

SOCIÉTÉ
FRANÇAISE
DE MÉDECINE
GÉNÉRALE

N 1
OCTOBRE 2002



GROUPE DE PAIRS
ENQUÊTE EN RHÔNE-ALPES AUPRÈS
DE 83 MÉDECINS GÉNÉRALISTES

eDOCUMENTS DE RECHERCHES
EN MÉDECINE GÉNÉRALE

SFMG
LE PLAISIR DE COMPRENDRE

EDITORIAL

Depuis sa création, il y a bientôt 30 ans, la SFMG a toujours eu dans ses objectifs de mettre à disposition des médecins généralistes, et des autres, des documents intéressants pour la pratique et les connaissances des acteurs du champ sanitaire.

Ainsi se sont succédées plusieurs publications dont les dernières, les Documents de Recherches en Médecine Générale, nous permettent de publier régulièrement et au format papier les productions de la SFMG et d'ailleurs. Ils nous permettent de mettre à votre disposition une miette de cet énorme foisonnement que constitue la littérature " grise " constituée par les thèses, les mémoires, les résultats de recherche et les articles divers de revues non référencées.

Autant il devient aisé de retrouver des articles référencés dans Medline ou Inist (la littérature " blanche ", autant cette littérature " grise " ne l'est pas.

Devant ce constat et les modifications des moyens de communication (mail, site internet...) nous avons décidé de lancer les eDRMG. Ces Documents de Recherches " électroniques ", dont les sujets sont sélectionnés par notre comité de rédaction, seront téléchargeables gratuitement sur le site de la SFMG (www.sfm.org).

Il ne nous reste plus qu'à vous souhaiter bonne lecture.

La SFMG

eDocuments de Recherche en Médecine Générale

Directeur de la publication : Olivier KANDEL
Rédacteur en chef : Didier DUHOT

Maquette : Micro Paddy (eMail : macpaddy@chello.fr)

Reproduction interdite sauf autorisation de la SFMG

PORCO H. Groupes de pairs : enquête en Rhône Alpes auprès de 83 médecins généralistes, eDRMG, octobre 2002, 1, 3-42

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2001

N° D'ORDRE

GROUPES DE PAIRS : ENQUETE EN RHONE-ALPES AUPRES DE 83 MEDECINS GENERALISTES

Méthodes de travail et caractéristiques des médecins généralistes travaillant en groupes de pairs

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Hélène PORCO

Née le 07 mars 1971 à METZ

Thèse soutenue publiquement le 17 décembre 2001 à 17 heures
devant le jury composé de :

Monsieur le Professeur DEBRU

PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur MASSOT

Monsieur le Professeur REYT

Monsieur le Docteur BOSSON

Monsieur le Docteur COHENDET

La raison d'être de ce travail était d'aborder un aspect de la formation médicale continue du médecin généraliste. Il a contribué à parfaire mes connaissances, tout en constituant le point d'orgue d'une formation dont les étapes successives ont eu pour cadre les centres hospitaliers d'Aix-Les-Bains, de Chambéry, d'Annecy et enfin le Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble.

Aujourd'hui, il m'est agréable d'exprimer toute ma gratitude à Monsieur le Professeur DEBRU, d'avoir bien voulu présider le jury d'examen de cette thèse.

Qu'il me soit également permis d'exprimer ma reconnaissance à Monsieur le Professeur MASSOT, à Monsieur le Professeur REYT et à Monsieur le Docteur BOSSON, pour me faire l'honneur de juger ce travail.

Ensuite, je souhaiterais remercier Monsieur le Docteur COHENDET, Directeur de cette thèse, pour m'avoir donné l'occasion de parler de médecine générale en me proposant ce sujet et ensuite pour son enthousiasme encore intact, à promouvoir sa discipline. Merci de m'avoir permis d'assister à quelques unes de tes séances de travail.

Enfin, au moment où je clos ma formation initiale, je tiens à remercier un médecin qui a largement contribué à la rendre passionnante et lui a donné une dimension humaine : Monsieur le Professeur PELLAT. Qu'il soit remercié pour l'enseignement qu'il a donné à plusieurs générations d'étudiants.

A mes parents, je tiens à dire un grand merci pour leur soutien en toutes circonstances (dieu sait que je les ai sollicité) et pour m'avoir donné confiance en moi tout au long de ces années.
J'aimerais un jour pouvoir donner autant de preuves d'amour à mes enfants que j'en ai reçu de la leur.

A mon frère et à ma sœur, merci d'avoir fait partie des supporters de la première heure.
A ma belle-famille, merci pour leur soutien et leur aide.

A Fabrice, merci pour la vie et les projets que nous partageons et pour sa clairvoyance à toujours me pousser à donner le meilleur de moi-même.

A mes filles Marie et Emilie, je leur souhaite de connaître un jour un métier aussi intéressant.

Merci encore à papy Enrico et à Fabrice, qui ont beaucoup travaillé ces temps-ci.

Merci à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à ce travail.

INTRODUCTION

La formation médicale continue vise à réactualiser les connaissances de manière régulière (1). Les professionnels de la santé utilisent des techniques variées et complémentaires (lecture d'articles scientifiques, conférences, ateliers, jeux de rôle...) afin d'atteindre ce but.

Elle est reconnue comme un élément fondamental de la qualité des soins (2). Toutefois, à l'heure d'une FMC basée sur les preuves, des questions sont posées. Il existe un grand choix de techniques, les plus utilisées actuellement n'ont pas nécessairement fait la preuve de leur efficacité (3). La meilleure méthode reste probablement à définir.

Parmi celles moins connues, il existe une méthode de travail originale quant à ses principes et ses objectifs : "le groupe de pairs".

A l'étranger, cette méthode a pris des aspects variés.

En France, elle a vu le jour vers la fin des années 80 sous l'impulsion de la SFMG et en particulier du Dr Philippe JACOT et elle a été développée comme un outil de FMC à l'usage des généralistes.

Elle présente l'intérêt d'évaluer son propre travail et celui de ses pairs par la confrontation de cas cliniques, dans un groupe de médecins qui partagent les mêmes responsabilités professionnelles. Au moment où le débat sur la qualité des soins et ses programmes d'évaluation s'intensifie, on constate qu'après 10 ans d'expérience, cette méthodologie n'a toujours pas été évaluée en France.

L'objectif de ce travail était de mieux connaître les caractéristiques des médecins ayant choisi de travailler en GP ainsi que leurs méthodes de travail.

Au travers d'une enquête menée auprès de 83 médecins généralistes de la région Rhône-Alpes, nous avons pu mesurer en particulier, l'écart entre les pratiques suivies par 10 GP et le référentiel proposé par la SFMG lors du premier symposium national des GP en médecine générale en juin 2001.

PORCO H. Groupes de pairs : enquête en Rhône Alpes auprès de 83 médecins généralistes, eDRMG, octobre 2002, 1, 3-38

TABLES DES MATIERES

<u>TABLE DES MATIERES</u>	p. 3
<u>LISTE DES ABREVIATIONS</u>	p.10
<u>INTRODUCTION</u>	p.11
<u>I. GENERALITES</u>	p.11
<u>A. LA SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE (S.F.M.G.)</u>	p.11
1. <u>Qu'est-ce que la SFMG ?</u>	p.11
a. Historique	p.11
un climat propice	p.11
mouvement international	p.11
b. Cadre et principes	p.11
c. Objectifs et outils	p.12
2. <u>De la SFMG aux groupes de pairs (GP)</u>	p.12
a. Raison d'être des GP	p.12
b. Historique	p.13
démarche qualité	p.13
GP au niveau international	p.13
GP au niveau national	p.13
<u>B. LES GROUPES DE PAIRS</u>	p.14
1. <u>Définitions</u>	p.14
- Pair	p.14
- Groupe de pairs	p.14
- Cercle de qualité	p.14
- Revue de pairs	p.14
2. <u>Principe de fonctionnement</u>	p.14
a. Déroulement de la séance	p.14
1 ^{er} temps : étude d'un cas clinique	p.14
2 ^{ème} temps : évaluation des filières de soins	p.14
3 ^{ème} temps : thème libre	p.15
b. Objectifs de travail	p.15
3. <u>Actualité</u>	p.15
a. Symposium	p.15
b. Référentiel	p.15
c. Accréditation	p.16
<u>II. ENQUETE</u>	p.17
<u>A. MATERIELS ET METHODES</u>	p.17
1. <u>Population étudiée</u>	p.17
2. <u>But de l'évaluation</u>	p.17
3. <u>Protocole</u>	p.17
<u>B. RESULTATS</u>	p.20
1. <u>Généralités</u>	p.20
a. Effectif	p.20
b. Répartition géographique	p.20
c. Ancienneté des groupes de pairs	p.20
d. Ancienneté de la participation des médecins	p.20
2. <u>Caractéristiques de la population étudiée</u>	p.21

a. Sexe	p.21
b. Age	p.21
c. Mode d'exercice	p.21
seul(e) ou an association	p.21
temps plein ou partiel	p.21
zone d'activité	p.21
3. <u>Mode de fonctionnement</u>	p.21
a. Programme de la séance	p.21
étude d'un cas clinique	p.21
- apporte un cas	
- cas aléatoire	
- présentation du cas	
évaluation des filières de soins	p.21
thème librement choisi	p.21
- cas difficile	
- audit interne	
- actualité médicale	
b. Gestion de la séance	p.22
compte-rendu	p.22
- rédaction	
- secrétaire tournant	
modérateur	p.22
- présence	
- caractère tournant	
4. <u>Application du référentiel</u>	p.23
composition exclusive de médecins généralistes	p.23
participation de 5 à 10 personnes par séance	p.23
minimum de 8 réunions annuelles	p.23
cas clinique aléatoire	p.23
évaluation des filières de soins	p.23
réponses au questions non résolues	p.23
compte-rendu de séance	p.23
présence certifiée	p.23
5. <u>Intérêt du référentiel</u>	p.24
6. <u>Analyse des méthodes de travail et capacité de résolution</u>	p.24
a. Manière de répondre aux questions soulevées	p.24
b. Nombre de problèmes soulevés pendant la séance par cas clinique	p.24
c. Pourcentage de résolution pendant la séance	p.24
7. <u>Bilan de satisfaction</u>	p.25
a. Motifs de satisfaction	p.25
b. Ce qui doit être amélioré	p.26
avant	p.26
pendant	p.26
après	p.26
8. <u>Idée d'un site Internet</u>	p.26
9. <u>Participation à d'autres FMC</u>	p.26
10. <u>Adhésion à la SFMG et autres organisations</u>	p.27
C. <u>ANALYSES ET COMMENTAIRES</u>	p.28
1. <u>Généralités</u>	p.28
- effectif	
- répartition géographique	
- ancienneté des groupes de pairs	

- ancienneté de la participation des médecins	
2. <u>Caractéristiques de la population</u>	p.28
- sexe	p.28
- âge	p.28
- mode d'exercice	p.28
seul(e) ou en association	
temps plein ou partiel	
zone d'activité	
- autre type de FMC	p.28
- adhésion à la SFMG	p.28
3. <u>Organisation</u>	p.28
- présence de 5 à 10 personnes par séance	p.28
- 8 réunions par an	p.28
- émargement	p.28
- compte-rendu	p.28
- modérateur	p.28
4. <u>Méthodologie</u>	p.29
- parité	p.29
- cas clinique aléatoire	p.29
- évaluation des circuits de soins	p.29
- temps libre	p.29
- application et intérêt du référentiel	p.29
5. <u>Evaluation</u>	p.30
a. Efficacité	p.30
- nombre de problèmes traités	p.30
- nombre de problèmes résolus	p.30
- méthodes de résolution	p.30
- idée du forum	p.30
b. Satisfaction	p.30
6. <u>Limites de l'enquête</u>	p.31
<u>Annexes</u>	p.32
III. DISCUSSION	p.37
A. <u>ECHOS EUROPEENS DES GP</u>	p.37
1. <u>Allemagne</u>	p.37
2. <u>Pays-Bas</u>	p.37
3. <u>Norvège</u>	p.37
4. <u>Belgique</u>	p.37
B. <u>REVUE DE LA LITTERATURE : FMC</u>	p.37
1. Pourquoi faire de la FMC ?	p.37
2. Qu'attendons-nous de la FMC ?	p.38
3. Quelle FMC choisir ?	p.38
CONCLUSION	p.40
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	p.41

LISTE DES ABREVIATIONS

<u>FMC</u> :	formation médicale continue
<u>FMI</u> :	formation médicale initiale
<u>GP</u> :	groupe de pairs
<u>MG</u> :	médecin généraliste
<u>SFMG</u> :	Société Française de Médecine Générale
<u>WONCA</u> :	World Organisation of National College or Academics Associations of General Practitioners
<u>RCGP</u> :	Royal College of General Practitioners
<u>ASHIP</u> :	Associations of Statutory Health Insurance Physicians
<u>CIM</u> :	Classification Internationale des Maladies
<u>ICH PPC</u> :	International Classification of Health Problems in Primary Care
<u>DRC</u> :	Dictionnaire des Résultats de Consultation
<u>DSM</u> :	Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux
<u>CIDIH</u> :	Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps
<u>OMS</u> :	Organisation Mondiale de la Santé
<u>ISO</u> :	International Organization for Standardization
<u>PMI</u> :	Protection Maternelle et Infantile

CHAPITRE I : GENERALITES

A. SFMG

Pour comprendre les origines des groupes de pairs à la française, il faut apprendre à mieux connaître ce qu'est la SFMG. Bien que la méthode existe à l'étranger, elle présente chez nous de nombreuses particularités et l'orientation prise par les médecins français est probablement imputable aux membres de cette association qui ont largement contribué à l'installation de la méthodologie. Au vu des objectifs affichés par l'association, on comprend le choix de développer un outil de FMC adapté aux médecins généralistes.

1. Qu'est-ce que la SFMG ?

a. Historique

Un climat propice (4)(5)

La "réforme Debré" de 1958 a marqué une étape essentielle dans la transformation du visage de l'hôpital public. En effet, l'application du décret et des ordonnances du 11 et 30 décembre a abouti à la naissance des Centres Hospitaliers Universitaires avec pour but de redéfinir les fonctions de l'hôpital, avec trois missions essentielles : le soin, l'enseignement et la recherche. Pour assurer le développement de tels centres, on a demandé aux médecins hospitaliers d'exercer à plein temps à l'hôpital pour assumer les responsabilités de chef de service, d'enseignement et de chercheur.

Les hôpitaux étant organisés en services spécialisés, les médecins généralistes n'y ont pas trouvé leur place et n'ont pas bénéficié de départements de recherche et d'enseignement spécifiques. La formation des futures généralistes a donc été exclusivement assurée par des médecins spécialisés ne partageant pas la même problématique (conditions de travail différentes en temps et en matériel, épidémiologie différente, morbidité différente).

L'absence de modèles d'identification, et surtout de représentation institutionnelle ou académique distinctes, à même de maîtriser des programmes de recherche, a pu freiner la médecine générale dans son développement scientifique et son positionnement en tant que discipline à part entière.

Du fait de cet espace laissé vacant pendant de nombreuses années, la médecine générale a pris du retard à développer et affirmer ses propres programmes d'évaluation et de recherche.

Certains y ont vu un rapport hiérarchique entre les disciplines hospitalières, dont les conduites étaient scientifiquement établies et la médecine générale, constituée de façon empirique et dont la légitimité

restait à établir.

Mouvement international

Suite à ces problèmes d'identification des médecins généralistes, la Société Française de Médecine Générale a vu le jour en 1973.

A l'instar d'autres pays européens comme la Grande-Bretagne avec le RCGP (Royal College of General Practitioner) créé en 1952, la SFMG a cherché à mettre en place un programme de promotion et de développement de la médecine générale dotée de ses propres outils d'évaluation.

Sur le plan international, sous l'impulsion du RCGP et d'autres pays de culture anglo-saxonne, la WONCA (World Organisation of National College or Academics Associations of General Practitioners) est née en 1972. Cette organisation regroupe les différentes structures institutionnelles et associatives, selon les pays, qui s'occupent de promouvoir la médecine générale au travers d'évaluations scientifiques et de programmes de recherches épidémiologiques.

La SFMG a adhéré à la WONCA à partir de 1978, ce qui lui a permis de participer aux débats de l'OMS sur les thèmes traitants de la médecine générale (6).

b. Cadre et principes

Cadre (7)

La SFMG est une association privée régie par la loi de 1901. Elle réunit des médecins généralistes provenant de tous horizons (social, syndical,...). Elle recense actuellement près de 500 adhérents.

Elle est reconnue par le conseil de l'ordre en tant que Société Savante depuis 1993.

Différents partenariats ont vu le jour avec l'INSERM (Institut National de Santé et de Recherche Médicale), le RNSP (Réseau National de Santé Publique), la MIDIST (Mission Inter-ministérielle pour l'Information Scientifique et Technique), la MIRE (Mission Inter-ministérielle pour la Recherche et l'Expérimentation), la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) au travers de projets de recherche et d'évaluation en médecine générale.

Principes (4)(7)

Dès sa constitution, la SFMG a affirmé quelques principes, qui lui ont permis, au fil des années, de définir ses orientations.

“- La médecine générale est une discipline spécifique. Ses fonctions ne sont pas réductibles à une fraction des autres disciplines médicales.

- Le développement de la médecine générale sur des

bases scientifiques ne peut être que le fait des généralistes eux-mêmes.

- L'utilisation de concepts spécifiques et d'un langage propre à la discipline sont deux conditions indispensables.

- La formation médicale continue du médecin généraliste repose avant tout sur l'observation méthodique de sa propre activité, jointe à l'information sélective et continue.

- L'enseignement de la médecine générale s'enracine dans la recherche pratique et théorique. Il ne peut y avoir d'enseignement universitaire de qualité sans recherche préalable. Pour enseigner valablement il faut avoir théorisé un ensemble de connaissances structurées. Dans ces conditions, l'université doit être ouverte à tout généraliste qui aura montré ses capacités grâce à ses travaux dans la discipline.

- Les travaux concernant la médecine générale ne peuvent être menés dans de bonnes conditions que si les règles de base de la recherche généraliste sont respectées : les généralistes doivent être présents à toutes les étapes de l'élaboration du traitement et de l'analyse des données”.

c. Objectifs et outils

Objectifs

La SFMG s'est fixée comme objectif de développer un outil de recherche destiné à la communauté des généralistes afin de favoriser la promotion de la médecine générale.

“A cet effet, l'association favorisera la recherche et l'action dans les domaines scientifiques, biologiques et économiques propres à assurer la promotion et la qualification des médecins de famille. Elle s'attachera à développer par tous les moyens la recherche fondamentale en médecine de famille” (7).

Pour répondre au mieux aux besoins de formation des futurs médecins généralistes, il paraît souhaitable d'avoir préalablement identifié les demandes de soins des patients en cabinet de ville. Pour avoir une connaissance épidémiologique des demandes des patients, il faut s'accorder sur la dénomination des motifs ou plutôt des résultats de consultation (le résultat de consultation est le problème posé par le patient que le médecin a décidé de prendre en charge). Sans définition constante de la nosologie rencontrée en médecine générale, aucun travail épidémiologique ne peut être exploitable et reproductible.

Outils

Parmi les nombreux travaux de recherche et d'évaluation en médecine générale entrepris par la SFMG, l'un des plus originaux, et certainement ce-

lui qui a demandé le plus d'investissement en temps et en énergie, a été l'élaboration d'un dictionnaire des résultats de consultation (DRC)(8).

Ce besoin de définir un langage spécifique à la médecine des familles est né du constat de l'exploitation difficile des classifications des états morbides jusqu'alors disponibles (7)(8). En effet, la classification internationale des maladies (CIM), bien que révisée tous les 10 ans, a montré ses limites dans plusieurs disciplines particulières (les psychiatres avec leur DSM, ou la CIDIH pour classer les déficiences, incapacités et handicaps). D'une part, elle ne permet pas de décrire certains états morbides fréquemment observés et d'autre part l'absence de définition des appellations entraîne le risque qu'une même appellation donne lieu à des interprétations différentes selon les utilisateurs (7).

L'absence de langage commun a été identifiée de longue date et son élaboration a mobilisé de nombreuses énergies à l'étranger.

En 1959, le RCGP avait entrepris la mise au point d'une classification des maladies à l'usage des généralistes (basée sur les résultats d'une enquête de morbidité menée chez 11 praticiens durant l'année 1958). C'est en 1976, que parut cette première classification sous le titre de ICH PPC 1 (International Classification of Health Problems in Primary Care), qui restait proche de la CIM. La WONCA l'adopta en 1979 et l'enrichit en 1983 sous une forme intégrant une liste de problèmes administratifs, psychosociaux et de la médecine préventive.

On appela cette nouvelle version ICH PPC 2 (6). La SFMG, quant à elle, choisit de développer les travaux de R.N. BRAUN, épidémiologiste autrichien exerçant la médecine générale dans les années 50. A partir de l'analyse de sa propre pratique, il mit à jour une théorie professionnelle intéressante : la reproductibilité des fréquences de répartition des cas cliniques en médecine générale, avec 4 classes d'états morbides identifiés : le symptôme, le syndrome, les tableaux de maladies et le diagnostic certifié.

C'est cette classification qui a été développée dans le DRC qui contient actuellement près de 300 termes définis avec des critères d'inclusion et d'exclusion (5)(10)(11)(12).

2. De la SFMG aux GP

a. Raison d'être des GP

Définir un langage commun spécifique tel que le dictionnaire des résultats de consultation, a été pour la SFMG une étape essentielle dans l'acquisition d'une identité professionnelle forte.

Les résultats ont montré que la médecine générale

n'était pas seulement une pratique empirique (c'est-à-dire un acquis développé par le vécu professionnel à partir de la formation spécialisée initiale) mais qu'une démarche scientifique y trouvait sa place.

L'évaluation des pathologies les plus fréquemment rencontrées en médecine générale à partir de l'observation sur le terrain (5) a permis de s'accorder sur le savoir qu'il s'agissait de transmettre aux étudiants de 2^{ème} et 3^{ème} cycle de médecine générale afin de mieux les préparer à leur exercice futur.

Les groupes de pairs sont certainement le pendant du dictionnaire en ce qui concerne la FMC. C'est-à-dire qu'ils permettent, toujours à partir de l'observation sur le terrain, d'identifier les besoins en formation continue.

C'est une occasion donnée, pour chaque membre du groupe, d'une prise de conscience de son identité professionnelle mais également de l'importance d'une évaluation de ses connaissances par d'autres (13).

Il ne s'agit pas d'un hasard si la SFMG a choisi de s'intéresser à la méthodologie GP. Présente à l'étranger, mais plus orientée vers une activité d'audit, surtout dans les pays anglo-saxons, la méthodologie a été naturellement intégrée et modelée par l'association.

Rappelons que la SFMG, en terme de FMC, définissait l'observation de la pratique du médecin généraliste sur son lieu de travail comme prioritaire, jointe à une information sélective et continue.

Nous verrons dans quelle mesure le GP correspond en tous points à cet objectif.

Toutefois, bien avant cette appropriation, la méthode avait déjà été inspirée par d'autres concepteurs.

b. Historique

Initialement inspiré par la démarche qualité opérée dans le domaine de l'industrie, on a vu progressivement naître le concept de GP.

La question centrale étant la réflexion portée sur la qualité et son maintien ou son amélioration dans des domaines comme la production de biens (industrie) ou des services (la santé).

Démarche qualité

La qualité est devenue un thème très en vogue : la qualité des produits et des services, celle de l'air, de l'environnement et de la vie. Elle est définie selon le Larousse comme "une manière d'être, bonne ou mauvaise, état caractéristique, supériorité ou excellence en quelque chose".

Depuis plus de 20 ans, pour répondre à des consommateurs de plus en plus exigeants et fournir des pro-

duits de plus en plus satisfaisants, le monde de l'industrie a dû réaliser des efforts pour garantir des normes de qualité. Il s'est doté d'une méthodologie : les cercles de qualité (14). Dans son champ d'action, elle est définie comme "l'ensemble des propriétés et caractéristiques d'un produit qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites" (ISO).

Conscients d'être tenus aux mêmes objectifs d'amélioration de la qualité des soins, les médecins ont repris l'idée des cercles de qualité. La définition de l'OMS tient compte de la relation triangulaire (prescripteur, client, payeur). La qualité c'est "délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat, en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins" (2).

L'idée même d'un petit groupe de travail structuré visant à évaluer et améliorer la qualité des soins et la résolution de problèmes en médecine générale est probablement issue du modèle fourni par l'industrie.

Groupes de pairs au niveau international

Afin d'évaluer leurs pratiques quotidiennes, les médecins ont mis en place leurs cercles de qualité, dès les années 80 pour la Grande-Bretagne, puis en 82 pour les Pays-Bas, sous le nom de "Peers Groups". La Grande-Bretagne choisit de développer l'audit médical au travers de ces peers groups (15).

En Allemagne, leur création a été fortement favorisée. De 16 groupes en activité en 93, leur nombre a rapidement crû, pour atteindre 1663 en 96, impliquant alors 17% environ des médecins en activité (2).

Groupes de pairs au niveau national

En France, c'est la SFMG qui a repris le concept en essayant de l'adapter aux besoins de formation des médecins généralistes.

C'est en 1987, sous l'impulsion du Dr JACOT Philippe que le 1^{er} GP à la française a vu le jour (15). Depuis 91-92 la SFMG organise des "séminaires" de formation destinés aux médecins généralistes désireux de connaître leur fonctionnement ou de mettre en place un GP.

En 1995, un recensement national réalisé par la SFMG mettait en évidence 17 groupes.

La plupart se sont constitués en association loi 1901, le plus souvent au sein d'une association de FMC antérieure.

B. LES GROUPES DE PAIRS

1. Définition

La terminologie concernant le sujet peut être source de confusion dans la mesure où certains articles utilisent la même dénomination pour parler de concepts différents et parfois le même type de travail est appelé différemment en fonction des pays. Voici quelques définitions :

- on appelle “pair” une personne semblable quant à la fonction, la situation sociale (Robert).

- le “groupe de pairs” réunit des professionnels de la même discipline qui s’auto évaluent à partir de la présentation de cas cliniques (2).

Le groupe rassemble des médecins géographiquement proches qui sont volontaires et indépendants. Il n’y a pas de hiérarchie à l’intérieur du groupe (conditions françaises). C’est un temps de libre parole et d’étude de la pratique telle qu’elle se présente réellement (7).

Le groupe constitue une réflexion continue systématique et critique sur sa propre pratique et celle des autres. Il a pour but d’accomplir une amélioration continue de la qualité des soins (16).

- le “ cercle de qualité” a un fonctionnement habituellement pluridisciplinaire, c’est-à-dire qu’il peut regrouper des médecins, des équipes paramédicales, des responsables politiques, des représentants de patients (...) qui travaillent sur l’amélioration de la prise en charge et la résolution des problèmes en médecine générale.

- la plupart du temps, “la revue de pairs” désigne une procédure d’audit externe où l’auditeur et l’auditée exercent la même discipline (17).

L’évaluation des pratiques médicales lors de programmes de revue de pairs n’est pas toujours une démarche volontaire de la part des médecins et certains pays, comme le Québec, obligent leurs médecins à recevoir la visite d’un pair (2). C’est un professionnel de la même discipline, en exercice, formé à l’évaluation et qui s’intéresse aux pratiques, à la structure et au management du médecin (18).

2. Principes de fonctionnement

La méthodologie du GP est exploitable en FMC quelle que soit la discipline ciblée. En France, par exemple, la FFP (Fédération Française de Psychiatrie) utilise les GP comme méthode de formation

interactive.

La méthode préconisée par la SFMG est ici adaptée à l’exercice du médecin généraliste de ville.

On distingue 3 étapes complémentaires qui répondent à des besoins de formation et d’information.

La réunion peut démarrer sans beaucoup de préparatifs, avec un modérateur qui va s’assurer d’une bonne répartition du temps de parole.

a. Déroulement de la séance

La séance se déroule en 3 temps (8)(2).

1^{er} temps : l’étude de cas clinique

Chaque médecin présente à tour de rôle un cas clinique extrait de sa pratique, choisi selon un tirage au sort défini ensemble (ex : le 3^{ème} malade reçu le jour même).

Cette règle permet d’aborder en priorité les cas les plus fréquemment rencontrés en médecine générale et évite de sélectionner les cas qui paraissent les plus intéressants.

La présentation s’effectue à partir d’un dossier et est suivie d’une discussion. Le médecin peut aborder des problèmes cliniques, diagnostiques, thérapeutiques, sociaux, de médecine préventive...

Le médecin qui expose, peut interroger le GP sur un aspect précis. De même, les autres intervenants peuvent être amenés à poser des questions sur les choix effectués par le médecin exposant. Ces questionnements donnent lieu à un partage d’expériences et de compétences que chaque médecin généraliste peut librement adapter à sa pratique.

Un rapporteur de séance est chargé d’établir un compte-rendu contenant une synthèse de la présentation des problèmes soulevés lors de la discussion. Ces notes peuvent servir lors de la séance ultérieure pour répondre à des questions restées en suspens.

L’intérêt du compte-rendu consiste, entre autre, à identifier les lacunes de chacun et à évaluer les besoins de formation.

2^{ème} temps : l’évaluation des circuits de soins

Le médecin généraliste est souvent sollicité par ses patients pour son rôle de conseiller quant au choix d’autres intervenants nécessaires. Il doit avoir une bonne connaissance de l’environnement sanitaire et social afin de savoir à qui confier ses patients et auprès de qui, il pourra obtenir une qualité d’information et de soins.

Ce type d’évaluation permet une analyse :

- de l’intérêt de l’expertise dans un domaine défini pour le patient ainsi que pour le médecin

- de l’accessibilité à la fois géographique et financière

- de la volonté et l'aptitude à travailler de façon coordonnée avec le MG et le patient.

3^{ème} temps : un thème libre

Il appartient à chaque groupe de définir ses besoins. Ce temps donne la possibilité de voir en détail un cas clinique particulier pour une aide à la décision. Il peut également être consacré à des lectures critiques ou donner lieu à la mise en place d'audits internes, volontaires. L'audit est une méthode d'évaluation des pratiques de soins, par rapport à des recommandations, et ce, à l'aide de critères déterminés. Il peut mesurer les performances des médecins et les résultats des soins avec pour objectif de les améliorer.

Il a pour but d'identifier les situations où l'amélioration de la qualité des soins est nécessaire et donc de souligner les thèmes de FMC à traiter, mais aussi de vérifier l'utilisation efficace des ressources (2).

Ce temps peut être également consacré au soutien des membres du groupe sur le plan administratif, syndical, financier...

Un tel groupe ne peut fonctionner que dans un climat de confiance mutuelle et dans la confidentialité.

b. Objectifs de travail (15)

Au travers de cette méthodologie, on souhaite atteindre des objectifs multiples :

- l'évaluation des pratiques
- la remise en cause des médecins dans leur pratique
- la mise en évidence d'une spécificité de la pratique généraliste
- l'incitation aux échanges entre confrères
- l'animation d'une réunion
- la cohésion de la profession
- l'autonomie par rapport à la formation continue spécialisée
- la production de travaux de recherche

Habituellement, on attend de la FMC qu'elle permette de maintenir ou d'améliorer les compétences et par là même, la qualité des soins dispensés.

Ici, le GP s'attache à évaluer la pratique courante des généralistes et permet un échange de savoir faire entre pairs au travers d'une méthodologie dynamique et interactive.

3. Actualité

a. Symposium

En juin 2001, à Paris, s'est tenu le 1^{er} symposium national des groupes de pairs en médecine générale. Il était organisé par la SFMG en partenariat avec

MG-form (19).

Des représentants de 25 groupes de pairs français ont pu mettre en commun leurs expériences. A cette occasion, deux questionnaires ont été proposés afin de mieux cerner leurs modalités de travail et le profil des participants. Cette enquête a, en grande partie, inspiré notre travail.

A partir d'une réflexion commune, les congressistes ont listé les points de la méthodologie à retenir pour discuter d'un label "groupe de pairs".

b. Référentiel

Un ensemble de 8 critères a été retenu par les médecins participants au symposium. Ils ont défini de façon prioritaire quelles étaient les conditions minimales à remplir pour obtenir un label "GP" (19)(6). Ces 8 critères ont été choisis pour leur intérêt, leur simplicité et leur caractère consensuel.

1° - composition exclusive de professionnels de la même discipline

2° - participation de 5 à 10 médecins par séance

3° - participation à un minimum de 8 réunions annuelles

4° - cas clinique aléatoire

5° - évaluation des circuits de soins

6° - apporter des réponses aux questions restées non résolues lors de la séance précédente

7° - un compte-rendu de séance

8° - participation des médecins attestée par un émaragement

Ces critères tentent d'établir des conditions nécessaires et suffisantes à la production d'un travail de qualité. La liste des présents a pour but quant à elle de pouvoir attester à titre individuel de la participation des médecins.

On constate que l'esprit du groupe à la française est de travailler entre médecins de la même discipline (préoccupations et pratiques homogènes) pour pouvoir comparer et intégrer les nouvelles procédures proposées par ses pairs en discutant des cas les plus fréquemment rencontrés en médecine générale. Tel est le but des 1^{er}, 4^{ème} et 5^{ème} critères.

Pour pouvoir optimiser un échange, il faut qu'il y ait suffisamment de participants sans pour autant excéder un seuil au delà duquel tous les médecins ne pourraient pas prendre la parole et où leur rôle actif serait réduit.

De façon consensuelle, le nombre de 5 à 10 personnes a été retenu comme étant un effectif souhaitable.

De la même façon, la participation à un nombre suffisant de séances dans l'année est tout aussi importante pour les médecins.

Malgré les contraintes de temps qui existent pour

des praticiens déjà accaparés par leur exercice quotidien, une participation seuil à au moins 8 séances par an paraît réaliste.

Un des objectifs de la FMC étant d'améliorer la qualité des soins, il paraît important de répondre aux besoins d'informations identifiés lors des séances de travail en GP. C'est pourquoi, l'objectif d'apporter des réponses aux problèmes soulevés lors des séances précédentes est un point essentiel à retenir (critère n° 6).

La rédaction du compte-rendu est un exercice formateur en soi. Il est spécifique également de la méthode et il permet l'apprentissage de la formulation des problèmes. C'est une étape indispensable à la réalisation de bonnes recherches documentaires.

En ce qui concerne le critère n° 8, il correspond à souci de reconnaissance de temps passé en FMC.

Certains GP participant au symposium ont été choisis pour tester la faisabilité du référentiel au cours du dernier trimestre 2001.

c. Accréditation (6)

La SFMG se propose, suite à cette réflexion sur la grille de critères minimaux, de répondre aux besoins individuels ou collectifs des MG, d'accréditation et de reconnaissance de temps passé en FMC en attendant l'application des décrets. Elle a pour le moment déposé l'appellation "groupes de pairs" et la mise en place du référentiel entre dans une démarche de qualité. L'évaluation par les pouvoirs publics est à souhaiter.

CHAPITRE II : ENQUETE

A. MATERIELS ET METHODES

1. Population étudiée

Notre questionnaire s'adressait à des médecins généralistes travaillant en secteur libéral en région Rhône-Alpes et qui participaient à des réunions de groupes de pairs.

Nous avons contacté par téléphone l'ensemble des médecins généralistes retenus afin qu'il répondent à notre questionnaire.

La liste des médecins généralistes participants à des GP a été établie à partir d'un fichier provenant de la SFMG (département GP).

Ce fichier était constitué de noms de médecins généralistes ayant participé à l'enquête SEISME (Etude SEISME I : méthodologie de recueil des besoins de formation des médecins libéraux. RHINO-PHARYNGITE 2000 et étude SEISME II : méthodologie de recueil des besoins de formation des médecins libéraux. MENOPAUSE 2001) et, ayant demandé des informations sur l'encadrement d'un GP ou ayant participé au symposium de juin 2001 à Paris.

Ce fichier a été enrichi par MG-form, qui nous a communiqué les noms des médecins ayant soit demandé des informations sur les GP, soit participé à des séminaires de formation à l'encadrement d'un GP. Un correspondant de l'UNAFORMEC (Union Nationale des Associations de FMC) de Rhône-Alpes a également été contacté pour mettre à jour le fichier.

Ces médecins ont été contactés individuellement par téléphone et la liste a été mise à jour en fonction de la participation ou non des médecins aux GP.

Remarque : 4 médecins n'avaient pas encore concrétisé leur envie de fonder un GP. Et on aurait probablement comptabilisé 4 groupes distincts supplémentaires, les mois suivants notre enquête.

Au final, les médecins généralistes ont fourni, pour chaque zone identifiée, la liste de l'ensemble des participants à leur groupe.

Les entretiens se sont déroulés du 1 au 26 octobre 2001.

En ce qui concerne 2 GP de Haute-Savoie, les questionnaires ont été remis en mains propres aux médecins généralistes qui m'avaient invité à participer à leur séance de travail.

Les médecins généralistes se réunissant systématiquement avec un expert local n'ont pas été retenus. Par contre, nous avons retenu les groupes qui venaient de se constituer. Une seule séance suffisait à

évaluer le programme et les intentions des participants.

2. But de l'évaluation

L'enquête a porté sur différents paramètres :

- Tout d'abord, elle a permis le recensement des médecins généralistes participant à des GP en région Rhône-Alpes (l'annuaire national est en cours d'élaboration) et a servi à cerner le profil des participants à cette FMC. Depuis 1995, où 17 groupes nationaux avaient été évalués, il n'y a pas eu de recensement.

- Puis, elle a permis de décrire l'activité des GP et en particulier de mesurer l'écart entre les pratiques actuelles et le référentiel proposé lors du symposium de juin 2001 à Paris (8 critères retenus).

- Enfin, une enquête de satisfaction des participants a été réalisée.

3. Protocole ou questionnaire

L'ensemble du questionnaire figure page 36.

Le formulaire comportait des questions d'ordre individuel destinées à connaître l'opinion de chaque participant ainsi que des questions s'adressant au groupe en général. En raison de contraintes de temps imposées par les médecins répondant à l'enquête, les questions portant sur le mode de fonctionnement du groupe ont été posées à deux correspondants par groupe uniquement et les questions individuelles ont été posées à l'ensemble des participants.

Quand cela s'est avéré nécessaire, nous avons apporté par téléphone des précisions sur le sens à donner aux questions. Par exemple, le sens du mot " problème " dans la question n°10 a) a souvent nécessité des précisions. Il faut entendre par là, les problèmes d'ordre clinique, diagnostique, thérapeutique, psychosociaux (...) qui génèrent une véritable discussion avec une confrontation des pratiques et non pas les simples mises au point anecdotiques qui ponctuent la présentation.

En ce qui concerne la question 10 b), le terme " résolution " ne désignait pas forcément une position évidente, tranchée, fermée, mais pouvait correspondre à une proposition de solution de la part de confrères, rediscutées dans le groupe et adaptées à la situation.

Les résultats ont été traités par le logiciel STATVIEW qui permet une comparaison de pourcentage avec un test chi 2 et une valeur consensuelle de p inférieur ou égal à 0,05.

ENQUETE GROUPE DE PAIRS

NOM : Prénom :

Sexe : M F Né(e) le :/...../19.....

Année d'obtention de votre diplôme de médecin généraliste :

Année d'installation dans le cabinet où vous exercez actuellement :

Vous travaillez : seul(e) en association

à temps plein à temps partiel

Votre activité est-elle de type :

rurale (moins de 2500 habitants) semi-rurale (2500 à 10000 habitants)

de ville (plus de 10000 habitants)

Quel est le nom de votre Groupe de Pairs (GP)?

1. Depuis quand existe votre GP ? < 2 ans de 2 à 4 ans > 4 ans

2. Depuis quand participez-vous aux réunions de votre GP ?an(s)

3. Combien y a t'il habituellement de participants par séance ?

< 5 de 5 à 10 > 10

4. a) Combien de réunions par an votre groupe organise-t-il ?

b) A combien de réunions par an participez-vous?

5. Votre GP est-il composé uniquement de médecins généralistes ? Oui Non

6. Est-ce que chacun des participants apporte un cas clinique?

systématiquement habituellement rarement jamais

7. Sélectionnez-vous le cas clinique à présenter de manière aléatoire ?

systématiquement habituellement rarement jamais

8. Chacun présente-t-il son cas ?

systématiquement habituellement rarement jamais

9. De quelle manière apportez-vous une réponse aux questions soulevées par la présentation de cas ?

par une recherche bibliographique par un appel à un confrère spécialiste

par un appel à un autre GP autres

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

b) A combien évaluez-vous le pourcentage de résolution des problèmes soulevés lors des séances ?

< 20% de 20 à 50% de 50 à 80% > 80%

c) Accordez-vous du temps à répondre aux problèmes non résolus lors de la séance ultérieure ?

systématiquement habituellement rarement jamais

11. Seriez-vous intéressé par la mise à votre disposition de recherches bibliographiques des cas déjà traités par les autres groupes (accessibles par Internet) ? Oui Non

12. Accordez-vous du temps au traitement de cas difficiles ?

systématiquement habituellement rarement jamais

13. Accordez-vous du temps à des audits ?

systématiquement habituellement rarement jamais

14. Accordez-vous du temps à l'étude des réseaux sanitaires en place (filière de santé, spécialistes, paramédicaux, établissements de soins...)?

- systématiquement habituellement rarement jamais

15. Accordez-vous du temps libre pour discuter de l'actualité médicale ?

- systématiquement habituellement rarement jamais

16. Un compte-rendu est-il rédigé à chaque séance ?

- systématiquement habituellement rarement jamais

17. Si oui, le rapporteur est-il tournant ?

- systématiquement habituellement rarement jamais

18. Existe-t-il un modérateur qui contrôle le temps de parole ?

- systématiquement habituellement rarement jamais

19. Si oui, est-il tournant ?

- systématiquement habituellement rarement jamais

20. Un émargement est-il réalisé à chaque séance ?

- systématiquement habituellement rarement jamais

21. Quels sont vos motifs de satisfaction de ce type de travail ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2 2 . Q u e s o u h a i t e z - v o u s a m é l i o r e r ?

.....
.....

23. Participez-vous à d'autres formes de FMC ? Oui Non

b) si oui par quel organisateur ?

- Université Laboratoire Associations de FMC
 Presse médicale Autres

22. La mise en place d'un référentiel de travail en commun en vue d'une accréditation vous paraît-elle être :

- très intéressante intéressante peu intéressante non intéressante

23. a) Etes-vous membre de la SFMG ? Oui Non

b) D'une autre organisation ? Oui Non

B. RESULTATS

1. Généralités

Nous avons identifié 86 médecins généralistes participant à des GP en Rhône-Alpes :

- 83 ont répondu à notre questionnaire
- 2 n'ont pas souhaité y répondre
- 1 n'était pas joignable en raison de problèmes de santé.

Ces 83 médecins généralistes étaient répartis en 10 groupes géographiquement distincts et indépendants les uns des autres, chaque groupe étant identifié par une lettre de l'alphabet.

a. Effectif

L'effectif s'est réparti de la manière suivante :

	Nombre d'hommes	Nombre de femmes	Total
Groupe A	8	3	11
Groupe B	8	1	9
Groupe C	4	4	8
Groupe D	6	3	9
Groupe E	8	1	9
Groupe F	4	2	6
Groupe G	8	0	8
Groupe H	9	1	10
Groupe I	6	0	6
Groupe J	6	1	7

N.B. : parmi les 3 médecins manquants, 2 hommes appartenaient au groupe H, une femme au groupe C.

b. Répartition géographique

Les 10 groupes se sont répartis sur 3 départements : Isère (38), Haute-Savoie (74), Rhône (69) de la façon suivante (cf document n°1) :

	Nombre de médecins	Pourcentage de l'effectif
Haute-Savoie	56	65%
Rhône	15	17,50%
Isère	15	17,50%

N.B. : Ces résultats tiennent compte de l'effectif total, soit 86 médecins.

Le document n°2 montre les localisations géographiques des 10 GP sur une carte de Rhône-Alpes.

c. Ancienneté des groupes de pairs

	1 mois	1 an	2 à 4 ans	10 ans
Groupe A				
Groupe B				
Groupe C				
Groupe D				
Groupe E				
Groupe F				
Groupe G				
Groupe H				
Groupe I				
Groupe J				

On peut les répartir en 2 populations distinctes en fonction de leur ancienneté :

	Nom des groupes	Nombre de participants
Groupes anciens (plus de 5 ans)	A,B,J	27
Groupes récents (moins de 5 ans)	C ,D,E,F,G,H,I	56

d. Ancienneté de la participation des médecins

	Nombre de médecins	Pourcentage de l'effectif
<ou= 1 an	43	52%
1 à 2 ans	10	12%
2 à 4 ans	11	13%
> 4 ans	19	23%

La répartition de l'effectif en fonction de l'ancienneté de la participation des MG figure sur le document n°3.

Concernant l'évolution des groupes dans le temps, on a constaté que 50 % de l'effectif des groupes anciens était constitué de membres fondateurs (c'est-à-dire présents lors de la création du GP) et 50 % avait rejoint les GP ces 7 dernières années.



2. Caractéristiques de la population étudiée

a. Sexe

On a répertorié 16 femmes (soit 19,3%) et 67 hommes (soit 80,7%). Les femmes étaient réparties sur 8 groupes, les groupes G et I étant exclusivement composés d'hommes. (Voir le document n°4)

b. Age

La répartition de l'effectif en fonction des âges figure sur le document n° 5. En moyenne, les médecins généralistes exerçaient depuis 14 ans dans leur cabinet actuel.

	Age	Age au moment du diplôme	Age au moment de l'installation
Valeur minimale	31 ans	24 ans	24 ans
Valeur maximale	59 ans	35 ans	47 ans
Moyenne	45 ans	29 ans	32 ans

On a pu constater que l'âge des participants n'avait pas de lien direct avec l'ancienneté du groupe. (Voir la répartition des moyennes d'âge des participants pour chaque groupe dans le document n°6).

	Moyenne	Écart type	Valeur minimale	Valeur maximale
Années d'exercices	14,2	7,1	0,5	27

C'est-à-dire que des groupes jeunes pouvaient être constitués de participants aussi âgés (moyenne à 51,6 ans pour le groupe I) que les groupes fonctionnant depuis 10 ans (moyenne d'âge à 46,6 ans).

c. Mode d'exercice

Seul(e) ou en association

40 médecins généralistes travaillaient seuls (soit 48,2%) et 43 en association (soit 51,8%).

Il n'y a pas eu de différence significative en fonction du sexe sur ce paramètre.

Temps plein ou partiel

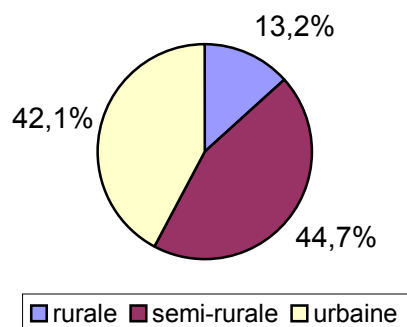
78 médecins généralistes travaillaient en temps plein soit 94%, et seulement 5 en temps partiel soit 6%.

Zone d'activité

- 37 médecins généralistes (soit 44,6%) ont dit travailler en zone semi-rurale (<10000 habitants).

- 35 médecins généralistes (soit 42,1%) ont dit travailler en zone urbaine (> 10000 habitants).

- 11 médecins généralistes (soit 13,2%) ont dit travailler en zone rurale (< 2500 habitants).



3. Mode de fonctionnement

a. Programme de la séance

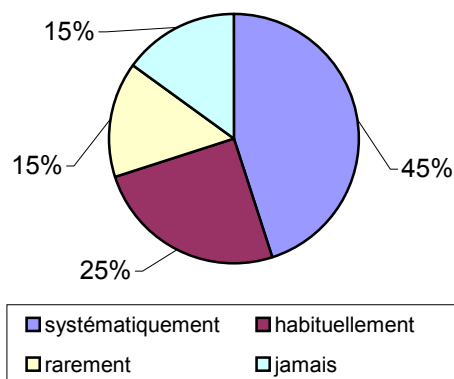
1^{er} temps : étude d'un cas clinique

L'ensemble des participants apportait un cas clinique extrait de sa pratique. La règle du tirage au sort était suivie par les 83 médecins.

Dans 80 % des GP, les médecins présentaient le cas de façon systématique et dans 20 %, de façon habituelle.

2^{ème} temps : évaluation des circuits de soins

70 % des groupes consacraient du temps à l'évaluation des circuits de soins, soit de façon systématique, soit de façon habituelle.

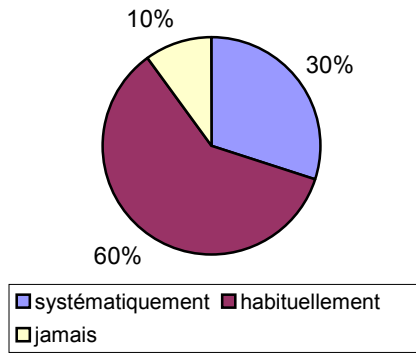


Les groupes anciens consacraient du temps à l'évaluation des circuits de soins plus habituellement (70,4%) que les groupes récents (51,4%). (valeur p=0,0001).

3^{ème} temps : temps librement choisi

- cas difficile

90 % des groupes consacraient du temps à l'étude de cas difficiles, soit de façon systématique, soit de façon habituelle.



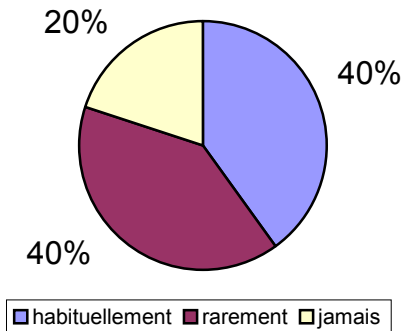
Les groupes anciens le faisaient plus systématiquement (74%) que les groupes récents (30,35%). (valeur $p=0,005$)

- audit

Des programmes d'audit n'étaient pas prévus pour 60% des groupes et 40% le faisaient rarement.

- actualité médicale

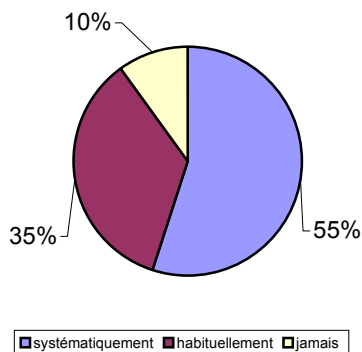
40% des groupes ont dit prévoir habituellement du temps pour discuter de l'actualité médicale. 40% ont dit rarement le faire et 20% jamais.



Les groupes anciens l'ont fait plus habituellement (66%) que les groupes récents (28,6%). ($p=0,0004$)

b. Gestion de la séance

rédaction d'un compte-rendu

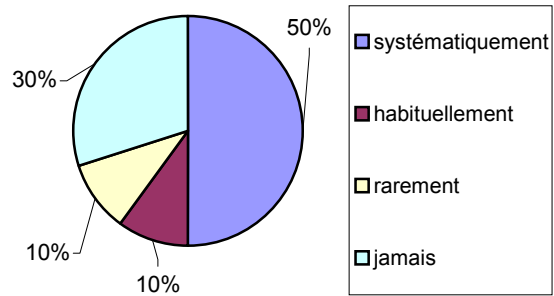


Globalement 90% des groupes rédigeaient un compte-rendu soit systématiquement soit habituellement.

Les groupes anciens l'ont fait un peu plus systématiquement (66,6%) que les groupes récents (62,5%). ($p=0,042$)

caractère tournant du secrétaire

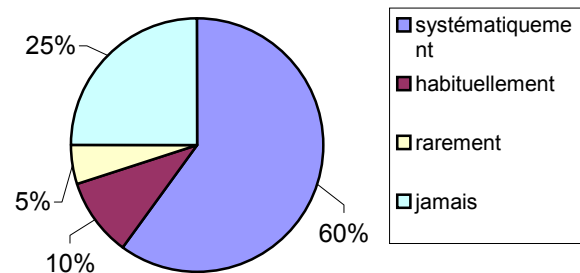
Le secrétaire du compte-rendu était tournant pour 60% des groupes.



Les groupes anciens l'ont fait plus habituellement (74%) que les groupes récents (44,64%). ($p=0,0001$).

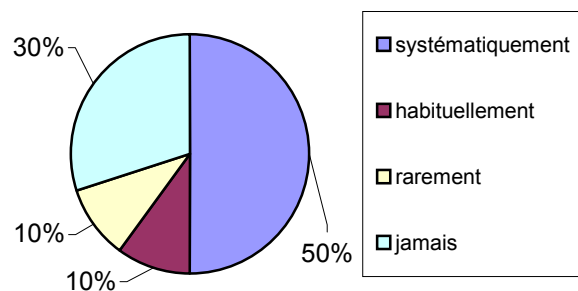
présence d'un modérateur

70% des groupes utilisaient un modérateur.



caractère tournant du modérateur

Il était tournant pour 60% des groupes, soit systématiquement, soit habituellement.



Les groupes anciens ont utilisé plus systématiquement un modérateur tournant (74%) que les récents (42,85%) ($p=0,0073$).

4. Application du référentiel

composition de "pairs"

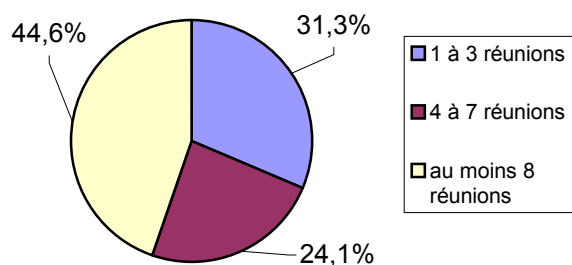
Les 83 participants étaient tous des médecins généralistes.

participation de 5 à 10 personnes par séance

Dans tous les groupes, on a trouvé une participation comprise entre 5 et 10 personnes

participation individuelle aux réunions du groupe

37 médecins (44,6%) ont participé à au moins 8 séances dans l'année.



La répartition du nombre des médecins en fonction du nombre de réunions annuelles est donnée dans le document n°7.

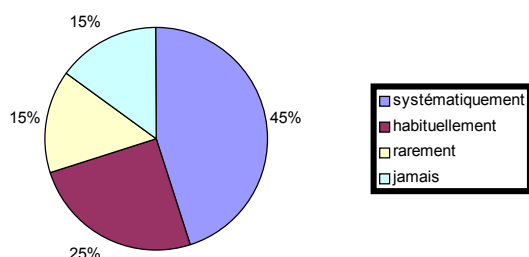
cas clinique aléatoire

Les 83 participants ont suivi un même principe de tirage au sort sans connaître d'avance le sujet choisi. Par exemple l'avant dernier cas de la journée, la veille de la réunion.

évaluation des circuits de soins

70 % des groupes consacraient du temps à l'évaluation des circuits de soins soit de façon systématique, soit de façon habituelle.

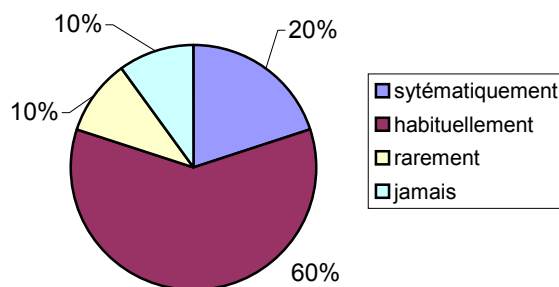
Les groupes anciens consacraient du temps à l'éva-



luation des circuits de soins plus habituellement (70,4%) que les groupes récents (51,4%). ($p=0,0001$)

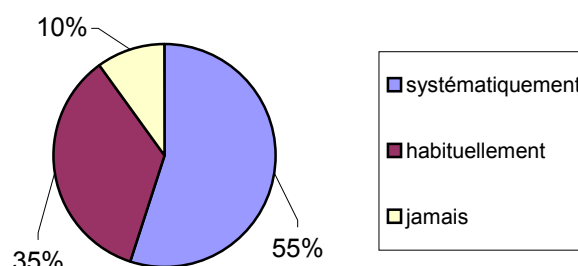
réponses aux questions non résolues

80 % des groupes ont semblé prévoir systématiquement ou habituellement un temps pour répondre aux problèmes restés non résolus lors de la séance antérieure.



compte-rendu de séance

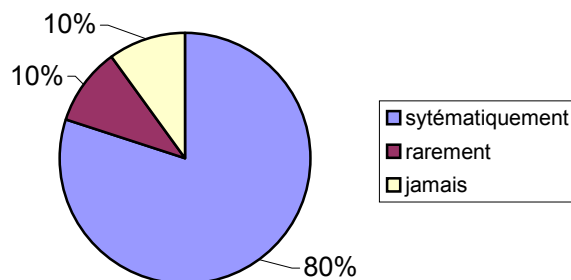
Globalement 90% des groupes rédigeaient un compte-rendu, soit systématiquement, soit habituellement.



Les groupes anciens l'ont fait un peu plus systématiquement (66,6%) que les groupes récents (62,5%). ($p=0,042$)

présence certifiée

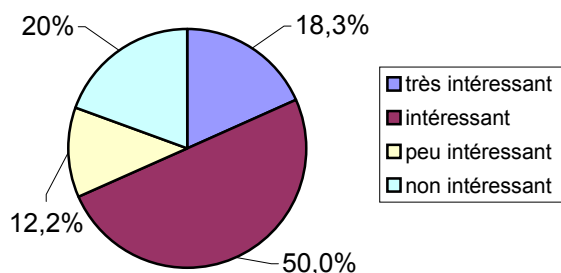
80% des groupes avaient prévu un émargement systématique.



Voici ci-dessous le tableau récapitulatif de l'application du référentiel en fonction des groupes : (S : systématiquement ; H : habituellement ; R : rarement ; J : jamais)

5. Intérêt du référentiel

L'idée a semblé être intéressante ou très intéressante pour 68,3% des médecins.



Elle était plus intéressante pour les groupes anciens (62,9%) que pour les récents (42%). (p=0,04)

6. Analyse des méthodes de travail et capacité de résolution

a. Manière de répondre aux questions soulevées

77,1% des médecins (64) ont dit utiliser les recherches bibliographiques. Dans 7,2% des cas, ils avaient recours à des confrères spécialisés et dans

28,9% des cas, ils ont choisi l'item autrement. Aucun n'a répondu faire appel à un autre GP.

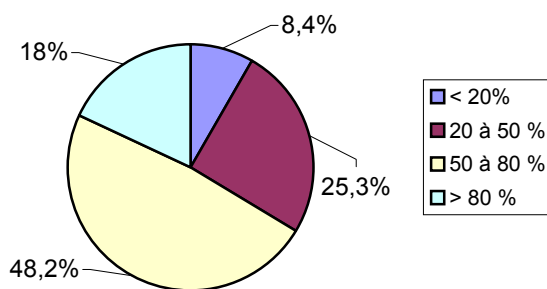
b. Nombre de problèmes soulevés pendant la séance par cas clinique

La répartition de l'effectif est représentée sur le document n° 8.

Nombre de problèmes par cas clinique	Nombre de médecins	Pourcentage de l'effectif
0,5 à 3	62	76 %
3,5 à 6	19	23 %
> 6	1	1 %

c. Pourcentage de résolution des problèmes soulevés lors de la séance

Plus de 2/3 (66,2%) des médecins pensaient résoudre plus de 50% des problèmes soulevés.



	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Composition exclusive de MG	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Présence certifiée	S	S	S	S	S	S	R	J	S	S
Participation de 5 à 10 personnes par séance	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Nombre de réunions annuelles	10	10	8	10	6	10	11	10	9	10
Moyenne de participation par groupe	7,5	7,2	3,7	7,8	3,8	(-)	8,4	2,9	7,3	8,2
Compte-rendu de séance	S	H	S	S	S	S	H	J	S/H	H
Observation aléatoire	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Réponses aux questions non résolues	R	H	S	H	J	H	S	H	H	H
Analyse des filières de soins	H	S	S	H	R/J	S	S	J	S/H	S

7. Bilan de satisfaction

a. Motifs de satisfaction

La question était ouverte et les réponses ont été rapportées telles que citées par les médecins :

Motifs cités	Nombre de médecins
- Partage d'expériences (bénéficier de l'expérience de l'autre, partage de compétences et de solutions)	54
- Aspect pratique plus que théorique (échange de savoir-faire, ficelles du métier, quotidien du médecin, détails)	45
- Soutien psychologique (brise l'isolement, rencontre avec d'autres expériences humaines, tranquillisation car partage des mêmes problèmes)	38
- Confrontation entre collègues (remise en cause, critique constructive)	37
- Identité professionnelle renforcée (partage entre pairs, valorisation de son activité, esprit de corps)	32
- Convivialité (moment de détente, temps informel léger)	28
- Efficacité (pouvoir d'analyse du groupe, réponse aux questions des participants, niveau de compétence élevé, gain de temps, rapport temps passé/informations nouvelles bénéfiques, répercussion rapide dans la pratique)	12
- Souplesse et adéquation du système (facilité d'échange en petit groupe, pédagogie adaptée, colle à la pratique, accès facile et simplicité)	12
- Interaction (être acteur, prendre la parole, travail personnel, produire un effort, méthode dynamique)	11
- Amélioration des relations (effet réseau, soude les membres d'une communauté géographique proche, rencontre professionnelle)	9
- Tolérance de la parole entre pairs (pas de jugement, échange horizontal, pas de hiérarchie, parole facilitée)	9
- Pluralité des thèmes abordés (traitement d'une quantité de questions différentes, polymorphisme des échanges : médicaux, psychologiques, sociaux...)	5
- Divers :	10
- évaluation nécessaire à la pratique	1
- lieu d'audit et de recherche	1
- originalité d'approche	2
- aide à la démarche clinique	1
- rigueur	1
- pondération du groupe	1
- choix des participants	1
- plus de réflexion que de connaissance	1
- pas assez de recul	1

b. Paramètres à améliorer

On peut identifier 3 groupes de réponses en fonction des paramètres à modifier.

Avant la séance

Ces réponses correspondent à des modifications qui pourraient intervenir avant la réunion :

- 14 médecins ont souhaité avoir plus de disponibilité pour participer à davantage de réunions
- 4 médecins ont souhaité qu'il y ait des séances plus fréquentes
- 1 médecin a souhaité plus de préparation avant de se réunir, avec une véritable réflexion sur le programme de la séance
- 1 médecin était gêné par la règle du tirage au sort en raison de redites possibles

Pendant la séance

Ces réponses correspondent à des modifications qui pourraient intervenir sur la structure de la séance :

- 12 médecins ont souhaité plus de rigueur
- 2 médecins ont souhaité diversifier le programme de la séance
- 2 médecins ont souhaité améliorer la gestion des filières de soins
- 2 médecins ont souhaité inviter un expert pour résoudre des problèmes concrets lors de séances supplémentaires
- 1 médecin a souhaité un approfondissement des problèmes
- 1 médecin a souhaité aborder systématiquement une question clinique avec revue bibliographique
- 1 médecin a souhaité introduire des audits dans son groupe de travail
- 1 médecin a souhaité clarifier les différentes étapes de la soirée
- 1 médecin a souhaité qu'il y ait une trame

Après la séance

Ces réponses correspondent à des modifications qui pourraient intervenir après le déroulement de la séance

- 11 médecins ont souhaité un meilleur suivi des problèmes soulevés
- 5 médecins ont souhaité améliorer les recherches bibliographiques
- 2 médecins ont souhaité une reconnaissance financière ou administrative
- 1 médecin a souhaité une meilleure coordination entre les groupes
- 1 médecin a souhaité être stimulé davantage pour trouver des réponses aux problèmes soulevés
- 1 médecin a souhaité une meilleure traçabilité (compte-rendu...)
- 1 médecin a souhaité un forum de discussion GP

- 1 médecin a souhaité améliorer la qualité de soins
- 1 médecin se demandait comment mémoriser les informations reçues pendant la séance

8. Site Internet

67 médecins (80,7%) ont trouvé intéressante l'idée de pouvoir consulter un site "groupe de pairs" sur Internet où figure les recherches bibliographiques des cas déjà traités par les autres GP.

Il existe une différence statistiquement significative entre la réponse des groupes anciens (92,6 % de oui) et celle des groupes récents (75 % de oui) avec une valeur $p=0,05$.

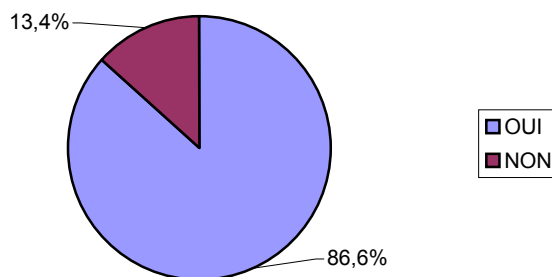
9. Participation à d'autres FMC

78 médecins (95%) ont répondu participer à d'autres types de FMC. (NB : Un médecin a interrompu l'entretien téléphonique et nous n'avons pas eu de réponses pour les questions n°22,23,24,25. L'effectif global est passé à 82.) Les médecins (5%) ayant répondu non, n'ont pas répondu à la deuxième partie de la question.

Les médecins ont pu choisir de 1 à 5 propositions différentes pour le type de FMC habituellement suivies. Les organisateurs de cette FMC se sont répartis de la façon suivante :

- en ce qui concerne la presse médicale

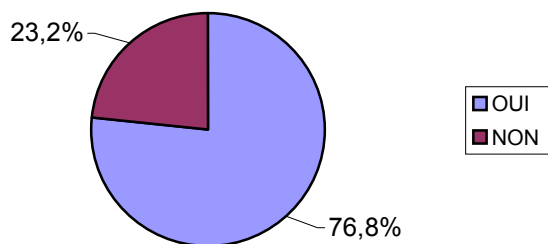
71 médecins ont déclaré consacré du temps à la lecture d'articles médicaux (soit 86,6%).



- en ce qui concerne la FMC organisée par des associations de FMC

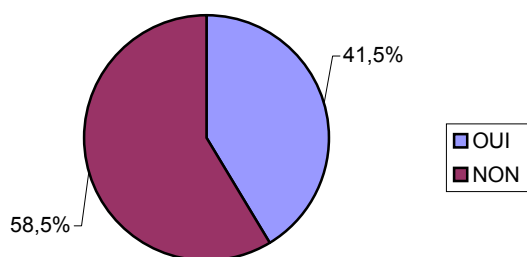
63 médecins ont répondu y participer, soit 76,8%.





- en ce qui concerne la FMC organisée par les Universités

34 médecins ont répondu y participer, soit 41,5%.



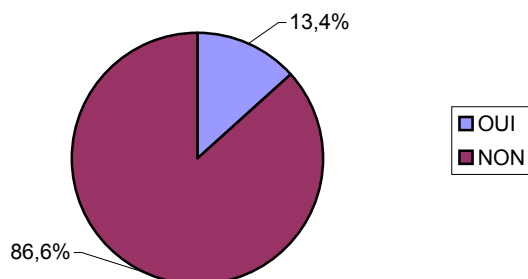
- en ce qui concerne la FMC organisée par les laboratoires

59 médecins ont répondu ne pas y participer, soit 72 %.

- en ce qui concerne les autres organisateurs de FMC

11 médecins ont répondu utiliser d'autres organisateurs de FMC, soit 13,4%.

10. Adhésion à la SFMG et autres organisations



56 médecins (68,3%) ont répondu ne pas adhérer à titre individuel à la SFMG. Les participants des groupes récents ont plus souvent répondu non (81,8%) que ceux des groupes anciens (40,7%).

44 médecins (53,6%) ne font pas non plus partie d'autres organisations syndicales, scientifiques ou associatives... Les participants des anciens groupes ont plus souvent fait partie d'une association (70,4%) que ceux des groupes récents (34,5%).

Ceux qui ont répondu (46,4%) faire partie d'une autre association, ont cité entre autre : MG-form, le Collège National des Enseignants, le Syndicat National des Médecins Homéopathes.

C. ANALYSES ET COMMENTAIRES

1. Effectif

Depuis ses débuts dans les années 90, le nombre de médecins généralistes participant à un "groupe de pairs" a augmenté. Durant cette période, on est passé de 3 à 10 groupes dans la région Rhône-Alpes et ces 7 groupes ont tous vu le jour après 1997 (15). L'appui financier apporté par le Fond d'Assurance Formation de la Profession Médicale (FAF.PM) a probablement facilité cette croissance (19) mais l'effectif est resté faible (0,93%) en regard de la population de généralistes de la région (voir le document n°5). On a noté tout de même, une concentration plus importante en Haute-Savoie (56 médecins sur 86, ce qui représente 5% de la population de généralistes du département). (voir document n°1)

Si seulement 3 départements (Haute-Savoie, Isère, Rhône) pour le moment, étaient concernés, on a pu enregistrer les intentions de 2 médecins de créer leur propre groupe : un en Savoie et l'autre dans la Drôme dans les mois suivants.

Concernant l'ancienneté des groupes, on a pu constater que 50% de l'effectif des groupes anciens (10 ans) avait été renouvelé. Cela signifie que ces médecins ont utilisé cette méthode 10 années de suite sans défection, ce qui est notable en regard de l'investissement en effort et en temps. Parmi les 70% de groupes récents (moins de 5 ans), 47% de l'effectif travaillaient depuis moins d'un an ce qui correspond habituellement à une période de rodage. Les résultats de l'enquête en termes d'application du référentiel pourront sûrement rapidement changer.

2. Caractéristiques de la population

Les généralistes interrogés avaient la même moyenne d'âge (soit 45 ans) que la population de médecins généralistes actifs en France (20) avec une moyenne d'années d'expérience de 14 ans dans leur cabinet actuel. Par ailleurs, nous avons constaté que la moyenne d'âge des participants n'avait pas de lien avec l'ancienneté du groupe (voir document n°6).

Par contre les femmes généralistes étaient sous représentées (20% contre 39,75%) mais il faudrait savoir quel est leur taux de participation aux autres FMC pour en tirer des conclusions (20). (voir document n°10)

L'exercice en groupe paraissait plus représenté dans cette population que pour la population générale. Mais l'effectif était faible et c'est peut-être le hasard des installations.

Ce sont des médecins qui travaillaient généralement à 94% en temps plein. Les généralistes travaillant à

temps partiel avaient d'autres activités médicales que la médecine générale (expertise, angiologie, PMI...).

95% ont déclaré participer à d'autres FMC. Le groupe de pairs est une méthode complémentaire qui permet de mieux évaluer ses besoins en formation. (Parmi les différentes FMC proposée, la presse médicale occupait une place prépondérante (86,6% des médecins), venaient ensuite les activités de FMC organisées par les propres associations de FMC constituées par les médecins d'un même secteur (76,8% des médecins). Ce qui paraît souligner le fait que les médecins ont préféré des programmes de FMC plus personnalisés et liés à leurs besoins en formation.)

58% des médecins étaient installés dans des communes de petite ou moyenne importance (moins de 10000 habitants). L'aspect convivial de la méthode est peut-être plus adaptée aux besoins des médecins des petites communes.

Plus des 2/3 n'adhéraient pas à la SFMG. La méthode a pris place en tant que telle dans l'éventail de choix des différents types de FMC sans distinction d'appartenance à un groupe donné pour les participants.

3. Organisation

L'ensemble des groupes a fonctionné avec en moyenne par séance, au moins 5 participants, sans dépasser 10, ce qui a permis un échange efficace et une participation active de tous les médecins. Ce qui a été une caractéristique de la méthode. Cette taille doit donc rester idéalement dans un intervalle de 5 à 10 personnes.

Les réunions ont été régulières avec un minimum de 8 séances par an organisées par 90 % des groupes. Pour le groupe E, (6 réunions étaient prévues par an et la participation moyenne des médecins était à 3,8) après la 1^{ère} année de rodage et de test, peut-être la programmation des réunions deviendra-t-elle plus régulière.

Alors que la programmation des groupes permettait d'atteindre l'objectif d'au moins 8 réunions par an, la participation individuelle a été en dessous des espérances avec 44,6% de médecins qui se rendent à au moins 8 réunions par an. A noter que le groupe F n'a pu se réunir qu'une seule fois pour le moment et que le taux de participation individuelle a été probablement sous évalué en raison du résultat de ce groupe. C'est déjà un bon résultat, au regard de la charge de travail des médecins et de leur participation à d'autres formations professionnelles plus traditionnelles.

On a constaté que 80 % des groupes tenaient une

liste des médecins présents et rédigeaient un compte-rendu dans 90 % des groupes (et le rapporteur était systématiquement tournant pour 50 à 60 % des groupes).

Les résultats sont plutôt bons, dans la mesure où les médecins ont pris du temps en plus de celui qu'ils consacrent à l'analyse des cas cliniques et à la confrontation des pratiques, pour formaliser les questions retenues et être capables de présenter une liste des participants en vue d'une accréditation.

L'usage systématique d'un modérateur n'a été requis que pour 60 % des groupes (tournant systématiquement dans 50 % des cas), alors que 30 % ne le faisaient jamais. Bien souvent une auto discipline au sein de ces groupes n'a pas rendu nécessaire la désignation d'un modérateur. L'aspect convivial du groupe souvent cités comme motifs de satisfaction a d'ailleurs été maintenu au prix d'un bon équilibre entre souplesse et rigueur.

4. Méthodologie

Les bases de la méthodologie semblent acquises avec quelques disparités pour des groupes encore en rodage.

100 % des groupes étaient exclusivement constitués de pairs.

100 % des participants ont apporté un cas clinique aléatoire (il était présenté de façon systématique par 80 % des groupes, pour les 2 groupes restants c'est un manque de temps qui a été invoqué).

La recherche documentaire en inter séance (pour répondre aux problèmes non résolus lors de la réunion) n'a été réalisée que pour 20 % des groupes de façon systématique. On a trouvé ensuite 60 % des groupes qui ont répondu le faire habituellement. Il y a probablement plusieurs explications. Tout d'abord, de nombreux participants ont émis le souhait d'améliorer leurs recherches bibliographiques, ce n'est donc pas une position de refus par rapport aux consensus externes. Ensuite, le temps a été souvent un frein aux bonnes volontés. Enfin, savoir faire des recherches bibliographiques n'est pas toujours facile, et il faut souvent apprendre à être sélectif. Ce point devrait donc être amélioré.

Seulement 45% des groupes ont consacré systématiquement du temps à l'évaluation des filières de soins. Encore 25 % des groupes le faisaient habituellement. Le groupe E ne l'a fait que rarement car les médecins étaient géographiquement assez éloignés les uns des autres et les circuits de soins n'étaient pas homogènes. Le groupe H, qui était en rodage, a eu quelques difficultés à trouver un rythme régulier de rencontres et la priorité de son travail a porté sur l'analyse des cas cliniques (nous n'avons

trouvé ni audit, ni dossier difficile...).

Un temps plus libre a été consacré par 90 % (habituellement et systématiquement) des groupes à l'étude des dossiers difficiles extraits de la pratique et 40 % des groupes à l'actualité médicale.

60 % des groupes n'ont jamais fait d'audit et 40 % ont semblé en faire ou souhaité en faire (Par exemple : le groupe F avait des projets d'audits). Un seul groupe a pu citer les audits en question (groupe B). Le sens du mot audit a probablement été mal compris. Il est vrai que dans la littérature, on assimile le travail des GP à de l'audit interne par la confrontation des pratiques et l'évaluation qu'il constitue.

Au regard des résultats, les groupes anciens (A,B,J) ont paru mieux maîtriser certains paramètres, comme la rubrique évaluation des circuits de soins, la présentation de cas difficiles, l'intégration des problèmes d'actualité médicale, la rédaction d'un compte-rendu, l'utilisation d'un secrétaire tournant. Ils ont également été plus intéressés par l'idée du référentiel et du label "groupe de pairs", ainsi que par l'idée d'un site Internet où figurerait le travail bibliographique des autres GP.

Bien qu'il n'y ait aucun lien entre l'âge des participants et l'ancienneté du groupe, on a pu donc constater que les groupes anciennement créés (10 ans) ont eu une meilleure maîtrise de l'outil GP et qu'ils ont mieux intégré les différents aspects de la méthode. De même, ils ont paru peut-être plus intéressés par une reconnaissance institutionnelle de leur travail, et ont donc été plus enclins à remplir les conditions nécessaires à l'obtention d'un label.

A l'heure du bilan, les objectifs fixés lors du symposium de juin 2001, n'ont, pour le moment, pas tous été atteints, mais le bilan est plutôt positif :

- 100 % de généralistes
- 100 % de participation de 5 à 10 personnes en moyenne
- 90 % des groupes ont organisé un minimum de 8 réunions par an
- 100 % de cas aléatoires
- 50 à 70 % des groupes évaluaient les circuits de soins
- 20 (systématique) à 80 % (systématique et habituel) faisaient des recherches documentaires pour répondre aux problèmes non résolus
- 70 à 90 % de compte-rendus
- 80 % d'émargement

L'idée d'un référentiel GP en vue d'une accréditation a intéressé 68,3 % des participants mais souvent les sentiments étaient partagés. Globalement, les médecins ont pensé que leur travail devrait être reconnu parce qu'ils y investissaient du temps et de l'énergie, mais dans le même temps ils prenaient

leurs responsabilités par rapport à leur formation, et ils souhaitent garder la souplesse de GP en dehors de contraintes extérieures.

5. Évaluation

a. Efficacité

Indirectement, nous avons essayé d'évaluer l'efficacité de ces séances, de manière subjective, c'est-à-dire en se basant sur l'appréciation des participants.

Dans la majorité des cas (75 %), les médecins ont estimé qu'ils travaillaient sur 0,5 à 3 problèmes par cas cliniques présentés (en moyenne 5 cas présentés par séance) et qu'ils étaient capables de répondre dans 2/3 des cas, à plus de la moitié des questions.

En ce qui concerne leurs méthodes de travail pour résoudre ces problèmes en inter séance, 77 % auraient fait appel à des recherches bibliographiques et seulement 7 % auraient eu recours à un spécialiste. La mise en place d'un site Internet qui présenterait les problèmes les plus fréquemment rencontrés parmi les GP et leurs recherches bibliographiques, avec citation des sources, pourrait être une autre méthode de résolution. L'idée a plu à 80,7% des médecins. (Ceux qui ont répondu non, ne recherchaient pas une source supplémentaire d'information, mais souhaitent conserver l'aspect dynamique et interactif de la méthode).

L'item "autrement" a été choisi par 28,9% des médecins, il s'agissait pour eux de préciser que leur mode de résolution était interne au groupe, avec un partage d'avis de bonnes pratiques des confrères présents.

Plusieurs remarques à propos de ces résultats sont à faire.

Tout d'abord, bien que la règle du tirage au sort des dossiers traités permettait de sélectionner des sujets aussi banals qu'une vaccination, le traitement d'une rhinopharyngite, les médecins ont estimé avoir toujours au moins 1 à 2 problèmes à résoudre. Donc même les dossiers médicaux les plus fréquemment rencontrés en médecine générale peuvent susciter des discussions et méritent d'être confrontés.

Ensuite, les GP paraissent avoir de bonnes ressources pour résoudre leurs problèmes entre eux lors de la séance (66% ont estimé le faire à plus de 50%), mais le niveau des réponses ou consensus retenus dépend de la qualité des informations fournies par les participants. Donc de la même façon qu'on attendrait d'un expert qu'il justifie son opinion par des sources dont le niveau de preuves est élevé, on devrait exiger des généralistes qu'ils aient la même rigueur à justifier leurs pratiques en fonction de références de haute qualité quand celles-ci existent.

Enfin, il faut relever que si la confrontation des pratiques permet de résoudre en partie les problèmes posés par l'exercice quotidien du médecin, le GP est également un outil d'évaluation des dysfonctionnements possibles et donc permet d'identifier les besoins complémentaires en formation. Il permet d'observer les pratiques sur le terrain.

b. Satisfaction

Le bilan pour les participants a été positif. Toutes les personnes interrogées étaient satisfaites par la méthode et leur analyse a porté sur différents points qui ont paru spécifiques aux GP (voir le tableau récapitulatif des motifs de satisfaction cités page 54).

La méthodologie a paru propice au partage d'expériences professionnelles pour 65 % des participants.

La médecine en ville étant un exercice solitaire, les médecins généralistes ont cherché à partager leurs expériences dans le cadre d'une réflexion de groupe. D'ailleurs 45,8% des participants ont déclaré que le GP leur avait apporté un soutien psychologique, par le fait même qu'il brisait cet isolement et qu'il dramatisait les problèmes que les praticiens pouvaient rencontrer dans leur exercice.

L'aspect très pratique des informations échangées, a été très apprécié (54%) dans ce type de méthode. La discussion entre pairs permet d'échanger des ficelles du métier et des conseils pratiques dans des situations très précises, qui ne sont pas forcément traitées lors des FMC traditionnelles. Ici, les recommandations sont adaptées à la pratique de terrain.

Le pouvoir d'analyse du groupe a été mentionné dans 19 % des cas avec un aspect de rentabilité du temps investi dans la séance. Ce qui constitue un souci pour un grand nombre de praticiens.

44,5% des participants ont apprécié la confrontation entre collègues avec une remise en cause de ses connaissances et une réflexion constructive sur les améliorations à produire. Ceci n'est possible que dans un climat de confiance et de respect mutuel.

10,8% des participants ont cité l'intérêt d'un échange horizontal (sans hiérarchie), sans jugement, où la parole était libre de circuler, la séance se déroulant dans un cadre convivial pour 33,7%. Ce qui a permis d'améliorer les relations entre collègues (10,8%) et de créer un "effet réseau" sur une zone donnée. La discussion entre pairs, permet par son principe, de considérer justement que chaque collègue peut avoir une solution adaptée et que la différence d'expérience des uns et des autres enrichit le groupe, sans placer un de ses membres à une place dominante ou dévaloriser le travail de ceux qui s'éloignent d'une position consensuelle. Les échanges se font des uns vers les autres à tour de rôle sur un

mode horizontal. Il n'y a pas d'"enseignant" et d'"enseigné" mais des médecins qui partagent.

Les médecins ont également apprécié que cette méthodologie leur ait permis de renforcer leur identité professionnelle (38,55%) en soulignant la spécificité de leur travail, en valorisant leurs expériences et leurs capacités à résoudre des problèmes cliniques. La rencontre entre pairs permet en effet de s'identifier au groupe et de renforcer son assurance. Aux médecins d'être vigilants et de maintenir une orientation conforme à l'éthique.

L'aspect interactif et dynamique de la méthode a réussi à séduire 13,2% des participants. C'est la possibilité de prendre la parole à tour de rôle, soit pour apprendre de la pratique des autres, soit pour donner sa position sur certaines recommandations.

Il est intéressant de constater que les motifs de satisfaction sont nombreux et variés. En effet la méthode permet simultanément d'améliorer la base de ses connaissances et compétences, mais également d'apprendre à prendre la parole, à formuler une question, à faire des recherches bibliographiques, en en tirant comme bénéfices secondaires de briser l'isolement de la pratique médicale de ville et en renforçant son identité professionnelle. L'expérience des médecins est valorisée par l'échange interactif des membres du groupe. L'enjeu paraît dépasser le cadre de la FMC traditionnelle où l'on va chercher des informations et/ou des savoir-faire.

Mais le GP reste une méthode parmi d'autres, et c'est peut-être la diversité des choix qui participe à la qualité de la FMC.

Nous avons vu qu'il y avait de nombreux motifs de satisfaction, mais il reste des points à améliorer.

Principalement, les médecins auraient souhaité pouvoir participer à plus de réunions (16,8%) c'est-à-dire avoir plus de disponibilité, mais aussi que les réunions aient été plus régulières (4%) pour les groupes encore en rodage.

Ils attendaient également plus de rigueur (14,45%) dans l'ensemble du travail produit et souhaitaient améliorer leurs recherches documentaires avec un meilleur suivi des problèmes soulevés (13,25%).

6. Limites de l'enquête

Les résultats de l'enquête sont à nuancer en raison de biais apparus dans la méthodologie de travail.

Le questionnaire devait initialement être diffusé, sous forme papier, à chaque médecin, et donc l'ensemble des questions figurait sur chaque formulaire. En raison de contraintes de temps, l'enquête s'est

faite par téléphone. Lors de ces entretiens, les médecins ayant eux-même peu de temps à nous consacrer, nous avons délibérément distingué deux types de questions :

- celles concernant les principes de fonctionnement du GP, que nous avons posées à deux membres par groupe (ces 2 membres étaient 2 membres fondateurs) et dont la réponse a été rapportée à l'ensemble des participants du groupe pour le traitement statistique ;

- celles impliquant des réponses personnelles qui ont été posées à chaque médecin.

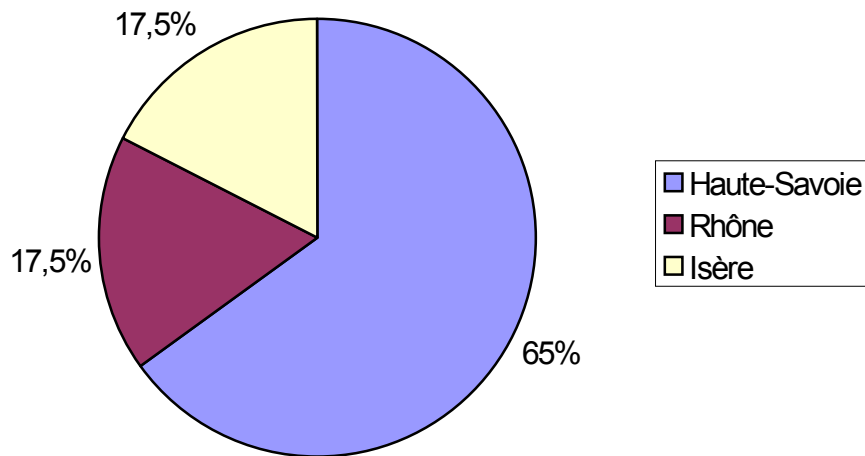
Cette méthode a eu l'avantage de simplifier les données et de conserver une réponse par groupe pour les questions portant sur le fonctionnement du GP.

Or ce questionnaire a été remis en mains propres à chacun des participants de 2 gp qui m'avaient laissé participer à leur séance de travail. Curieusement, les réponses sur le mode de fonctionnement du GP ont amenés des réponses parfois différentes (exemple : A la question, "consacrez-vous du temps à l'évaluation des circuits de soins ?", un médecin a répondu "systématiquement" et un autre appartenant au même groupe de travail "jamais"). Lorsque la situation s'est présentée, la réponse retenue a été celle majoritaire dans le groupe (exemple : sur un groupe de 11 médecins, si 7 ont répondu "systématiquement", 3 "habituellement" et 1 "jamais", la réponse retenue a été "systématiquement"), et si deux items étaient également représentées, les deux réponses ont été maintenues de façon égale (50% pour l'une, 50% pour l'autre).

A noter, la question n°5 aurait pu être supprimée en raison des critères d'exclusion retenus pour l'enquête.

Dans l'éventualité d'une enquête nationale, il faudra probablement réfléchir à une structure différente, avec des choix plus limités dans les réponses (oui/non), une diffusion écrite du questionnaire (pour donner plus de temps aux médecins) mais il faudra également s'interroger sur la dispersion des réponses pour des questions d'évaluation de méthodologie de groupe. Les groupes de pairs ne devraient-ils pas être évalués par un tiers externe ?

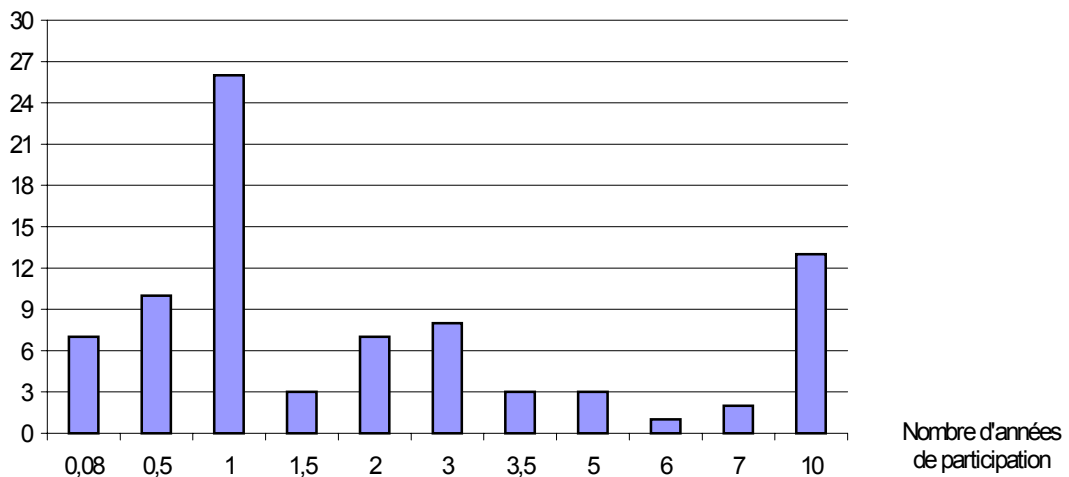
REPARTITION DE L'EFFECTIF EN FONCTION DES DEPARTEMENTS



Document n°1

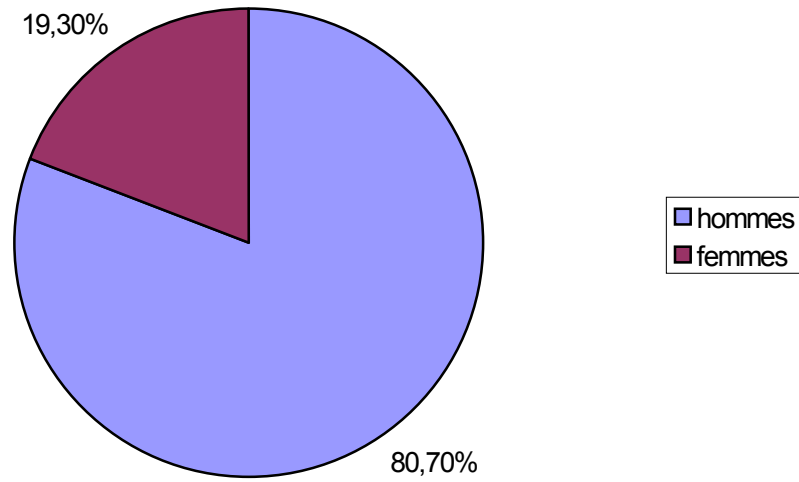
REPARTITION DE L'EFFECTIF EN FONCTION DE L'ANCIENNETE DE PARTICIPATION DES MEDECINS GENERALISTES

Nombre de médecins



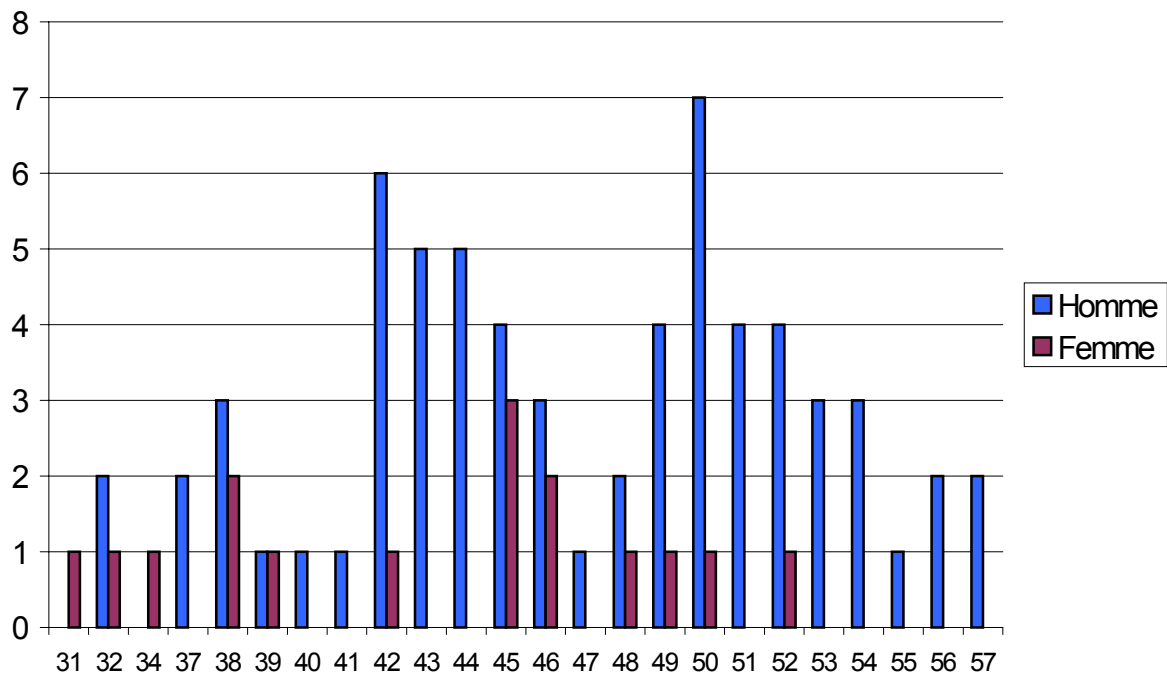
Document n°3

REPARTITION DE L'EFFECTIF EN FONCTION DU SEXE



Document n°4

REPARTITION DE L'EFFECTIF EN FONCTION DE L'AGE



Document n°5

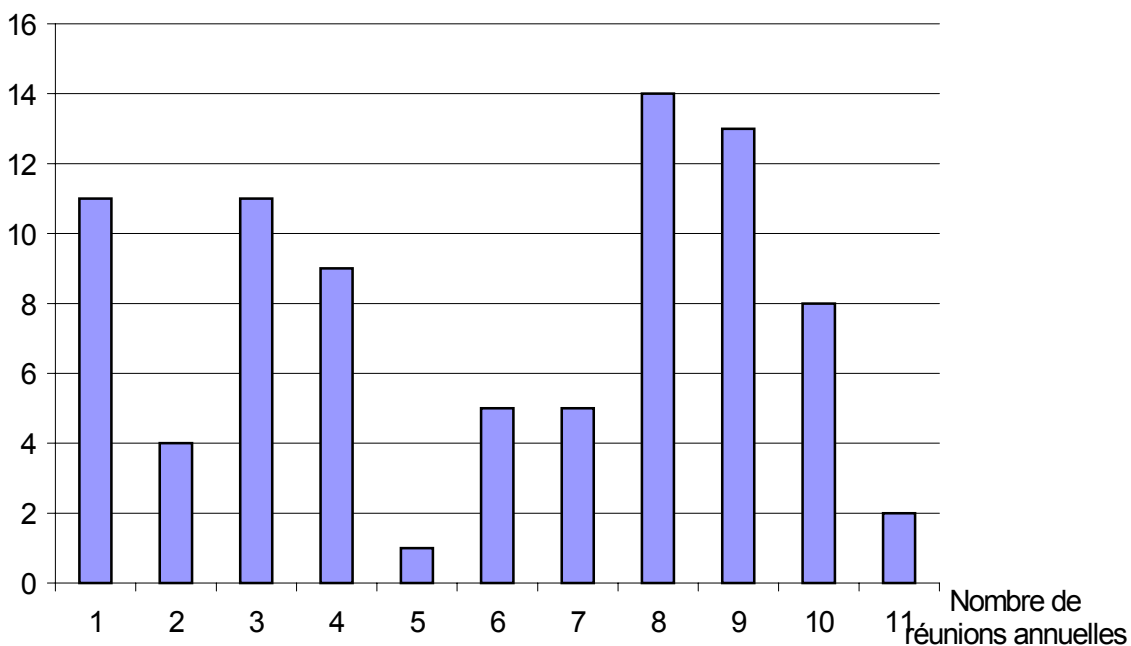
REPARTITION DES MOYENNES D'AGE EN FONCTION DES GROUPES

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
moyenne d'âge des participants	47,5	46,6	46,8	42,2	42,2	42,8	41,6	46,4	51,6	46,2

Document n°6

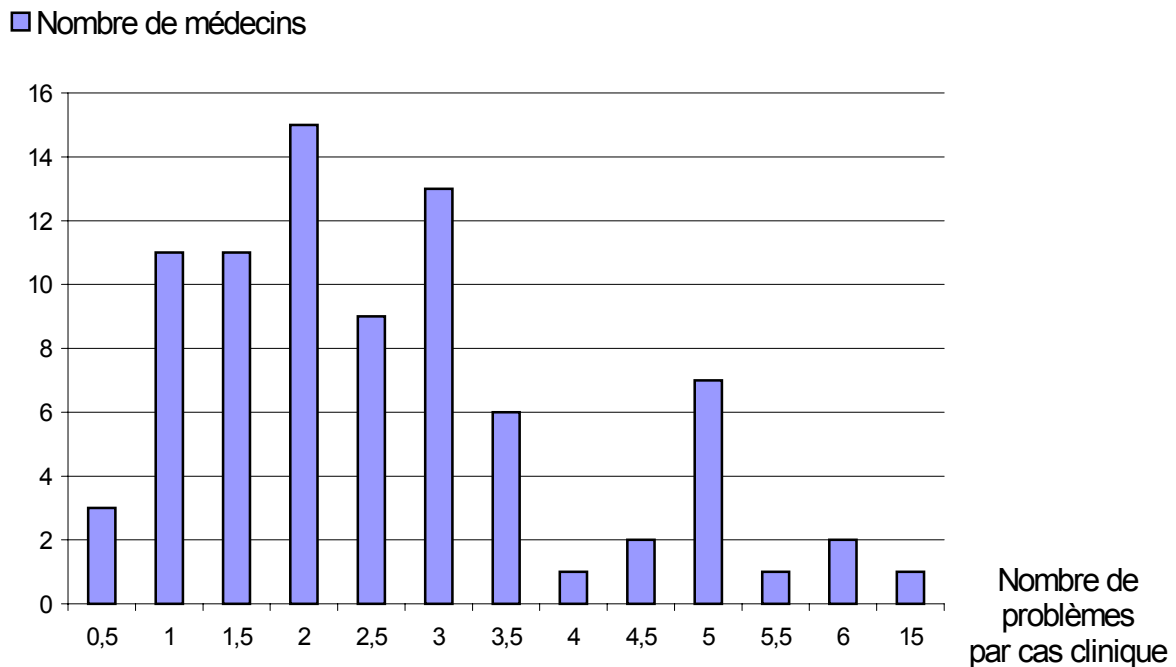
REPARTITION DE L'EFFECTIF EN FONCTION DU NOMBRE DE REUNIONS ANNUELLES EFFECTUEES

Nombre de
médecins



Document n°7

REPARTITION DE L'EFFECTIF EN FONCTION DU NOMBRE DE PROBLEMES SOULEVES PAR LA PRESENTATION D'UN CAS CLINIQUE



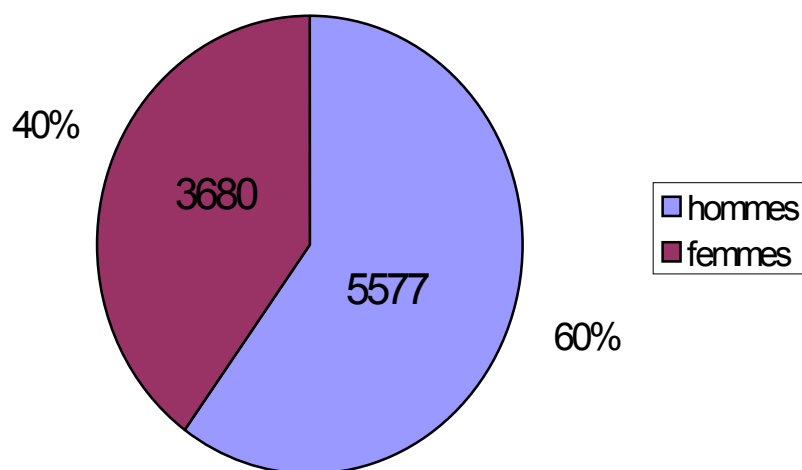
Document n°8

REPARTITION DES MEDECINS GENERALSITES EN REGION RHONE-ALPES

	Nombre de médecins
Rhône	2844
Isère	1839
Loire	1150
Haute-Savoie	1051
Savoie	681
Ain	648
Drôme	642
Ardèche	402
TOTAL	9257

Document n°9

**PROPORTION DE FEMMES PARMI LES
MEDECINS GENERALISTES DE RHONE-ALPES**



Document n°10

CHAPITRE III : DISCUSSION

A. Echos européens

En analysant la littérature médicale, on constate qu'il y a peu d'informations concernant les groupes de pairs en tant que programme de FMC évalué. En France, il n'y en a pas du tout. A l'étranger, il faut être prudent quant aux résultats d'évaluation de l'efficacité de ce type de FMC car la notion même de GP est très différente suivant les pays. Le même terme regroupe des entités très différentes dans les méthodes de travail.

1. En Allemagne (2)(21)

On retrouve des GP qui sont plutôt appelés cercles de qualité et qui peuvent être pluridisciplinaires. Ils touchent une bonne part de la population médicale (17%) car leur implantation a été favorisée (soutien financier). Elle est perçue comme une des méthodes capable d'améliorer la qualité des soins et les médecins y participent de façon volontaire sans en attendre ni bénéfice ni sanction (administrative ou financière).

Les méthodes de travail suivies par les cercles de qualité sont inspirées de recommandations des ASHIP (Associations of Statutory Health Insurance Physicians). Elles comprennent entre autres :

- l'évaluation des pratiques individuelles et la comparaison à celles des collègues
- un échange d'expériences
- l'évaluation de la performance individuelle
- l'application/adaptation de recommandations existantes

Ces groupes utilisent également un modérateur.

2. Au Pays-Bas (17)

Les méthodes utilisées aux Pays-Bas varient un peu et correspondent à un programme de revues de pairs. Groll et coll. ont réalisé une étude comparative de ce programme en évaluant son efficacité en termes de performance sur des critères médicaux (recueil de l'histoire du patient, examen physique, information délivrée au patient, etc.)/non médicaux (clarification des questions et attentes des patients, écoute et ouverture au patient, etc.) et les habitudes de prescription.

Elle a montré une amélioration globalement modeste des performances des participants sur l'ensemble des critères étudiés. L'amélioration constatée était d'autant plus importante que le niveau de performance initial était éloigné de la référence.

Enfin, les auteurs concluent que les efforts et les investissements consacrés furent importants en regard des améliorations constatées.

En France, l'évaluation au travers du GP ne coûte pas d'argent. C'est un audit rapide sans structure lourde.

3. En Norvège (2)(29)

L'activité des GP est favorisée. Elle est perçue comme une activité de FMC propice au développement de la qualité des soins. La démarche reste volontaire. Elle est utilisée par les médecins comme méthode de certification ou de re certification de leur spécialité de médecins généralistes. L'utilisation des GP fait partie d'un programme plus large de développement de la qualité des soins de premiers recours. Il intègre l'utilisation d'indicateurs d'évaluation de la qualité et la mise en place de standards adaptés à la pratique locale. Le travail de ces groupes porte, pour le moment, sur un petit nombre de recommandations cliniques préétablis.

4. En Belgique (1)

Une méthode de FMC, utilisée depuis 1999, pourrait s'apparenter au GP, c'est le GLEM (Groupe Local d'Évaluation Médicale). C'est également un petit groupe de travail (moins de 15 personnes), globalement composé de pairs, basé sur une participation volontaire.

La méthode est dynamique avec :

- un type de discussion interactive à partir d'un cas présenté, d'un avis d'expert, d'un consensus ou d'un sujet choisi par le groupe pour sa pertinence.
- un type de formulation adaptée d'un guide à suivre tenant compte des caractères de terrain, de contraintes financières, psychologiques ou de temps.
- un type de discussion sur l'applicabilité du consensus. Evaluation des pratiques avant, puis après la mise en place du consensus (les résultats restent anonymes).

On retrouve également un animateur.

L'objectif du GLEM est d'adapter et d'assimiler des consensus externes dans un groupe de travail donné qui s'interroge sur sa pratique et s'auto évalue.

B. Revue de la littérature : FMC

1. Pourquoi faire de la FMC ?

On attend des médecins qu'ils maintiennent un haut niveau de connaissances et de savoir faire tout au long de leurs carrières.(3)

Si personne ne conteste actuellement la place pré-

pondérante de la FMI dans le déterminisme d'acquisitions des connaissances et savoir faire (2)(22)(23), nul ne conteste non plus le fait que le médecin ne peut se satisfaire d'un enseignement établi une fois pour toutes, pour maîtriser et appréhender un monde dans lequel les connaissances scientifiques, technologiques et les besoins de la société évoluent en permanence. Or, ce procédé qui tendrait à maintenir un niveau de compétences adapté à des situations nouvelles, qui n'est autre que la formation (médicale) continue, est entièrement soumis à l'auto-détermination du professionnel de santé.

Probablement, espère-t-on croire que le médecin a un savoir faire inné et une aptitude à poursuivre son apprentissage tout au long de sa carrière.

Des études ont montré qu'au fur et à mesure des années de pratique, le niveau des connaissances de base diminuaient (3).

L'enjeu principal pour les professionnels de santé consiste donc à maintenir ou améliorer leur niveau de compétence pour répondre à de nouveaux standards de qualité (2).

Qu'en est-il des preuves de l'efficacité de la FMC ? Bien que les résultats ne soient pas encore démonstratifs, la FMC semble être reconnue comme un élément fondamental de la qualité des soins (2).

2. Qu'attendons nous de la FMC ?

La formation continue est, selon l'OMS, celle que suit un médecin après avoir finalisé son instruction médicale basique, ou après avoir terminé une quelconque étude supplémentaire pour exercer sa profession de médecin généraliste ou de spécialiste, il s'agit d'une formation destinée à améliorer sa compétence professionnelle et non en vue d'obtenir un nouveau titre ou diplôme (24).

La FMC vise à réactualiser régulièrement les connaissances au travers de techniques variées (lectures, conférences, séminaires, ateliers...) et complémentaires. Elle apporte des informations, des recommandations basées sur des consensus ou sur une médecine validée (Evidence Based Medicine) (22). Mais dans quelle mesure parvient-elle à changer réellement la pratique médicale et à vaincre l'inertie des habitudes ? Est-elle capable de contribuer aux changements de comportements ?

Alors que l'industrie de la FMC se développe (25), les rapports augmentent sur l'inefficacité des méthodes de FMC les plus communément diffusées. (paramètre évalué : le changement de comportement des médecins) (3).

S'il est vrai que le médecin doit prendre ses responsabilités vis-à-vis de son auto-formation, les fournisseurs de FMC, et les institutions politiques doivent

également prendre les leurs en accentuant les recherches dans le domaine des preuves d'efficacité de la FMC et en développant des programmes qui intègrent les méthodes qui ont montré leur efficacité.

3. Quelle FMC choisir ?

Depuis l'émergence de l'idée de la FMC basée sur les preuves, les participants à une FMC doivent se poser des questions sur le niveau qu'ils peuvent espérer des différents types de FMC qu'ils pratiquent. Evaluer l'impact de la FMC dans son ensemble c'est définir les différentes méthodes disponibles et savoir en quoi elles modifient les performances des médecins et/ou les résultats de soins d'après David D.A. entre autres (26).

Le problème réside dans la définition de la FMC qui a tendance à élargir son champ d'action et que les stratégies de FMC étudiées sont très variées (type de participants, comportements ciblés, cadre des actions...). Ceci est source de confusion et gêne l'interprétation des analyses des rapports sur le sujet.

Il est difficile d'exploiter les conclusions d'essais, lorsque les résultats ne sont pas reproductibles.

Certains auteurs (27) s'accordent à dire qu'il existe des preuves convaincantes en faveur d'une FMC pouvant faire une différence sur les connaissances des médecins, les compétences et sur les résultats de soins. Mais le savoir paraît plus facile à influencer que les résultats de soins et d'autre part, l'évaluation des besoins spécifiques de cadre et des problèmes traités (3)(27), ainsi que l'analyse des obstacles aux changements, sont plus aptes à fournir des programmes pertinents. Par conséquent, l'analyse des besoins des participants serait une étape nécessaire pour rendre efficace une action de FMC.

Pour d'autres (26), les conditions à remplir pour optimiser les résultats sont une méthode active, volontaire, centrée sur celui qui apprend et, reliée à ses besoins avec des comportements de renforcement.

Lorsqu'on analyse plus en détail (25), les méthodes qui ne devraient plus être soutenues sont les interventions didactiques, (exposé passif sans discussion, lecture sans discussion...) et celles qui amènent des changements positifs sont des méthodes d'apprentissage interactives délivrées de manière séquentielle et longitudinale qui facilitent la mise en place et l'intégration de nouvelles recommandations dans le cadre de la pratique (les jeux de rôle, le type de discussion, les entraînements à la résolution de problèmes et de cas cliniques).

A partir d'une base de données constituée depuis les années 80, sur la littérature de la FMC,

David D.A. a publié les résultats d'une méta-analyse sur les méthodes ayant montré un changement des performances et /ou des résultats de soins (28). Il a retenu comme méthodes efficaces les visites confraternelles, les reminders (aide-mémoire), les opinions des leaders et les activités à facettes multiples. La FMC formelle (conférences...) aurait peu d'impact.

L'ANAES dans sa revue de la littérature de 99 (2), a repris principalement les résultats du rapport de David de 95.

Il est difficile d'avoir une estimation de la place qu'occuperaient les groupes de pairs dans ces classifications. En effet, aucun rapport ne mentionne ce type de méthodologie à l'étranger. Les études retrouvées, portent sur des " revues de pairs " qui ne constituent qu'une activité

d'audit. Nous avons vu en quoi le GP à la française, se différencie d'une simple activité d'audit. En France, aucune étude n'a été réalisée dans ce sens. Les données manquent pour pouvoir comparer les résultats qu'entraîne cette méthode par rapport aux autres FMC.

Un travail d'évaluation reste à faire.

Ce travail n'avait pas pour objectif de prouver si ce type de FMC était plus ou moins efficace que les autres méthodes proposées. Toutefois, il avait pour simple but de présenter une méthode de formation et d'évaluation des pratiques qui, pour le moment, reste peu connue dans le domaine de la FMC en France, alors que certains éléments du concept paraissent intéressants à développer et à évaluer.

THESE SOUTENUE PAR : Hélène PORCO

TITRE : GROUPES DE PAIRS : ENQUETE EN RHONE-ALPES AUPRES DE 83 MEDECINS GENERALISTES

Méthodes de travail et caractéristiques des médecins généralistes travaillant en groupes de pairs

CONCLUSION

On attend des médecins, en tant que professionnels de santé, qu'ils maintiennent un haut niveau de connaissances et de savoir-faire tout au long de leur carrière (2)(27). Or, globalement, le niveau des connaissances de base commence à baisser dès les premières années de pratique (3)(24). Il s'avère donc nécessaire d'investir du temps dans la FMC.

Sur le marché de la formation continue, on compte un grand nombre d'activités différentes; la définition même de la FMC ne cesse de s'élargir (3)(27). Traditionnellement, on retrouve les conférences avec opinions d'experts, la lecture d'articles, les séminaires, les ateliers, les jeux de rôle...

Alors que l'industrie de la FMC se développe (29), certains rapports semblent douter de l'efficacité des méthodes les plus communément diffusées (3)(28) (26). Il faudrait donc apprendre à être plus sélectif.

Différents rapports issus de la FMC validée par les preuves montrent qu'il faudrait proposer des méthodes plus pratiques, interactives, volontaires, basées sur celui qui apprend et reliées à ses besoins (26) (28). Les visites confraternelles avec évaluation des pratiques du médecin par un pair semblent également pouvoir améliorer les performances des médecins mais elles engagent de gros moyens financiers et nécessitent du temps pour toucher un large public (2)(28).

Quoiqu'il en soit, on constate que le choix des médecins reste difficile en raison du manque d'informations disponibles sur de nombreuses méthodes diffusées.

Les médecins traitants ont un rôle essentiel à jouer dans la gestion des soins de premier recours. Le maintien de la qualité de leurs soins passe certainement par la qualité des programmes de FMC suivis. Il paraît souhaitable d'encourager la recherche dans le domaine de la FMC.

En ce qui concerne la méthode de travail en groupes de pairs, il est encore trop tôt pour rassurer le corps médical, mais les premiers résultats sont encourageants. Les méthodes actuellement suivies en Rhône-Alpes satisfont en grande partie les critères de qualité retenus par la SFMG pour attribuer le label "groupe de pairs".

L'originalité de la méthode repose sur un travail de groupe interactif, entre pairs sans que personne n'occupe de place de leader et où les expériences sont valorisées et librement partagées. Elle permet également, à partir de la confrontation de cas cliniques aléatoires, de passer en revue les cas les plus fréquemment traités dans la pratique et d'évaluer les besoins en formation continue des médecins généralistes.

Au vu des résultats de l'enquête, la méthode paraît être maîtrisée par l'ensemble des groupes de la région Rhône-Alpes, mais quelques points restent à améliorer comme l'évaluation des filières de soins (70 % des groupes le faisaient au moins habituellement) et principalement les méthodes de résolution des problèmes soulevés par la présentation des cas cliniques (20% des groupes le faisaient systématiquement et 60% le faisaient habituellement). Les médecins ont eux-même souligné un manque de rigueur et de suivi de ces problèmes. C'est probablement dans le domaine de la recherche documentaire en inter séance que le groupe de pairs doit baser ses efforts. Pour améliorer le taux et la qualité des réponses apportées par le groupe, il faudrait réfléchir aux pistes à suivre. La perspective de créer un site Internet où figureraient les recherches bibliographiques des cas déjà traités par les autres groupes français pourrait les encourager dans ce sens et mettre en valeur le partage des savoirs-faire à l'échelon national.

Pour confirmer la tendance de ces résultats préliminaires, une enquête nationale devra avoir lieu, utilisant comme outil de travail le référentiel proposé par la SFMG. Il ne tiendra qu'aux institutions représentatives de la FMC, ou ministérielle, d'évaluer de façon externe la qualité de la méthodologie.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le

LE DOYEN

J. L. DEBRU

LE PRESIDENT DE THESE

PROFESSEUR J. L. DEBRU


REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Diels R., Cnockaert P. Specificity of local medical evaluation groupe in continuing medical education. Rev Med Brux 1999 feb; 20(1): A53-54.
2. ANAES. Qualité des soins : Revue de la littérature des outils et des critères utilisés en médecine ambulatoire. Nov 1999.
3. Premi J., Shannon S., Hartwick K., Lamb S., Wakefield J. Williams J. Practice-based Small Group CME. Acad Med 1994 oct; 69(10):800-802.
4. Viel A. Historique de la Société Française de Médecine générale. Relevé chronologique des faits et des événements. 1997.
5. SFMG. Documents de Recherches en Médecine Générale 1988 n°30.
6. Rosowsky O. Etude des pathologies les plus fréquemment rencontrées dans la pratique quotidienne du généraliste. Documents de Recherches en Médecine Générale 1991.
7. <http://www.sfm.org/découvrir.html>
8. SFMG. Dictionnaire des Résultats de Consultation en Médecine Générale. Documents de Recherches en Médecine Générale 1996 ; 47-48 (numéro spécial).
9. Andral J. Une nouvelle taxinomie en médecine générale. In : Documents de Recherches en Médecine Générale 1988 ;29 :47-103.
10. Braun R. N. Le Travail Scientifique en Médecine Générale. Ed. Springer-Verlag 1988. In : Documents de Recherches en Médecine Générale 1991.
11. Braun R. N. Pratique, Critique et Enseignement de la Médecine Générale. Ed. Payot 1979
12. Henrard J ; -C. Rigueur et Pratique de la Médecine Générale. L'Enseignement de R. N. Braun. Rev Prat. 1991 fév ; 5 (126).
13. Margerit C. Les groupes de pairs. Essentiels à la pratique de la médecine générale. Rev Prat. 1994 jan ; 8 (242).
14. Cruchant L. La Qualité. Ed Presses Universitaires de France. 1993 ; Que sais-je ? n°2779.
15. SFMG. Documents de Recherches en Médecine Générale. 1995 oct; 46.
16. Grol R., Laurence M. Quality improvement by peer review. Oxford: Oxford University Press; 1995.
17. Grol R, Mokkink H, Schellevis F. The effects of peer review in general practise. J Roy Col Gen Pract 1988 jan; 38 : 10-13.
18. Eliason G, Gerg L, Carlsson P, Lindström K, Bengtsson C. Facilitating quality improvement in primary health care by practise visiting. Quality In Health Care 1998; 7: 48-54.
19. Va paraître. Le groupe de pairs en médecine générale. Modalités de fonctionnement et typologie des participants en 2001 .SFMG. Documents de Recherches en Médecine Générale 2001.
20. <http://www.conseil-national.medecin.fr/CNOM/ExoPro.nsf>
21. Ferdinand M, Gerlach, Beyer M, Römer A. Quality circles in ambulatory care: state of development and future perspective in Germany. International Journal for Quality in Health Care 1998; 10 (1) : 35-42.
22. <http://www.ebm-journal.presse.fr/ebm/Default.htm>
23. Guyatt GH., Rennie D. Guides d'utilisation des publications médicales. JAMA H 1994; 6 : 4-5.
24. Pardell H. What can we expecte from Continuing Medical Education? Myths and Reality Med Clin (Barc) 2000 mar 25; 114 (11) : 419-430.

25. David DA, Thomson MA et al. Evidence for the effectiveness of CME : A review of 50 randomized controlled trials. JAMA 1992; 268 : 1111-17.
26. David D, Thomson O'Brien MA et al. Impact of formal Continuing Medical Education. Do conferences, workshops, rounds and other traditional continuing education on activities change physician behavior or health care outcome. JAMA 1999; 282 : 867-874.
27. Booth BJ. Does Continuing Medical Education make a difference? Med J Aust 1997; 167 (5) : 237-238.
28. David DA. Changing Physician Performance : a systematic review of the effect of educational strategies. JAMA 1995 ; 274 : 700-5.
29. The Norwegian Association of General Practitioner, The Norwegian Colleg of General Practitioners. Quality development in general practise- a Norwegian model; The use of indicators in peer groups. Skien: SATS; 1996.



Société Française de Médecine Générale
Société savante

141, avenue de Verdun—92130 Issy les Moulineaux
Tél : 01 41 90 98 20—Fax : 01 41 90 98 21
Email : sfmg@sfmg.org  . <http://www.sfmg.org>

ONG agréée auprès de l'OMS

Représentant la France à la WONCA
World Organisation of National Colleges,
Academies and Academic associations of General Practitioners