



**HAL**  
open science

## Les groupes de pairs en médecine générale: opinion des participants lorrains

Sylvie Gamel

► **To cite this version:**

Sylvie Gamel. Les groupes de pairs en médecine générale: opinion des participants lorrains. Sciences du Vivant [q-bio]. 2005. hal-01732780

**HAL Id: hal-01732780**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732780>**

Submitted on 14 Mar 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

DOUBLE

183 607

24

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1  
2005

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY  
N° 92

18 OCT. 2005



THÈSE

Pour obtenir le grade de  
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement  
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Sylvie CARREZ-GAMEL

Le 4 octobre 2005.

LES GROUPES DE PAIRS EN MÉDECINE GÉNÉRALE:  
Opinion des participants lorrains.

Examineurs de la thèse :

M. Serge BRIANÇON  
M. Marc BRAUN  
M. Abdelouahab BELLOU  
M. Richard MATHIEU  
M. Alain AUBRÈGE

Professeur des Universités  
Professeur des Universités  
Professeur des Universités  
Médecin Généraliste  
Maître de Conférences

Président du jury.  
Juge.  
Juge.  
Juge.  
Juge.

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D 007 251264 8



18 OCT. 2005



THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement  
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Sylvie CARREZ-GAMEL

Le 4 octobre 2005.

LES GROUPES DE PAIRS EN MÉDECINE GÉNÉRALE:  
Opinion des participants lorrains.

Examineurs de la thèse :

M. Serge BRIANÇON  
M. Marc BRAUN  
M. Abdelouahab BELLOU  
M. Richard MATHIEU  
M. Alain AUBRÈGE

Professeur des Universités  
Professeur des Universités  
Professeur des Universités  
Médecin Généraliste  
Maître de Conférences

Président du jury.  
Juge.  
Juge.  
Juge.  
Juge.

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

-----  
Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs

du 1<sup>er</sup> Cycle :

du 2<sup>ème</sup> Cycle :

du 3<sup>ème</sup> Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Jacques ROLAND

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT

Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -  
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2<sup>ème</sup> sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3<sup>ème</sup> sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

-----

43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2<sup>ème</sup> sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

-----

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie cellulaire)**

Professeur Claude BURLET

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Nutrition)**

Professeur Olivier ZIEGLER

-----

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)**

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIOWSKI

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Parasitologie et mycologie)**

Professeur Bernard FORTIER

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)**

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

-----

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine et santé au travail)**

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)**

Professeur Henry COUDANE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)**

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

-----

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)**

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétiq ue)**

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

-----

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)**

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Réanimation médicale)**

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)**

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Thérapeutique)**

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

-----

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Neurologie)**

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Neurochirurgie)**

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes)**

Professeur Jean-Pierre KAHN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Pédopsychiatrie)**

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean-Marie ANDRE

-----

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénéréologie)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)**

Professeur François DAP

-----

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pneumologie)**

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

-----

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)**

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie digestive)**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Néphrologie)**

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Urologie)**

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

-----

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne)**

Professeur Francis PENIN – Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie générale)**

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

-----



**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1<sup>ère</sup> sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Pierre MONIN  
Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3<sup>ème</sup> sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4<sup>ème</sup> sous-section : (*Endocrinologie et maladies métaboliques*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

5<sup>ème</sup> sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Professeur Hubert GERARD

-----

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

1<sup>ère</sup> sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2<sup>ème</sup> sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeur Daniel BURNEL

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3<sup>ème</sup> sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

-----

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

-----

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2<sup>ème</sup> sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUUEL

4<sup>ème</sup> sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Didier QUILLIOT

-----

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

1<sup>ère</sup> sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2<sup>ème</sup> sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Docteur François ALLA

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)**

Docteur Pierre GILLOIS

-----

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Docteur François SCHOONEMAN

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**

Docteur Marie-Nathalie SARDA

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Docteur Christophe PHILIPPE

-----

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)**

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)**

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

-----

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET  
RÉÉDUCATION**

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Docteur Jean PAYSANT

-----

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,  
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)**

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

**05<sup>ème</sup> section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE**

Monsieur Vincent LHUILLIER

-----

**32<sup>ème</sup> section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE**

Monsieur Jean-Claude RAFT

-----

**40<sup>ème</sup> section : SCIENCES DU MÉDICAMENT**

Monsieur Jean-François COLLIN

-----

**60<sup>ème</sup> section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE**

Monsieur Alain DURAND

-----

**61<sup>ème</sup> section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

-----

**64<sup>ème</sup> section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

-----

**65<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD  
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

-----  
**67<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE**

Madame Nadine MUSSE

-----  
**68<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE DES ORGANISMES**

Madame Tao XU-JIANG

=====  
**MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

**Médecine Générale**

Docteur Alain AUBREGE  
Docteur Francis RAPHAEL  
Docteur Jean-Marc BOIVIN

=====  
**PROFESSEURS ÉMÉRITES**

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel BOULANGE - Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF  
Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT  
Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU  
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET –  
Professeur Jean FLOQUET – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Michel PIERSON

=====  
**DOCTEURS HONORIS CAUSA**

Professeur Norman SHUMWAY (1972)  
*Université de Stanford, Californie (U.S.A)*  
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)  
*Université Catholique, Louvain (Belgique)*  
Professeur Charles A. BERRY (1982)  
*Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*  
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)  
*Brown University, Providence (U.S.A)*  
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)  
*Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)*  
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)  
*Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)*  
Harry J. BUNCKE (1989)  
*Université de Californie, San Francisco (U.S.A)*

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)  
*Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)*  
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)  
*Université de Pennsylvanie (U.S.A)*  
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)  
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)*  
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)  
*Université d'Helsinki (FINLANDE)*  
Professeur James STEICHEN (1997)  
*Université d'Indianapolis (U.S.A)*  
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)  
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des  
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

## REMERCIEMENTS :

A notre Maître et Président de jury,

**M. S. BRIANÇON**

Professeur d'Epidémiologie - Economie de la Santé et Prévention.

Nous vous remercions d'avoir accepté la présidence de notre thèse. A titre personnel, je tiens à vous exprimer toute ma reconnaissance pour l'ensemble des conseils prodigués qui m'ont permis de mener à bien mon travail. Croyez en mes profonds remerciements et en l'honneur que vous nous faites de présider notre thèse.

A notre Maître et Juge,

**M. M. Braun**

Professeur d'Anatomie (option clinique, radiologie et imagerie médicale).

Nous vous sommes reconnaissants d'avoir accepté, avec spontanéité, de juger notre travail en faisant partie des membres de notre jury.

A notre Maître et Juge,

**M. A. BELLOU**

Professeur de Médecine Interne, Gériatrie et Biologie du Vieillessement.

Vous avez accepté de siéger parmi les membres de notre jury de thèse et nous vous en sommes reconnaissants. Je tiens personnellement à vous remercier pour vos précieux conseils prodigués au cours de mes gardes et de mon stage au sein du Service d'Accueil des Urgences de l'Hôpital Central de Nancy.  
Veuillez trouver ici le témoignage de notre sincère gratitude.

A notre Maître et Juge,

**M. R. MATHIEU**

Médecin généraliste,  
Maître de stage.

La motivation et la clairvoyance dont vous m'avez fait part à chacune de nos entrevues, m'ont permis de mener à bien ce travail. A titre personnel, je tiens à vous remercier pour les conseils formateurs que vous m'avez donnés au cours de mon stage, ainsi que pour votre sympathie et votre compréhension. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A notre Maître et Juge,

**M. A. AUBREGE**

Maître de conférences associé de médecine générale.

Nous vous remercions d'avoir accepté avec spontanéité de juger notre travail. A titre personnel, je tiens à vous remercier pour l'ensemble des cours que vous nous avez dispensés avec toujours autant de passion et d'intérêt. Veuillez trouver ici le témoignage de notre sincère gratitude.



A Mme le Dr P. ARNOULD et à M. le Dr F. RAINERI, qui m'ont aidé dans la réalisation de ce travail de thèse lors de mon passage à la SFMG.

A Mme le Dr Fabienne Empeur, Praticien Hospitalier au Service d'épidémiologie et évaluation cliniques du CHU de NANCY et à Mme Hélène Tudorache, interne en épidémiologie, qui m'ont permis de réaliser l'étude dans les meilleures conditions possibles.

A l'ensemble des postes hospitaliers que mon cursus universitaire m'a permis de découvrir.

A M. le Dr PETIT Claude et sa femme, pour leur compréhension, leur sympathie et leur disponibilité.

A Matth, qui a changé le cours de ma vie en la rendant simple et pleine de bonheur.

A Luna, qui m'a fait grandir et m'a permis de voir la vie autrement.

A mes parents. Merci à eux pour leur soutien au fil des ans, pour leur présence à chaque moment important de ma vie.

A Anne-Marie, ma sœur, pour tous nos moments partagés et à venir, pour notre complicité, et à Jean-Christophe.

A Mamyvonne, pour son accent chantant et pour tous nos moments passés ensemble.

A Martine et Jean-Pierre, sans qui Matth et Luna ne seraient pas.

A Thom et Chantal pour m'avoir acceptée avec simplicité.

A Tatie, Bernard, Yannick et Marion pour les liens qui nous unissent malgré la distance.

A Papy Thomas, Mamie Jeanne et Papy Louis.

A Nathalie et Jérôme pour leur amitié qui dure depuis plus de vingt ans.

A Rudy et Daniel, pour tous les moments intenses d'interne vécus ensemble (les hauts comme les bas...)

A Fréday et SebPiano, pour leurs disponibilité et gentillesse.

A Paul et Constantin pour les moments fous de Sarrebourg.

Au service de médecine interne de Bar le Duc qui fut un stage très formateur et pour l'ensemble de l'équipe qui a été très accueillante.

## SERMENT

*"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".*

Les Groupes de Pairs en Médecine Générale:  
Opinion des participants lorrains.



TABLE DES MATIERES.

Remerciements.....	p. 8
Serment .....	p. 15
Table des matières .....	p. 16
Abréviations .....	p. 18
Introduction .....	p. 19
I. La Formation Médicale Continue (FMC) et l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).....	p. 20
11. Historique de la FMC et de l'EPP en France .....	p. 20
111. La naissance de la FMC .....	p. 20
112. La structuration de la FMC.....	p. 21
113. La FMC : devoir déontologique puis obligation administrative.....	p. 22
114. Institutionnalisation de l'EPP, nouvelles lois sur l'obligation de la FMC.....	p. 24
115. Obligation de FMC et d'EPP.....	p. 24
12. Différentes méthodes de FMC et d'EPP.....	p. 26
121. Méthodes de FMC.....	p. 26
a. FMC individuelle.....	p. 26
b. FMC collective.....	p. 27
122. Méthodes d'EPP.....	p. 28
13. Efficacité des méthodes de FMC et d'EPP.....	p. 30
II. Les Groupes de Pairs (GDP).....	p. 31
21. Définitions.....	p. 31
211. Groupe.....	p. 31
212. Pairs.....	p. 31
213. Groupes de Pairs .....	p. 31
22. Historique des GDP .....	p. 32
23. La notion de dynamique de groupe .....	p. 33
24. Caractéristiques d'un GDP.....	p. 34
241. Généralités.....	p. 34
242. Composition.....	p. 34
243. Le secrétaire de séance.....	p. 34
244. Le modérateur.....	p. 34



25. Rôles et objectifs d'un GDP.....	p. 35
26. Fonctionnement des GDP.....	p. 36
261. Création d'un GDP.....	p. 36
262. Déroulement d'une réunion de GDP.....	p. 37
a. L'étude de cas.....	p. 37
b. Le circuit de soins.....	p. 38
c. La discussion libre.....	p. 38
d. Le compte rendu de séance.....	p. 39
27. La labellisation des GDP.....	p. 40
28. Les points négatifs des GDP.....	p. 42
29. Actualités.....	p. 42
III. Etude des Groupes de Pairs en Lorraine.....	p. 43
31. Protocole.....	p. 43
311. Les objectifs de l'étude.....	p. 43
312. La méthodologie.....	p. 43
a. Choix des personnes interrogées.....	p. 43
b. Rédaction du questionnaire.....	p. 45
c. Déroulement de l'étude.....	p. 50
d. Saisie des données.....	p. 50
32. Analyse descriptive.....	p. 51
321. Caractéristiques de l'échantillon étudié.....	p. 51
322. Description des GDP.....	p. 53
323. Point de vue sur les GDP.....	p. 56
324. Impact du mode d'exercice.....	p. 59
33. Discussion.....	p. 63
331. Description de la population.....	p. 63
332. Fonctionnement des GDP.....	p. 64
333. Le point de vue des médecins généralistes.....	p. 65
334. Avenir des GDP.....	p. 67
34. Limites de l'étude.....	p. 68
IV. En pratique : création du Groupe de Pairs de Pompey.....	p. 69
Conclusion.....	p. 70
Bibliographie.....	p. 71
Sommaire.....	p. 75

ABREVIATIONS : (*par ordre alphabétique*)



**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

**ANDEM** : Agence Nationale De l'Evaluation Médicale.

**CHU** : Centre Hospitalo-Universitaire.

**CNFMC** : Conseil National de Formation Médicale Continue.

**CRFMC** : Conseil Régional de Formation Médicale Continue.

**DRC** : Dictionnaire des Résultats de Consultation.

**EPP** : Evaluation des Pratiques Professionnelles.

**EPU** : Enseignement Post-Universitaire.

**FMC** : Formation Médicale Continue.

**FPC** : Formation Professionnelle Conventionnelle.

**GDP** : Groupe De Pairs.

**HAS** : Haute Autorité de Santé.

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.

**PPU** : Perfectionnement Post-Universitaire.

**SFMG** : Société Française de Médecine Générale.

**URML** : Union Régionale des Médecins Libéraux.

## INTRODUCTION :

Par l'intermédiaire de cette thèse, il nous tenait à cœur d'aborder un sujet d'actualité : les Groupes de Pairs (GDP). En effet, dans la plupart des revues de presse médicales, il est question d'un sujet brûlant : l'obligation de formation médicale continue (FMC) et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), pour les médecins généralistes libéraux, relative aux lois d'août 2004 de santé publique et de l'assurance maladie (1 et 2). Les Groupes de Pairs permettant de répondre à ces deux objectifs (3), leur étude nous a paru intéressante.

Cet outil a été créé en 1987 sous l'impulsion d'une société savante : la Société Française de Médecine Générale (SFMG) (4). Cependant, les Groupes de Pairs commencent seulement à connaître un certain engouement au sein de notre profession. De plus, suite à l'annonce faite lors du troisième symposium sur les GDP quant à leur validation officielle en tant que FMC et EPP, il est vraisemblable que leur nombre ne cesse d'augmenter dans les années à venir. (5)

Le but de notre travail n'était pas de démontrer que les Groupes de Pairs étaient des outils de formation médicale continue et d'évaluation des pratiques (ceci étant déjà validé). Nous avons effectué une étude auprès des médecins généralistes de Lorraine qui faisaient partie d'un GDP. Nous avons voulu savoir si ces médecins participaient à des GDP répondant aux critères de qualité définis par la Société Française de Médecine Générale. D'autre part nous voulions connaître le point de vue de ces praticiens concernant leur participation à ces groupes : ce que cela leur apportait dans leur travail au quotidien, dans leur relation avec leurs confrères...

Dans un premier temps, nous nous sommes attardés sur l'historique de la formation médicale continue et de l'évaluation des pratiques en France, permettant de comprendre l'importance de cet outil de formation que sont les Groupes de Pairs.

Puis, vient la description du fonctionnement des Groupes de Pairs suivie d'une étude portant sur le point de vue des médecins généralistes de Lorraine participant à ces groupes.

Enfin, comme application pratique de ce travail de thèse, nous avons mis en place un Groupe de Pairs dans le bassin de Pompey.

## I. La Formation Médicale Continue (FMC) et l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) :

Les GDP répondent à l'obligation de FMC et d'EPP. Il nous a paru important d'expliquer comment ces obligations sont apparues dans le monde médical en revenant sur la naissance de chacune.

### 11. Historique de la FMC et de l'EPP en France :

#### 111. La naissance de la FMC :

La nécessité de mettre en place une formation médicale continue pour les médecins généralistes en exercice s'est imposée face au développement rapide des connaissances et des techniques en médecine. (6)

La FMC a pour objectif premier de donner aux professionnels de santé les moyens d'apporter des soins de la meilleure qualité possible à leurs patients. (6)

Depuis les **années 1930**, existent en France quelques initiatives de formation appelées enseignement post-universitaire, dit « E.P.U. ». Ce dernier, organisé par les Universitaires sous forme de conférences concernant les progrès et actualités dans le domaine médical, est très peu suivi par les médecins généralistes (Seuls 5 à 10 % y participent). (7)

En **1947**, la création des entretiens de Bichat vient donner un cadre plus formel et régulier à ces séances de formation. (8)

Dans les **années 50**, l'organisation s'est intensifiée ; les facultés de Nancy et de Tours sont choisies comme « facultés pilotes » et instaurent un nouveau type de formation constitué d'une semaine annuelle de stage clinique avec des cours magistraux et des tables rondes. (7)

Cependant la fréquentation de ces nouvelles formes d'E.P.U. n'augmente pas pour autant ; le Dr Scharf (président et fondateur de l'Association Médicale Lorraine de Perfectionnement post-universitaire, médecin généraliste de la banlieue de Metz) analyse cet échec à travers trois raisons :

- La première liée à un problème de topographie : les formations proposées ont toutes lieu dans une grande ville, rendant l'accès difficile pour tous les médecins généralistes.
- De plus, le rythme des formations est loin de répondre à la continuité demandée car il y a au maximum 6 réunions annuelles proposées.
- Enfin ressort un problème pédagogique : l'apprentissage est identique à celui proposé aux étudiants avec des cours magistraux ne pouvant s'appliquer à la formation de médecins généralistes en exercice.

La notion de « pédagogie d'adulte » est ainsi lancée par Guy Scharf. (7)

Il a donc été décidé de modifier les outils de formation des médecins afin de répondre plus spécifiquement à leurs besoins : en effet, il s'agit d'adapter et de réactualiser leurs compétences et non d'en acquérir. Ce changement est marqué par la modification du terme E.P.U. en P.P.U. (Perfectionnement Post-Universitaire). (7)

Entre autres modifications, le PPU propose différents thèmes de formations que le praticien peut choisir en fonction de ses besoins.





*PPU à la carte*

### Le choix des thèmes de FMC (7)

#### 112. La structuration de la FMC :

Dans les années **1970**, des associations locales de FMC se sont créées sous l'impulsion de médecins généralistes, puis se sont peu à peu regroupées en fédérations nationales (8) : notamment en **1973**, l'ASFORMED (ASSociation pour la FORMation continue du MEDecin) créée sous l'impulsion de syndicats de médecins généralistes et le GOFIMEC (Groupement des Organismes de FormatIon MEDicale Continue) qui veut marquer sa différence de part son indépendance vis-à-vis des syndicats. Entre ces deux associations naît donc une sorte de rivalité. (6)

En **1978**, la rivalité entre les deux associations nationales s'atténue. En effet l'ASFORMED et le GOFIMEC se réunissent en une structure unique : l'UNAFORMEC (Union Nationale des Associations de FORMation MEDicale Continue. (6)

En **1982**, est créée une structure nationale permanente devant gérer au niveau national la FMC : le CNFMC (Comité National pour la Formation Médicale Continue) réunissant l'UNAFORMEC et les syndicats avec la participation initialement purement consultative de l'Ordre et de l'Université. A l'échelon régional, sont créés les CRFMC (Comité Régional pour la Formation Continue). En **1985**, la composition des CNFMC et CRFMC devient quadripartite avec un rôle égalitaire des syndicats, des associations, de l'Ordre et de l'Université. (6)

De nouvelles modifications concernant la FMC apparaissent dans les **années 90** avec la création d'un syndicat (MG France) et la signature d'une nouvelle convention qui met

l'accent sur cette formation. De ce fait, le conflit entre les associations asyndicales et les syndicats se renforce. (6)

### 113. La FMC : devoir déontologique puis obligation administrative :

En **septembre 1995**, le Conseil National de l'Ordre des Médecins donne une nouvelle version du code de déontologie avec un renforcement de la notion de FMC par rapport à la version de 1979 : selon l'article 11 du code de déontologie, « tout médecin doit entretenir et perfectionner ses compétences, il doit prendre toutes les dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles. ». (8)

La FMC est donc un devoir déontologique mais elle devient également un devoir administratif en 1996 : la notion de FMC obligatoire fait son apparition dans les ordonnances de **1996** après avoir été évoquée par le premier ministre, Alain Juppé, en novembre **1995**. C'est l'un des principes clés de la maîtrise des dépenses de santé. Le ministre annonce que la FMC devient obligatoire pour l'ensemble des médecins libéraux en exercice et qu'elle fera l'objet d'un dispositif contraignant fondé sur le contrôle et l'évaluation. (8)

En **décembre 1996**, le décret d'application (9) précise les principes de cette FMC (10 et 11).

Le CNFMC (Conseil National pour la Formation Médicale Continue) et les CRFMC (Conseils Régionaux) sont institutionnalisés par les ordonnances. Ces instances, représentant les quatre corps intermédiaires principaux de la médecine de ville (l'Ordre, les universités, les syndicats et les associations de FMC), ont pour rôle de préciser les moyens et les conditions pour satisfaire à la nouvelle obligation de FMC.

En **janvier 1998**, le CNFMC publie des recommandations pour satisfaire à l'obligation de FMC. Les médecins généralistes devaient cumuler 200 « équivalents/heures » de formation en cinq ans (unité de mesure employée notamment dans la formation médicale anglosaxonne), partagées entre des actions reconnues et validées (150 eqh) et un espace liberté (50 eqh). (8)

### Actions reconnues et évaluées (150 eqh, sur cinq ans)

- Séminaires nationaux, régionaux ou locaux, conventionnels ou non
  - Séances d'organismes prestataires agréés de FMC
  - Symposia
  - Congrès régionaux, nationaux ou internationaux
  - Diplômes universitaires
  - Groupes de pairs ou groupes qualité accrédités
    - Heure de formation = 1 eqh
    - Soirée de formation = 2 eqh
    - Demi-journée de formation = 3 eqh
    - Journée de formation = 6 eqh
    - Séminaire de deux jours = 12 eqh
  - Bilans de compétence (pour cinq ans) = 10 eqh
  - Lecture authentifiée par test mensuel = 1 eqh (25 eqh maximum sur cinq ans)
- Espace de liberté (10 eqh par an maximum, soit 50 eqh sur cinq ans)
- Lecture (presse, revue, livres) = 5 eqh (au moins deux abonnements souscrits et achat d'un livre professionnel)
  - Autres supports individuels (informatique, télévision, CD-Rom...) = 5 eqh
  - Activité hospitalière (stages professionnels, fréquentation de staff hospitalier avec attestation) = 5 eqh
  - Encadrement (maîtrise de stage, chargé d'enseignement, directeur de thèse, intervenant de FMC, groupe de pair et audit de pratique) = 5 eqh
  - Recherche et évaluation (épidémiologie, essais thérapeutiques) = 5 eqh
  - Divers (selon proposition) = 5 eqh

### Barèmes du CNFMC. (8)

Mais les réactions furent mitigées et les propositions du CNFMC n'ont pas été validées par le gouvernement pour plusieurs raisons, notamment des problèmes de financement et la difficulté d'uniformisation des formations entre la médecine de ville, hospitalière et salariée ; laissant la notion d'obligation de FMC en suspens. (10)

Avec la nouvelle convention médicale spécifique à la médecine générale signée en 1998, naît la notion de Formation Professionnelle Conventionnelle (FPC).

Cette FPC permet l'indemnisation des praticiens participant à des séances agréées. (12)

Le dispositif de FPC a commencé à fonctionner à la fin de l'année 2000. (12)

Mais la FMC devenue obligatoire dans les textes, reste facultative dans les faits. Complexe à mettre en place et surtout à évaluer sur le plan de la qualité, la FMC obligatoire se heurte également à d'importants problèmes de financement. (8)

#### 114. Institutionnalisation de l'EPP, nouvelles lois sur l'obligation de FMC :

La loi du **23 décembre 1998** (n°98-1194) et le décret du **28 décembre 1999** (n°99-1130) ont pour but d'initier l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) des médecins libéraux. Outre le besoin de formation continue, la notion de qualité de la pratique est tout aussi voire plus importante. Le décret rappelle le but de l'EPP : l'amélioration de la qualité des soins. (13)

Cette évaluation est menée par deux organismes : les URML (Unions Régionales des Médecins Libéraux) et l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé). Les URML doivent organiser localement l'évaluation individuelle et collective des pratiques professionnelles, choisir les médecins habilités sur une liste nationale fournie par l'ANAES. Cette dernière étant chargée d'habiliter les médecins en assurant leur formation initiale et continue ainsi que d'élaborer des référentiels de pratiques. (13)

La loi du 4 mars **2002** remet l'accent sur l'obligation de FMC (14) en maintenant un dispositif institutionnel globalement similaire à celui qui avait été mis en place par les ordonnances Juppé.

Un nouveau comité est créé : le comité de coordination de la FMC dont le rôle est précisé par le décret de novembre **2003**. Il a pour mission « de formuler à l'attention du conseil national tous avis et propositions susceptibles d'améliorer l'efficacité des actions menées et d'harmoniser leur fonctionnement [...] et de procéder aux études et travaux que les conseils nationaux lui ont transmis. » (15)

L'obligation de formation pour les médecins peut être satisfaite de trois façons : « soit en participant à des actions de formation agréées, soit en se soumettant à une procédure adaptée d'évaluation des connaissances réalisée par un organisme agréé, soit en présentant oralement au conseil régional un dossier ». (15)

Le non respect de cette obligation fera l'objet de sanctions.

De nouveau, la mise en pratique de ces textes n'est pas effective.

#### 115. Obligations de FMC et d'EPP :

En août **2004** deux nouvelles lois (1 et 2) reprennent la notion d'obligation de FMC mais aussi d'évaluation des pratiques.

La loi relative à la politique de santé publique (1) précise que le respect de l'obligation de FMC « fait l'objet d'une validation » par le conseil régional, les professionnels de santé devant lui transmettre les éléments justifiant leur formation.

Les institutions créées par les précédentes lois sont maintenues (CNFMC, CRFMC et comité de coordination de la formation médicale continue) ; leurs objectifs restent globalement identiques.

Dans la loi relative à l'assurance maladie (2), une nouvelle structure appelée Haute Autorité de Santé (HAS) est créée (reprenant le rôle de l'ANAES) ; elle est chargée, entre autres, d'élaborer des recommandations de bonne pratique, d'établir et mettre en œuvre des procédures d'évaluation des pratiques professionnelles. Pour ce faire, la Haute Autorité de Santé travaillera en collaboration avec l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, l'Institut national de veille sanitaire et l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments. « L'évaluation individuelle des pratiques professionnelles constitue une obligation pour les médecins libéraux [...] et le non respect pour un médecin de l'obligation lui incombant [...] l'expose à des sanctions. ». (2)

La nouvelle convention médicale signée le **12 janvier 2005** par les syndicats de médecins et l'assurance maladie est commune aux médecins généralistes et spécialistes. L'arrêté portant approbation de cette convention est paru au J.O. en février 2005 (J.O.n°35 du 11 février 2005 page 2275) : La formation professionnelle conventionnelle est détaillée, de plus la notion d'évaluation des pratiques est ajoutée, en concertation avec la Haute Autorité de Santé.

Le **14 avril 2005**, un décret (J.O. du 15 avril 2005, décret n°2005-345) relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles est paru, donnant suite à la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Le rôle de l'EPP est précisé : elle « a pour but l'amélioration de la qualité des soins [...] et vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité des soins et de la prévention. ».

Elle consiste à comparer sa pratique professionnelle à des recommandations, suivant une méthode validée par la HAS. (16)

Cette obligation entre en vigueur le **1<sup>er</sup> juillet 2005**.

Des recommandations sont formulées à l'issue d'une évaluation par les médecins ou organismes agréés. Si au cours de l'évaluation des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients sont constatés, des mesures correctrices sont proposées mais si le médecin refuse de les appliquer, un signalement sera effectué auprès du conseil régional de l'ordre des médecins.

Les différents barèmes de FMC et d'EPP ne sont pas encore parus : nous savons seulement que les médecins devront avoir 250 crédits à produire sur 5 ans pour remplir leurs obligations de FMC et d'EPP. (5)

## 12. Différentes méthodes de FMC et d'EPP :

Afin de répondre à ces deux obligations de FMC et d'EPP, les Médecins Généralistes ont le choix entre différentes méthodes exposées ci-après :

### 121. Méthodes de FMC :

#### a. FMC individuelle :

- La lecture de revues :

C'est un outil largement utilisé par la plupart des praticiens mais c'est une méthode dont l'efficacité est difficilement démontrable. Elle fait appel à l'esprit critique des praticiens : en effet, la quantité de revues disponibles (en France ou à l'étranger) est considérable ; de plus, la plupart est financée par des laboratoires pharmaceutiques. La sélection des lectures est indispensable pour le médecin qui souhaite s'en servir sérieusement comme outil de formation. (8)



Revue *Prescrire*.

- Autres supports :

De nouveaux outils sont d'actualité, avec l'informatisation de plus de 70 % des cabinets médicaux, comme les CD roms ou Internet. De plus ils permettent de se former chez soi, tout comme les revues de la littérature.

Mais comme la presse médicale, il est important d'avoir un bon esprit critique face à la masse d'information disponible sur Internet. Il faut avoir une garantie de la qualité scientifique du support, savoir s'il est financé par telle ou telle firme pharmaceutique... (8)



b. FMC collective :

- Méthode traditionnelle : (8)

- organisée par les associations :

Il s'agit essentiellement de réunions organisées par des associations locales ou nationales de FMC. Ces réunions peuvent se dérouler lors de soirées ou de séminaires conventionnels ou non se déroulant sur 1 ou 2 jours.

Les associations de FMC ont plusieurs avantages dont celui d'être animées par des médecins en exercice et le plus souvent bénévoles, très motivés. De plus de nombreux thèmes sont abordés et les réunions sont un lieu d'échange permettant au praticien de sortir de son exercice solitaire. Enfin et surtout les associations locales ont un rôle important dans la formation de proximité permettant aux médecins éloignés des grandes villes de se former lors de soirées en semaine.

- la FMC universitaire :

Elle tend à devenir un outil de plus en plus généralisé grâce à la création de poste d'enseignants de médecine générale à la faculté.

Les moyens fournis par la faculté sont importants : logistiques et humains.

De plus elle dispose de spécialistes des différentes disciplines pour animer différents thèmes de formation. (8)

Nous pouvons également inclure les diplômes universitaires (DU) ou inter universitaires (DIU) proposés par la faculté. (6)

- Méthode active :

Elle comprend les médecins engagés dans un milieu associatif de FMC sur le plan administratif ou pédagogique ainsi que les maîtres de stage qui sont en quelque sorte les « tuteurs » d'étudiants en médecine, mais aussi ceux qui participent à des études épidémiologiques ou des essais thérapeutiques ou encore les futurs médecins évaluateurs. (8)

- Les groupes de pairs :

C'est un outil de formation continue et d'évaluation des pratiques.



## 122. Méthodes d'EPP :

Le but de l'EPP est l'amélioration de la qualité des soins en comparant les pratiques du médecin à des référentiels validés.

La méthode la plus répandue d'EPP est l'audit médical. Il permet à l'aide de critères déterminés de comparer la pratique du médecin à des références admises pour améliorer la qualité des pratiques et des soins délivrés aux patients. (17)

L'audit se déroule en sept étapes : (17)

- Constitution d'un groupe de médecins, promoteur de l'audit.
- Choix d'une activité à évaluer : il faut trouver le sujet de l'audit qui peut avoir pour origine des difficultés ressenties dans l'exercice professionnel par les praticiens ou des plaintes de patients (comme la difficulté à joindre le médecin)...  
Lorsque le sujet est trouvé il faut le formuler sous forme de questions auxquelles l'audit devra répondre.
- Détermination de critères d'évaluation auxquels seront comparés les données recueillies dans les dossiers.  
Par exemple, pour un audit sur le suivi des patients diabétiques, un des critères retenus sera le dosage de l'hémoglobine glyquée.
- Définition des références souhaitées pour donner des normes aux critères choisis.
- Recueil des données par des médecins volontaires, sur une période donnée, tout en respectant le secret médical.
- Analyse des résultats obtenus en les comparant aux référentiels choisis et identification de l'action qui permettra de modifier les comportements.
- Amélioration des pratiques et mesure des modifications apportées par le changement de comportement (en recommençant l'audit à distance, par exemple).

Comme autres méthodes moins répandues d'EPP, nous trouvons les GDP, les groupes d'échanges de pratiques et les groupes qualité qui diffèrent par leur méthode mais qui ont le même but. (18,19 et 20)

Le décret n°99-1130 du 28 décembre 1999 institutionnalise l'EPP en proposant deux modalités d'évaluation :

- Collective : permet à chaque praticien de comparer ses pratiques à celles de ses confrères et aux référentiels de l'ANAES lors de réunion de groupe par l'intermédiaire d'analyse de cas cliniques autour d'un thème choisi.



- Individuelle : notion d'auto-évaluation avec visite de deux médecins habilités dans le cabinet du médecin en ayant fait la demande, afin d'identifier les points qui peuvent faire l'objet d'une amélioration.

Ces deux évaluations reposent sur le volontariat, le respect du secret professionnel ; de plus, la démarche n'est pas sanctionnante (sauf manquements ou faits mettant en jeu la sécurité des patients et pour lesquels le médecin refuse d'appliquer des mesures correctrices). (13)

### 13. Efficacité des méthodes de FMC et d'EPP :

Certaines études ont démontré l'efficacité de la FMC sur l'amélioration de la qualité des soins (21). Mais les différentes formes de FMC et d'EPP ont-elles le même impact ?

Certaines études ont tenté de montrer l'efficacité ou non des différentes méthodes de FMC. Mais la disparité des méthodes rend difficile cette tâche : l'obtention de résultats statistiquement significatifs est rare. L'Agence Nationale De l'Evaluation Médicale (ANDEM) a publié un travail en 1995 qui avait pour but initialement de « classer » les différentes formes de FMC selon leur efficacité. Mais elle ne parvint pas à réaliser cette classification, le groupe de travail ayant constaté la difficulté et la complexité de l'évaluation en formation. Le document publié est devenu un état des pratiques d'évaluation en formation avec des propositions pour une évaluation de la formation continue des médecins. (22)

Une équipe de l'Université de Mac Master animée par David A. Davis et R. Brian Haynes s'est particulièrement attachée à l'étude scientifique de la FMC. Ils ont cherché à savoir quelles stratégies d'enseignement et de communication sont les plus efficaces en terme de modifications de comportement de médecin.

Ils ont conclu, entre autres, que les séances de FMC interactives (qui mettent en jeu la participation active de « l'apprenant ») ont pour effet la modification des pratiques professionnelles (23).

De même, l'équipe de Davis, dans ses constatations, relate l'inefficacité de la diffusion de document, même de bonne qualité, au cours de séances de formation d'une soirée ou d'une demi-journée. Ils ont classé en deux catégories les moyens de FMC en fonction de leur efficacité sur la modification du comportement du médecin : d'une part les séances « le plus souvent efficaces » et d'autre part les séances « le moins souvent efficaces ».

Le plus souvent efficace	Le moins souvent efficace
-visites au cabinet du médecin d' « éducateurs » (comme des pharmaciens, des infirmières...) -aide-mémoire destiné aux médecins -réunions avec interventions des patients Les audits suivis d'information en retour des médecins, notamment sous forme de tableaux, paraissent moins efficaces, mais l'association de plusieurs méthodes améliore la situation.	-diffusion isolée de documents écrits ou audiovisuels -séances de FMC de durée brève (moins d'une journée) -l'association des 2 n'a pas fait la preuve de plus d'efficacité.

Stratégies capables de modifier les comportements médicaux. (24)

Les méthodes les plus répandues telles les conférences n'ont pas d'impact direct sur l'amélioration des pratiques. (24)

Il n'y a pas d'étude comparant les groupes de pairs aux autres outils de FMC, en effet les groupes de pairs n'existent pas dans les autres pays.

## II. Les Groupes de Pairs (GDP) :

Après avoir exposé l'histoire et les différentes méthodes de FMC et d'EPP en France, voici la présentation des Groupes de Pairs, outil de FMC et d'EPP.

### 21. Définitions :

#### 211. Groupe :

Vient de l'italien *gruppo* signifiant nœud et défini par un ensemble plus ou moins organisé de personnes liées par des activités, des objectifs communs. (25)

#### 212. Pairs :

Vient du latin *par, paris* signifiant égal et défini par une personne semblable quant à la dignité, au rang avec comme exemple : « Être jugé par ses pairs ». Expression intéressante car elle trouve sa place dans l'expression « Groupes de Pairs » comme nous allons le constater par la suite. (25)

#### 213. Groupes de Pairs :

Cette expression a été « empruntée » à l'anglais, traduction littérale de *Peers Groups*. Ce sont des groupes de praticiens, exclusivement de même discipline, qui se réunissent régulièrement pour analyser et comparer leurs pratiques à partir de cas cliniques aléatoires. Cette méthode de formation peut donc s'adresser à toutes les professions. (26)

Le Groupe de Pairs est un nom déposé par la SFMG. (3)



## 22. Historique des GDP :

Les GDP ont été créés en 1987 par la Société Française de Médecine Générale. Cette société doit sa création, entre autres, à la réforme Debré de 1958 (27). Cette dernière, initiée par le professeur Robert Debré (fondateur de la pédiatrie française moderne) se traduit par la création des centres hospitalo-universitaires (CHU) et des médecins à temps plein "hospitalo-universitaires". Cette réforme permet la mise en place d'institutions phares de notre société : un hôpital conjuguant explicitement les fonctions de centre de soins avec celles d'un centre d'enseignement et d'un centre de recherche. Les médecins de ces établissements détiennent désormais une triple compétence et une triple obligation de praticien, d'enseignant et de chercheur.

Cependant la création des CHU écarte dans le même temps la médecine générale car seules les spécialités sont représentées dans ces centres (28) : la médecine générale n'étant à l'époque pas considérée comme une spécialité à part entière. En effet sans organisme dévolu à la recherche, la médecine générale n'avait aucune chance d'exister en tant que tel. (4)

C'est alors que l'idée de la création d'un organisme de nature scientifique dévolu à la médecine générale est apparue. La SFMG, née le 6 février 1973, est une société scientifique qui a pour but de promouvoir la spécialité de médecine générale. (29) Elle voulait défendre certains concepts qui sont aujourd'hui bien acquis :

- le concept de spécificité de la médecine générale,
- la nécessité de recherche en médecine générale,
- la reconnaissance du rôle capital du médecin généraliste dans les filières de soins. (4)

Après la naissance de la SFMG, des centaines de médecins y ont adhéré. La question à résoudre était : de quelle façon allait-on pouvoir structurer l'étude de la médecine générale ? La volonté était de travailler en groupes, et sur l'initiative du Dr Philippe Jacot, les Groupes de Pairs ont été créés. Le nom fut attribué suite à la lecture du livre « Peers Groups in general practice », ouvrage néerlandais parlant des « groupes de pairs » en Norvège mais dont le fonctionnement est totalement différent de ceux français car centrés autour de l'audit. (30)

En 1987, les premiers groupes de pairs sont créés en France. En 1994, le terme groupes de pairs est déposé officiellement par la SFMG.

Au fil du temps, les médecins participant à ces réunions se sont rendu compte qu'elles avaient modifié leur comportement dans leur pratique au quotidien, le GDP devenant un réel outil de formation continue et d'évaluation des pratiques.

Le nombre de GDP en France a augmenté progressivement (31) et la nécessité d'établir des critères spécifiques de qualité s'est imposée. Pour cela il a été décidé de réunir des participants de GDP avec des membres de la SFMG pour discuter du fonctionnement de ceux-ci. Ainsi le premier symposium national de GDP a eu lieu à Bagnole en juin 2001 et le deuxième à Annecy en mars 2003, permettant de faire un bilan sur le fonctionnement des GDP. Ils ont permis d'établir des critères garants d'un fonctionnement de qualité des groupes. Actuellement, 150 GDP sont recensés par la SFMG. (3)

Enfin le dimanche 12 juin 2005 a eu lieu à Paris le troisième symposium sur les GDP. Au mois de septembre 2005, le compte rendu de cette journée sera publié dans un document qui sera disponible à la SFMG. (5)

### 23. La notion de dynamique de groupe : (32)

La notion de dynamique de groupe date de 1944 (consacrée par Kurt Lewin, psychologue, aux USA).

Il est prouvé que le groupe exerce une influence sur les conduites de ses membres et leur comportement de manière inconsciente.

La dynamique des groupes de discussion a fait l'objet d'études qui montrent entre autres que :

- le nombre optimum de participants est compris entre 5 et 10 : en effet « il y a le meilleur équilibre possible entre le dynamisme du groupe, le temps de production et la richesse de cette production qui devient alors véritablement collective, utilisant pleinement les interactions et la créativité de tous les cerveaux. »
- Les conditions extérieures ont une influence sur la dynamique de groupe ; par exemple, des facteurs favorisant sont :
  - o Un local de réunion accueillant avec un minimum de confort,
  - o l'absence de perturbations extérieures, l'absence de groupes de pressions autour du groupe de travail,
  - o La perspective d'un temps de travail suffisant (1 h 30 à 3 heures),
  - o La disposition des tables : privilégier les tables rondes.
- Au fil des réunions se développe de manière progressive, au sein du groupe, un sentiment de sécurité et de confiance mutuelle ; ce qui permet une participation de plus en plus active de chaque membre et donc une discussion plus ouverte et productive. Ainsi il est admis (implicitement ou explicitement) que l'affrontement des opinions et des idées représente la vitalité du groupe et sa possibilité de progresser.

Les GDP répondent à ses critères, permettant donc une bonne fonctionnalité au sein du groupe.





## 24. Caractéristiques d'un groupe de pairs :

### 241. Généralités :

Les groupes de pairs peuvent fonctionner en association type 1901 ou de manière informelle.

Les groupes ont une autonomie de fonctionnement car il n'y a pas de fonds propres et quasiment jamais de budget. (33)

Les groupes se réunissent de manière volontaire, ils sont indépendants de tout syndicat, parti ou industrie (les réunions s'organisent donc de manière autonome).

Il n'y a pas de hiérarchie au sein du groupe, ceci facilitant les échanges entre médecins, sans rapport dominant-dominé. (28)

Le groupe doit se réunir au moins 8 fois par an et un médecin doit assister à au moins 6 séances par an.

### 242. Composition :

Les groupes de pairs sont constitués uniquement de médecins généralistes en exercice (entre 5 au minimum et 12 au maximum), donc ni étudiants, ni retraités ; les membres doivent géographiquement être proches. (34)

### 243. Le secrétaire de séance :

A chaque séance, un médecin devra faire une synthèse des différents cas cliniques présentés ainsi que du reste de la réunion. Le secrétaire devra changer d'une séance à une autre, par exemple il pourra s'agir du médecin chez qui se déroule la réunion. L'ensemble des synthèses fera l'objet d'un bilan annuel.

### 244. Le modérateur :

La notion de modérateur avait déjà été introduite par le Docteur G. Scharf (7) en expliquant son rôle important dans l'animation des réunions.

Dans les groupes de pairs, la présence d'un modérateur est nécessaire pour le bon déroulement des séances. En effet, il a pour rôle de faciliter les échanges et de prévenir ou d'atténuer les discordes qui peuvent naître entre membres du groupe. Le modérateur ne doit pas participer à la discussion, mais s'il le désire, il doit désigner un autre médecin pour tenir son rôle et ceci afin de rester neutre dans le déroulement de la réunion. (34)

D'une réunion à une autre, le modérateur ne doit pas toujours être la même personne. (28)



### Le modérateur (7).

#### 25. Rôles et objectifs d'un GDP :

Les deux rôles des GDP sont la FMC et l'EPP :

- la formation médicale continue. (35)

Le changement de comportement des médecins induit par leur participation à un GDP est un des critères d'une FMC de qualité.

- l'évaluation des pratiques professionnelles. (30 et 35)

En effet, les médecins qui participent à un GDP réalisent une analyse collective de leur pratique individuelle. Il s'agit donc d'un bon outil pour satisfaire à une EPP (36). De plus, ils comparent leur pratique à des référentiels (recherche bibliographique...).

Les médecins d'un GDP peuvent également réaliser des audits au sein de leur groupe. Bien évidemment, les résultats de ces audits reflètent la pratique des médecins du groupe et n'ont aucune valeur épidémiologique, ils ne sont qu'un moyen pour apprécier l'amélioration de la pratique quotidienne du groupe. (33)

D'autre part, la participation à un GDP a pour objectifs principaux : (34)

- L'évaluation réciproque des pratiques,
- L'incitation aux échanges entre confrères,
- La remise en cause des médecins dans leur pratique,
- L'animation d'une réunion,
- La mise en évidence d'une spécificité de la pratique généraliste,
- La cohésion de la profession,
- La production de travaux de recherche : en effet, il existe peu de

recommandations de médecine de soins primaires. Ainsi, certains groupes produisent des protocoles de soins sur des thèmes comme la conduite à tenir face à une cystite ou une entorse de la cheville...

- La découverte et la formation au langage commun : la notion de Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC) créé par la SFMG.

En effet, le développement de la recherche en médecine générale rendait obligatoire la création d'un langage commun. C'est ainsi que la SFMG, se fondant sur les travaux de Braun, a élaboré un dictionnaire des résultats de consultation. (37 et 38)

Robert N. Braun, médecin généraliste autrichien, a étudié sa propre pratique sur 25 ans et a constaté qu'à la fin d'une consultation, on aboutissait rarement à un diagnostic exact. Il a donc distingué quatre classes d'états morbides dénommés résultats de consultation :

1) la classe des « diagnostics médicaux complets » avec pour exemple une pneumonie caractérisée par des signes cliniques, radiologiques et la présence de pneumocoque dans l'expectoration.

2) la classe des « tableaux d'une maladie » illustrée par une rougeole caractérisée par certains éléments dominants : l'éruption, la fièvre, la toux, la rougeur des conjonctives, mais sans confirmation virologique.

3) la classe des « groupes de symptômes ou syndromes » comme une fièvre avec toux et rhinite sans autres éléments notables.

4) et enfin la classe des « signes cardinaux » avec pour exemple : un état fébrile sans autre constatation. (39)

Le DRC reprend cette notion importante : on aboutit rarement à un diagnostic précis en fin de consultation. Il peut être utilisé en pratique courante de médecine générale, en effet, il existe sous forme de logiciel. L'utilisation de ce dernier lors d'une consultation permet de la structurer : il comprend le motif de consultation avec les hypothèses diagnostiques aboutissant à un résultat de consultation et précisant les risques graves à éviter (c'est-à-dire les pathologies graves à éliminer). (28)

La SFMG préconise l'utilisation de ce dictionnaire au sein des membres des GDP afin d'utiliser les mêmes termes et de structurer la présentation des cas de la même façon.

## 26. Fonctionnement des GDP :

### 261. Création d'un GDP :

La création des groupes de pairs est secondaire à la motivation d'un ou plusieurs médecins résidant le plus souvent dans la même localité, qui contacte d'autres confrères à proximité.

Une fois un nombre suffisant de médecins généralistes atteint, les réunions peuvent débiter. Pour s'informer du mode de fonctionnement, les groupes peuvent consulter le site Internet de la SFMG (28). Il s'agit donc d'une action spontanée et volontaire.

En outre, les médecins peuvent être sensibilisés à ce type de formation par différents séminaires organisés par la SFMG et MG form.



## 262. Déroulement d'une réunion de GDP :

Les réunions ont lieu idéalement dans un cabinet médical ou au domicile d'un des médecins ou dans un lieu plus officiel (siège d'association...) (33)

Les différents médecins, munis de leur cas clinique, se retrouvent autour d'une table ronde. Une liste d'émargement doit être faite à chaque séance. (28)

Chaque réunion dure entre 2 heures et 2 heures 30. (3)

Puis la réunion se déroule en trois temps :

- ▶ L'étude de cas.
- ▶ L'étude du circuit de soins.
- ▶ Le temps libre.

### a. L'étude de cas :

Les cas cliniques présentés sont tirés au sort selon une méthode prédéfinie, spécifique à chaque GDP : par exemple, l'avant dernier cas de la consultation ou le sixième malade vu la veille en commençant par la fin... (40)

Ainsi, le médecin arrive à la réunion muni de son dossier clinique qu'il a tiré au sort préalablement.

La notion de tirage au sort est un des piliers de cette formation, en effet, il permet d'éviter la sélection d'un « bon dossier » par le médecin intervenant, c'est-à-dire un cas rare ou difficile qui ne serait pas représentatif de la pratique courante en médecine générale. Il permet donc de « balayer » l'ensemble de la pratique. (28)

A tour de rôle, chaque praticien expose son cas clinique. La présentation du dossier doit durer environ dix minutes, elle préserve l'anonymat du patient (40).

La SFMG recommande une présentation structurée (28) :

1. Histoire +/- rapide
2. Description clinique de la séance  
(*motifs, plaintes, signes, résultats...*)
3. Diagnostics, résultats de consultation,  
(*les problèmes à résoudre*).
4. Les risques graves à éviter confrontés aux hypothèses.
5. L'ensemble des décisions prises.
6. Les éléments qui ont influencé les décisions

L'utilisation du DRC permet de structurer non seulement la consultation mais aussi la présentation du cas et d'utiliser les mêmes termes entre médecins lors des ces réunions.

Le médecin qui présente le cas explique les décisions prises à la fin de la consultation, et éventuellement les problèmes rencontrés et à résoudre. (35)

Puis vient le temps de la discussion avec ses collègues. Elle permet la comparaison de pratiques entre médecins, de répondre à certains problèmes posés ; mais des questions vont rester en suspens et devront être résolues avec les données validées soit le jour même de la séance soit ultérieurement. (35)

#### b. Le circuit de soins :

L'objectif est d'utiliser au mieux les ressources locales (plateau technique, spécialistes...) pour les patients.

Il est donc important d'intégrer cette partie à la réunion, en effet le médecin généraliste travaille au sein d'un environnement sanitaire et social qui est indissociable de sa pratique. (40)

Pour pouvoir bien soigner il faut savoir bien orienter et avoir les retours nécessaires. L'expérience des confrères est donc très utile, ce qui implique que le groupe soit composé de médecins issus de la même région.(28)

#### c. La discussion libre :

Son sujet est fonction des besoins du groupe, il peut s'agir de : (40)

- La discussion d'un cas clinique qui pose problème à un praticien
- La lecture critique de la presse médicale
- La réponse à une question laissée en suspens lors d'une réunion précédente
- Un travail commun au groupe pouvant aboutir à la rédaction d'une norme consensuelle.

...



## 27. La labellisation des GDP :

Lors des deux premiers symposiums sur les GDP, des critères de qualité ont été définis par la SFMG. Ces critères sont les garants d'une bonne fonctionnalité du groupe :

- Le groupe ne doit être constitué que de pairs.
- Le nombre de réunions annuelles du groupe est d'au moins 8, quand la fréquentation annuelle par médecin est de 6 séances.
- Le nombre de participants est au minimum de 5 et au maximum de 12.
- La tenue d'une feuille d'émargement est obligatoire pour chaque séance.
- Un modérateur et un secrétaire, chaque fois différents, sont désignés à chaque réunion.
- Chaque réunion doit se dérouler en trois temps (étude de cas, analyse du parcours et de la coordination des soins, temps libre.).
- Les réponses aux problèmes non résolus lors d'une séance doivent être étudiées à la suivante, de préférence appuyées sur des références bibliographiques de bon niveau de preuve.
- Le compte-rendu de séance, obligatoire, atteste de la nature et de la qualité du travail effectué. (3)

Afin que le fonctionnement des groupes de pairs en tant que FMC et EPP soit reconnu en externe, un label a été créé en 2002. Il permet une reconnaissance de la démarche qualité de chaque groupe de pairs.

Les groupes de pairs étant labellisés peuvent donc être reconnus clairement comme exerçant une activité d'interformation, d'autoformation et d'évaluation. (34)

Pour obtenir le label, le groupe concerné doit remplir une demande (faite auprès de la SFMG). Il recevra un document à remplir (voir ci-dessous) qu'il renverra à la SFMG et qui sera examiné par l'équipe nationale des groupes de pairs.

S'il répond aux critères de qualité, la SFMG adressera une attestation de labellisation du groupe.

Les médecins, dont le groupe a été labellisé, se verront délivrer une attestation individuelle de FMC de qualité et d'une évaluation régulière de leur pratique, sous réserve qu'ils aient effectivement participé à 6 réunions dans l'année.

Actuellement, 35 pour cent des GDP recensés en France sont labellisés. (3).

Le Groupe :

Adresse :

souhaite obtenir le label SFMG pour l'année X, pour ce groupe qui fonctionne selon les critères suivants :

*Effacer le terme qui ne vous convient pas*

**- Le groupe se réunit au moins 8 fois dans l'année :**

OUI NON

*commentaires :*

**- Le groupe est constitué exclusivement de médecins généralistes (de 5 à 12):**

OUI NON

*commentaires :*

**- Lors de chaque réunion du groupe, à tour de rôle un des participants exerce la fonction de modérateur :** *commentaires :*

OUI NON

**- Les participants signent une liste d'émargement à chaque séance :**

OUI NON

*commentaires :*

**- Les cas présentés sont tirés au sort :**

OUI NON

*commentaires :*

**- Un temps de la réunion est consacré aux circuits de soins locaux :**

OUI NON

*commentaires :*

**- Un temps de la réunion est libre :**

OUI NON

*commentaires :*

- Les réponses aux questions non résolues lors d'une séance sont apportées à la séance suivante : *commentaires* :

NON

OUI

- Un compte-rendu de séance est rédigé systématiquement :

OUI NON

*commentaires* :

- Les compte-rendus de toutes les séances ont été adressés

OUI NON

*commentaires* :

- Les listes d'émargement de toutes les séances ont été adressées

OUI NON

*commentaires* :

Pour le Groupe :

Le Docteur :

Fait à :

Le :

## 28. Les points négatifs des GDP :

Les groupes de pairs sont un excellent outil de FMC et d'EPP à condition de bien respecter les critères de qualité de la SFMG. De par leur autonomie, le fonctionnement des différents GDP dépend des membres le composant et notamment de leur motivation, leur sérieux et leur rigueur. En effet on ne peut pas parler d'EPP si les problèmes soulevés d'une réunion à une autre ne sont pas résolus en prenant comme références des recommandations validées.

D'autre part, les réunions se déroulant le soir après une journée de consultation, la motivation des différents participants doit être importante pour que les réunions puissent avoir lieu régulièrement et avec un nombre suffisant de médecins. En effet les réunions « prennent » du temps libre aux praticiens y participant.

## 29. Actualités :

Lors du dernier symposium sur les GDP qui s'est déroulé à Paris le 12 juin 2005, a été déclaré officiellement par Jean-Michel Chabot (porte-parole d'Alain Coulomb, directeur de la HAS) que les GDP étaient agréés par la Haute Autorité de Santé en tant que FMC et EPP.

Cette reconnaissance est assortie de trois conditions ; que les GDP acceptent d'intégrer :

- les référentiels de bonne pratique,
- le principe de la visite annuelle d'un médecin extérieur,
- la possibilité de mesurer les modifications d'activité de chaque participant.(5)

### III. Etude des Groupes de Pairs en Lorraine :

Après l'exposition du fonctionnement des Groupes de Pairs, voici la présentation de l'étude que nous avons réalisée sur les GDP en Lorraine.

#### 31. Le protocole :

##### 311. Les objectifs de l'étude :

Dans un premier temps, il s'agissait de recenser le nombre de groupes de pairs existant en Lorraine avec leur répartition par départements ainsi que de connaître le « profil » des médecins généralistes participant à cette forme de FMC (âge, sexe,...).

Puis, nous voulions savoir si ces groupes dénommés groupes de pairs répondaient effectivement aux critères définis par la SFMG, et comment les médecins percevaient cette méthode de formation et ce qu'elle leur apportait. Nous espérions prendre en compte la dimension humaine de cette formation : rencontre entre confrères et ce que cela engendre.

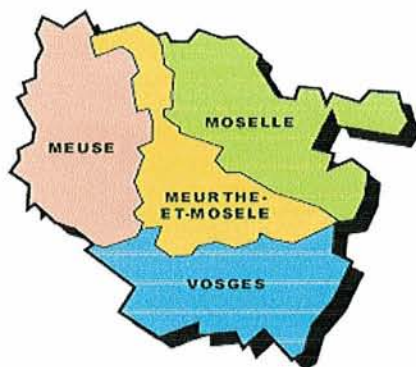
##### 312. Méthodologie :

###### a. Choix des personnes interrogées :

La population choisie pour la réalisation de cette étude s'imposait : les médecins généralistes exerçant en libéral, participant à des groupes de pairs. Pour avoir un effectif suffisant, nous avons ciblé l'échantillon aux praticiens de la région lorraine.

La région lorraine se divise en 4 départements :

- ▶ La Meurthe et Moselle (54)
- ▶ La Meuse (55)
- ▶ La Moselle (57)
- ▶ Les Vosges (88)



Les départements de la Lorraine. (41)

Une longue partie du travail a été de répertorier l'ensemble des médecins de Lorraine participant à ces groupes ; en effet il n'existe aucune liste de ces groupes de par leur autonomie et indépendance qui les caractérisent. La tâche était donc difficile. La SFMG possédait les coordonnées de 3 groupes (un groupe de Thionville, un de Remiremont et un de Senones.) Pour connaître l'identité des autres, l'utilisation du téléphone et surtout le « bouche à oreilles » ont été les seules méthodes possibles, en passant dans un premier temps par les médecins responsables de la FMC dans les quatre départements. Nous avons également contacté les médecins ayant participé au séminaire sur les GDP proposé en juin 2004 à Nancy.

A la fin de cette longue et fastidieuse recherche (terminée en février 2005), nous avons abouti à ce dénombrement :

► La Meurthe et Moselle (54) comprend 4 groupes de pairs, composés chacun respectivement de six, sept, quatre et six médecins généralistes. Deux de ces médecins participent à 2 groupes de pairs différents. Nous arrivons à un total de vingt et un (vingt trois moins les deux médecins comptés deux fois dans deux groupes différents).

► Un seul groupe est répertorié en Meuse (55), composé de 7 praticiens.

► La Moselle (57) compte 3 groupes de pairs, chacun composé de huit, dix et huit médecins généralistes, aboutissant à un total de 26 participants.

► Pour terminer, nous dénombrons 4 groupes vosgiens composés chacun de treize, sept, douze et dix membres. Le total s'élevant à 41 praticiens (car un même médecin participe à 2 groupes différents).

	<b>DPT 54</b>	<b>DPT 55</b>	<b>DPT 57</b>	<b>DPT 88</b>	
GDP 1	6 (dont 1 participant à deux groupes)	7	8	13	
GDP 2	7 (dont 1 participant à deux groupes)		10	7 (dont 1 participant à deux groupes)	
GDP 3	4 (dont 2 participant à deux groupes)		8	12	
GDP 4	6			10 (dont 1 participant à deux groupes)	
<b>Total :</b>	4 GDP 21 médecins	1 GDP 7 médecins	3 GDP 26 médecins	4 GDP 41 médecins	<b>12 GDP 95 médecins</b>

Tableau récapitulatif de l'effectif des GDP en Lorraine.

Initialement, nous avons dénombré 99 médecins mais 3 praticiens des Vosges et 1 de la Moselle ont expliqué qu'ils ne participaient plus à leur GDP depuis plusieurs mois par manque de temps.



## b. Rédaction du questionnaire :

Une première ébauche du questionnaire a été réalisée début janvier 2005. Celle-ci a été revue et corrigée par les Docteurs Pascale Arnould et François Raineri de la SFMG qui ont apporté des idées et recentré le questionnaire autour de l'objectif fixé.

Secondairement, un test de faisabilité a été réalisé auprès de médecins généralistes participant à des groupes de pairs mais ne résidant pas en Lorraine (6 réponses au total). D'autres corrections ont donc été apportées par l'intermédiaire de leurs conseils.

Puis au service d'épidémiologie et d'évaluation cliniques du CHU de Nancy, Mme le Docteur Empereur a repris les différents items pour rendre l'ensemble exploitable. Le questionnaire a été corrigé pour une présentation plus claire.

Le questionnaire se divise en trois grandes parties :

- La première visant la description du médecin avec l'âge, le sexe...
- La deuxième partie est consacrée au fonctionnement du GDP auquel le praticien participe, à savoir s'il répond aux critères de qualité de la SFMG.
- En dernier lieu, il s'agit de connaître l'avis des différents médecins sur leur participation à leur GDP : leur méthode de travail a-t-elle changé, la qualité des soins s'est-elle améliorée depuis leur participation à leur GDP et enfin, leur relation avec leur confrère s'est-elle modifiée ? Puis la clôture du questionnaire se fait par une échelle de satisfaction.

Voici la version finale du questionnaire :

**QUESTIONNAIRE.**  
Opinion des médecins généralistes participant à un groupe de pairs (GDP).

**I. Pour mieux vous connaître :**

- 1) Votre âge : ... ans
- 2) Votre sexe : Homme  Femme
- 3) Dans quel département se trouve votre cabinet ? 54  55  57  88
- 4) Travaillez-vous en cabinet de groupe ? Oui  Non
- 5) Année de votre installation : .....
- 6) A part votre groupe de pairs, participez-vous à d'autres formes de FMC ? Oui  Non

**II. Description de votre Groupe de Pairs :**

- 7) Les différents confrères travaillant dans votre Groupe de Pairs sont situés dans un rayon de : Moins de 50 km   
Plus de 50 km
- 8) Date de création de votre Groupe de Pairs (mois/année) : .. / ..
- 9) Votre Groupe de Pairs répond-il aux critères de la SFMG ? (prendre en compte l'activité de votre groupe de pairs de l'année 2004)
- 9.1. Nombre de réunions annuelles supérieur ou égal à 8 : Oui  Non
- 9.2. Participez-vous à plus de 6 réunions par an ? Oui  Non
- 9.3. Nombre de participants à votre groupe : Moins de 5   
Entre 5 et 12   
Plus de 12
- 9.4. Votre groupe est-il composé uniquement de médecins généralistes en exercice ? Oui  Non
- 9.5. Un relevé annuel d'activité est-il réalisé ? Oui  Non
- 9.6. Existe-t-il une feuille d'émargement pour chaque réunion ? Oui  Non
- 9.7. Un compte-rendu de séance est-il rédigé à chaque réunion ? Oui  Non
- 9.8. Si oui, la personne réalisant ce compte-rendu change-t-elle d'une réunion à une autre ? Oui  Non

9.9. La réunion se déroule-t-elle systématiquement en trois temps ? Oui  Non

**Si Non**, se reporter à la question **9.14**

**Si Oui**, poursuivre le questionnaire

9.10. **Le premier temps** est-il consacré à l'étude de cas cliniques ? Oui  Non

9.11. Ces cas cliniques sont-ils choisis de façon

9.12. **Le deuxième temps** est-il consacré à l'évaluation des circuits de soins utilisés par les médecins ? Oui  Non

9.13. **Le troisième temps** est-il consacré à la discussion libre ? Oui  Non

9.14. Existe-t-il un modérateur dans le groupe ? Oui  Non

9.15. Si oui, change-t-il d'une séance à l'autre ? Oui  Non

**10) Les problèmes soulevés lors des réunions :**

10.1. Sont-ils résolus d'une séance à une autre ?  
Oui, à chaque fois   
Oui, souvent   
Oui, mais rarement   
Non, jamais

10.2. Si oui, grâce à quelles références ? (Plusieurs réponses possibles)

Référentiels de l'ANAES : Oui  Non

Revue de la littérature : Oui  Non

Avis de confrères spécialistes : Oui  Non

Autres : .....

10.3. Comment effectuez-vous vos recherches ? (Plusieurs réponses possibles)

Site Internet : Oui  Non

Bibliothèque universitaire : Oui  Non

Bibliothèque personnelle : Oui  Non

Autres : .....

11) Rédigez-vous des protocoles de soins au sein de votre groupe de pairs ? Oui  Non

- 12) .1. **Faites-vous des audits au sein de votre groupe de pairs ?** Oui  Non
- 12.2. Si non, seriez-vous d'accord pour introduire des audits en groupe de pairs ? Oui  Non
- 13) .1. **Votre Groupe de Pairs est-il labellisé par la SFMG ?** Oui  Non
- 13.2. Si non, le souhaite-t-il ? Oui  Non

### **III. Votre sentiment à propos de votre participation au GDP :**

- 14) .1. **Pensez-vous que votre méthode de travail a changé depuis votre participation à un Groupe de Pairs ?**
- Oui
- Partiellement
- Pas du tout

Si vous avez répondu « pas du tout », reportez-vous à la question n°15.

Si vous avez répondu « oui » ou « partiellement », pouvez-vous expliquer dans quels champs vous pensez avoir modifié votre méthode de travail ?

✓ 1<sup>er</sup> champ :

Structuration du recueil des données et des informations lors d'une consultation.  
Le dossier de consultation comprend-il :

- 14.2. Motif de consultation : Oui  Non
- 14.3. Hypothèses diagnostiques : Oui  Non
- 14.4. Résultats de consultation : Oui  Non
- 14.5. Risques graves à éviter : Oui  Non
- 14.6. Utilisez-vous le dictionnaire de résultat de consultation ? Oui  Non
- 14.7. ✓ 2<sup>ème</sup> champ : Comparaison aux données de la science plus fréquente ? Oui  Partiellement  Pas du tout
- 14.8. ✓ 3<sup>ème</sup> champ : Application des référentiels plus fréquente ? Oui  Non
- 14.9. ✓ 4<sup>ème</sup> champ : Prescription en DCI ou en génériques plus fréquente ? Oui  Non

- 15) **Pensez-vous que la participation à un groupe de Pairs améliore la qualité des soins dispensés ?**
- Oui
- Partiellement
- Non

Si vous avez répondu « non », reportez-vous à la question 16.

Si vous avez répondu « oui » ou « partiellement », quels sont selon vous les éléments qui peuvent l'expliquer ? (Plusieurs réponses possibles)

- La réunion entre Pairs uniquement : Oui  Non
- La motivation du fait de travailler en groupe : Oui  Non
- La résolution des problèmes rencontrés d'une séance à l'autre : Oui  Non
- La convivialité des réunions : Oui  Non

- La répétition des thèmes d'une séance à une autre : Oui  Non
- La meilleure connaissance de l'environnement médical (spécialistes, établissements, acteurs paramédicaux et sociaux...) Oui  Non
- La remise en cause de ses propres pratiques : Oui  Non
- L'apport des expériences des autres confrères : Oui  Non

Autres :

.....

.....

.....

- 16) .1. Vos relations avec vos confrères se sont-elles modifiées : Oui  Partiellement  Pas du tout

Si vous avez répondu « pas du tout », reportez-vous à la question 17.

Si vous avez répondu « oui » ou « partiellement », comment ?

- 16.2. Rencontre de confrères que l'on ne connaissait pas avant : Oui  Non
- 16.3. Mise en place d'une réelle confraternité : Oui  Non
- 16.4. Recours aux confrères plus facilement lorsque l'on rencontre un problème lors d'une consultation : Oui  Non

- 17) Depuis votre participation à un groupe de pairs, que pensez-vous avoir acquis en tant que professionnel ?

- 17.1. De l'aisance Oui  Non
- 17.2. Le fait d'être rassuré sur certaines conduites à tenir : Oui  Non
- 17.3. Sentiment d'être plus conforme aux données de la science et aux référentiels : Oui  Non

- 18) Seriez-vous d'accord pour qu'un pair « extérieur » vienne une seule fois par an vérifier la bonne fonctionnalité du groupe en vue d'une accréditation ? Oui  Non

- 19) Globalement, êtes-vous satisfait de votre participation à votre Groupe de Pairs ? [échelle de satisfaction de 0 (= pas du tout satisfait) à 10 (= pleinement satisfait).]



- 20) Commentaire libre sur les groupes de pairs :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci pour le temps que vous avez consacré à ce questionnaire.

c. Déroulement de l'étude :

Les médecins généralistes concernés ont reçu par courrier le questionnaire associé à une lettre expliquant que l'étude respecterait l'anonymat des participants. L'ensemble a été envoyé le 4 mars 2005. Une grande partie des médecins était déjà au courant de mon travail car je les avais joints par téléphone lors du dénombrement des GDP.

Un délai de 4 semaines (1<sup>er</sup> avril 2005) a été laissé pour recevoir les réponses. 55 questionnaires ont été retournés 1 semaine avant le 1<sup>er</sup> avril, un mail de rappel a été envoyé le 24 mars 2005. Le 1<sup>er</sup> avril 2005, 60 questionnaires ont été reçus.

Dans un deuxième temps, chaque médecin a été recontacté nominativement par téléphone. Certains (5) ont expliqué qu'ils ne répondraient pas pour une question de temps et un médecin a déploré l'absence d'enveloppe affranchie pour la réponse. 3 nouveaux questionnaires ont été renvoyés à des médecins « ne le retrouvant plus ». Enfin 2 médecins ont répondu par téléphone.

La récupération des questionnaires remplis s'est arrêtée le 10 avril 2005. Nous avons reçu au total 79 questionnaires, soit un taux exceptionnel de réponse de 83 pour cent.

	Nombre de réponse	Nombre de questionnaires envoyés	Pourcentage de réponse
Département 54	15	21	71%
Département 55	7	7	100%
Département 57	24	26	92%
Département 88	33	41	80%
Total région Lorraine	79	95	<b>83%</b>

Pourcentage de retour de questionnaires.

d. Saisie des données :

Après avoir récupéré l'ensemble des réponses au questionnaire, nous avons repris contact avec le service d'épidémiologie et d'évaluation cliniques du CHU de Nancy qui a effectué le masque de saisie correspondant au questionnaire.

Puis, nous avons procédé à la saisie de tous les résultats sur le masque par l'intermédiaire du logiciel Epidata version 3.1.

L'ensemble des résultats a été traité avec le logiciel SAS® version 8.

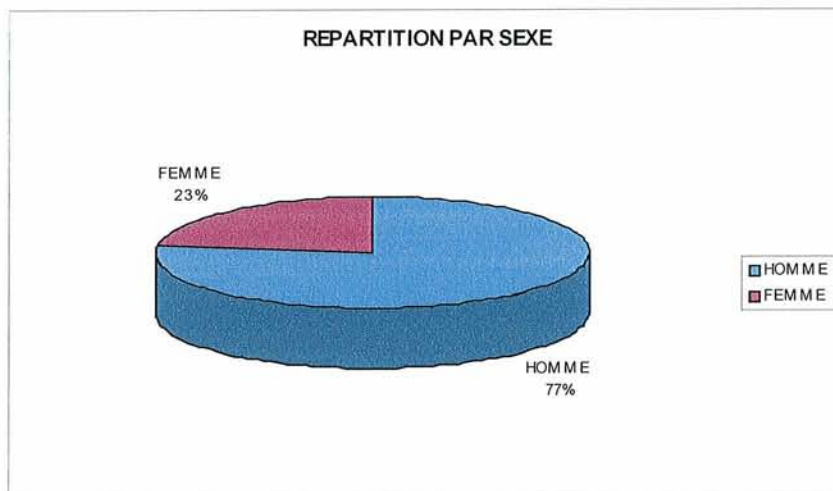
### 32. Analyse descriptive :

Chaque groupe de pairs n'a pu être individualisé du fait du respect de l'anonymat des réponses. Ainsi l'analyse des résultats ne correspond pas à l'analyse des différents groupes de pairs mais bien à l'étude de chaque médecin participant à un GDP.

#### 321. Caractéristiques de l'échantillon étudié :

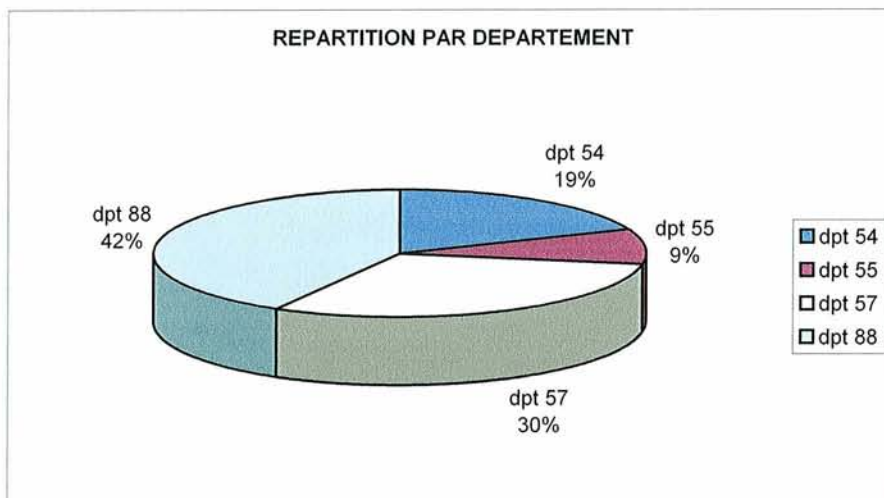
- le sexe :

La population de médecins étudiés est composée de 77 pour cent d'hommes pour 23 pour cent de femmes.



- le département :

42 % (soit 33) des praticiens ayant répondu au questionnaire travaillent dans le département vosgien, 19 % (soit 15) dans la Meurthe et Moselle, 9 % (soit 7) en Meuse et enfin 30 % (soit 24) en Moselle.

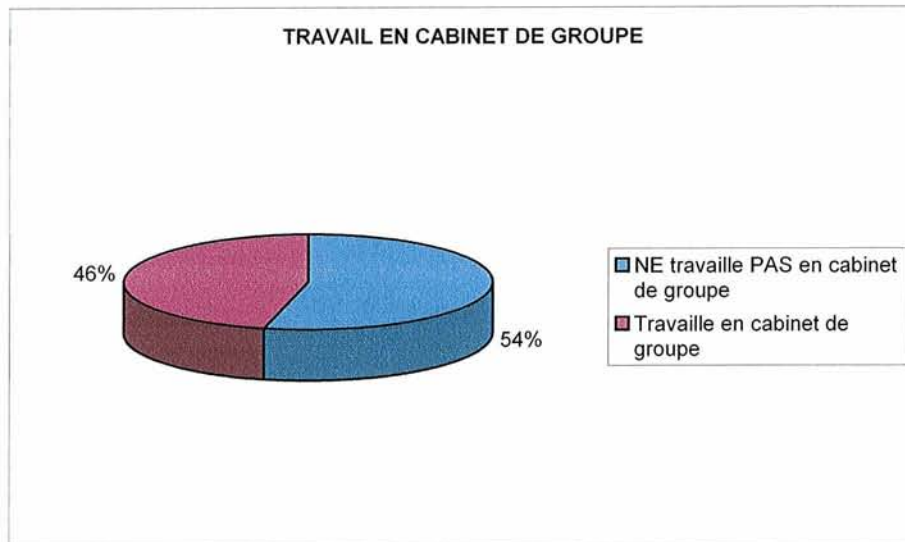


- l'âge :

La moyenne d'âge est de 49,3 ans avec un écart-type de 8,3. L'âge minimum étant de 28 ans et l'âge maximum de 71 ans.

- les médecins exerçant en cabinet de groupe (c'est-à-dire ne travaillant pas seul dans un cabinet) :

46 % des médecins travaillent en cabinet de groupe ( associations, maison médicale...) contre 54 % travaillant seuls dans leur cabinet.



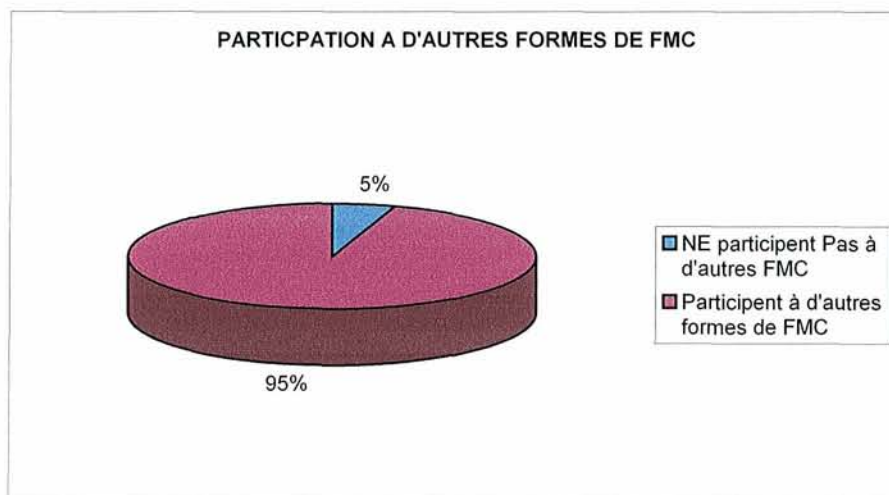
- année d'installation :

3,75% des médecins ne sont pas installés (remplaçants). Les années d'installation s'étalent entre 1964 et 2004, sans pic de fréquence.



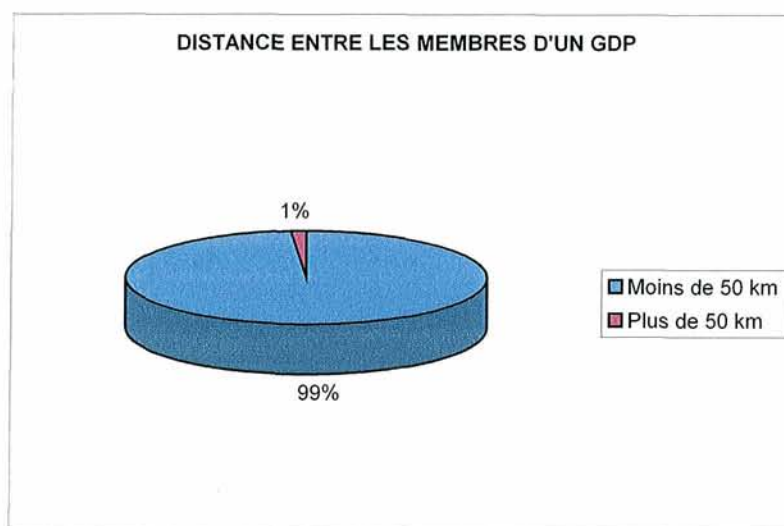
- participation à d'autres formes de FMC :

95 % des médecins participant à des groupes de pairs en Lorraine participent également à d'autres formes de FMC.



### 322. Description des groupes de pairs :

- 99% des médecins participant à un même groupe de pairs travaillent dans un rayon de moins de 50 km.



- 34% des médecins participent à des GDP qui ont été créés depuis plus de 10 ans et 28 % à des groupes existant depuis moins de 2 ans.

- Critères de qualité de la SFMG :
  - 82% des praticiens font partie d'un GDP qui se réunit au moins 8 fois par an.
  - 87% d'entre eux participent à au moins 6 réunions annuellement.
  - 94 % des médecins font partie de groupes composés de 5 à 12 personnes, dont 75 % sont des généralistes en activité.
  - Un relevé annuel d'activité est réalisé dans 46 % des cas.
  - 61% des médecins font partie de groupes qui ont des feuilles d'émargement pour chaque réunion.
  - 70% d'entre eux font des comptes-rendus régulièrement avec un changement de secrétaire de séance dans 70 % des cas.
  - 73% participent à des GDP dont les réunions se déroulent en trois temps ; le premier temps étant consacré à l'étude de cas cliniques dans 100% des cas avec un tirage au sort dans 98% des cas. Le deuxième temps est réservé à l'étude des circuits de soins dans 93% des cas. Enfin la dernière partie est, pour 96% des médecins, laissée libre pour une discussion.
  - 87% des médecins font partie de GDP qui ont un modérateur, ce dernier changeant d'une réunion à l'autre dans 73% des cas.
  - Les problèmes soulevés lors des réunions sont résolus souvent voire à chaque fois dans 89 % des cas. Les référentiels les plus souvent utilisés étant l'ANAES (92%), des revues de littérature (89%) et parfois l'avis de spécialistes (63%). Les recherches se font essentiellement par l'intermédiaire d'Internet (93%) et de la bibliothèque personnelle (90%), rarement à la bibliothèque universitaire (15%).

Après l'analyse des résultats « bruts », il nous a paru intéressant de connaître le nombre de médecins généralistes participant à un groupe de pairs répondant aux critères de qualité de la SFMG cités ci-dessous :

- participation de médecins généralistes uniquement,
- nombre de réunions annuelles supérieures ou égales à 8,
- participation de chaque médecin à au moins 6 réunions dans l'année,
- nombre de participants compris entre 5 et 12,
- présence d'une feuille d'émargement à chaque réunion,
- présence d'un modérateur dans le groupe,
- déroulement de la réunion en trois temps avec tirage au sort des cas,
- résolution des problèmes d'une réunion à l'autre,
- présence d'un compte rendu de séance à chaque fois.

Après analyse, 20% des médecins généralistes participent à des GDP répondant à ces critères de qualité.

De plus, nous avons comparé la satisfaction des médecins travaillant dans un GDP répondant aux critères de qualité et ceux n’y répondant pas.

CRITERES QUALITE +	NOTE MOYENNE
OUI	8
NON	7,7

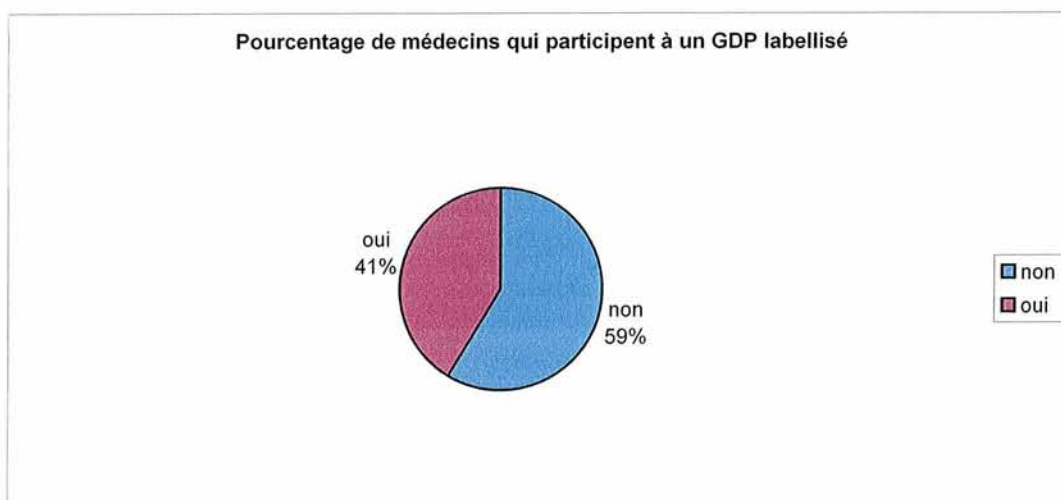
(différence non significative)

Nous n’avons pas retrouvé de différence significative.

- Protocoles de soins / audits :

8% des praticiens rédigent des protocoles de soins et 8% également ont déjà réalisé des audits au sein de leur groupe. 70 % de médecins seraient prêts à y introduire des audits.

- Labellisation des GDP :



41% des médecins appartiennent à un GDP labellisé. Parmi les médecins qui ne participent pas à un GDP labellisé, 76% souhaiteraient sa labellisation.

D’autre part, nous avons voulu savoir si les médecins qui participaient à un GDP labellisé par la SFMG répondaient aux critères de qualité.

LABEL SFMG	CRITERES DE QUALITE +
Oui	41,38 %
Non	7,32%

(Test du KHI2 : différence significative. p<0.005)

41 % des médecins généralistes participant à un GDP répondant aux critères de qualité font partie d’un groupe labellisé.

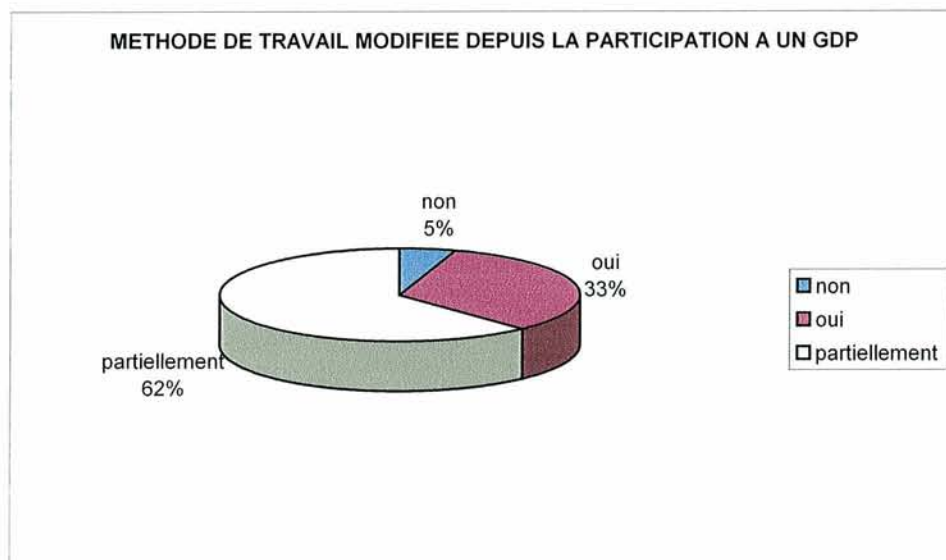
### 323. Le point de vue sur les GDP :

- Changement de la méthode de travail depuis la participation à un GDP :

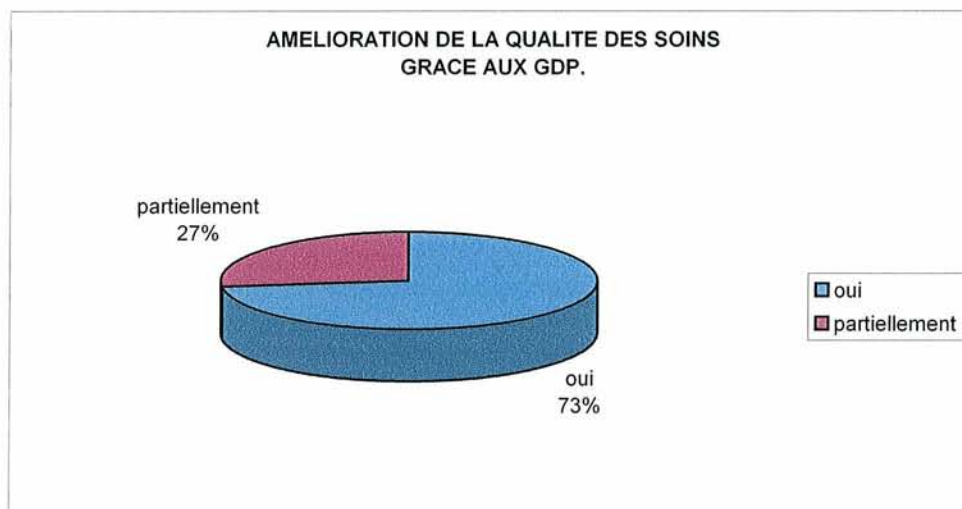
95% des praticiens pensent avoir modifié au moins partiellement leur méthode de travail depuis leur participation à un GDP.

16,9% utilisent le dictionnaire des résultats de consultation. 96% pensent faire plus fréquemment des comparaisons de leur pratique aux données de la science.

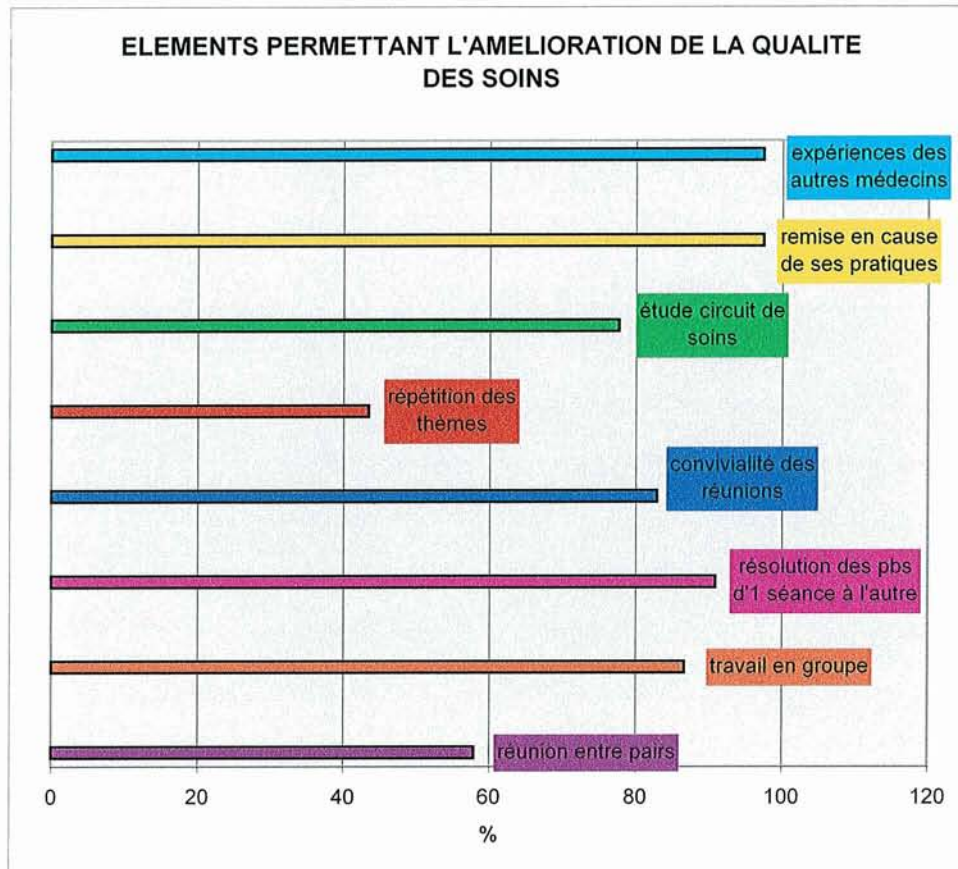
91% appliqueraient plus souvent les référentiels de bonne pratique et 66% prescriraient en DCI ou en génériques plus fréquemment.



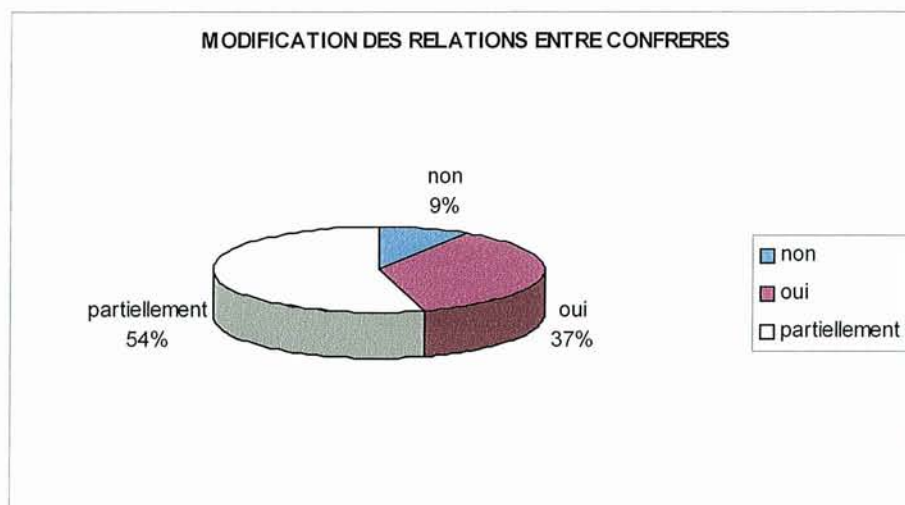
- Amélioration de la qualité des soins dispensés :



73% des médecins pensent que leur participation à un GDP permet une amélioration de la qualité des soins dispensés, partiellement pour 27% d'entre eux.  
 Divers éléments peuvent l'expliquer : l'apport de l'expérience des autres confrères (97%), la remise en cause de leur propre pratique (97%), la résolution des problèmes d'une séance à une autre (90%).



• Modification des relations entre confrères :



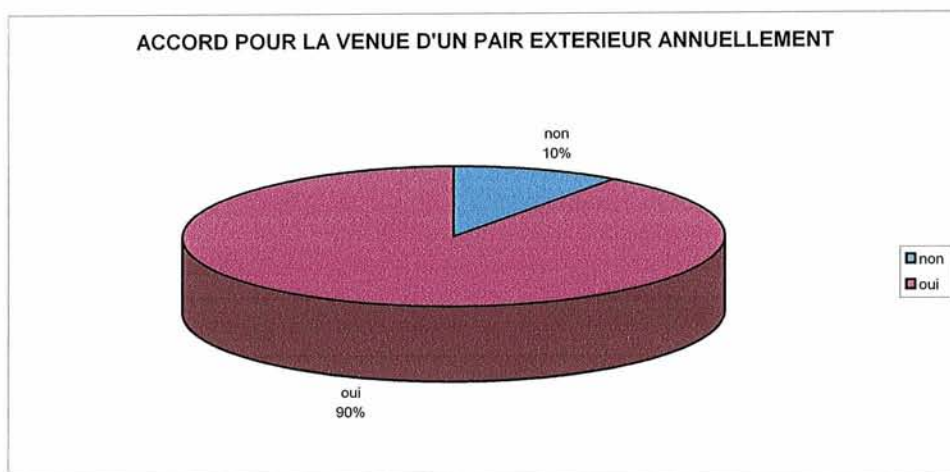


91% des praticiens pensent que leur relation a changé avec leurs confrères : 70% ont fait connaissance avec certains confrères de leur secteur, 86% parlent de relation de confraternité et 60% ont plus souvent recours à un confrère lors de problèmes rencontrés au cours d'une consultation.

- Acquisition en tant que professionnel :

40 % des médecins pensent avoir acquis une certaine aisance depuis leur participation à un GDP. 83% ont été rassuré sur certaines conduites à tenir. Enfin, 93% ont eu le sentiment d'être plus conforme aux données acquises de la science dans leur pratique au quotidien.

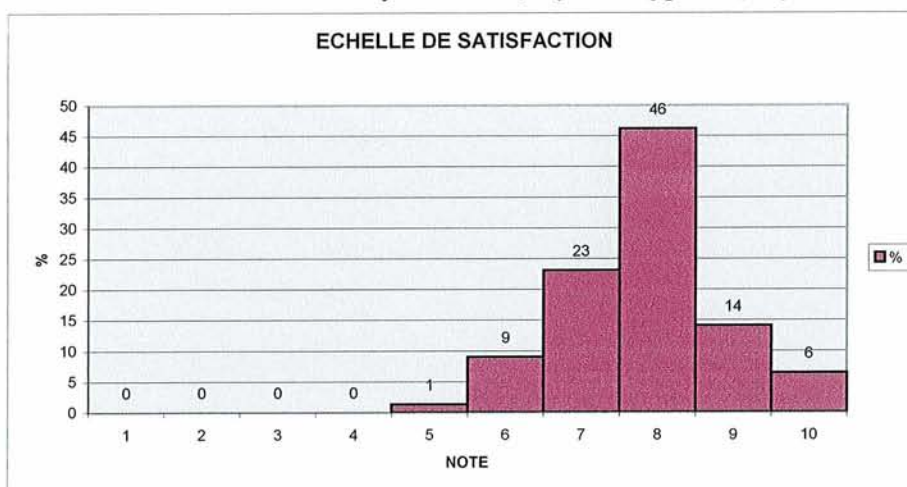
- Contrôle par un pair extérieur :



90% des praticiens accepteraient la venue d'un pair extérieur au groupe pour vérifier la bonne fonctionnalité de ce dernier.

- L'échelle de satisfaction :

Les notes vont de 5 à 10 avec une moyenne de 7,8 ( écart-type à 1,04).



### 324. Impact du mode d'exercice :

Nous avons voulu comparer le point de vue des médecins travaillant en cabinet de groupe et ceux n'y travaillant pas.

	CABINET DE GROUPE		
	OUI	NON	
Travail modifié	28%	39%	Différence non significative
Amélioration de la qualité des soins	46%	53%	Différence non significative
Modification des relations entre confrères	34,2%	36,5%	Différence non significative
Echelle de satisfaction (note moyenne)	7,9	7,6	Différence non significative

Le point de vue des médecins travaillant en cabinet de groupe et celui de ceux n'y travaillant pas ne diffère pas.



Voici le récapitulatif des résultats de l'étude :

1) Caractéristiques de l'échantillon étudié :

		pourcentage	nombre
Sexe	homme	77%	60
	femme	23%	18
Département	54	19%	15
	55	9%	7
	57	30%	24
	88	42%	33
Age	49,3 ans d'âge moyen (écart-type à 8,3)		
Cabinet de Groupe	Travaille en cabinet de groupe	54%	
	Ne travaille en cabinet de groupe	46%	
Autres formes de FMC	Participe à autres FMC	95%	
	Ne participe pas à autres FMC	5%	

2) Description des GDP :

		pourcentage
Distance entre les membres du groupe	Moins de 50 km	99%
	Plus de 50 km	1%
Nombre de réunion/an	Plus de 8 par an	82%
	Moins de 8 par an	12%
Participation individuelle	Plus de 6 fois par an	87%
	Moins de 6 fois par an	13%
Composition des GDP	Moins de 5 personnes	3,8%
	Entre 5 et 12	95%
	Plus de 12	1,2%
Participants = Médecins généralistes en activité ?	Oui	76%
	Non	24%
Relevé annuel	Fait	46%
	Non fait	54%
Feuille d'émargement	Fait	61%
	Non fait	39%
Compte-rendu de séance	Fait	70%
	Non fait	30%
Changement du secrétaire de séance	Oui	70%
	Non	30%
Réunion en 3 temps	Oui	73%
	Non	27%

1 <sup>er</sup> temps=cas clinique	Oui	100%
	Non	
Tirage au sort du cas	Oui	98%
	Non	2%
2 <sup>ème</sup> temps=étude circuit de soins	Oui	93%
	Non	7%
3 <sup>ème</sup> temps=discussion libre	Oui	96%
	Non	4%
Modérateur	Oui	87%
	Non	13%
Changement du modérateur	Oui	73%
	Non	27%
Problèmes résolus entre séances	Oui, à chaque fois ou oui, souvent	89%
	Non	11%
Référentiels utilisés	Anaes	92%
	Revue de la littérature	89%
	Avis des spécialistes	63%
Méthodes de recherche	Internet	93%
	Bibliothèque universitaire	15%
	Bibliothèque personnelle	90%
Protocoles de soins rédigés	Oui	8%
	Non	92%
Audit au sein du groupe	Oui	8%
	Non	92%
Médecins voulant faire audit dans le groupe	Oui	70%
	Non	30%
GDP labellisé	Oui	41%
	Non	59%
Souhait de labellisation	Oui	76%
	Non	24%

### 3) Point de vue sur les GDP :

Changement méthode de travail	Oui au moins partiellement	95%
	Non	5%
Utilisation dictionnaire de consultation	Oui	16,9%
	Non	83,1%
Comparaison aux données de la science plus fréquente	Oui	96%
	Non	4%
Application de référentiels plus fréquente	Oui	91%
	Non	9%
Prescription + fréquente en DCI	Oui	66%
	Non	44%

Amélioration de la qualité des soins	Oui	73%
	Partiellement	27%
<i>Secondaire à réunion entre pairs</i>	Oui	58%
<i>Secondaire au travail en groupe</i>	Oui	86%
<i>Secondaire à la résolution des problèmes d'une séance à une autre</i>	Oui	90%
<i>Secondaire à la convivialité des réunions</i>	Oui	83%
<i>Secondaire à la répétition des thèmes</i>	Oui	43%
<i>Secondaire à l'étude du circuit de soins</i>	Oui	78%
<i>Secondaire à la remise en cause de sa propre pratique</i>	Oui	97%
<i>Secondaire à m'apport de l'expérience des autres confrères</i>	Oui	97%
Modification relation entre confrères	Oui	37%
	Partiellement	54%
	Non	9%
<i>Rencontre de confrères</i>	Oui	70%
<i>Relation de confraternité</i>	Oui	86%
<i>Recours à un confrère plus facilement si problème</i>	Oui	60%
Acquisition d'une aisance professionnelle	Oui	40%
	Non	60%
Rassuré sur des conduites à tenir	Oui	83%
	Non	17%
Sentiment d'être plus conforme aux données de la science	Oui	93%
	Non	7%
Contrôle par un pair extérieur	Oui	90%
	Non	10%
Note globale	Moyenne de 7,8 (écart-type à 1,04)	

### 33. Discussion :

S'agissant d'une étude descriptive, les 83 pour cent de retour de questionnaires nous permettent d'avoir une bonne représentation de l'avis des médecins généralistes de Lorraine participant à un GDP.

Le taux de réponse exceptionnel peut s'expliquer par le fait que cette étude s'adressait à des médecins motivés par le sujet du questionnaire.

#### 331. Description de la population :

- Sexe :

Avant de parler de la population de médecins participant à un GDP, nous nous sommes intéressés à la démographie médicale dans chaque département de Lorraine ainsi que la répartition par sexe.

<i>Région</i>	<i>Nombre de MG</i>	<i>Nombre d'hommes</i>	<i>Pourcentage d'hommes</i>	<i>Nombre de femmes</i>	<i>Pourcentage de femmes.</i>
<b>54</b>	905 <sup>(1)</sup>				
<b>55</b>	171 <sup>(1)</sup>				
<b>57</b>	1067 <sup>(1)</sup>				
<b>88</b>	365 <sup>(1)</sup>				
<b>Lorraine (Total)</b>	2508 <sup>(1)</sup>	1630 <sup>(1)</sup>	65%	878 <sup>(1)</sup>	35%

<sup>(1)</sup> Source : URML (basé sur les cotisations à l'URSSAF en 2004).

#### Répartition par sexe des MG de Lorraine.

Les praticiens qui font partie d'un GDP sont en grande partie des hommes (77%), mais cette répartition est le reflet de la population générale des MG en Lorraine (65 % d'hommes).

3,8% des médecins généralistes de Lorraine font partie d'un GDP (95 pour 2508).

- répartition par département :

Il n'y a qu'un seul GDP en Meuse. Ceci peut être expliqué par le fait que peu de médecins sont installés en Meuse, de plus, les praticiens sont assez éloignés les uns des autres, rendant difficile des réunions entre confrères du fait de l'éloignement géographique. En effet un médecin joint par téléphone et ayant participé au séminaire sur les GDP en juin 2004, a expliqué qu'il souhaitait créer un groupe mais qu'il n'avait pas réussi à réunir un nombre suffisant de médecins assez proches géographiquement.

Département	Nb total de MG	Nb de MG participant à un GDP	%
54	905	27	3%
55	171	7	4%
57	1067	26	2,4%
88	365	41	11,2%

Pourcentage de MG participant à un GDP par département.

Le département Vosgien est celui qui a le plus de médecins participant à un GDP, cela est sans doute lié au fait que beaucoup de praticiens ont adhéré à l'option médecin référent dans les Vosges. Or, dans l'option conventionnelle, le médecin référent s'engageait à participer avec ses pairs à des actions d'évaluation de sa pratique au sein de « groupes locaux d'échanges et d'amélioration des pratiques. » (avenant n°5 de la convention de 1998, article 4).

Dans la Meurthe et Moselle, 61 médecins sont médecins référents (source CPAM, année 2004), soit 6,7% des praticiens ; alors que dans les Vosges, 106 médecins ont adhéré à l'option conventionnelle soit 30% (source CPAM, année 2004).

- l'âge :

L'âge des participants est très étendu (de 28 à 71 ans), ce qui permet d'avoir de véritables échanges : confrontation entre des générations qui n'ont pas eu la même formation, ceci étant très enrichissant.

- participation à d'autres formes de FMC :

95% des médecins participent à d'autres formes de FMC. Les praticiens appartenant à des GDP sont donc des médecins qui s'investissent d'une manière générale dans la FMC.

### 332. Fonctionnement des GDP :

Il est important que les membres de chaque groupe de pairs travaillent dans la même zone géographique pour pouvoir parler du réseau de soins local et pour permettre de se réunir facilement. C'est ce que nous constatons : 99% travaillent dans un rayon de moins de 50 Km.

Le fait que 35% des médecins appartiennent à des GDP qui existent depuis plus de 10 ans montrent la motivation des médecins qui participent à ces groupes.

94% font partie de groupes composés de 5 à 12 personnes, ce qui est fondamental pour permettre une bonne dynamique dans le groupe et favoriser les échanges.

Nous constatons que tous les groupes ne répondent pas aux critères de qualité de la SFMG. Cependant le pilier du fonctionnement de ces groupes est respecté : le tirage au sort des cas cliniques (98% des cas). Globalement les 3 temps de la réunion sont bien respectés. Notons également que 30% de médecins appartiennent à des groupes formés récemment, or il

faut une période de rodage avant d'obtenir un bon fonctionnement du GDP et répondre à tous les critères de qualité.

Tous les groupes ne sont pas composés de médecins généralistes en exercice (73% seulement). Les autres participants sont des internes en médecine générale (qui font leur stage chez le praticien) ou des médecins retraités ou bien des médecins généralistes qui se sont réorientés vers la PMI par exemple. Il ne s'agit donc pas réellement d'intervenants extérieurs tels des représentants de laboratoires pharmaceutiques ou des médecins spécialistes. Les échanges peuvent donc se faire librement entre les praticiens.

En règle générale, les problèmes soulevés lors des réunions sont résolus dans 98 % des cas avec une comparaison à des référentiels validés dans 96% des cas. Ce sont d'excellents résultats. Les référentiels les plus utilisés sont : revue EBM, Prescrire et le CD ROM de Prescrire, qui permet de résoudre les problèmes pendant la séance.

Peu de groupes ont une feuille d'émargement, car cette dernière est mal perçue par certains médecins (impression de contrôle). De même, des comptes-rendus de séance sont peu souvent rédigés, par manque de temps peut-être ? Pourtant ces deux éléments (émargement et compte rendu) sont indispensables pour avoir une « traçabilité » de l'activité de chaque groupe.

Globalement, les GDP se réunissent régulièrement et chaque médecin participe à plus de 6 réunions annuelles.

Seuls 8% des médecins rédigent des protocoles de soins. Au sein du groupe, les médecins, après consultation de référentiels, peuvent rédiger un protocole qui s'applique à la pratique de médecine générale. Le plus souvent les médecins sont d'accord sur une conduite à tenir mais ne rédige pas forcément le protocole correspondant.

76% des médecins faisant partie d'un GDP non labellisé le souhaite, ce qui est important en vue de l'accréditation des GDP.

Il y a un lien significatif entre les médecins qui participent à des GDP labellisés et ceux qui répondent aux critères de qualité. Ce qui est logique.

### 333. Le point de vue des médecins généralistes :

- Modification des pratiques :

Presque la totalité des médecins compare plus fréquemment leur pratique à des référentiels et applique ces données plus souvent. Ces comparaisons sont un des piliers de l'EPP.

En revanche la prescription plus fréquente en DCI ou en génériques n'est pas forcément liée à la participation au GDP. Plusieurs praticiens ont d'ailleurs fait cette remarque.

Seuls 17% utilisent le DRC, une majorité ne connaissant pas son existence. Il n'est d'ailleurs pas indispensable au bon fonctionnement du groupe, mais il permet d'être bien structuré dans la présentation des cas et que tous les membres du groupe utilisent le même langage.

- L'amélioration de la qualité des soins :

La participation au GDP permettrait l'amélioration de la qualité des soins dans 95 % des cas, au moins partiellement. En effet le fait de travailler en groupe, entre pairs, permet de parler librement et d'accepter les critiques faites afin qu'elles soient constructives. Les médecins réalisent que leurs confrères ont des habitudes de prescriptions différentes des leurs. Les praticiens installés depuis longtemps apportent leur expérience forgée au fil des années.

La convivialité au sein de ces réunions est importante, tout d'abord parce que cela se passe en général après une journée de travail et en plus cela permet de mettre en place une atmosphère détendue.

- Les relations entre confrères :

Outre l'apport indéniable de connaissances médicales, la participation aux groupes permet aussi de créer des liens entre des médecins qui travaillent à proximité et qui ne se connaissent pas forcément. Contrairement aux séances de FMC classiques, le côté relationnel est mis en exergue.

- Acquisition en tant que professionnel :

Grâce à ces réunions, les praticiens sont rassurés sur leur pratique au sein de leur cabinet. Cela leur permet de travailler plus sereinement tout en sachant qu'ils sont conformes aux données de la science.

- Venue d'un pair extérieur :

L'ensemble des praticiens est prêt à 90% à faire venir un pair extérieur pour vérifier la bonne fonctionnalité du groupe.

C'est un message important d'autant que dans le cadre de l'EPP obligatoire, ce sera une condition nécessaire pour la validation de cet outil.

- La satisfaction :

Les médecins sont très satisfaits de leur participation aux GDP (7,8 sur 10 en moyenne). Ils ont conscience de l'apport de cette formation dans leur pratique au quotidien ainsi que du besoin de rigueur pour répondre aux critères de la FMC. Ils insistent sur le fait qu'il ne faut pas confondre rigueur et rigidité. Ils veulent bien répondre à certaines règles mais expliquent que le côté convivial des réunions doit persister.

Ils apprécient les petits conseils très pratiques mais rarement abordés dans d'autres formes de FMC. De plus, les médecins sont réellement actifs, ils « prennent en charge » leur propre formation et évaluation.

Leur principal reproche est basé sur le fait que ces réunions prennent beaucoup de temps.

- Impact du mode d'exercice :

Il n'y a aucune différence significative dans les réponses effectuées par les médecins de cabinet de groupe et les autres, contrairement à ce que nous pensions initialement.

### 334. Avenir des GDP :

Il est indéniable que les GDP apportent énormément à la pratique de la médecine générale. Cependant, pour bénéficier de tous les atouts de cet outil ainsi que pour garantir une formation de qualité, il est nécessaire que les GDP répondent aux critères de qualité de la SFMG.

D'autre part, afin de répondre aux 3 conditions de la HAS permettant de valider les GDP en tant que FMC et EPP, il va falloir mettre en œuvre de nouveaux dispositifs. Certains GDP y seront peut-être réticents, ayant l'impression de perdre une certaine indépendance. Cependant ce sont des conditions nécessaires à la reconnaissance de ces groupes.

Pour répondre aux conditions énoncées par la HAS, voici quelques propositions :

- Intégration des référentiels de bonne pratique :

Les recherches effectuées au moment même de la réunion permettent un gain de temps et surtout évitent que celles-ci ne soient pas réalisées ultérieurement... Pour cela, il faudrait avoir à disposition du matériel avec les dernières recommandations validées par l'ANAES ou la HAS sur CD ROM ou Internet par exemple. (CD ROM de PRESCRIRE déjà existant).

- Visite annuelle d'un pair extérieur :

En Lorraine les médecins sont prêts à recevoir un pair extérieur pour vérifier la bonne fonctionnalité du groupe. De plus, il faudrait préciser que seuls les GDP labellisés par la SFMG peuvent répondre à l'obligation de FMC et d'EPP.

- Mesurer la modification d'activité de chaque participant :

Pour cela, on pourrait effectuer des audits au sein même du groupe de pairs. Certains groupes l'ont déjà réalisé et parlent d'une expérience constructive.

Certains médecins essaient de trouver des solutions pour répondre à ces conditions, comme par exemple l'intégration de la démarche EBM au fonctionnement des GDP. Nous entendons par démarche EBM ( Evidence Based Medecine), la médecine fondée sur les preuves, ceci permettant d'avoir des réponses à des problèmes médicaux avec des références de qualité, c'est-à-dire de bon niveau de preuve. Mais pour permettre cela au sein des groupes de pairs, il faudrait aussi une banque de données consultable facilement pendant les



réunions. (42)

Il serait intéressant que les groupes de pairs soient utilisés dans les autres pays, cela permettrait peut-être de rédiger des consensus, des protocoles médicaux validés entre eux.

#### 34. Limites de l'étude :

Cette étude est un questionnaire d'opinion appréciant de manière très globale l'avis des participants et l'impact des GDP. Une mesure des modifications des pratiques des médecins en comparant leur pratique avant et après leur participation au GDP par l'intermédiaire d'une étude prospective serait plus démonstrative mais plus difficile voire impossible à mettre en œuvre.

D'autre part, il serait intéressant de pouvoir individualiser les groupes de pairs pour les comparer entre eux et non parler de médecin participant à des groupes de pairs. Pour cela il faudrait lever l'anonymat des questionnaires ou prévoir une procédure particulière d'identification des GDP sans identification du médecin.

A posteriori, nous aurions aimé ajouté une question : « êtes-vous médecin référent ? ». Cela nous aurait permis de savoir si, parmi les médecins participant à un GDP, il y avait une majorité de médecin référent (permettant de confirmer l'hypothèse expliquant la majorité de praticiens participant à un GDP dans les Vosges.). Cette question faisait partie initialement du questionnaire mais nous l'avons supprimée car l'option médecin référent n'est plus d'actualité avec l'apparition du médecin traitant...

## V. En pratique : création du GDP de Pompey :

Effectuant mon stage de résidente en mai 2004 chez un praticien, le Dr Mathieu, ce dernier m'a proposé de créer un groupe de pairs sur le bassin de Pompey. Le projet a pris forme : je me suis renseignée sur les caractéristiques de fonctionnement des GDP et j'ai pris contact avec différents médecins du bassin expliquant notre projet par téléphone. Certains médecins n'ont pas voulu y participer par manque de temps.

Puis, par courrier, j'ai adressé aux médecins volontaires une feuille résumant le déroulement d'une séance de GDP avec une date de premier « rendez-vous » qui s'est effectué chez le Dr Mathieu. Ainsi débuta la mise en route de ce GDP et la rédaction de ma thèse...



GDP du bassin de Pompey.

## CONCLUSION :

Les médecins généralistes ont depuis de nombreuses années compris que la formation médicale continue était le garant d'une pratique de qualité. Différentes formes de FMC sont donc nées au fil des années mais toutes n'ont pas le même impact, notamment sur la modification des pratiques des médecins. La notion d'évaluation des pratiques a émergé plus tardivement, avec pour but également l'amélioration de la qualité des soins. Formation médicale continue et évaluation des pratiques sont donc indissociables, avec un but identique ; elles sont devenues une obligation légale depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2005, faisant suite aux lois d'août 2004.

La Haute Autorité de Santé a reconnu officiellement les Groupes de Pairs comme une formation continue de qualité ainsi qu'une forme d'évaluation des pratiques. La Société Française de Médecine Générale, fondatrice de ces Groupes, a tout fait pour qu'ils soient reconnus depuis leur création en 1987. Cependant la HAS émet trois conditions à la reconnaissance des GDP comme FMC et EPP : notamment, la visite annuelle d'un médecin extérieur pour vérifier la bonne fonctionnalité du groupe, ainsi que l'utilisation de référentiels de bonne pratique et la possibilité de mesurer les modifications d'activité de chaque participant. Des propositions sont étudiées pour répondre à ses objectifs.

Notre étude portant sur l'avis des médecins généralistes de Lorraine participant à un groupe de Pairs nous a permis de voir que, malgré le temps nécessaire requis au bon fonctionnement de ces groupes, les médecins avaient conscience que cela leur permettait de modifier leur pratique au quotidien en la comparant à celles des autres médecins et à des référentiels validés.

D'autre part, nous nous sommes rendus compte que tous les groupes ne correspondaient pas aux critères de qualité de la SFMG. Or, afin de répondre aux objectifs d'EPP et de FMC, il est nécessaire d'être rigoureux sur le fonctionnement du groupe. Ainsi, le fait d'être labellisé est une garantie de qualité. La HAS pourrait par exemple ne valider que les groupes qui sont labellisés par la SFMG.

Ainsi que l'a demandé la Haute Autorité de Santé, il sera obligatoire qu'un pair vienne annuellement vérifier la bonne fonctionnalité du groupe. Notre étude montre que cette éventualité est bien acceptée par les praticiens lorrains.

De plus, nous avons pu remarquer que le rôle des GDP ne se cantonnait pas à la FMC et à l'EPP. En effet, cela permet également de créer des relations entre confrères travaillant à proximité, dans un même réseau de soins. Cela peut permettre de se sentir moins isolé dans sa pratique. Ainsi un médecin peut demander conseil à ses confrères grâce aux relations créées au sein du groupe, rompant avec l'isolement habituel de la pratique de médecine générale.

En outre, selon le Dr Bernard Ortolan (président du CNFMC des médecins libéraux), les GDP valideraient 100 crédits sur les 250 que chaque médecin devra produire sur 5 ans pour remplir leurs obligations de FMC et d'EPP (5). Nous pouvons donc penser que le nombre des GDP en France dans les années à venir va certainement augmenter et qu'ils vont probablement devenir un outil incontournable de la médecine générale.



BIBLIOGRAPHIE (*par ordre d'apparition dans la thèse*) :

1. Loi n°2004-806 du 9 août 2004 (accès sur le site [www.legifrance.com](http://www.legifrance.com), accès le 18/08/2005).
2. Loi n°2004-810 du 13 août 2004 (accès sur le site [www.legifrance.com](http://www.legifrance.com), accès le 18/08/2005).
3. La rédaction de la Revue du Praticien Médecine Générale  
Les Groupes de Pairs de la SFMG.  
Revue du Praticien Médecine générale 2005 ; 19 (692/693) : 584-586.
4. Viel André  
Historique de la Société Française de Médecine Générale : relevé chronologique des faits et des événements.  
Paris : SFMG ; 1993.
5. La SFMG  
3<sup>ème</sup> symposium des Groupes de Pairs (sous presse en septembre 2005).
6. Gallois Pierre  
La Formation médicale continue : principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation.  
Paris : Flammarion Médecine-Sciences ; 1997.
7. Scharf Guy  
Manuel pratique de la formation continue du médecin.  
Bayonne : Intergraphe ; 1977.
8. Baumann François, Mongis Pierre  
Réussir sa FMC.  
Paris : Masson ; 2000.
9. Décret n°96-1050 du 5 décembre 1996 ([www.legifrance.com](http://www.legifrance.com), accès le 18/08/2005).
10. Chabot Jean-Michel  
Formation médicale continue (1990-2000) : les étapes (1).  
Revue du Praticien 1999 ; 49 :1897-1898.
11. Ordonnances du 24 avril 1996. ([www.legifrance.com](http://www.legifrance.com), accès le 18/08/2005).
12. Pouchain Denis  
La formation professionnelle conventionnelle.  
Revue du Praticien Médecine Générale 2004 ; 18 (637/638) : 67-70.
13. Conférence Nationale des Présidents des URML, ANAES  
10 questions sur l'EPP.  
Paris : ANAES ; 2001.

14. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, chapitres II, V et VI ([www.legifrance.com](http://www.legifrance.com), accès le 18/08/2005).
15. Décret n°2003-1077 du 14 novembre 2003 ([www.legifrance.com](http://www.legifrance.com), accès le 18/08/2005).
16. La Haute Autorité de Santé  
Evaluation des Pratiques professionnelles : mise en œuvre et perspectives.  
([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr), accès le 16 juillet 2005).
17. Agence Nationale De l'Evaluation Médicale  
L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine ambulatoire : l'audit médical.  
Paris : ANDEM ; 1993.
18. E. Castelain  
Groupes d'échange de pratique.  
Revue du Praticien Médecine Générale 2003 ; 17 (628) : 1370-1374.
19. La rédaction de la Revue du Praticien de Médecine Générale  
Groupes d'analyse de pratiques entre pairs : débat.  
Revue du Praticien Médecine générale 2005 ; 19 (690/691) : 522-523.
20. La rédaction de la Revue du Praticien de Médecine Générale  
Groupes qualité.  
Revue du Praticien Médecine générale 2005 ; 19 (698/699) : 821-823.
21. David A. Davis, Mary Ann Thomson, et al.  
Evidence for the Effectiveness of CME.  
JAMA 1992 ; 268 : 1111-1117.
22. Agence Nationale De l'Evaluation Médicale  
Formation médicale continue en médecine ambulatoire.  
Paris : ANDEM ; 1995.
23. David A. Davis, Mary Ann Thomson et al.  
Impact of Formal Continuing Medical Education : Do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes ?  
JAMA 1999 ; 282 : 867-874.
24. David A. Davis, Mary Ann Thomson et al.  
Changing Physician Performance : a systematic Review of the effect of continuing medical education strategies.  
JAMA 1995 ; 274 : 700-705.
25. Petit Larousse illustré  
Paris : Larousse ; 2002.
26. Cohendet C., Jacot P., Arnould M. et al.  
Groupes de Pairs : l'évaluation et la formation professionnelles au diapason de l'EBM.  
EBM 2003 ; 34 : 1-2.

27. Ordonnance n°58 1373 du 30 décembre 1958. ([www.legifrance.com](http://www.legifrance.com), accès le 18/08/2005).
28. <http://www.sfm.org>, accès le 30/06/2005.
29. Kandel Olivier  
La SFMG : une société savante au service de sa discipline.  
Revue du Praticien Médecine générale 2002 ; 16 (587) : 1450-1451.
30. La SFMG  
Compte rendu du 2ème symposium sur les Groupes de Pairs.  
Paris : La SFMG ; 2003.
31. Chabot J.M.  
Les Groupes de Pairs.  
Revue du Praticien Médecine Générale 2003 ; 53 (12) : 1343-1344.
32. Mucchielli Roger  
La dynamique des groupes, partie connaissance du problème.  
Paris : ESF ; 1995.
33. La SFMG  
L'évaluation en médecine générale.  
Paris : SFMG ; 1995. Document de Recherche en Médecine Générale n°46.
34. La SFMG  
Les Groupes de Pairs.  
Paris : SFMG ; 2002. Document de recherche en médecine générale n°59.
35. Cohendet C.  
Groupes de pairs : outil de formation continue et d'évaluation collective des pratiques ?  
Revue du Praticien Médecine Générale 2002 ; 16 (587) : 1392-1394.
36. Andreotti G et al.  
Recueil et analyse de la production des Groupes de Pairs .  
La Revue du Praticien Médecine Générale 2004 ; 18 (660/661) : 935-937
37. Ferru P., Kandel O., et al.  
Dictionnaire des résultats de consultation.  
Paris : La SFMG ; 1998. Document de Recherche en Médecine Générale n° 55-56-57.
38. Ferru P., Kandel O., et al.  
Dictionnaire des résultats de consultation.  
Paris : La SFMG ; 2001. Document de Recherche en Médecine Générale n° 58.
39. Robert N. Braun  
Pratique, critique et enseignement de la médecine générale.  
Paris : Payot et Rivages ; 1997.

40. Margerit Christophe  
Les groupes de Pairs, essentiels à la pratique de médecine générale.  
Revue du Praticien Médecine Générale 1994 ; 8 (242) : 31-32.
41. <http://www.cr-lorraine.fr>, accès le 10/05/2005.
42. La rédaction de la Revue du Praticien Médecine Générale  
Les Groupes de Pairs et la démarche EBM.  
Revue du Praticien Médecine générale 2005 : 19 (694/695) : 654-656.





## SOMMAIRE.

Remerciements.  
Table des matières.  
Abréviations.

### Introduction.

#### I. La Formation Médicale Continue (FMC) et l'Évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

11. Historique de la FMC et de l'EPP en France.
12. Différentes méthodes de FMC et d'EPP.
13. Efficacité des méthodes de FMC et d'EPP.

#### II. Les Groupes de Pairs (GDP).

21. Définitions.
22. Historique des GDP.
23. La notion de dynamique de groupes.
24. Caractéristiques d'un GDP.
25. Rôles et objectifs d'un GDP.
26. Fonctionnement des GDP.
27. La labellisation des GDP.
28. Les points négatifs des GDP.
29. Actualités.

#### III. Étude des Groupes de Pairs en Lorraine.

31. Protocole.
32. Analyse descriptive.
33. Discussion.
34. Limites de l'étude.

#### IV. En pratique : création du Groupe de Pairs de Pompey.

Conclusion.

Bibliographie.

Sommaire.



VU

NANCY, le **31 août 2005**

Le Président de Thèse

**Professeur S. BRIANCON**

NANCY, le **5 septembre 2005**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation

**Mme le Professeur M.C. BENE**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **9 septembre 2005**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

**Professeur J.P. FINANCE**



---

## RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Face au développement rapide des connaissances en médecine, la nécessité d'une formation médicale continue puis d'une évaluation des pratiques professionnelles s'est imposée. Par les lois d'août 2004 sur l'Assurance Maladie, la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles sont devenues obligatoires. Différentes méthodes permettent de répondre à ces obligations, parmi elles : les Groupes de Pairs, créés par la Société Française de Médecine Générale en 1987.

Ainsi, après avoir décrit l'historique de la formation médicale continue et de l'évaluation des pratiques professionnelles en France, puis le fonctionnement des Groupes de Pairs, nous avons réalisé une étude s'adressant aux médecins généralistes lorrains participants à un Groupe de Pairs. Il s'agit d'une mesure d'opinion permettant de porter un regard intéressant sur ce mode de fonctionnement.

---

## TITRE EN ANGLAIS

Peers Groups in General Practice :  
Opinion of the participants in Lorraine.

---

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2005

---

## MOTS CLÉS :

GROUPES DE PAIRS  
FORMATION MEDICALE CONTINUE  
EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

---

## INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

**Faculté de Médecine de Nancy**  
9, avenue de la Forêt de Haye  
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex

---

---

## RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Face au développement rapide des connaissances en médecine, la nécessité d'une formation médicale continue puis d'une évaluation des pratiques professionnelles s'est imposée. Par les lois d'août 2004 sur l'Assurance Maladie, la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles sont devenues obligatoires. Différentes méthodes permettent de répondre à ces obligations, parmi elles : les Groupes de Pairs, créés par la Société Française de Médecine Générale en 1987.

Ainsi, après avoir décrit l'historique de la formation médicale continue et de l'évaluation des pratiques professionnelles en France, puis le fonctionnement des Groupes de Pairs, nous avons réalisé une étude s'adressant aux médecins généralistes lorrains participants à un Groupe de Pairs. Il s'agit d'une mesure d'opinion permettant de porter un regard intéressant sur ce mode de fonctionnement.

---

## TITRE EN ANGLAIS

Peers Groups in General Practice :  
Opinion of the participants in Lorraine.

---

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2005

---

## MOTS CLÉS :

GROUPES DE PAIRS  
FORMATION MEDICALE CONTINUE  
EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

---

## INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

**Faculté de Médecine de Nancy**  
9, avenue de la Forêt de Haye  
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex

---