documentaire

Autre(s) raison(s) concernant le dossier documentaire :

Encore une fois, le dossier documentaire est politiquement correct, comme ce que j'avais l'habitude de produire en tant qu'enseignant ... Ce n'est pas grave, il faut juste que chacun d'entre nous sache s'appropriier le contenu, et l'utiliser à bon escient Ce qui fait la magie de notre spécialité, c'est qu'il ne faut pas de cadre strict mais juste de consignes/recommandations que nous devons avec professionnalisme et courage interpréter et utiliser

La lecture du dossier documentaire au préalable de la réunion est un non-sens du point de vue pédagogique. Groupe d'échange de pratiques thématique = GEP avant tout. La préparation amène potentiellement certains participants à une posture d'expert qui stérilise les échanges.
Qualité parfois décevante
Je ne pense pas du tout que cela puisse limiter ma démarche intellectuelle. Le dossier documentaire m'apporte un éclairage autre, que j'apprécie ou pas et que je critique avec bienveillance et respect. Je préfère justement le lire avant, car je ne le ferai pas après et surtout, apporte des réponses et soulève des questions lors de la réunion. En somme, le dossier documentaire m'incite à rester dans les groupes qualité.
Le dossier documentaire ou tout simplement la recommandation est indispensable, oui il faut prendre un peu de temps pour le lire et en comprendre les finesses ; pendant la séance, si j'ai mal lu une consœur, un confrère nous y ramène.
Il est préférable d'avoir le dossier documentaire en parallèle des recherches personnelles pour les confronter
Trop théorique, pas assez pratique et trop littéraire : par ex un film montrant un sexologue en consultation serait plus bénéfique qu'un dossier papier reprenant les définitions utilisées en sexologie.
La qualité du dossier documentaire est très variable, et parfois décevante
Pas assez fourni ; souvent de peu d'intérêt

Annexe 14.13 : 7.4.1 L'absence d'expert ?

Si oui, pourquoi ?

Changement d'organisation depuis 1 an sans experts décevant ...
Aucune place pour un expert !
Ce n'est pas une FMC !
L'avis d'un spécialiste pourrait nous orienter dans certains sujets sur lesquels nous sommes tous autour de la "table" démunis. Non pas sur chaque thème mais peut-être 2 fois par an...
Besoin de réponses fiables et pratiques
Expert trop rarement convié aux réunions alors qu'il pourrait apporter des réponses aux questions restées en suspens.
Il est toujours bénéfique d'avoir un avis d'expert mais de là à quitter les GQ ...
Peuvent permettre de répondre à des questions, de mieux les connaître pour échanger
Pour certains thèmes cela pourrait être intéressant. Il ne faudrait pas que ce soit systématique.
Pour le non, il nous arrive d'en inviter un quand nous manquons d'information.
Il est utile d'avoir son avis pour comprendre certaines décisions
Rien n'est plus enrichissant que la présence d'expert
L'expert en médecine générale à Vibeuf, c'est le groupe
Un expert bloquerait la discussion
La présence d'un expert de la spécialité, permet de mieux nous expliquer les choses, le pratique
J'exerçais antérieurement en Loire Atlantique, des experts venaient régulièrement à nos réunions et les enrichissaient beaucoup, s'intéressant à notre pratique et modulant les exigences de leur spécialité à nos problèmes de terrain en tant que généralistes +++
Des références me semblent plus complètes que l'expérience personnelle de chacun
Parfois il y en a
Pour avoir l'avis d'un expert et le retour de son expérience
J'ai l'impression d'apprendre beaucoup quand un expert est là
Parce que certains thèmes nécessitent l'avis d'un spécialiste qui nous éclairera un point que des généralistes n'auraient pas évoqué par manque d'expérience et de connaissances du sujet.
On apprend toujours avec un expert
Sans expert cela risque de partir dans tous les sens
La présence d'un expert pourrait nuancer dans la pratique ce qui est noté dans le dossier documentaire

Annexe 14.14 : 7.5.1. Les modalités organisationnelles de la réunion GQ.

Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

La nécessité de devoir établir un compte rendu de chaque réunion avec un rapporteur (secrétaire).
Nous pouvons nous organiser spontanément sans besoin d'être contraint car nous sommes des libéraux

Annexe 14.15 : 7.5.2. Pouvez-vous préciser le créneau horaire de votre GQ ?

Taux de réponse : 87 % (182 réponses)

Concernant les 182 répondants :

Créneau	Nb de réponses	%
Matin : 8h30-10h30	1	0,5%
Midi = 12h-14h	19	11%
Début d'Après-midi 13h30-15h30	2	1,5%
Soir	156	86%
Interne participant midi et soir	1	0,5%
2h 1 fois par mois	1	0,5%

Annexe 14.16 : 7.6. Autre(s) facteur(s) :

L'organisation devrait être territoriale locale plutôt que centralisée et à distance. Holocratie
La distance du lieu de réunion par rapport à mon lieu d'exercice
Thèmes non intéressants à mon goût
Charge de travail dans son ensemble, fatigue
Non je ne vais pas quitter mon groupe j'y suis trop bien, les confrères et l'animateur entretiennent une ambiance trop sympa
Si les thèmes économiques prennent le dessus sur les thèmes plus cliniques.
Le jour du GQ (journée off qui m'impose de revenir 1 fois par mois sur ma journée de repos)
Participant qui manquerait de bienveillance à l'égard de ses confrères, qui ne respecterait pas le temps de parole de chacun, qui manquerait de respect à ses confrères par ex en critiquant une pratique professionnelle en prenant la sienne en référence
Evolution de mon organisation personnelle
Il faudrait un vrai expert sur le sujet
Aucun

Annexe 14.17 : 8.6. Dans les années futures, souhaitez-vous :

Autre(s) :

Réponse	Nb de réponses	Commentaires
Quitter le Groupe Qualité	15	-Arrêt du Groupe -Pour m'inscrire à un autre
Rester dans le GQ	23	-Installation prochaine à 40 km de mon groupe qualité, mais l'ambiance y est si bonne et la pratique si fluide que je ne suis pas certaine d'en changer ++
Développer un GQ pluriprofessionnel de territoire de proximité	1	
Je me poserais la question d'être animateur si nous perdons celui de notre	1	

GQ et que personne ne veut reprendre le flambeau.		
Départ en retraite prochainement	12	
M'inscrire à un groupe Balint		
Nous sommes déjà 3 ci-animatrices dans le groupe	1	
Retrouver un autre groupe en 2021 car le nôtre est passé de 12 à 5 en 2 ans	1	
Pas de réponses	100	

Annexe 14.18 : 8.7.1. Participez-vous ou avez-vous participé à d'autres groupes de Formation Médicale Continue comme les groupes de pairs ou les groupes d'échanges et d'analyses de pratiques ou les GAAP ? Si oui, le(s)quel(s) ?

Oui : 81 réponses soit 39%

Réponses	Nb de réponses
GAAP	26
FMC associative	14
Groupes de pairs	30
Balint	2
CHEM	1
Formation libre organisée par les laboratoires	1
Il y a 10 – 15 ans	1
Pas de réponse	14

NB : 3 réponses pour des Groupes de Pairs qui se sont transformés en Groupes Qualité

Commentaires :

- FMC CRETEIL (94) avec une grande participation des médecins hospitaliers de CHU CRETEIL et « hospital intercommunal creteil », permettant les échanges, je continue à participer à la journée annuelle cette année samedi 21/3/2020 (depuis 19 ans). Ils organisent des soirées mensuelles avec 1 expert à chaque fois, des cycles de perfectionnement sur pause midi hebdomadaire FABULEUX !!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

Annexe 14.19 : 8.8.1. Avez-vous un abonnement à une revue médicale ? Si oui, la(es)quelle(s) :

Oui : 134 réponses soit 65%

Revue Médicale	Nb de réponses
EXERCER	20
PRESCRIRE	92
PRESCRIRE THEMATIQUES	1
LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE + LA REVUE DU PRATICIEN	41
QUOTIDIEN DU MEDECIN	4
EMC MG	3
EGORA	3
Revue d'information diététique	1
Médecine et Enfance	2
Revue de Gériatrie	

Le concours médical	1
Medscap	1
Le généraliste	2
Médecine	8
Pas de réponses	2

Annexe 14.20 : 9. Commentaires libres :

En fin de carrière je puis t'assurer que le fait de participer à une telle formation est un vrai plus pour ce qui concerne ma formation, les échanges avec les collègues de mon propre cabinet, les collègues de mon cabinet voisin
Dans notre groupe on se connaît depuis longtemps, on est presque tous de la même promo et en plus de la médecine, on échange aussi sur nos enfants par exemple. Ça fait du bien aussi
Un peu dérangé par le rôle de l'assurance maladie dans cette démarche ... Forcément sous tendue par un intérêt financier plus que le bien des patients
Les groupes qualité doivent s'orienter vers la fabrication de protocoles décidés et portés en commun en fonction des besoins d'un territoire de proximité, en tenant compte des recommandations, mais aussi des possibilités locales ...
C'est parfois compliqué de se rendre au GQ (fatigue de la journée de travail, vie de famille...) mais on en ressort toujours avec un peu plus de connaissances ; et cela dans une bonne ambiance, c'est important.
J'apprécie mon GQ !
Comment se former sans perdre trop de temps
INVITER plus souvent des experts pour bénéficier de leur expertise et créer une dynamique d'échanges
L'exercice libéral est un sacerdoce, mais il est d'une richesse humaine incomparable.
Nous avons plusieurs animatrices dans notre groupe qualité. Elle connaissent donc à la fois les problématiques d'animatrice et de participant, ça me semble particulièrement intéressant
Questionnaire un peu long
J'aimerais la présence plus fréquente d'experts spécialistes
Le temps nous manque parfois mais la rencontres des confrères est un joli moment !!
Il y a trop de réunion de restitution et la documentation n'est pas toujours de qualité.
Je change de département, un de mes principaux objectifs c'est intégrer et aider à développer un groupe de qualité
Groupe de pairs, c'est un peu léger voire de la fumisterie (SFMG)

Annexe 15 : Comparaison de la répartition Femme/Homme de la population de l'étude avec la population de médecins engagés dans les GQ en Normandie et la population de médecins inscrits au conseil de l'ordre an Normandie

	Homme	Femme		
Etude	92	115		
GQ en Normandie	306	187	Chi2	p=0,0000174
	Homme	Femme		
Etude	92	115		
Medecins Normands (CNOM 2018)	2179	1863	Chi2	p=0,00775

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

Guy Launoy

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'G. Launoy', written in a cursive style.

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2020

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : SIOUVILLE FLORIE

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS : « Evaluation du programme Groupe Qualité par les médecins généralistes participants de la région NORMANDIE et impact sur leur pratique »

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Introduction Depuis leur création en 2001 par l'URML, les Groupes Qualité contribuent à l'EPP et la FMC des médecins généralistes. L'ambition est l'organisation de séances d'échanges entre médecins d'un territoire afin d'analyser leurs pratiques en les confrontant aux dernières recommandations et de conduire à une amélioration des pratiques tout en limitant l'isolement et le surmenage professionnels.

Objectif Evaluation des GQ par les médecins et internes généralistes participants, des motivations et freins à la participation, de l'impact sur la pratique professionnelle, sur le plan personnel, du ressenti par rapport aux indicateurs et à la rémunération.

Méthode Etude quantitative épidémiologique descriptive transversale par questionnaire envoyé à tous les médecins et internes participants des GQ de Normandie en 2020.

Résultats Le taux de participation est de 43%. 11 internes ont répondu. Les motivations à participer sont pour plus de 90% : la remise en question de sa propre pratique, le partage avec des confrères dans une ambiance conviviale et prendre du temps pour échanger ; pour 86% pouvoir s'exprimer librement dans un environnement de confiance et pour 30% rompre l'isolement professionnel. Les freins sont les thèmes imposés 30%, l'absence d'expert 15%, la fréquence des réunions 33% et le créneau horaire 21%. Le dossier documentaire apporte des connaissances théoriques 94% et est utile pour les questions d'ordre pratique 86%. 50% prennent connaissance des indicateurs et 24% ne les comprennent pas.

Conclusion Après 15 ans d'activités dans la région Normandie, les GS remplissent leurs objectifs et sont appréciés des médecins.

MOTS-CLÉS : Groupes Qualité, Formation médicale continue, Evaluation des pratiques professionnelles, Normandie, URML, Groupes d'analyse de pratique entre pairs, Médecins généralistes, Impact sur la pratique

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS : « Evaluation of the Quality Group program by participating general practitioners in NORMANDY and impact on their practice »

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Introduction Since their creation in 2001 by URML, the Quality Groups have contributed to the EPP and CMF of general practitioners. The ambition is to organize exchange sessions between doctors in a territory in order to analyze their practices by comparing them with the latest recommendations and to lead to improved practices while limiting professional isolation and overwork.

Objective Evaluation of GQ by participating general practitioners and interns, motivations and barriers to participation, impact on professional practice, on a personal level, the feeling about indicators and remuneration.

Method Cross-sectional descriptive epidemiological quantitative study by questionnaire sent to all doctors and interns participating in the Normandy GQ in 2020.

Results The participation rate is 43%. 11 interns responded. More than 90% of the motivations to participate are : questioning one's own practice, sharing with colleagues in a friendly atmosphere and taking time to exchange ; 86% able to express themselves freely in a trusted environment and 30% break professional isolation. The brakes are the themes imposed 30%, the absence of expert 15%, the frequency of meetings 33% and the time slot 21%. The documentary file provides theoretical knowledge 94% and is useful for practical questions 86%. 50% learn about the indicators and 24% do not understand them.

Conclusion After 15 years of activities in the Normandy region, the GQ is fulfilling its objectives and is appreciated by doctors

KEY WORDS : Quality circles, Peer review group, Normandy, General practitioner, Continuous professional development, URML