

RÈGLES, EFFETS ET ENJEUX

Règles du jeu, effets et enjeux des Groupes de Pairs comme procédure dans le soin, la formation et la recherche

Dr Jean Luc GALLAIS*

Résumé

Après vingt ans de pratique, la procédure standardisée d'analyse réflexive et interactive des médecins généralistes en Groupe de Pairs, telle qu'elle a été promue en France par la Société Française de Médecine Générale, confirme l'importance de ses effets. Elle permet une synergie dans deux domaines interdépendants : l'adaptation des pratiques professionnelles individuelles jointe à un développement identitaire du médecin et une dynamique collective d'évolution d'un corpus structuré de connaissances et de compétences en médecine générale.

Un tel espace régulier de parole vraie sur les pratiques effectives analysées entre pairs favorise, aux travers de groupes homogènes de praticiens et de situations communes, le développement d'un langage commun et le passage à une culture commune transmissible. Les effets attendus et observés lors de l'application de la règle aléatoire du recueil et de l'exposé systématique des cas confirment de forts enjeux individuels et collectifs. C'est en respectant le cadre prédéfini et l'autonomie des Groupes de Pairs, que l'on conservera l'acceptabilité et l'efficacité de cette procédure auprès des médecins généralistes. Le Groupe de Pairs peut ainsi être envisagé comme un des éléments clés de la qualité des soins, de la formation et de la recherche.

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

La Société Française de Médecine Générale (SFMG) depuis près de 30 ans a développé des concepts, des outils et des méthodes dont certains sont spécifiques au champ de la médecine générale et à la pratique professionnelle des médecins généralistes. Parmi eux, dans les années quatre vingt, a été développée et formalisée la méthode d'interformation des Groupes de Pairs (GP).

La logique d'organisation de ce groupe s'appuie sur divers éléments théoriques qui seront évoqués plus loin. Parmi les éléments centraux il faut souligner d'emblée les deux principes suivants :

- l'enseignement de la médecine générale s'enracine dans la recherche pratique et théorique,
- la formation médicale permanente du médecin généraliste repose avant tout sur l'observation méthodique - avec méthode - de sa pratique jointe à une information sélective et critique.

C'est dans cette double perspective que le Groupe de Pairs a d'abord été promu au sein de la SFMG [1,2,3], puis dans des partenariats avec d'autres associations notamment MG Form. Il a été initialement conçu comme une méthode de développement et de renforcement de la personnalité professionnelle.

Cet article reprend les principaux éléments de la communication intitulée "Groupes Métiers et Groupes de Pairs en médecine générale: les enjeux du bon sens" faite à Paris en juin 2001 dans le cadre du 1er Symposium National des Groupes de Pairs de Médecine Générale organisé par la SFMG et MG Form.

Caractéristiques d'un Groupe de Pairs en Médecine Générale

Un espace de parole authentique particulier

Le GP est d'abord un cadre d'expression et de débat sur et autour de l'analyse réflexive des pratiques effectives et respectives des professionnels présents. Si ce même principe général réunit déjà de nombreux groupes de professionnels mono ou pluridisciplinaire (notamment Groupe de parole, Groupe Balint, Cercle de qualité, Groupe de recherche, Groupe d'Audit ou de Focus Group), la méthodologie du GP en médecine générale promue par la SFMG est spécifique par l'association indispensable de plusieurs facteurs :

- 1 - un groupe d'interformation homogène, entre Pairs, ici des médecins généralistes,
- 2 - l'absence d'organisation hiérarchique d'un groupe volontairement restreint pour permettre la parole de chacun,
- 3 - la confrontation régulière, choisie et confiante entre participants volontaires,
- 4 - la comparaison obligatoire systématique et aléatoire des pratiques de chacun,
- 5 - le déroulement structuré de la réunion en trois parties : exposition et analyse structurée de cas cliniques vécus, analyse de circuits et trajectoire de soins, puis thème libre,
- 6 - la rédaction secondaire d'un compte-rendu de la séance.

Une organisation de proximité non hiérarchique entre Pairs

Par définition, ce groupe ne réunit que des professionnels, médecins généralistes [4] en exercice.

L'objet de la réflexion collective émanant obligatoirement d'une pratique en cours. Le nombre est volontairement limité variant de 5 à 10 médecins. Ces choix favorisent une applicabilité et l'acceptabilité car le GP ne consomme que le temps et l'énergie des participants volontaires.

En plus, il s'agit souvent de professionnels qui travaillent dans une même aire géographique pour des raisons d'organisation des 6 à 10 réunions annuelles. Cette proximité permet aussi de noter les différences d'appréciation et d'usage de ressources parfois communes.

Un objectif commun : l'analyse réflexive et interactive de sa pratique

C'est d'abord un groupe d'analyse des pratiques et un groupe d'interformation dont les ressources sont internes, issues de la diversité des formations, des expériences, compétences et des choix professionnels de chacun des participants. Cette méthode permet un regard distancié sur sa pratique et sur celle de ses confrères, avec des effets de miroir personnel et collectif [5].

La technique du Groupe de Pairs est donc une méthode en petits groupes [6] qui permet une parole vraie dans une rencontre régulière et planifiée (6 à 10 fois par an). Là, dans cet espace et dans ce temps structurés et contenant, chaque médecin généraliste se pose, expose, s'expose, s'oppose, propose sans imposer malgré le peu de propension habituelle des médecins à ce type de situation [7]. La situation dans laquelle se place chaque professionnel est à la fois de devoir exposer "son cas" et de commenter le cas d'un autre pair. Il n'y a pas de leader, mais une fonction tournante de rapporteur du groupe. Ce choix favorise l'autolimitation des comportements agressifs au sein d'un groupe de professionnels qui se retrouvent de façon périodique...

La spécificité du choix de cas aléatoires

Si les groupes précédemment évoqués (Groupe Balint, Groupe de Parole, Cercle de Qualité, etc) abordent tous des questions de pratique professionnelle, le groupe de Pairs est spécifique à la fois par l'organisation du recueil et par l'exposé systématique de cas par chaque participant.

La partie initiale de casuistique, exposition et analyse de cas vécus, constitue le noyau central du fonctionnement des Groupes de Pairs. Cette casuistique est particulière. Il ne s'agit pas de cas choisis par chaque professionnel mais de cas retenus de façon aléatoire en fonction de la règle de base de désignation des cas :

- en règle générale, choix aléatoire du Nième consultant vu tel jour de la semaine,
- parfois choix aléatoire ciblé, notamment pour la recherche ou la formation permanente, choix thématique d'une Nième situation prédéfinie.

Chaque participant doit recueillir, selon les moda-

lités précédemment définies, une situation clinique pour être en mesure de l'exposer lors du Groupe de Pairs. Le recours aux données enregistrées dans le dossier médical servira dans l'exposition et le débat. Cette règle est la caractéristique fondamentale et incontournable des Groupes de Pairs tels que promus par la SFMG.

Effets et enjeux de la procédure de Groupes de Pairs

Les effets du choix "aléatoire"

Cette procédure ne sélectionne et ne traite donc pas du "cas difficile", du "beau cas", du "cas mémorisé", du "cas clinique exemplaire", du "cas avec incident critique", du "cas théorique construit", du "cas enseigné". Elle permet une règle du jeu égale dans les modalités de recueils. Chacun présente obligatoirement "son cas" recueilli selon les mêmes contraintes. Cette approche aléatoire a plusieurs effets :

- elle garantit au médecin comme au groupe de professionnels de ne traiter que des problèmes effectivement rencontrés dans leur pratique respective avec les divers déterminants factuels de leurs décisions,
- elle garantit de ne discuter que de situations réelles vécues et non de cas cliniques théoriques ou reconstruits qui scotomisent, méconnaissent ou excluent nombre des déterminants personnalisés de la demande de soins, du contexte du soin et de la décision médicale,
- elle permet de prendre en compte la vision longitudinale du suivi médical en médecine générale et de distinguer "les faits et antécédents rapportés" des "faits et antécédents vécus". Il n'y pas que la biographie du patient, il y a aussi celle de la relation soignante avec ce médecin là et de sa participation-implication en tant que professionnel et personne,
- elle évite les biais de sélections multiples, en particulier ceux liés à l'intérêt ou désintérêt par le médecin de telle ou telle facette de l'exercice médical. En terme de formation permanente, les professionnels choisissent très souvent des sujets pour lesquels ils ont le plus souvent déjà une pratique et des compétences aux dépens de situations ou thèmes moins maîtrisés ou scotomisés.

Parce qu'il s'agit de cas vécus, le médecin est à même de faire appel à des éléments historiques, non présents lors de l'acte médical ou non initialement exposés dans la séance du jour. Ces éléments éclairent et participent à l'explication des comportements, discours et décisions des divers acteurs, médecin lui-même, patient, entourage familial du patient et autres professionnels directement ou indirectement intervenant ou impliqués dans les cas rapportés.

Les effets du choix de la "Parité"

Cette situation entre pairs évite ou limite les comportements de type "modification de discours", "scotomisation de faits", "attitude de séduction", "d'obéissance ou de soumission" liées à des phénomènes de hiérarchie entre disciplines, métiers, statuts et autorités distinctes. Ces phénomènes de nature sociologique sont constants, mais plus ou moins visibles, conscients ou... inconscients.

Ils sont bien connus tant dans les groupes exclusivement médicaux (médecins généralistes et médecins spécialistes, mais aussi spécialistes libéraux, hospitaliers ou hospitalo-universitaires) que dans les groupes pluriprofessionnels et/ou pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, représentants de l'industrie pharmaceutique, administratifs etc.). Les relations entre acteurs sont modifiées par les effets des représentations et des hiérarchies selon le statut perçu de supposé sachant ou non sachant.

La participation à un GP implique que chaque médecin généraliste expose un cas. Il y a à la fois inter-vision et co-vision des pairs. Il ne s'agit donc pas d'une supervision par un tiers expert-sachant, au sens d'une observation du groupe par un autre professionnel non généraliste comme dans un groupe Balint par exemple. L'absence de toute présence non généraliste de terrain (à contrario de psychanalyste, d'animateur ou témoin extérieur et non impliqué dans le groupe, de représentant de la hiérarchie ou de différents métiers dans un Cercle de Qualité) est donc un élément essentiel. Cependant le GP est une modalité de supervision par l'ensemble du groupe ainsi constitué.

Les effets de questionnement sur référentiels professionnels

De ces conditions, de par la variété et la multiplicité des cas exposés et la diversité des regards et expériences des Pairs, émergent de nombreux discours, représentations, référentiels, valeurs et normes personnelles et/ou collectives.

Il est ainsi possible de s'interroger de façon récurrente et approfondie sur les déterminants, et les sur-déterminants, explicites et implicites des convergences et des différences de pratiques entre professionnels, de même spécificité d'exercice, confrontés à la résolution de problèmes comparables [8].

Il y a donc débat sur les écarts perçus et vécus entre les "conduites à tenir" enseignées en faculté, recommandées par des Conférences de consensus ou l'Evidence Based Medicine et la variabilité interindividuelle des comportements effectifs de chacun en situation réelle de soins.

La question des référentiels professionnels en médecine générale est alors un élément central [9,10]. Elle conduit à aborder les modalités de construction, la pertinence et la validité des références disponibles (expérience individuelle, expé-

rience de groupe de généralistes, référentiels d'experts, consensus professionnels ou référentiels scientifiquement fondés et validés).

Ce questionnement est favorisé et amplifié par la facette recherche documentaire qui est une des composantes du fonctionnement du groupe. Suite à l'exposé des cas et aux débats un des participants est souvent en charge pour le Groupe de Pairs d'une recherche bibliographique sur tel ou tel aspect ayant émergé et donnant lieu à approfondissement ultérieur.

Les effets identitaires individuels et collectifs

Au plan théorique cette logique d'analyse structurée des pratiques et de leur déterminants intervient dans deux domaines complémentaires interdépendants : les savoirs partagés sur l'action en particulier par la compréhension des personnes et les savoirs partagés pour l'action qui concerne l'évolution possible des pratiques.

L'ensemble de ce processus, à partir du retour sur l'action réalisée, fait que le Groupe de Pairs constitue la phase initiale d'un processus de distanciation sur l'action. Le travail collectif de confrontation en constitue la seconde phase en produisant des compétences collectives pour des actions futures. Dans ces allers et retours et au cours de la succession des réunions de GP émerge, s'accroît et évolue un des éléments du développement d'une expertise professionnelle collective.

Le fonctionnement du groupe de professionnels et les pratiques débattues impliquent donc à la fois l'identité individuelle, l'identité sociale et l'identité professionnelle du participant.

Il y a à la fois une conscientisation accrue et une meilleure explicitation de la pratique des uns et des autres. L'analyse des pratiques porte sur les multiples variables du contexte et des stratégies de décision en médecine générale pour ce médecin là, avec ce patient là, à ce moment là, mais aussi des perceptions, représentations - différentes et communes - des autres pairs médecins généralistes.

Selon les participants et les moments de la vie du groupe, les enjeux essentiels sont alors de type restauration, préservation, affirmation ou différenciation identitaire tant au plan individuel qu'au plan groupal. C'est la discipline (la médecine générale dans le cas présent) ou le groupe professionnel (les médecins généralistes en tant qu'acteur de soins primaires), l'individu (le professionnel en tant que personne humaine) qui sont le fil rouge plus ou moins visible du Groupe de Pairs.

L'analyse des circuits et des trajectoires de soins facilite ce travail de différenciation identitaire car il conduit les participants à se situer - individuellement et collectivement - par rapport "à l'autre" et "aux autres" et à jouer ainsi un rôle de réduction des tensions identitaires favorisant ainsi les pratiques collaboratives et renforçant le travail en

réseau [11]. Le Groupe de Pairs constitue aussi une modalité de solidarité collective, d'aide aux aidants avec ses composantes d'aide inter-personnelle, intra et inter-professionnelle.

Ces mécanismes sont d'autant plus présents et opérationnels que le fonctionnement du Groupe de Pairs s'inscrit dans le temps et que le phénomène groupal se renforce, s'affine et s'enrichit dans la durée.

Le Groupe de Pairs en médecine générale : mise en perspective historique

Bien que cet article n'ait pas pour objet une analyse plus historique des logiques sous-tendant la mise en place des Groupes de Pairs, on peut noter l'évolution de la place du Groupe de Pairs dans la pratique de médecine générale dans les discours collectifs et institutionnels.

En France, les années 1970, sont celles de la crise de la médecine générale avec la question de l'identité du médecin généraliste. Les années 1990 sont celles de la crise du système de santé avec question de l'identité de la médecine générale en tant que discipline des soins primaires.

La place de la SFMG dans cette histoire est à relier à celle des Groupes de Pairs. Née en 1973, la SFMG en tant que société savante évoquait alors la nécessaire formation auto-didactique du médecin généraliste par absence de formation universitaire spécifique ad hoc et l'article 2 des statuts de l'association précisait les objectifs de recherche, de FMI et FMC. Ses premiers travaux, dès 1977, pointaient la question de la légitimation de la médecine générale et de la perturbation du réaménagement de ce champ par deux mécanismes essentiels : d'une part la confrontation dominant-dominé, d'autre part, la rupture épistémologique dans les concepts hospitaliers mais aussi psychanalytiques [12].

En lieu et place du discours magistral, le principe de la table ronde et celle du Philipps 6x6 (Six personnes dialoguent pendant 6 minutes pour formuler des questions qui seront ensuite discutées en grand groupe) était alors systématiquement utilisé, mais la question de la soumission à l'autorité restait constante dans les groupes pluridisciplinaires [13] conduisant à formaliser dès 1984 les principes de collaboration entre acteurs généralistes – acteur non généralistes tant dans le champ de la recherche que dans celui de la Formation [14]. Au terme d'une pratique collective régulière, en 1994, le terme de "Groupe de Pairs" est légalement déposé par la SFMG. L'attention historique particulière portée au sein de la SFMG à la construction d'un langage commun via le *Dictionnaire des Résultats de Consultation* et ses révisions régulières [15] sera le fil rouge des groupes accordant une place accrue aux questions de dénomination des cas cliniques. Ce facteur d'homogénéité supplémentaire sera un levier de plus pour une approche comparative des

pratiques et des déterminants des décisions.

La diffusion des Groupes de Pairs en dehors de la SFMG sera facilitée dans le cadre de la Formation Médicale Continue (Fonds d'Assurance de la Formation-Profession Médicale Libérale et la Formation Professionnelle Conventionnelle). Mais le Groupe de Pairs comme procédure a aussi été utilisé dans des recherches sur les méthodologies de mise en évidence des besoins de formation des médecins généralistes [16].

Par ailleurs pour un usage essentiellement pédagogique, comme dans la recherche clinique, il est possible de conserver la partie discours spontané à partir de la casuistique, et de renforcer l'analyse thématisée en structurant plus systématiquement les déterminants clé de la demande de soins, de l'histoire de la relation thérapeutique en liens avec les éléments personnalisés essentiels de la stratégie de décision en médecine générale.

Le début des années 2000, est marqué par la volonté d'officialisation des Groupes de Pairs en tant que procédure de formation officiellement reconnue pour sa pertinence et ses effets sur les modifications des pratiques médicales. La question de l'accréditation est donc posée comme celle des critères de qualité et de traçabilité des activités et productions des médecins l'utilisant [4].

Pendant cette même période, un mouvement international [17,18,19,20] a également impliqué d'autres médecins généralistes, notamment canadiens, anglais et hollandais. En Europe en 1991 une structuration s'organise autour des notions des Quality Circles/Peer Review Groups qui se sont essentiellement centrés sur l'audit et l'assurance qualité (WONCA EQuiP, European Working Party on Quality Assurance). Là aussi l'autonomie des groupes est une caractéristique initiale essentielle.

Cependant en Hollande en 1995, ce type de fonctionnement devient obligatoire, mais ce pays avait au préalable développé les référentiels de médecine générale produits par les généralistes eux-mêmes. La composition des groupes a aussi évolué, avec par exemple, des groupes généralistes-pharmaciens sur la prescription médicamenteuse [21].

Il est important de souligner que ces pays sont aussi ceux dans lesquels la question de la place et de l'identité de la médecine générale et des médecins généralistes ne se pose pas ou plus depuis des décennies tant au plan politique qu'au plan de l'organisation d'un libre choix organisé entre les soins primaires, secondaires et tertiaires.

Une méthode concernant la professionnalisation d'autres métiers et disciplines

Les questions posées par les Groupes de Pairs de médecins généralistes ne sont pas spécifiques à cette discipline [22,23,24]. D'autres professionnels sont confrontés à des besoins comparables tant au plan identitaire qu'au plan de l'évolution pertinen-

te du corpus de connaissance et de savoir-faire indispensables à leur exercice quotidien. Ces besoins sont d'autant plus importants que les professionnels travaillent avec une grande marge d'incertitude dans un contexte complexe avec des ressources disponibles insuffisantes ou absentes (moyens techniques, conceptuels, standardisation de pratiques, savoirs et aptitudes).

Faut-il encore rappeler que la décision médicale est le modèle classique de la décision sous incertitude. La résolution de problèmes en médecine a même été définie comme la procédure de prise de décisions adéquates avec des informations inadéquates [25]...

Les assistantes sociales ont ainsi développé des Groupes de Pairs d'assistantes [26] mettant en œuvre le même processus d'analyse des pratiques avec les mêmes enjeux.

Le parallélisme des situations professionnelles est aisé à faire entre le médecin généraliste et l'assistante sociale de secteur, acteurs de proximité confrontés à la prise de décision en temps réel dans le cadre d'une relation durable et avec des implications familiales et socioprofessionnelles complexes.

Mais au-delà du métier concerné, le principe de l'analyse réflexive sur les pratiques est une tendance forte du champ de la formation pour adultes du fait des enjeux directs et indirects qui lui sont liés. C'est la reformulation nouvelle de Donald Schon : "Qu'est ce que mon propre agir professionnel m'enseigne?" Les travaux et publications internationaux [27] et nationaux [28], notamment du Conservatoire des Arts et Métiers [29], témoignent de l'importance de ce mouvement. Quel que soit le métier, c'est le thème de la professionnalisation qui est présent, et cela avec des voies différentes : par l'action et les essais-erreurs avec ses ajustements successifs, par la combinaison action et réflexion sur l'action, par la réflexion rétrospective sur l'action pour formaliser la pratique professionnelle, la réflexion anticipatrice pour les changer ou par l'acquisition de savoirs théoriques et la production de compétences méthodologiques [30]

En médecine, on comprend mieux ainsi la place croissante des discours et écrits sur les Groupes de Pairs, sur la FMI, la FMC, l'évaluation, la recherche ou les Recommandations de bonnes Pratiques Cliniques [31] et l'actuelle sur-représentation de médecins généralistes praticiens investis dans la formation initiale, la formation permanente et la recherche en médecine générale dans des groupes de Pairs [32].

Pour conclure, le Groupe de Pairs comme indicateur

La fonction d'une société savante est d'anticiper,

de favoriser et d'accompagner les changements utiles, surtout quand ils sont nécessaires. Le Groupe de Pairs tel qu'il a été promu par la SFMG traduit en France l'évolution à la fois de la médecine générale et celle du métier de généraliste. Le rapprochement de deux formulations concernant les Groupes de Pairs témoigne du chemin fait par la collectivité généraliste. Il y a plus de dix ans, c'était autour d'un jeu de questions que le Groupe de Pairs était présenté à ceux qui ne le connaissaient peu ou pas. "Le groupe de Pairs? L'heure aux pairs? L'heureux pair? L'heureux père? L'ex-pair? Le repaire? Le repère? Leurre aux pairs? L'expert?" [33]

Ce raccourci avait pour objet l'interrogation individuelle et collective. Pourquoi le groupe de Pairs se développe-t-il maintenant dans l'histoire de la médecine générale et des professionnels de la santé? Était-ce la réponse à la fin d'une pratique inconfortable et l'irruption d'une identité professionnelle forte enfin reconnue? Était-ce le moment du développement universitaire de la médecine générale avec les phénomènes de transmission inter-générationnelle des compétences et savoirs acquis? Était-ce la nécessaire obligation d'être en exercice pour participer aux groupes et parler de la pratique de médecine générale au présent et non au passé? Était-ce la fin d'une médecine générale clandestine, qui dans le passé était entrée en résistance pour se conforter, se construire et s'affirmer? Était-ce le signal marquant la présence de la médecine générale en tant que discipline spécifique et autonome avec ses méthodes et ses référentiels? Était-ce aussi le risque d'une illusion d'isolement et d'enfermement de la collectivité généraliste sur elle-même avec un risque d'appauvrissement et de rupture avec le reste des autres disciplines médicales? Était-ce surtout pour une société savante de médecine générale l'émergence de l'expertise en médecine générale, avec ses experts qui soulignent que les ressources essentielles la concernant sont disponibles au sein du groupe professionnel mais surtout au travers d'un corpus structuré de connaissances, issus de travaux de recherche de natures diverses, adaptés aux questions spécifiques du champ généraliste?

Une décennie plus tard, après maturation, la forme interrogative a disparu et l'affirmation et l'exclamation l'emportent. Le lien entre le médecin généraliste, le praticien, et la médecine générale, la discipline, est alors explicite... "Le Groupe de Pairs : le médecin généraliste se pose, expose, s'expose, s'oppose, propose... la médecine générale s'impose!"

Au-delà de ses fonctions dans les soins, la formation et la recherche, le Groupe de Pairs est-il donc, aussi un indicateur et un miroir sur l'évolution de la médecine générale et des médecins généralistes?

Les divers éléments évoqués ci-dessus expliquent le succès de cette méthode en terme d'acceptabilité, d'appropriation et de satisfaction des participants liées aux logiques mises en œuvre dans les Groupes de Pairs, temps et espace où la convivialité est le plus souvent présente. Au moment de la diffusion accrue de cette procédure et de son utilisation pour des fonctions multiples sont prévisibles, il est indispensable de rappeler les règles et les concepts qui sous-tendent leur fonctionnement. Les effets et les enjeux de cette procédure ne sont pas liés à la simple mise en présence entre pairs, mais à la structuration des modalités de fonctionnement de l'analyse des pratiques, centrée sur la casuiste aléatoire. Ce cadre contenant permet alors l'émergence de compétences partagées et l'acceptation de la diversité au delà de l'homogénéité forte qui apparaît peu à peu.

- [1] Margerit C. *Les Groupes de Pairs essentiels à la pratique de la médecine générale*. Rev Prat Med Gen; 1994; 242: 31-32
- [2] Miche JN. *Création d'un groupe de Pairs: bilan à six mois, perspectives*. Doc Rech Med Gen – SFMG, 1994; 44: 71-83
- [3] Margerit C. *Groupes de Pairs*. Doc Rech Med Gen – SFMG, 1994; 44: 22-24
- [4] Site Web SFMG <http://www.sfmfg.org/GroupePairs>
- [5] Sackin P, Barnett M, Eastaugh A, Paxton P. *Peer-supported learning*. BMJ, 1997; Feb: 67-68
- [6] Walton H. *Small groups methods in medical teaching*. Medical Education, 1997; 31: 459-464.
- [7] Eastaugh A, Barnett M, Parbly S, Paxton P, Sackin P. *Co-tutoring: peer supported learning*. Education For General Practice, 1998; 9: 517-519
- [8] Reidj AL. *Les pairs chargés de l'évaluation critique du médecin de famille canadien*. Can Fam Physician, 1998; 44: 19-23.
- [9] Fauchery P, Buchon D, Goudeaux P. *Evaluation de la pratique médicale par des "pairs"*. Rev Prat Med Gen, 2001; 15; 549, 1737-1741
- [10] Castelain E. *Evaluation des pratiques en médecine générale et Groupe de Pairs. A propos d'un audit interne sur le cancer du col*. Doc Rech Med Gen – SFMG, 1995; 46: 47-55.
- [11] Gallais JL. *L'expérience de l'autre in Dossier Réseaux de santé*. TLM, 1996; 23: 23-24
- [12] Rosowsky et Coll. *Recherches Epistémologiques sur les conditions spécifiques de la recherche en médecine praticienne*. 1977, Contrat SFMG – INSERM – CNAMTS. 244 pages
- [13] Jacot.P. *La table ronde a mal tourné*. Bulletin SFMG, 1980; 3: 23-24
- [14] Rosowski.O. *Quelques éléments de méthodologie pour la recherche en médecine générale*. In Durand D, Donnard JF. Les Nouveaux Champs d'activité du Praticien. Unaformec. 1985; 42-44.
- [15] *Dictionnaire des Résultats de Consultation en Médecine Générale – Révision 1998*. Doc Rech Med Gen – SFMG Dec 1999-Janvier 2000; 55-56-57: 147 pages
- [16] Gallais JL, Raineri F. *SEISME Rapport de recherche au FAF-PM Juin 2001*.Doc SFMG
- [17] Jelley DI, Van Zwanenberg. *Peer appraisal in general practice: a descriptive study in North Deanev*. Education for general practice, 2000; 11: 281-287
- [18] Brown JB, Hogg W, Delva D, Nanchoff-Gatt M, Moore L. *Peer consultation reflection exercise. Innovative strategy for personal and professional development*. Can Fam Physician 1995; 45: 1509-1515
- [20] Poudelec B. *Les Groupes de Pairs*. Thèse 1999, Université de Caen.140 pages
- [21] Kocken G. AL. *Medication discussion groups in the Netherlands: fives years of experience*. Medical Education, 1999; 33: 390-393
- [22] Barrier JH. *Formation médicale continue et modifications de pratiques des médecins: quelles perspectives pédagogiques pour les sociétés savantes*. <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/FSNSM/specialitésMedicales/>
- [23] Narbot AM. *Le processus de construction de la professionnalité des assistances sociales au moment de leur entrée dans la vie professionnelle à partir de l'évaluation de la demande d'un usager*. DEA Formation adulte. CNAMTS - Université de Louvain – Université Paris XIII. 2000, 166 pages.
- [24] Bernadou A. *Savoirs théoriques et savoirs pratiques. L'exemple médical*. In Savoirs théoriques et savoirs d'action. Ed PUF, 1996: 29-41.
- [25] Elstein AS, Shulman L, Spracka SA. *Medical problem solving, an analysis of clinical reasoning*. Ed Harvard University Press, 1978.
- [26] Debris S. *Professionnalisation et analyse des pratiques. Caractérisation d'un processus formatif dans un dispositif informel d'analyse des pratiques professionnelles*. Rev Forum, 2001; 97: 5-48
- [27] Schon DA. *Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Ed Logiques, 1994
- [28] Ouaknine R. *Démarche "groupe-métier" et processus de production de compétences*. Education Permanente; 1998, 135: 71-85
- [29] Barbier JM. *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Ed PUF 1998
- [30] Wittorski R. *Entretien avec...* Revue Forum. 2001; 97: 2-4.
- [31] Certain MH, Gervais Y, Perrin A. *Un référentiel professionnel pour le médecin généraliste. Des compétences pour un métier*. Ed Osmose, 1999. 112 pages
- [32] Raineri F. *Le Groupe de Pairs en médecine générale. Modalités de fonctionnement et typologie des participants en 2001*. Doc Rech Med Gen SFMG, 2001; 59 à paraître
- [33] Gallais JL. *Le Groupe de Pairs en médecine générale: une dynamique de bon sens? 1^{ère} Journée Nationale de Médecine Générale, Paris Nov 1999*.

* Médecin généraliste,
Directeur du conseil scientifique SFMG

Le Groupe de Pairs [1]

- Est un groupe d'interinformation homogène constitué exclusivement de praticiens de même niveau et de même pratique, autorisant une expression authentique et non hiérarchique, ouverte sur tous les sujets professionnels.
- Repose sur une confrontation-comparaison choisie et confiante, systématique et aléatoire, à ses pairs et aux référentiels validés par et pour la profession.
- Fonctionne dans la proximité et la durée à partir de présentation de cas cliniques choisis de façon aléatoire et appuyés par des dossiers précis.
- Permet une analyse critique de la pratique, réalisée par des médecins en exercice dans le cadre d'une approche par problème contextualisé.
- Aboutit à une justification raisonnée de ses choix et libre d'une volonté de contrôle institutionnelle.