

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

N° 122

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de MEDECINE GENERALE

Par

Nicolas APPE

né le 14 Octobre 1983 à Montmorency (95)

Présentée et soutenue publiquement le 25 Novembre 2014

**Les groupes d'échanges de pratiques dans la formation médicale continue et la
formation médicale initiale des médecins généralistes**

Enquête qualitative à partir de 2 Focus Groups

Président : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directeur de thèse : Madame le Professeur Jacqueline LACAILLE

Membres du Jury : Monsieur le Professeur Pierre POTTIER

Madame le Docteur Laure VAN WASSENHOVE

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur R. Senand

Qui nous fait l'honneur de présider cette thèse.

Nous le remercions grandement pour sa capacité à transmettre son savoir et pour son dévouement sans faille dans la formation et l'accompagnement des étudiants.

Qu'il trouve en ces quelques mots, la marque de notre profond respect.

A Madame le Professeur J.Lacaille

Qui nous a fait l'honneur d'accepter de diriger cette thèse.

Nous la remercions chaleureusement pour ses qualités humaines, sa disponibilité, ses talents de modérateur et pour toute l'aide apportée au cours de ce travail de thèse.

Qu'elle trouve en ces quelques lignes, l'expression de notre profonde reconnaissance et gratitude.

A Monsieur le Professeur P. Pottier

Qui nous fait l'honneur d'accepter de juger ce travail.

Nous le remercions vivement pour sa disponibilité et l'attention portée à ce sujet.

Qu'il trouve en ces quelques mots l'expression de notre considération.

A Madame le Docteur L. Van Wassenhove

Qui nous fait l'honneur d'accepter de juger ce travail

Nous la remercions grandement pour l'intérêt et le temps consacré à cette thèse.

Qu'elle trouve ici la marque de notre reconnaissance.

Au Dr P.Dréno pour sa supervision lors du SASPAS et son aide lors du recrutement des internes pour notre Focus Group.

Aux Dr G.Peron et A.Jeffroy-Leost pour leur aide et leurs conseils.

A tous les médecins qui ont accepté de participer à nos 2 Focus groups.

Au Dr D. Lardière, pour la transmission de son savoir sur le développement de l'enfant, lors de mon stage en PMI.

Au Dr S. Abad pour ses qualités de formateur dans le domaine des soins palliatifs.

Aux Dr G. Barnabé, S. Camberlein et P. Dubreil pour m'avoir enseigné les différents aspects du métier de généraliste, lors de mon stage praticien.

Au Dr S.Popovic pour nos échanges confraternels, lors de mon stage en Médecine polyvalente à Challans.

Au Dr P. Brézac pour m'avoir enseigné la confiance en soi, et pour l'accueil chaleureux que lui et sa femme m'ont réservé lors de mon SASPAS.

Et à tous les autres praticiens qui ont façonné ma pratique de la médecine générale.

A toutes les équipes soignantes rencontrées pendant l'internat.

Aux patients et à leurs familles.

A mon amour de toujours, Perrine, pour son écoute, sa gentillesse, sa générosité, son soutien durant toutes nos études et lors de ce travail de thèse, et enfin pour nous avoir fait le plus cadeau qui soit...

A Clément, que 4 dents ... mais qui remplit, depuis plusieurs mois déjà, nos cœurs d'une immense joie. J'espère que tu seras fier de ton papa...

A mes parents, pour m'avoir appris dès le plus jeune âge à travailler pour moi-même, pour leur soutien durant toutes mes études, pour leur amour ...

A mes grands-parents, les plus attentionnés qui soient, pour leur tendresse, leur humilité, la fierté qu'ils me portent et leur amour ...

A ma grand-mère qui restera toujours dans mes pensées, pour m'avoir toujours rappelé que mes deux arrières grands-pères étaient médecins généralistes ...

A mon frère Fred, pour notre complicité et son discours lors de mon mariage m'ayant profondément touché.

A mon frère Robert, pour sa persévérance, son sens de l'humour, et son accent dignois ...

A tous mes amis de Nantes, du Havre, de Guadeloupe et d'ailleurs ...

à Thomas pour son aide durant le stage aux urgences

à Gauthier, Quentin et Antoine pour leur amitié et leur soutien.

à tous les membres des apéros du jeudi ...

à Maëlen, pour sa bonne humeur, son sens de l'humour et nos discussions interminables sur nos thèses respectives

et à tous les autres qui sauront se reconnaître

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CHEMG : Collège des Hautes Etudes en Médecine Générale

DES : Diplôme d'Etudes Supérieures

DMG : Département de Médecine Générale

DPC : Développement Professionnel Continu

EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles

FG : Focus Group

FMC : Formation Médicale Continue

FMI : Formation Médicale Initiale

GDP® : Groupes De Pairs

GEP : Groupes d'Echanges de Pratiques

GPEP : Groupes Pédagogiques d'Echanges de Pratiques

GQ : Groupe Qualité

HAS : Haute Autorité de Santé

IMG : Interne de Médecine Générale

MG : Médecin Généraliste

MGI : Médecin Généraliste Installé

MSU : Maître de Stage Universitaire

OGDPC : Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu

RSCA : Récits de Situations Complexes et Authentiques

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SFTG : Société de Formation Thérapeutique du généraliste

SIMGO : Syndicat des Internes de Médecine Générale de l'Ouest

UFR : Unité de Formation et de Recherche

UNAFORMEC : Union Nationale des Associations de Formation Médicale et d'Evaluation Continues

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

US: Unité de Signification

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

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	11
PRÉREQUIS.....	13
1 Les Groupes d'échanges de pratiques de médecins généralistes installés.....	13
1.1 Historique	13
1.2 Définitions	13
1.3 Le groupe de pairs®	14
1.4 Le groupe Qualité.....	15
1.5 Tour d'horizon européen.....	17
1.6 Autres types de formations rentrant dans le cadre du DPC.....	18
2 Les groupes d'échanges de pratiques d'internes de médecine générale	19
2.1 La formation pratique et théorique de l'interne de médecine générale nantais..	19
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	22
1 La méthode du Focus group (FG).....	22
1.1 Principes	22
1.2 Déroulement du Focus group	23
2 Nos Focus groups	24
2.1 Le Focus group des médecins généralistes installés (MGI).....	24
2.2 Le Focus group des internes.....	29
3 Méthodes d'analyse	33

RÉSULTATS	35
I) RÉSULTATS DU FG DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES INSTALLÉS	36
Application des catégories aux unités d'analyse	38
1 Mode de fonctionnement des GEP des participants	38
2 Mode d'entrée des médecins dans les GEP.....	44
2.1 Connaissances sur les GEP avant d'y participer	44
2.2 Comment avez-vous commencé ?.....	44
2.3 Motivations initiales	44
2.4 Appréciation initiale	46
3 Besoins du groupe pour exister	46
3.1 Conditions nécessaires au bon fonctionnement du groupe	46
3.2 Besoins du groupe pour perdurer	48
4 Points positifs des GEP.....	49
4.1 Le cadre	49
4.2 Le contenu	53
4.3 Les apports dans la pratique quotidienne	60
5 Limites des GEP et améliorations évoquées	65
5.1 Les limites	65
5.2 Les améliorations	70
6 Appréciation globale des GEP et comparaison avec d'autres modes de FMC	72
6.1 Comparaison avec d'autres modes de FMC.....	72
6.2 Niveau d'appréciation globale de la méthode	75
II) RÉSULTATS DU FG DES INTERNES	77
Application des catégories aux unités d'analyse.....	78
A) ÉVALUATION DES GEP DURANT LE SASPAS	
1 Points positifs des GEP	78

1.1	Le cadre	78
1.2	Le contenu	81
1.3	Les apports	85
2	Limites des GEP et améliorations évoquées.....	92
2.1	Le Cadre	92
2.2	Les recherches et le compte rendu de séance.....	95
2.3	Le contenu : absence d'évocation du relationnel ou du ressenti en GEP.....	96
 B) BESOIN DE GEP PLUS TÔT DANS LE CURSUS ?		
1	Faut-il faire des GEP "type SASPAS" plus tôt dans le cursus des internes ?	97
1.1	Les raisons pour réaliser ces GEP plus précocement.....	99
1.2	Forme de ces nouveaux GEP	101
2	Autres besoins des internes dans leur formation initiale, ressortant de notre FG ...	106
2.1	Le Besoin de débriefer	106
2.2	Le besoin de formationsur la relation médecin malade et la communication avec le patient	110
 DISCUSSION		
		114
1	Discussion de la méthode	114
1.1	Avantages de la méthode.....	114
1.2	Limites de la méthode	115
1.3	Analyse des biais de l'étude	116
2	Discussion des résultats	118
2.1	Évaluation des GEP par les internes et les MGI	118
2.2	Spécificité du FG des internes et lien FMI/FMC	147
2.3	Désirez-vous des GEP plus tôt ?	151
2.4	Autres besoins des internes évoqués lors du FG	156

CONCLUSION.....	160
BIBLIOGRAPHIE	162
ANNEXES.....	170
ANNEXE 1 à 8	170
ANNEXE 9	184
ANNEXE 10	218
ANNEXE 11	262
ANNEXE 12	300
SERMENT MÉDICAL.....	348

INTRODUCTION

La médecine est une science en perpétuelle évolution. Sur le plan moral, éthique et légal, tous les médecins et notamment les médecins généralistes ont une obligation de Développement Professionnel Continu (DPC). Les principaux objectifs du DPC sont : la formation médicale continue, l'évaluation des pratiques professionnelles et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Les médecins généralistes doivent concilier cette obligation avec leur charge de travail quotidienne, souvent très importante, et parfois éprouvante physiquement et psychologiquement. De nombreux types de formations médicales continues existent, mais sont parfois incomplètes ou en décalage avec les attentes des médecins généralistes. Depuis quelques années, on assiste à un essor des groupes d'échanges de pratique (GEP) entre médecins généralistes, comme les groupes de pairs® ou les groupes qualité, rentrant dans le cadre du DPC. Ces groupes d'échanges ont été étendus récemment aux internes de médecine générale dans l'idée permanente de former des praticiens réflexifs. A la faculté de Médecine de Nantes, des GEP sont réalisés lors du Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS) depuis plusieurs années.

Durant mon SASPAS puis lors de mes remplacements, j'ai participé à des groupes d'échanges, qui m'ont toujours beaucoup apporté. Ce partage d'expériences entre confrères, dans une ambiance conviviale m'a séduit. A travers ce travail de thèse, j'ai voulu évaluer les groupes d'échanges de pratiques, réalisés lors de la formation médicale continue (FMC) et la formation médicale initiale (FMI). Un premier objectif était la détermination des facteurs favorisant la participation des médecins généralistes à ces groupes. Un deuxième objectif était de recueillir le sentiment des internes de médecine générale nantais à propos de ces GEP, et de connaître leurs opinions concernant leur extension aux autres stages de la maquette. Pour mener à bien ce travail, nous avons opté pour la méthode des entretiens collectifs en réalisant 2 focus groups (FG). Le premier réunissait des médecins généralistes installés qui pratiquaient des GEP. Le deuxième était constitué d'internes, ou d'anciens internes de médecine générale de Nantes, ayant réalisé des GEP lors de leur SASPAS.

Dans la première partie de ce travail, nous ferons un rappel sur le fonctionnement des GEP de généralistes et d'internes. Dans la seconde partie, nous présenterons les résultats de nos 2 focus groups, que nous discuterons.

PRÉREQUIS

1 Les Groupes d'échanges de pratiques de médecins généralistes installés

1.1 Historique

Les premiers groupes d'échanges de pratiques sont nés dans les années 80 en Grande Bretagne, et aux Pays Bas en 1982. Les « Peers Groups » hollandais reposaient essentiellement sur la pratique d'audits. Les Groupes de Pairs® (GDP®), ont été créés en 1987 par la Société Française de Médecine Générale (SFMG). Ils avaient pour but de réunir des médecins généralistes afin qu'ils puissent étudier et critiquer leurs pratiques(1). L'Union Nationale des Associations de Formation Médicale et d'Evaluation Continues (UNAFORMEC) a été créée en 1978 et regroupe aujourd'hui 1200 associations locales. Elle propose des formations de DPC et notamment des groupes de pratiques.(2)

1.2 Définitions

De nos jours, il existe de nombreux groupes d'échanges de pratiques différents : les GDP®, de la SFMG, les groupes de pratiques de l'UNAFORMEC (GPU), les Groupes Qualité (GQ) issus d'un partenariat URML/URCAM, les groupes d'échanges et d'analyse de Pratiques (GeaP®) de MG-FORM, les groupes locaux d'analyse des pratiques de la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG) ... Ils ont tous pour finalité d'améliorer les pratiques médicales, à partir d'une réflexion-discussion entre pairs, et d'une analyse de ces pratiques en référence à des données de la science de type Evidence based Medecine (EBM).

La Haute Autorité de Santé (HAS) a défini les critères d'un groupe d'analyse de pratiques entre pairs (ou groupe d'échanges de pratiques).(3) Ce groupe :

- rassemble plusieurs médecins d'une même spécialité (idéalement entre 6 et 10) dans une unité géographique définie

- se réunit à un rythme régulier, de l'ordre de 6 à 10 fois par an
- fonde les analyses de pratiques sur les données référencées (recommandations - EBM avec niveau de preuve) et peut faire appel, le cas échéant, à une expertise scientifique extérieure
- permet à des médecins munis de leurs dossiers, de présenter à tour de rôle les problèmes soulevés lors de la prise en charge des patients
- chaque réunion dure environ 2 à 3 heures

Tous les groupes d'échanges de pratiques ont cette même base. Ils peuvent ensuite se différencier selon leurs modalités de fonctionnement, par exemple :

- Lors du GDP®, les cas sont choisis au hasard : les séances ne sont pas thématiques.
- Lors d'un GQ, le thème est imposé. Le GQ essaie de réunir tous les médecins d'un secteur, qui sont indemnisés.
- Lors d'un GPU, le thème de la séance est choisi (parmi 20), 2 audits cliniques sont réalisés ensuite sur des dossiers ciblés de médecins du groupe.

Nous allons détailler plus précisément le mode de fonctionnement des GDP® et des GQ dans la partie suivante.

1.3 Le groupe de pairs® (1)

Les participants sont volontaires pour adhérer à ces groupes, ils sont libres de choisir le groupe de leur choix. Pour obtenir la labellisation GDP®, le groupe doit respecter les critères de qualité définis par la SFMG (**annexe 1**). Les GDP® reprennent les principes de fonctionnement des GEP décrits par l'HAS en y ajoutant 2 notions : l'absence de hiérarchie entre les pairs, et un climat de confiance favorisant la liberté de parole, dans lequel le GDP® doit se dérouler.

Le déroulement d'une séance est le suivant :

Au début de chaque séance, le groupe désigne un modérateur et un secrétaire. Le modérateur assure le respect du temps de parole de chacun, et veille aux horaires. Le secrétaire rédige pendant la séance le compte rendu de la réunion.

La réunion se déroule ensuite en 3 temps, d'importance égale mais pas nécessairement de même durée :

- 1er temps : Présentation de cas cliniques à tour de rôle

Le cas est choisi de façon aléatoire, selon une méthode définie par le groupe, et commune à tous (ex : la 3e consultation du vendredi précédent). Il est présenté à l'aide d'un modèle puis discuté par le groupe. Si le groupe n'a pas donné de réponse à une question posée lors de la discussion d'un cas, un participant réalise une recherche bibliographique et apporte une réponse argumentée lors de la réunion suivante.

- 2e temps : Parcours et coordination des soins

C'est un temps consacré par les médecins à échanger sur l'offre locale de santé (lien ville – hôpital, correspondants médecins, paramédicaux ...)

- 3e temps : Sujets libres : abord de sujets divers (fonctionnement du cabinet, certificats ...), exposition d'un cas clinique complexe rencontré...

En 2013, la SFMG dénombrait 257 GDP® réunissant 2429 médecins généralistes. Ces groupes étaient répartis dans toutes les régions françaises avec une plus forte présence en Ile de France, Rhône Alpes, PACA et Midi Pyrénées.(1)

1.4 Le groupe Qualité (4,5)

Le support de la mise en œuvre des GQ est un partenariat Assurance Maladie/médecins libéraux (avec contractualisation), se traduisant au niveau régional par un partenariat URCAM/URML (excluant l'industrie pharmaceutique).

Un groupe qualité répond à **4 principes** :

- 10 à 12 médecins participants : des médecins généralistes exerçant dans la même zone géographique. Même si la démarche est basée sur le volontariat, les GQ cherchent à impliquer

tous les médecins généralistes exerçant dans cette zone (canton, tour de gardes, quartier d'une grande ville ...).

- Un médecin animateur par groupe :

Cet intervenant, médecin de terrain de même spécialité, a un rôle de « facilitateur » et n'est, en aucun cas, un expert. Préalablement formé à ce rôle, il accompagne les médecins dans leur démarche réflexive, les incite et les aide à identifier les déterminants de leurs décisions. Il gère la dynamique du groupe en gardant à l'esprit les objectifs de la démarche.

- 6 thèmes choisis par an :

Chaque réunion est dédiée à un thème qui concerne la pratique quotidienne et/ou l'organisation professionnelle. Il doit être facilement évaluable et correspondre aux données actualisées de la science (ex : la prise en charge des patients diabétiques de type II, les prescriptions d'antalgiques et d'anti-inflammatoires ...)

Pour chacun des thèmes traités, une information médicale validée est mise à la disposition des médecins, sous forme de dossiers thématiques constitués d'une compilation d'articles médicaux, de synthèses de la littérature, de synthèses des recommandations cliniques ou de conférences de consensus.

- Un retour d'information

Pour aider les médecins dans l'analyse de leur pratique, chaque trimestre, un profil de prescription, élaboré à partir du système d'information de l'Assurance Maladie, est mis à la disposition des médecins. Pour chaque thème retenu, un ou plusieurs indicateurs sont restitués de manière individuelle et collective, sous couvert d'anonymat. Le profil permet à chaque médecin de comparer sa pratique à celle des confrères de son groupe, à celle des groupes qualité de la région et à celle des médecins de la région qui ne sont pas inscrits dans la démarche (groupe témoin).

Le fonctionnement d'un groupe qualité repose sur l'organisation de 10 réunions par an : 6 staffs et 4 réunions de restitution (rythme mensuel)

Les staffs s'organisent de la façon suivante :

- présentation du résultat des recherches entreprises par les médecins, suite aux questions restées sans réponse au staff précédent
- présentation à tour de rôle d'observations cliniques ou d'ordonnances en rapport avec le thème choisi, puis discussion sur les pratiques et comparaison aux référentiels
- discussion de problèmes professionnels : organisation du travail, nouvelle réglementation.
- synthèse et répartition du travail pour le staff suivant

Les réunions de restitution servent à faire le point sur l'avancement du projet, et à mettre en relief son impact au regard des indicateurs prédéfinis. (Analyse des retours d'information de l'assurance Maladie, impact des mesures entreprises suites aux staffs, mise en commun des questions posées lors des staffs...)

En 2011, 11 ans après le lancement expérimental des GQ en région Bretagne en 2000, 200 groupes qualité, comptant 2 000 médecins généralistes, étaient constitués dans 9 régions françaises (Bretagne, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Centre, Nord-Pas-de-Calais, Pays-de-la-Loire, PACA, Picardie et la Guadeloupe)

Le « projet groupes qualité » a vocation à s'étendre, que ce soit au sein de chaque région engagée ou dans de nouvelles régions de France. Plusieurs d'entre elles sont par ailleurs en réflexion et pourraient rejoindre la démarche très prochainement

Dans la suite de notre travail, les groupes d'analyse de pratique entre pairs définis par l'HAS, ont été nommés groupes d'échanges de pratiques (GEP). Tout au long de notre thèse, le terme de GEP sert donc de terme générique pour définir les groupes d'analyse de pratique au sens large, il ne renvoie pas à un type de groupe précis.

1.5 Tour d'horizon européen (6)

Une étude relativement récente (2003) portait sur le développement des cercles de qualité (CQ) et des groupes d'analyse entre pairs (GAP)(peer review groups) en tant que méthode

améliorant la qualité des soins. Dans cette étude, les CQ et les GAP étaient définis comme des petits groupes de médecins volontaires, se réunissant régulièrement dans le but d'améliorer la qualité des soins dispensés aux patients. Les résultats montraient que les CQ et les GAP étaient très actifs dans 10 pays européens (Pays Bas, Danemark, Belgique, Grande Bretagne, Irlande, Norvège, Suède, Allemagne, Suisse, Autriche). Par exemple, dans les 4 premiers pays cités, 80% des médecins généralistes faisaient partie de cercles de qualité ou de groupes d'analyse entre pairs. En revanche, en France, le nombre de ce type de groupes était très faible.

1.6 Autres types de formations rentrant dans le cadre du DPC (7)

Le DPC a pour objectifs « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé (8)

Les GEP représentent un type de formation rentrant dans le cadre du DPC, la HAS en a validé de nombreux autres :

- Dans un but de perfectionnement de ses connaissances, il existe : des formations présentielles (congrès, séminaires, ateliers ...), des formations à distance (e-learning, supports écrits et numériques...), des formations diplômantes ou certifiantes.
- D'autres formations permettent une analyse des pratiques : la gestion des risques en équipe, l'exercice coordonné protocolé pluriprofessionnel (en réseaux, dans les maisons ou pôles de santé...)/ le suivi d'indicateurs, les audits cliniques/l'analyse des parcours de soins (chemin clinique, patients traceurs) ou l'analyse de parcours professionnel (bilan de compétences)
- il existe également des dispositifs spécifiques comme les programmes d'éducation thérapeutique ou les protocoles de coopération.

2 Les groupes d'échanges de pratiques d'internes de médecine générale (IMG)⁽⁹⁾

2.1 La formation pratique et théorique de l'interne de médecine générale nantais

2.1.1 Généralités

Au niveau national, pour valider son DES, l'IMG doit valider 6 stages :

- quatre stages obligatoires : urgences, médecine adulte polyvalente, gynécologie-pédiatrie et le stage chez le praticien,
- deux stages libres : le SASPAS ou un stage de spécialités (cardiologie, psychiatrie ...) ou un stage validant un DESC (Réanimation, SAMU...) par exemple.

A côté de cette formation pratique, l'IMG recevra à Nantes une formation théorique comportant des cours et des séminaires du Département de Médecine Générale (DMG). Il bénéficiera également d'une initiation à l'approche réflexive de sa pratique avec les Groupes d'Echanges pour une Approche Réflexive (GEAR). Le DMG nantais prône également une auto-évaluation et une auto-formation de l'IMG à travers les Récits de Situations Complexes et Authentiques (RSCA), réflexions pédagogiques à froid que l'IMG doit réaliser.

2.1.2 Le SASPAS

Lors du stage chez le praticien, l'IMG acquière la capacité d'exercer en autonomie. Lors du SASPAS, il va travailler dans des cabinets de médecins généralistes, en autonomie, sur la durée et avec un volume d'activité conséquent pour acquérir les compétences à la pratique professionnelle. Les maîtres d'apprentissage de SASPAS, ont accepté de confier leur patientèle à l'IMG et vont assurer une action pédagogique centrée sur l'évaluation formative et l'acquisition de compétences en situation authentique de médecine générale. L'IMG travaillera 3 journées complètes lors de ce stage, et prendra en charge entre 12 et 24 patients par jour.

Le SASPAS a donc un contenu et des modalités pédagogiques clairement définies : évaluation formative et rétroaction pédagogique. Cette rétroaction pédagogique se fera lors des séances de supervision indirecte et lors des groupes d'échanges de pratiques notamment.

2.1.3 Les groupes d'échanges de pratiques

Les GEP sont organisés régulièrement pendant le SASPAS à partir de situations authentiques rencontrées par les internes. Ces séances regroupent l'ensemble des IMG en SASPAS et certains maîtres de stage universitaires (MSU). Les IMG sont répartis en petits groupes de 8 à 10 internes, chaque groupe étant encadré par un MSU. Les GEP ont lieu de façon mensuelle pendant le semestre, avec une première réunion de présentation. Le fonctionnement du GEP est calqué sur celui d'un GDP® :

- un animateur et un secrétaire de séance sont désignés à chaque début de groupe,
- émargement des internes
- les internes et le MSU se sont mis d'accord lors de la séance précédente pour apporter la même consultation (ex : la 3^e de la journée),
- le premier temps est consacré à l'exposition des cas cliniques et à leur discussion, le deuxième, au parcours et à la coordination des soins et le troisième à des thèmes libres
- l'absence de hiérarchie au sein du groupe est une notion importante, énoncée dès la réunion de présentation.
- Lors de la discussion, si un consensus ne s'est pas dégagé à propos d'une question, un des internes est chargé de réaliser une recherche bibliographique pour la séance suivante.
- le secrétaire fait un résumé des cas cliniques et note les questions de recherche pendant la séance. Il réalise un compte rendu de séance qui est adressé par mail aux membres du groupe, avant la séance suivante.
- chaque interne ayant effectué une recherche doit la faire parvenir aux autres membres du groupe avant la séance suivante.

2.1.4 Tour d'horizon français des GEP d'internes

En 2004, les groupes d'échanges de pratiques lors du SASPAS étaient adoptés par 75% des UFR(10). Nous pouvons citer :

- les ateliers d'échanges de pratiques de Toulouse(11)
- les groupes d'échanges de pratiques tutorés de Montpellier(12)
- les groupes d'échanges de pratiques de Paris Descartes(13), de Saint Etienne et de Lyon
- les groupes d'acquisitions de connaissances de Grenoble

Le mode de fonctionnement de la plupart de ces groupes est récapitulé dans **l'annexe 2**(13)

Pour la plupart, ils :

- ont lieu, soit lors des stages chez le praticien niveau 1 et 2 (SASPAS), soit lors de tout le DES ;
- sont obligatoires,
- sont organisés en petits groupes et leur durée est de 2H en moyenne
- ne sont pas thématiques, et le choix du cas présenté, est laissé libre à l'interne
- l'animateur peut être un enseignant ou un interne.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1 La méthode du Focus group

1.1 Principes(14,15)

La méthode du focus group est une méthode qualitative de recueil des données. Il s'agit d'une technique d'entretien de groupe, un « groupe d'expression » semi structuré, modéré par un animateur neutre en présence d'un observateur, qui a pour but de collecter des informations sur un nombre limité de questions définies à l'avance.

Il est issu d'une technique marketing de l'après-guerre aux États-Unis qui permettait de recueillir les attentes des consommateurs et de rendre ainsi un produit plus attractif. Il s'inspire des techniques de dynamique de groupe utilisées par C. Rogers, chef de file du courant de la psychologie humaniste. Cette technique a été récupérée dans les années 1980 par la recherche universitaire dans des domaines divers (éducation, santé publique, environnement, sciences sociales). Elle est très utilisée dans les pays anglo-saxons, dans les travaux de recherche en soins primaires, pour le recueil qualitatif d'informations et d'opinions sur des thèmes variés.

Cette technique d'entretien repose donc sur la dynamique de groupe, elle permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion. Les échanges favorisent l'émergence de connaissances, d'opinions et d'expériences comme une réaction en chaîne grâce à la réunion de personnalités diverses favorisant l'expression et la discussion d'opinions controversées. Chaque participant défend ses priorités, ses préférences, ses valeurs (aspects socioculturels, normes de groupe) et son vécu. La discussion permet de préciser et de clarifier les pensées. L'expression sans tabou de certains peut lever les inhibitions des autres. L'expérience commune partagée peut entraîner des solidarités. Le collectif peut donner plus de poids aux critiques que dans des entretiens individuels.

Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements. Elle sert aussi à tester ou à faire émerger de nouvelles idées inattendues pour le chercheur.

1.2 Déroulement du focus group

Le focus group (FG) réunit autour d'une table des participants, tous volontaires, en nombre suffisant pour obtenir une diversité de points de vue et générer une dynamique de groupe satisfaisante (6 à 8 participants en moyenne). Les participants ont des caractéristiques communes et homogènes en lien avec le thème abordé. Leur sélection vise à explorer la plus grande diversité possible de témoignages, afin de panacher les opinions pour faire émerger tous les points de vue sur le sujet. Ils ne se connaissent de préférence pas entre eux, ils ne connaissent pas en détail le thème de la réunion et ceci pour éviter qu'ils se documentent au préalable, car on cherche avant tout à explorer les réactions spontanées et les expériences personnelles des participants.

Le nombre de groupes à organiser est déterminé par l'obtention de la « saturation d'idées ». Elle est définie comme le moment où il n'y a pas d'émergence de nouvelles idées majeures dans les groupes, et n'est donc pas connue d'avance.

Le guide d'entretien semi structuré permet de définir précisément le déroulement de la séance. Il permet d'articuler de façon organisée les différentes questions du débat tout en respectant le temps imparti.

Lors du FG, un modérateur est chargé d'animer le groupe. Il présente le fonctionnement du FG en début de séance, puis il pose les questions en suivant pas à pas le guide d'entretien lors de la séance. Son objectif est de faire émerger les différents points de vue sur le thème abordé. Il s'assure que tous les participants expriment leurs idées, Il peut être amené à recentrer le débat si besoin ou faire préciser certaines réponses.

Il guide donc les discussions et assure leur fluidité. Il doit savoir stimuler le groupe. Le modérateur connaît le sujet mais doit garder une attitude la plus neutre possible.

Le rôle de l'observateur est différent. Il accueille les participants et participe à la création d'une ambiance chaleureuse. Il gère le matériel d'enregistrement audio ou vidéo des séances.

Il connaît la thématique de la séance mais il doit rester neutre et ne pas intervenir dans les discussions. Il est également chargé de noter les aspects non verbaux et relationnels qui apparaissent lors des réunions, ayant autant de significations que les échanges vocaux pour l'analyse du FG.

Le lieu du FG doit être neutre, agréable et convivial afin de favoriser une atmosphère détendue. En début de séance, il est demandé aux participants leur accord pour la retranscription de leur propos, pour l'analyse ultérieure et l'utilisation des données à des fins scientifiques. Le respect de l'anonymat et de toutes les opinions est obligatoire et ceci est annoncé en début de séance.

Chaque question est abordée en moyenne pendant 15 minutes et la séance dure environ 2 heures. Une synthèse peut être réalisée en fin de groupe pour vérifier l'accord des participants avec ce qui a été retenu.

2 Nos Focus groups

2.1 Le Focus group des médecins généralistes installés (MGI)

L'objectif de ce FG était l'évaluation des GEP lors de la Formation Médicale Continue (FMC) et plus précisément la détermination des facteurs favorisant la participation des médecins généralistes à ces groupes.

2.1.1 Le guide d'entretien

Nous avons établi un guide d'entretien avec 3 questions simples, ouvertes et neutres afin de favoriser la discussion et de ne pas orienter les réponses. Il a servi de trame pour l'animation du FG par le modérateur.

L'intégralité du guide d'entretien contenant les questions de relance est située en **annexe 3**.

Les questions du FG étaient les suivantes :

Question n°1 : Pouvez-vous décrire le mode de fonctionnement de votre groupe d'échanges de pratiques puis expliquer ce qui vous a poussé à participer pour la première fois à un groupe d'échanges de pratiques ?

Question n°2 : Quels sont les points positifs et négatifs que vous retenir des groupes d'échanges de pratiques ? Que souhaiteriez-vous modifier ?

Question n°3 : Que vous apportent les groupes d'échanges de pratique dans votre pratique quotidienne ?

2.1.2 Les acteurs

2.1.2.1 Les participants

Afin d'obtenir une variété de points de vue sur le sujet et avoir une dynamique de groupe satisfaisante, nous souhaitons obtenir 8 participants.

La phase de recrutement a débuté vers la mi-décembre 2013. Pour panacher les opinions sur les groupes d'échanges de pratiques, nous avons essayé de constituer un échantillonnage de médecins participant à des groupes de type différent : GDP® de la SFMG, groupes qualité, groupes de pratiques de l'UNAFORMEC, groupe d'échanges de pratiques du collège des hautes études en médecine générale (CHEMG), groupes locaux d'échanges de pratiques (GLEP) de FMC action ou les groupes locaux d'analyse de pratique de la SFTG.

Nous avons donc contacté ces différents organismes par mails, en expliquant notre démarche, afin d'obtenir la liste des participants ou au moins les coordonnées des médecins référents de ces groupes. Nous avons également écrit au conseil de l'ordre des médecins de Loire Atlantique et à l'URML des Pays de la Loire, pour savoir s'ils avaient connaissance de la tenue de groupes d'échanges de pratiques dans la région.

Nous nous sommes heurtés à un refus de la part de la SFMG de nous donner des informations sur les GDP® en Loire Atlantique, car notre directeur de thèse n'appartenait pas à cette

société, et afin de garantir l'anonymat de leurs adhérents. Un des membres de FMC action nous a indiqué que leurs adhérents n'avaient pas le temps pour participer à ce genre d'études. Le CHEMG n'avait pas connaissance de groupes d'échanges de pratiques dans la région. D'autres organismes n'ont pas répondu.

Devant ces difficultés pour constituer le groupe, nous avons utilisé notre réseau (ancien maître de stage, médecins remplacés ...) et celui du DMG de Nantes pour avoir connaissance de médecins participant à des GEP. Grâce à ce réseau et à ses ramifications, nous avons pu obtenir un nombre suffisant de coordonnées de participants potentiels.

Un mail leur a été envoyé présentant uniquement le thème du FG : « les groupes d'échanges de pratiques » sans préciser davantage, les principes du FG y étaient succinctement expliqués ainsi que le lieu, la date et l'heure de la séance.

Finalement 8 médecins se sont portés volontaires pour participer au FG.

Nous avons appelé les médecins quelques jours avant la séance afin de leur rappeler l'horaire et le lieu exact de la réunion.

Le jour du FG, les 8 médecins ayant donné leur accord étaient présents.

Les caractéristiques des médecins participants sont résumées dans le tableau situé à la page suivante.

Caractéristiques des médecins du FG

	Sexe	Âge	Date d'installation	Milieu d'exercice	Type d'exercice	Lieu d'exercice	Type de GEP pratiqués
M1	H	63	1985	Semi urbain	Maison médicale	Clisson	GQ depuis 2008
M2	F	29	04/2014	Semi-rural et rural	Cabinet de groupe	Corcoue sur Logne	GEP depuis 2011
M3	H	46	1997	rural	Cabinet de groupe	Héric	GEP avec groupe de FMC locale depuis 2011
M4	H	44	1997	rural	Cabinet de groupe	Mauves sur Loire	GQ depuis 2013
M5	H	30	2012	Semi rural	Cabinet de groupe	Blain	GEP depuis 2011
M6	H	69	1975	rural	Cabinet de groupe	Sait Père en Retz	GQ depuis 2009
M7	F	61	1986	urbain	Cabinet de groupe	Saint Sébastien Sur Loire	GEP depuis 1996 au moins
M8	H	53	2012	rural	Cabinet de groupe	Sallertaine	GEP depuis 2012

Informations complémentaires/ particularités

M2	Remplaçant depuis 2011, elle était à 2 mois de son installation lors du FG
M3	Participation à des GEP avec les internes en SASPAS depuis 2009
M4	Fonction de coordinateur en maison de retraite en activité annexe
M7	Modification du fonctionnement de ses GEP au cours de ses 18 ans de réunions
M8	Travaille en mi-temps recherche et mi-temps libéral (ancien chercheur à plein temps)

2.1.2.2 Le modérateur et l'observateur dans les 2 Focus groups

Le modérateur lors des 2 FG était le Professeur Jacqueline LACAILLE, membre du DMG de la faculté de médecine de Nantes. Elle est également notre directrice de thèse.

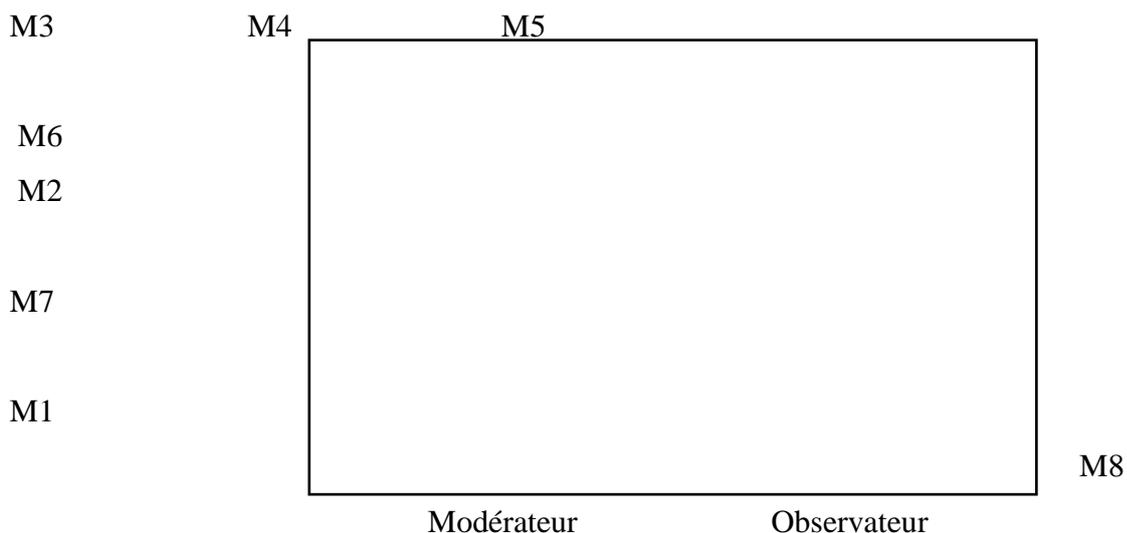
J'ai occupé la fonction d'observateur durant les 2 FG.

2.1.3 Déroulement de la séance

Le FG a eu lieu le 13/02/2014 à 14H00 dans une salle de cours au 5e étage de la faculté de Médecine de Nantes. La salle était bien isolée, ce qui a permis un enregistrement de qualité.

Les participants sont tous arrivés à l'heure et se sont assis de façon aléatoire sur les tables disposés en « U » pour l'occasion, permettant de favoriser le contact visuel, l'échange et donc la dynamique de groupe. Pour des raisons d'anonymat, les médecins ont été désignés de M1 à M8 durant le FG.

Le placement des différents acteurs lors du FG était le suivant :



Les participants ont été accueillis dans la bonne humeur et ils disposaient d'un rafraîchissement à leur table. J'ai tout d'abord remercié les participants d'avoir accepté de

participer au FG puis je leur ai brièvement présenté la problématique de mon travail de thèse. Le modérateur a ensuite demandé aux participants de couper leurs téléphones portables et d'éviter les bruits parasites lors du FG afin de faciliter le travail de retranscription de l'enregistrement par la suite. Dans la même optique le modérateur a rappelé les modalités de prise de parole lors de la séance. La séance a débuté par un tour de table où chacun a pu se présenter professionnellement puis le FG a débuté avec la 1ere question.

Pour chacune des 3 questions, un tour de table était réalisé : tous les participants ont donc pu systématiquement donner leur avis. Le premier médecin à qui la parole était donnée, était différent à chaque question (M1 puis M4 puis M7) afin que ce ne soit pas toujours les mêmes médecins qui amorcent la discussion. Après chaque tour de table, l'ordre de prise de parole devenait aléatoire : le modérateur donnait la parole au médecin qui levait la main. Les participants pouvaient donc compléter leurs réponses ou rebondir sur les propos des autres. Assez rarement, le modérateur a dû demander aux médecins une reformulation. Après chacune des questions, si la discussion semblait close, le modérateur demandait systématiquement si un des participants souhaitait rajouter un élément. Après un temps de réflexion, si personne ne se manifestait, le modérateur proposait une question de relance ou passait à la question suivante selon le guide d'entretien.

Le temps de discussion a été au total de 1H30. La première question a duré 30 minutes, la seconde 47 minutes et la troisième 13 minutes. Cette dernière a été plus courte puisque certains éléments de réponses avaient déjà pu être donnés dans les questions précédentes.

Après le FG, la séance s'est terminée par un temps informel, autour d'une collation, dans la bonne humeur, où il y a eu des échanges plus ou moins en rapport avec le sujet.

Avant de partir, les participants ont été remerciés une dernière fois de leur participation à ce travail de thèse, et il a été convenu qu'ils recevraient chacun un exemplaire de celui-ci.

2.2 Le Focus group des internes

Le but de l'étude était de recueillir l'opinion des internes sur les GEP auxquels ils avaient participé lors de leurs stages en SASPAS. Nous avons aussi cherché à savoir, si les internes seraient intéressés par le fait de réaliser des GEP plus tôt dans leur cursus.

2.2.1 Le guide d'entretien

Les 3 questions du guide d'entretien étaient les suivantes :

Question 1 : Quels sont les points positifs ou négatifs que vous retenir de ces groupes d'échanges de pratiques ? Que souhaiteriez-vous modifier ?

Question 2 : Quels ont été les apports de ces GEP sur votre pratique quotidienne ? Les GEP durant le SASPAS vont-ils donner envie de poursuivre cette démarche dans votre exercice futur ?

Question 3 : Seriez-vous intéressés par des groupes d'échanges entre internes pendant le stage praticien et les autres stages hospitaliers, et sous quelle forme ?

Le guide d'entretien complet avec les questions de relance est situé en **annexe 4**

2.2.2 Les acteurs du Focus group

- Le modérateur ainsi que l'observateur ont été les mêmes que lors du FG des MGI.
- Toujours pour des raisons de dynamique de groupe, nous cherchions à obtenir 8 internes ou anciens internes ayant réalisé des GEP durant leur SASPAS. Nous avons contacté en premier lieu le syndicat des internes de médecine générale de l'ouest (SIMGO) afin d'obtenir les coordonnées des internes correspondants à nos critères. Malheureusement, pour des raisons de confidentialité, le SIMGO ne pouvait pas nous fournir ces données. Nous avons donc dû demander au DMG de Nantes de nous fournir le nom des internes étant passés en SASPAS les 4 dernières années. Avec de très grandes difficultés pour obtenir ensuite, les coordonnées de ces différents internes (utilisation de notre répertoire et de celui des internes, travail de proche en proche ...), nous avons finalement pu joindre, soit par téléphone, soit par

mails, quasiment tous les internes correspondant aux critères afin de leur proposer la participation à notre FG.

Comme pour le recrutement des MGI, il était uniquement spécifié aux anciens internes, lors de nos correspondances, le type d'enquête que nous souhaitions faire, le thème général du FG ainsi que la date, le lieu et l'horaire de la séance.

Toujours dans le but de panacher les opinions, nous avons essayé de réunir des internes de différentes promotions pour avoir une vision plus globale de ces GEP d'internes.

Finalement, à la fin de cette phase de recrutement d'une durée d'un mois et demi (mi-décembre à fin Janvier 2014), nous obtenions l'accord de 8 anciens internes tous volontaires pour participer à notre FG.

Nous avons rappelé les participants une semaine avant le FG pour leur confirmer le lieu exact de la séance et les modalités d'accès à la salle.

Le jour du FG, les 8 participants étaient présents. Ils ont été identifiés de M1 à M8 durant le FG.

Les renseignements les concernant sont résumés dans le tableau situé à la page suivante.

Caractéristiques des IMG de notre FG

	Sexe	Âge	Semestre où le SASPAS a été réalisé	Date des GEP	Mode d'exercice actuel
M1	femme	29	6 ^e semestre	Nov 2012 à Mai 2013	Remplaçante en cabinet de groupe, et en exercice solitaire.
M2	homme	29	6 ^e semestre	Mai à Nov 2011	Remplaçant, sera installé en 03/2014
M3	femme	30	6 ^e semestre	Mai à Nov 2011	Remplaçante en cabinet de groupe urbain
M4	femme	30	5 ^e semestre	Nov 2010 à Mai 2011	Remplaçante fixe dans 2 cabinets de groupe en semi rural
M5	femme	28	5 ^e semestre	Nov 2012 à Mai 2013	Dernier semestre en pédiatrie à la Roche sur Yon
M6	femme	28	6 ^e semestre	Mai à Nov 2013	remplaçante
M7	femme	29	6 ^e semestre	Nov 2012 à Mai 2013	remplaçante
M8	femme	29	6 ^e semestre	Nov 2012 à Mai 2013	Collaboration dans un cabinet de groupe

Il y avait donc 7 femmes et un seul homme. Les 3/4 des internes avaient réalisé leurs SASPAS en dernier semestre. Ils étaient tous remplaçants au moment du FG sauf M5 qui effectuait son dernier stage en pédiatrie.

Nous avons pu réunir des internes ayant fait leur GEP à 4 périodes différentes.

Seuls M4 et M6 avaient effectué un stage en psychiatrie.

Aucun participant n'avait effectué de DESC.

Pour des raisons de compréhension, nous nommerons ce FG : Focus group des internes.

Les participants, bien que remplaçants pour la plupart, seront nommés « internes ».

2.2.3 Le déroulement de la séance

La séance a eu lieu le 20/02/14 à 14H00 dans la même salle de cours que le FG des MGI.

Tous les internes sont arrivés à l'heure et se sont placés de manière aléatoire autour des tables. Toute l'organisation de la séance : disposition des tables, positionnement de M1 à M8 autour des tables, explication du travail de thèse par l'observateur, présentation du déroulement du FG et animation de la séance par le modérateur se sont déroulés de façon identique au premier FG.

Le modérateur, en début de séance, a réexpliqué le fonctionnement et les principes des GEP qui avaient lieu en SASPAS, pour bien resituer le sujet.

La durée totale du FG aura été de 1H40. La première question a duré 38 minutes, la deuxième 16 minutes et la troisième 40 minutes.

De façon similaire au FG des MGI, la séance s'est terminée par un temps informel autour d'une collation puis les internes ont été remerciés une dernière fois de leur participation avant de partir.

3 Méthodes d'analyse(14)

- La phase de collecte

Il s'agit de transcrire ce qui a été dit, immédiatement après la séance. Les commentaires du modérateur sont identifiés. Les paroles de chaque intervenant, retranscrites mot à mot, doivent être bien individualisées de même que tous les aspects non verbaux.

La transcription des paroles des participants se nomme le verbatim.

Certaines conventions ont été utilisées pour ce travail :

(.) signifie une pause courte

... signale une omission ou quelque chose d'inaudible

{ } sera utilisé pour préciser la communication non verbale (attitude, gestes...)

Les mots prononcés avec insistance sont soulignés.

Ce travail aura duré 20H en moyenne pour chaque FG.

- La phase d'analyse proprement dite

L'analyse doit être reproductible : quelle que soit la personne qui la fait, les conclusions doivent être les mêmes. L'analyse porte aussi bien sur le verbal que le non verbal et l'émotionnel. Elle doit se faire sans a priori et rester focalisée sur le thème et les questions clés.

L'analyse dite de « la table longue » est utilisée : le principe de base consiste à analyser les transcriptions de paroles des participants (verbatim) qui sont découpées, classées, comparées et confrontées. Tous ces verbatims sont étiquetés en fonction de l'idée ou du sous-thème qui peut les résumer (« occurrence »). Les occurrences peuvent être regroupées en grand thème ou grand concept (« dimension »).

Cette phase de codage permet d'éliminer les « hors sujet », et de pondérer les résultats en notant leur fréquence s'il y a répétition de certains thèmes, ou de souligner le non-verbal et l'émotionnel qui y est associé.

Ce travail a été réalisé grâce au logiciel Microsoft Word ® 2010

RÉSULTATS

RÉSULTATS DU FG DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES INSTALLÉS

-Transcription du verbatim

Il s'agit de la transcription intégrale de l'enregistrement audio de l'entretien. Par respect de la confidentialité, tous les intervenants sont identifiés par des codes (de M1 à M8) qui apparaissent avant chacune des prises de parole. Le modérateur est désigné par la lettre A.

Les questions du guide d'entretien apparaissent en gras afin de mieux repérer le déroulement de la séance.

L'enregistrement a été de bonne qualité, ce qui a facilité la retranscription.

Cette transcription se situe en **annexe 9**.

- Découpage du verbatim en unités d'analyse

Ce travail permet de séparer les phrases, expression ou mots qui représentent une seule et même idée. Toutes les unités de signification (US) sont ainsi numérotées de 1 à 575. Les propos du modérateur ont été inclus.

Ce découpage en unités de signification se situe en **annexe 10**.

- Liste des catégories d'analyse

L'analyse des résultats a fait émerger plusieurs catégories d'analyse :

- Le mode de fonctionnement des GEP de chacun des participants
- le mode d'entrée des médecins dans cette formation
- Les besoins du groupe pour exister
- les points positifs des GEP

- les limites des GEP et les améliorations évoquées par les participants
- l'appréciation globale des GEP au regard des autres formations.

Ces catégories correspondaient en partie aux questions qui ont été posées durant le FG par l'intermédiaire du guide d'entretien.

Lors de notre travail de découpage de Verbatim, nous avons mis en évidence des « sous catégories d'analyse ». Elles correspondent à des sous chapitres permettant donc une analyse plus fine du verbatim.

- Application des catégories aux unités d'analyse

Nous avons remplacé par « ... » des séquences d'US qui n'ont pas été recopiées entièrement.

Application des catégories aux unités d'analyse

1 MODE DE FONCTIONNEMENT DES GEP DES PARTICIPANTS

Le groupe de M2 et M5 (groupe identique) ainsi que les groupes de M3 et de M8 avaient un fonctionnement similaire. Le mode de fonctionnement de ces différents GEP est détaillé dans le tableau situé à la page suivante.

GEP de M2, M3, M5 et M8

	M2 et M5	M3	M8
Type de groupe	Groupe d'échanges de pratiques		
Nombre de participants		de 6 à 8 (jusqu'à 10)	6
Qualité des participants	Plutôt des jeunes médecins		- 5 femmes/1 homme - de 3 cabinets différents, en zone médicale déficitaire
Fréquence	1/mois (mardi)	Tous les 2 mois	1/mois
Animateur	Oui changeant à chaque réunion		Oui changeant à chaque réunion
Secrétaire	Oui changeant à chaque fois car rôle lourd		
Mode de fonctionnement du GEP	1) exposition d'un cas clinique (par chacun des membres) puis discussion autour de celui-ci , avec possibilité de recherches ultérieures si besoin. 2) exposition du résultat des recherches de la séance précédente 3) divers : échanges sur les correspondants ou discussion autour de situations cliniques complexes par exemple		
Quand fait-on une recherche ?		au moindre doute ou si une personne n'est pas d'accord sur l'information	si des questions se posent après la discussion (1 personne chargée d'une question, pas de limitations du nombre de questions)
Choix de la consultation	Consultation prise au hasard, fixée à la séance précédente (ex : 4 ^e consultation de la journée)		
Turn-over/ extension du groupe	Turn-over important car mailing liste de participants très ouverte		groupe ouvert aux internes, extension difficile car groupe constitué par affinités
Nombre limite de participants ?	< 3 : groupe annulé > 8 : 2 groupes sont faits		

M1, M4 et M6 étaient dans des groupes différents, mais ils réalisaient tous des Groupes Qualité (GQ). Le tableau suivant récapitule les modalités de fonctionnement de chacun de ces groupes.

Groupes Qualité de M1, M4 et M6

	M1	M4	M6
Nombre de participants	10		
Qualité des participants	- Médecins du pôle santé et des cabinets avoisinants		
Fréquence	1/mois	1/mois	10 réunions/an
Animateur	- Oui, formé , se rencontrant 3 fois par an pour échanger sur le fonctionnement de leur groupe		
Secrétaire		- Oui , changeant à chaque séance	
Mode de fonctionnement	<ul style="list-style-type: none"> - cadre organisationnel inter-régional : 9 régions engagées - 10 réunions/an : 6 avec un thème imposé (ex : HTA du sujet âgé) et 4 thèmes libres. - 1 thème sur les retours de pratiques car GQ en cheville avec la CPAM - dossier documentaire à lire sur le thème avant la séance. - chaque participant ramène une consultation qui a posé problème en rapport avec le thème de la séance et l'expose au groupe. - discussion entre confrères sur les cas présentés et vérification de la conformité des réponses par rapport aux pratiques actuelles validées 		
Choix du thème	par les animateurs		
Dossier documentaire	<ul style="list-style-type: none"> - élaboré par le coordinateur des GQ, aidé par les confrères volontaires - C'est un dossier pédagogique = support contenant la problématique, les grands messages et les sources documentaires sur le thème. - regard critique des participants sur ce dossier ensuite 		

Quand fait-on une recherche ?		- Si interrogations sur des prises en charge	- sur des questions restées sans réponses (1 ou 2 participants chargés de la recherche, qui sera abordée à la réunion suivante)
Engagement des médecins	Oui , engagement individuel à participer aux 10 réunions annuelles et convention de partenariat signée		
Indemnisation des séances	Oui		
Nombre limite de participants nécessaire au bon fonctionnement du groupe ?	10 à 12, car ensuite problèmes de places et de temps de parole		- idéal entre 8 et 12 - trop peu : groupe pas assez productif - trop nombreux : ce n'est plus un GEP, cela relève d'une autre animation - mais pas de barrière stricte

Le mode de fonctionnement du groupe de M7 est décrit ci-dessous :

Groupe de M7

	M7
Choix de la consultation	- thème prédéfini comme dans les GQ mais choisi par les participants eux-mêmes
Nombre de participants	8 à 10
Fréquence	1/mois
Origine de formation du groupe	- volonté de travailler à partir de leur propres besoins de formations = difficultés rencontrées dans la pratique
Mode de fonctionnement du groupe	<p>→ <u>Avant la réunion</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - relevé d'incidents définissant des besoins de formation (=problèmes rencontrés dans les 2 mois précédents) - établissement d'un programme thématisé - recherche bibliographique sur chaque thème par un des participants <p>→ <u>Pendant la réunion</u> : comparer les pratiques aux données scientifiques validées</p> <p><u>Objectif</u> : Avoir une conduite pratique commune, avec des outils, s'il en existe sur le thème étudié</p> <p>→ <u>A posteriori</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - rétroaction : reprise d'un thème antérieur et vérification de la pertinence des outils mis en œuvre (=mini audits, non systématiques car chronophage)

Tableau récapitulatif des principales différences entre les 3 types de GEP

	Groupe M2, M3, M5 et M8	Groupe M1, M4 et M6	Groupe M7
Type de groupe	Groupe d'échanges de pratiques	Groupe qualité	Groupe d'échanges de pratiques
Travail de préparation de séance	Non	Oui , dossier documentaire à lire	Oui , recherche bibliographique sur le thème
Consultations au hasard ou thème imposé ?	Consultations prises au hasard, pas de thèmes	6 thèmes imposés et 4 thèmes libres	Thème prédéfini avant la séance
Qui choisit le thème ? comment ?	-	Thème choisi par le coordonnateur des GQ	Thème choisi par les participants eux-mêmes en fonction de leur propre besoin de formation
Cadre de fonctionnement particulier	Non	- Cadre interrégional - fonctionne avec la CPAM	Non
Convention de partenariat signée	Non	Oui	Non
Formation de l'animateur	Non	Oui	Non
Temps dédié à l'échange de réseau ou abord de situations complexes ?	Oui	Non	Non
Rétroaction sur la pertinence des outils mis en œuvre	Non	Non	Oui
Rémunération	Non	Oui	Non

2 MODE D'ENTRÉE DES MÉDECINS DANS LES GEP

2.1 Connaissances sur les GEP avant d'y participer

- Certains connaissaient uniquement les GEP type groupe de pairs et n'avaient pas entendu parler des GQ (US 36, 70,71)

36 M3 : moi je vais commencer par poser une question, je ne sais pas ce que c'est qu'un groupe qualité en fait, vous êtes tous dans des groupes qualité alors que moi je suis dans un groupe d'échanges de pratiques, je vois à peu près la différence avec un groupe de pairs qui est une marque déposée, mais groupe qualité je ne vois pas trop (.)

2.2 Comment avez-vous commencé ?

- Grâce au compagnonnage: durant l'internat ou les remplacements (US 27, 28,94, 158)

94 Ça devait être quand j'étais en formation en tant qu'interne, avec les médecins que j'ai suivis en stage qui avaient fait cela.

27 ... La première fois que j'ai dû assister à un groupe d'échanges de pratiques, c'était quand j'étais remplaçante, donc j'ai été un petit peu enrôlée par mon praticien.

- En tant que MSU dans les GEP d'internes en SASPAS (US 39)

- Entrée dans les GQ par hasard

73,74 Il y avait un groupe qualité en croisant un médecin par hasard et en en discutant, et qui m'a dit : ben écoute moi je fais partie d'un groupe qualité, viens donc, on en a un qui est parti à la retraite ... Viens voir. Et donc voilà je suis allé comme cela.

2.3 Motivations initiales ?

→La recherche d'une méthode utile et adaptée à la médecine générale :

- besoin de travailler sur les difficultés rencontrées dans la pratique quotidienne

135,136 *on s'est donc réuni pour essayer de définir des besoins de formation, c'est-à-dire qu'avant la réunion, on faisait un relevé d'incident : ce qui nous avait posé problème dans les mois ou les 2 mois précédents.*

- besoin de partage plus approfondi avec ses associés

11,12 *c'est essentiellement le fait de se retrouver avec les collègues, travailler ensemble toute la journée, toute l'année, c'était quand même intéressant d'avoir un partage un peu plus approfondi.*

- Lemanque de temps libre en MG > besoin de formation apportant un « bénéfice immédiat »

243, 244,245 *J'ai commencé à monter ce groupe avec des médecins de ma génération parce que j'avais de moins en moins de temps à moi et que les soirées de formation, fallait qu'elles soient utiles professionnellement. Donc je voulais quand je me formais en tirer « un bénéfice immédiat »*

→ L'envie de poursuivre une 1ere expérience positive dans les GEP

37,38 *je pense que je suis venu à cela de par mon activité au sein du DMG, on a du parler de ça et puis euh ... donc c'est un mode de formation qui en théorie m'intéressait déjà*

→ La recherche d'un mode de FMC différent

- besoin de sortir de l'hôpital et de se dégager des experts

246, 247, 248,249 *J'avais fait partie de groupes, je pense que c'est dans la suite directe de mon engagement dans la formation. Pour la première chose, cela a été des formations hospitalières, puis ce besoin de se sortir de l'hôpital avec ces associations de formation mais qui faisaient appel à des experts.*

- Un participant était séduit par le cadre interrégional des GQ

99 *Moi ce qui m'a séduit dans le groupe qualité, c'est un groupe d'échanges de pratique pas tout à fait comme les autres puisque on est dans un cadre organisationnel interrégional puisqu'il y a 9 régions engagées sur la France.*

2.4 Appréciation initiale

Plusieurs médecins ont été satisfaits voire très satisfaits de leur première participation à ces GEP (GEP classiques ou GQ) (US 29, 40,75, 78)

29 a M2 Et je trouvais cela très intéressant ; 75 Ça m'a intéressé (GQ)

3 BESOIN DU GROUPE POUR EXISTER

3.1 Conditions nécessaires au bon fonctionnement du groupe

➤ **Prérequis en amont de la séance**

- La motivation des participants(238, 239, 511A)

238 239, Les points négatifs ... ce n'est pas toujours facile de se libérer une fois par mois et de s'engager dans ce type de démarche. Je crois qu'il faut vraiment des gens motivés.

- Leur engagement

269, 270,271 C'est ce qui fait que nous on a limité le groupe, mais, à un moment le groupe s'était un petit peu élargi avec des gens qui venaient puis qui venaient pas et ça posait problème parce qu'on s'est retrouvé quelques fois à 3 ou 4 et là on peut pas bien fonctionner à 3 , 4. Donc les gens qui viennent dans le groupe, ils s'engagent à être là à chaque séance.

- La proximité géographique des lieux d'exercice, favorisait la liberté d'expression selon un des participants des GQ.

227,228 *C'est la liberté d'expression favorisée par la proximité des uns et des autres, le caractère territorial, ça c'est important.*

- **La fréquentation des participants en dehors des GEP n'était pas nécessaire à son bon fonctionnement**, selon un participant.(US 266)

- **Une souplesse d'organisation (date des GEP) permettant de réunir un groupe au complet, productif** (US 272)

➤ **Pendant la séance**

- **L'acceptation par tous du regard des autres** : un des médecins mettait en avant ce point très important des GEP

279 280 *Moi, le gros point positif que je vois dans tout cela, c'est tout le monde a en commun l'acceptation du regard de l'autre sur ce qu'on fait et je trouve que c'est important et c'est pas si évident que cela dans l'exercice.*

- **Accepter de dévoiler ses difficultés au groupe**

201, 202, *ce n'est pas facile de dire, euh surtout qu'on est censé exposer quelque chose sur lequel on était en difficulté, enfin c'était un peu le principe de départ, euh si c'est pour dire qu'on a tout bien fait et qu'on n'a pas de problèmes c'était bon, moins intéressant. Euh, donc ça j'ai trouvé vraiment cela intéressant.*

- **Le respect et la confiance entre les participants** (US 267, 268)

- **La liberté d'échanges, devant parfois s'apprendre pour certains** (US 199,200)

- **L'autorégulation du groupe**

- sur la pertinence des recherches

354 *Mais c'est le groupe qui recadre, le groupe après qui s'auto régule qui va dire : « ben écoute, oui c'est gentil mais enfin ton expert là, il tient cela, il a quel niveau de preuves ? »*

- pour éviter l'émergence d'un leader

343 mais il y a une certaine auto régulation dans le groupe y compris quand quelqu'un assène sa vérité et que les autres lui disent : « ben attends t'as pas plus la vérité que les autres ». Il existe une espèce d'auto régulation qui se crée dans le groupe.

3.2 Besoins du groupe pour perdurer (facteurs de pérennité du groupe)

Un des participants parlait **de difficultés sur la distance, dans la durée pour les GQ** (US 313,514 B)

514 B on peut comprendre qu'au bout de quelques années, on ait envie de faire autre chose.

Certains participants rebondissaient sur cet aspect et proposaient des pistes pour que le groupe puisse perdurer :

→ **Renouvellement du groupe : apporter du sang neuf, de nouveaux regards** (US 316, 514, 552, 554, 555)

518 y a des gens qui partent, moi ce qui m'intéresse énormément, c'est qu'au niveau des groupes qualités, tous les gens qui partent à la retraite, leur successeur ou leur remplaçant intègre le groupe qualité.

- **en l'ouvrant par exemple aux internes, aux remplaçants, à d'autres professionnels de santé, ou aux experts** (313, 314, 315, 317, 356, 516, 517)

515,516 Il faut que le groupe soit ouvert aux internes, aux SASPAS, aux para médicaux, il faut que ça soit un espace de transversalité professionnelle.

→ **Rajeunissement du groupe** (US 517, 519)

519 Et nous on a un besoin de rajeunissement des groupes qualité, voilà parce que c'est parti de papis un peu comme moi qui commence à plus faire figure de jeunes médecins. {rires du groupe}.

→ **Besoin d'une utilité concrète des GEP dans la pratique quotidienne** (US 506, 508, 509, 516)

506 à 509 Si on s'essouffle, c'est qu'on passe à côté de ce caractère, mise en application, utilité, il faut qu'il y ait des choses concrètes. Ça peut être intéressant, la discussion, l'échange et tout ça, mais je pense qu'on a besoin de trouver des outils pour avoir une pratique plus facile, {M3 acquiesce}. Donc il faut que ça soit utile.

→ **Besoin d'insuffler des nouveautés dans le groupe**

511 b on a besoin d'insuffler de choses nouvelles, {M3 acquiesce} on ne peut pas rester (.) tout le temps sur un petit peu le même fonctionnement mais euh voilà.

4 POINTS POSITIFS DES GEP

Les points positifs du GEP pouvaient se regrouper dans 3 thèmes: le cadre du GEP, son contenu et ses apports.

4.1 Le cadre du GEP

4.1.1 Au niveau organisationnel

- La rotation des participants était parfois vécue de façon positive, permettant d'augmenter les échanges, selon un participant

225 ... donc ça tourne et donc finalement on finit par se connaître entre les 15, c'est pas toujours les mêmes. Mais cela peut être un point négatif comme un point positif, cela permet d'augmenter les échanges.

4.1.2 L'ambiance

➤ **Le GEP : Une séquence de travail conviviale**

- **La convivialité** des GEP faisait l'unanimité au sein du groupe. Elle apparaissait comme fondamentale pour certains (US 34, 226, 265, 301, 303, 327, 332, 334, 535, 550, 559, 560, 561). Le GEP était un moment agréable, certains participants y retrouvaient des amis et passaient toujours de bonnes soirées

559 Moi je voulais revenir sur ce qu'ont dit M2, M7 et puis un petit peu tout le monde : C'est effectivement un moment de convivialité très fort,

34 Et puis du coup, de fil en aiguille, cela m'a plu puis j'ai des amis qui participent du coup à des groupes d'échanges de pratiques, ce qui participe en plus à la motivation. Voilà

- **Le GEP n'était pas un moment de travail au sens classique du terme, il était perçu comme une formation alliant l'utile à l'agréable**

273, 274, 275, 276 vraiment j'ai l'impression de pas perdre mon temps quand j'y vais, ça me sert à quelque chose. Mes relations amicales et mes soirées plaisirs, je les passe ailleurs, et avec ces mêmes personnes mais en dehors de ça, et là on est dans une séquence de travail qui est conviviale.

562 M7 Donc ce n'est pas un moment de travail au sens classique du terme, c'est un moment aussi de convivialité,

➤ **Le GEP était perçu comme un moment de socialisation, une formation vivante, avec une vraie vie de groupe, permettant un travail en équipe productif.**(US 4, 127, 328, 331, 336, 562, 564) **Certains soulignaient la continuité avec la formation médicale initiale, elle aussi souvent réalisée en groupe.**

562, 564 Donc ce n'est pas un moment de travail au sens classique du terme, c'est un moment de socialisation, {M3 et M6 acquiescent}, de formation d'un groupe aussi,

336 *Je trouve que ce qui fait la force de notre groupe, c'est le côté extrêmement vivant des formations.*

328 *parce quand on est jeunes, on travaille toujours en groupe, on est formé en groupe et du coup ce travail en groupe, moi j'aime ça.*

4.1.3 La relation entre les participants

Différentes notions sont apparues comme importantes aux yeux des participants :

- **L'horizontalité** +++a été maintes fois citée, par différents membres du groupe, elle leur apparaissait comme primordiale dans ces GEP. Elle était définie par :

- **L'absence de hiérarchie entre les MG** (US 30, 31,32, 32b, 52, 180, 198, 291,292)

30,31,32,32b M2 et puis cela permet de discuter tout simplement avec d'autres collègues et de se mettre à niveau tout le monde et je sais que quand on est interne ou quand on sort des études, on est souvent jugé, on se sent toujours un peu inférieur par rapport à ce qui est fait et du coup, c'était assez agréable de se sentir tous au même niveau.

180 je trouve que c'est intéressant et très horizontal effectivement, c'est-à-dire cette absence de hiérarchie qu'il peut y avoir dans un groupe comme celui-ci je trouve cela très intéressant. Voilà.

- **Être entre pairs = confrontés aux mêmes problèmes** (US 178, 198, 469, 482, 571)

198 Les points positifs c'est le côté horizontal, on est tous confrontés aux mêmes problèmes, aux mêmes situations,

- **La liberté d'expression et d'échanges**, également citée par plusieurs membres (US 21, 33,51, 199,227)

21 ... quand une personne raconte sa consultation, libres à tous d'intervenir pour échanger sur ce cas clinique

- **La confiance mutuelle**

368 Et puis comme on se connaît à peu près bien, on a assez confiance les uns avec les autres.

- **L'absence de jugement**

481 *Donc ben ça permet de se recadrer sans qu'il y ait de jugement pour autant des collègues donc je trouve cela intéressant.*

4.1.4 L'indépendance des GEP

- **Par rapport aux laboratoires**

206 *Je suis content que l'on soit débarrassé des labos, et ça c'est plutôt du positif.*

- **Par rapport aux experts**

- **L'absence d'experts était considérée comme un point positif des GEP** selon un membre du FG (US 237).

- **La plupart des participants faisaient peu ou pas appel aux experts (US 151, 152). Deux raisons à cela : peu d'experts justifiaient leurs données et les participants appréhendaient de perdre l'horizontalité du groupe avec la venue d'un spécialiste.**

318,319 *M1 On inviterait bien des experts mais on a toujours peur que cela se transforme en FMC classique. Il faut trouver des experts qui acceptent de jouer le jeu du groupe de pairs et que cela reste dans l'horizontalité et cela ce n'est pas évident.*

155 *Pour leur niveau de preuves, il est assez difficile de trouver des experts qui jouent le jeu et qui apportent, qui justifient leurs données*

- **Beaucoup de médecins spécifiaient qu'ils préféraient faire les recherches eux-mêmes. Deux membres du groupe de M7 étaient performants dans la recherche bibliographique, ce qui facilitait la tâche.** (US 153, 368)

153 *mais bon on a la chance d'avoir des gens qui soient un petit peu performants en recherche bibliographique.*

M7 attendait vraiment que l'expert justifie toutes ses données (US 256,366, 370, 371). Elle soulignait que lorsque des experts jouaient le jeu et argumentaient leur exposé, de vrais échanges s'installaient, propice à la modification des pratiques. (US 156, 257,258)

257 Donc ça c'est assez positif, parce que là du coup, on peut travailler, il y a une interaction avec les spécialistes, il y a du respect qui s'installe souvent, les choses peuvent être un peu modifiées

4.2 Le contenu des GEP

4.2.1 Une formation centrée sur la pratique de la médecine générale et ancrée dans la réalité quotidienne ++

Notion citée par plusieurs des membres du FG

- **Ancrée dans la réalité quotidienne**

Les GEP étaient perçus comme « la seule formation capable de faire autant émerger les choses de la vraie vie »(selon M3)

47 Ce qui m'intéresse beaucoup moi dans ces groupes d'échanges, c'est que (.) émerge des choses qu'on ne peut pas (.), je ne connais pas d'autres mode de formation qui fassent émerger autant les choses de la vraie vie

- **Formation adaptée à la pratique, répondant aux besoins des généralistes**

- Le GEP a été décrit comme une formation **partant de la pratique quotidienne, centrée sur celle-ci** et donc **pertinente** (US 242, 250, 259, 434, 435)

259 Je crois que cela c'est intéressant parce que c'est vraiment en prise directe avec la pratique

434,435 On est toujours dans la pertinence par rapport à la pratique, ça nous oblige vraiment... on part du terrain, on est donc forcément pertinents

- L'aspect « recherche » était apprécié car les généralistes réalisaient eux-mêmes les recherches, fondées sur leurs pratiques.

53, 54 on a en plus l'impression de faire des recherches qui sont vraiment axées sur notre pratique (.) ce sur quoi on a besoin. Euh (.) parce que quand on fait des recherches pour d'autres, ou quand d'autres font des recherches pour nous, ce n'est pas forcément tout à fait adapté, tandis que là on fait vraiment ce qui est adapté à notre pratique.

- D'autres médecins soulignaient que ces GEP permettaient de répondre aux besoins de formation de chacun des participants, qui différaient selon l'ancienneté (US 252, 253, 444)

252, 253 il y a des gens jeunes donc ils ont besoin de réponses assez rapides. Je pense qu'il y a des choses très différentes en fonction de la durée d'installation, je pense que les demandes sont pas forcément les mêmes en formation. Donc les gens jeunes, ils n'ont pas les mêmes besoins que nous,

4.2.2 Un espace de confrontation de pratiques et de partage intellectuel

4.2.2.1 Confrontation de pratiques ++

Idée revenant fréquemment et extrêmement intéressante selon certains

48,49 La confrontation de (.) des pratiques est extrêmement intéressante. On se rend compte en discutant ensemble que d'autres font différemment de nous

- Le GEP était décrit comme un melting pot de médecins ayant des FMI et des FMC différentes, une confrontation intergénérationnelle engendrant une analyse et une modification des pratiques. (US 174, 216, 254, 255)

174 Ce que je trouve intéressant dans ce groupe-là, c'est qu'en fait, pour moitié, il y avait des gens qui étaient très impliqués dans des espaces de formation continue, d'autres formes de formation, des séminaires de DPC et autres et l'autre moitié qui y assistait très peu et en fait je trouve que cela permet d'engager aussi des discussions entre des gens qui sont très dans les séminaires et puis d'autres qui le sont moins.

254, 255 *mais bon d'un autre côté moi d'être avec des gens jeunes, ils me renvoient aussi quelques fois à mes pratiques et ça m'oblige à changer des choses.*

4.2.2.2 Un espace de partage d'expériences

- Ces GEP étaient perçus comme un espace de discussion, un moment de partage intellectuel (US 30, 537, 540)

537 Effectivement, parfois y a rien mais au moins je suis contente quand je sors, parce que j'ai eu l'impression d'un moment de partage intellectuel,

- Ils permettaient un partage d'expériences ainsi que des regards croisés sur les mêmes situations de soins. (US 112, 178, 413,414, 427 à 430, 468)

178 La raison principale d'adhérer à ce groupe qui a démarré quand je suis arrivé mais ce n'était pas mon investigation, c'est les regards croisés qu'on peut avoir sur les mêmes situations, les mêmes rencontres de soins,

112 on discute beaucoup avec passion de nos expériences cliniques

- Lors des GEP, les médecins pouvaient également partager des problématiques, autres que biomédicales, (relationnelles, sociales ...) parfois pesantes (US 22, 326)

326 il y a des fois où se pose ... où on partage plus que du bio médical je trouve. C'est-à-dire que moi ça m'est déjà arrivé de partager une situation clinique ou biomédicale qui était évidente pour tout le monde mais qui quand même avait posé problème à la fois sur le relationnel, ou autre chose qui m'avait vraiment pesé.

4.2.2.3 Avantages et inconvénients des thèmes imposés / consultations prises au hasard

M4 et M6, participaient tous les deux à des GQ, cependant ils n'avaient pas le même point de vue sur les thèmes imposés par les animateurs, en lien avec la CPAM. Ce point s'écartant de nos objectifs, nous l'avons inscrit dans **l'annexe 5**.

Lors du FG, certains participants ont débattu à propos du choix des consultations discutées en GEP : cas clinique en rapport avec un thème imposé ou cas pris au hasard (le 4^e de la journée par exemple). Les 2 tableaux suivants résument les points de vue :

Avantages et inconvénients des thèmes imposés

Avantages	Inconvénients
Une façon de réfléchir autrement sur un thème donné (US 123)	crainte que les thèmes imposés ciblent certains problèmes et ne fassent pas émerger toutes les problématiques de la médecine générale (US 77 B, 205)
1 thème par séance permet avancer sur le plan concret (US 124B)	
Thèmes imposés relativement précis mais permettant quand même de la transversalité (US 124)	

77B, 205 « ça fait pas émerger toutes les problématiques de la médecine générale je trouve, cela reste quand même assez ciblé ». « Ce qui met de côté pas mal de thèmes de médecine générale »

Débat autour du choix au hasard des consultations (ex : 4^e de la journée)

Avantages	inconvénients
Faire émerger d'autres problématiques grâce au groupe que celles perçues pendant la consultation (US 212)	impression de redondance dans les problématiques (US 251)
Le côté non inscrit dans un thème fait la richesse et côté vivant du GEP (US 337)	dispersion sur trop de problèmes pendant la séance (US 123 B)
Aspect agréable de passer d'un sujet à l'autre rappelant l'activité quotidienne au cabinet (US 338,374)	

212 *Dans les points positifs, ça revient un peu à ce que dit M4, c'est-à-dire la liberté, c'est le regard extérieur du hasard. C'est-à-dire une consultation prise au hasard, qui va nous faire poser des questions qu'on ne s'était pas vraiment posées. Et nos collègues vont nous interpellé sur une problématique qui nous, nous aurait pas interpellé au départ. Donc ça c'est très intéressant.*

123 B *j'avais participé à des groupes d'échanges de pratiques un petit peu type groupes de pairs labélisés par la SFMG, où ça partait un peu dans tous les sens. C'est-à-dire on partait de l'hypertension, on abordait un autre problème, voilà c'était un peu dispersé,*

4.2.2.4 Un espace d'analyse de sa pratique +++

Le GEP était un espace de liberté pour les médecins, en termes de réflexion et d'analyse de leurs pratiques. Cette capacité d'exposer, de s'exposer, de se remettre en question était un apport extrêmement important du GEP. (US 108, 433, 523, 524, 525, 526, 528, 531, 538)

528 *Et je crois que cette capacité, tous les mois, de se remettre un peu en selle, de réexpliquer un peu ce qu'on a fait, pourquoi, de se poser les questions, eh bien ça je pense que c'est un apport énorme sur ce que j'attends du groupe qualité.*

523 à 526 *c'est déjà la capacité d'exposer, de se remettre en question, {M3 et M8 acquiescent} de s'exposer aux autres et, rien que cette réflexion là sur sa pratique, ben c'est déjà quelque chose qui nous fait modifier notre pratique*

Cette analyse de leurs pratiques évitait la routine et amenait les médecins à réfléchir sur : (US 532)

- **les déterminants de la décision médicale ;**
- **la conformité de cette décision par rapport aux pratiques des autres confrères et aux données de la science**

110 *C'est-à-dire qu'on travaille beaucoup sur la décision médicale : qu'est-ce qui a fait que dans cette situation-là, j'ai pris telle ou telle décision, est-ce que vous autour de la table vous*

auriez pris la même décision ? Est-ce que cette décision était la bonne ? Et pourquoi j'ai pris cette décision ? Quels ont été mes problèmes, quel problème s'est présenté ?

Elle permettait également aux médecins de prendre du recul en :

> découvrant, grâce au groupe, des éléments passés inaperçus lors de la consultation++
(US 29, 29b, 212, 415)

212 Dans les points positifs, ça revient un peu à ce que dit M4, c'est-à-dire la liberté, c'est le regard extérieur du hasard. C'est-à-dire une consultation prise au hasard, qui va nous faire poser des questions qu'on ne s'était pas vraiment posées. Et nos collègues vont nous interpellé sur une problématique qui nous, nous aurait pas interpellé au départ. Donc ça c'est très intéressant.

> Prenant conscience de certaines lacunes

409 M4 Et puis cela permet d'exposer des cas qui nous ont posé problème et de commencer à s'avouer qu'effectivement dans l'exposition d'un cas, on s'aperçoit que finalement, on n'a pas été nickel, on n'a pas été au bout des choses,

Espace d'analyse de sa pratique par rapport aux données de la science

Notion plusieurs fois citée par certains médecins.

Sur une problématique, les médecins essayaient de dégager un consensus de groupe puis le comparaient aux bonnes pratiques validées de l'époque.

118 Et le groupe a en général une réponse, après il faut la valider cette réponse, donc l'objectif c'est d'aller vérifier si la réponse du groupe est conforme aux bonnes pratiques actuelles validées.

En effet les médecins sont bercés par les recommandations et les niveaux de preuve (US 445) mais souvent les recommandations sont inapplicables en pratique courante ; (US 120, 436, 454)

120 M6 parce qu'il y a souvent des bonnes pratiques, des recommandations qui sont inapplicables, qui sont absolument à 100 000 lieux de la médecine générale, mais il faut identifier le niveau de preuve.

Ou alors le niveau de preuve le plus élevé n'est pas le plus pertinent en pratique. (US 447).

→ **Les GEP permettaient donc d'adapter ces références à la réalité, (US 8, 446)**

446 mais au-delà du niveau de preuves, il faut quand même le mettre en pratique. Les groupes d'échanges de pratique, nous permettent d'adapter ce niveau de preuves à une pratique.

→ **Et de mettre en place éventuellement des actions d'amélioration. (US 120) Certains recommandaient même à l'HAS de se baser sur ces analyses de pratique de terrain, afin de créer des recommandations applicables aux soins primaires.**

460,461 Et puis effectivement les niveaux de preuve c'est une chose, on passe notre temps à l'HAS, à dire que tant qu'ils ne partiront pas des analyses de pratiques, ils ne pourront pas faire de recommandations applicables aux soins primaires, ça ils ne veulent pas ou ils ne peuvent pas l'entendre.

4.2.2.5 Recherches fondées sur les problèmes soulevés en séance

Ces recherches étaient perçues comme :

- **très intéressantes et sujets de discussion multiples (US 295).**

- **certains en attendaient plutôt des pistes de recherche qu'une expertise scientifique irrévocable (US 471, 529)**

471 après effectivement si moi j'ai une question qui m'arrive pendant le groupe et bien je vais rechercher aussi personnellement et après j'attends les pistes de recherches, mais je n'attends pas de ça une expertise scientifique irrévocable : voilà j'ai fait ma recherche, tenez je vous donne ce qu'il faut faire, je n'attends pas ça.

4.3 Les apports des GEP dans la pratique quotidienne

- **L'apport dans la pratique pouvait être subjectif et difficile à évaluer** pour certains médecins du groupe (US 490, 492, 523, 526, 527)

526 ben c'est déjà quelque chose qui nous fait modifier notre pratique et ça effectivement c'est pas quantifiable, c'est difficilement quantifiable.

4.3.1 Apport sur le plan psychologique

4.3.1.1 Outil anti « BURN-OUT », moment de « résistance » au stress du métier

(Selon quelques participants) (US 479, 498, 562, 565)

479 Ma conclusion à moi, c'est que le groupe d'échanges de pratiques est quand même un super outil anti « burn-out » des médecins.

562,565 Donc ce n'est pas un moment de travail au sens classique du terme, c'est un moment « de résistance » aussi au stress du métier,

- **Au cours du GEP, les médecins généralistes (MG) prenaient conscience qu'ils avaient tous les mêmes difficultés. Les partager, et essayer de les résoudre en groupe, aidaient énormément les MG.**

482, 483,484 « Anti-burnout » parce que voilà, on est tous les mains dans le cambouis et on s'aperçoit qu'on a tous les mêmes difficultés et de pouvoir les partager et d'essayer de les résoudre ensemble, ben je crois que c'est un outil très fort pour ça.

- **Un des participants voyait le GEP comme un espace de paroles. Il parlait de « psychothérapie de groupe » : pouvoir exposer son ressenti et ses difficultés au groupe avait une fonction anxiolytique.** (US 326, 326 B)

326 B Et du coup rien que le fait de l'expliquer en groupe, euh c'est peut-être le principe de la psychothérapie mais du coup ça aide beaucoup pour ça.

- **rire parfois, sur des situations cliniques, permettait aussi de relativiser ses difficultés.**

329, 330 *Donc le fait de rire sur des situations cliniques, ça c'est important, je trouve que c'est vraiment bien, enfin pas forcément que de rire, mais partager ou même partager ses difficultés,*

4.3.1.2 Réassurance et aide à la prise de décision

- Certains médecins hésitaient et n'étaient pas à l'aise sur certaines décisions. Le GEP leur avait permis de trancher, de choisir la façon de faire la plus adaptée. Ils devenaient donc plus sereins dans leurs prises de décision et gagnaient un temps précieux. (US 401, 402, 405, 406, 407, 494)

402 à 407 Mais ça m'a permis changer des petites choses qui me pourrissaient un peu, pour lesquelles je n'étais pas sûr, mal à l'aise ou je perdais du temps. Soit ça m'a conforté, soit ça m'a fait prendre une décision parce que j'étais entre deux et à chaque fois je me retrouvais toujours entre deux. Et là, ça m'a permis de me diriger et de gagner un petit peu de temps et d'être un petit peu plus serein par rapport à ces prises de décision.

- Le GEP confortait les MG dans leurs pratiques. Découvrir le mode de fonctionnement de leurs confrères les rassurait.

80,81 Donc là au moins on arrive à voir comment fonctionne les autres et puis cela nous rassure souvent, enfin moi.

4.3.1.3 Valorisation du médecin à travers le GEP

-Impression de faire un travail de qualité grâce au GEP (US 570 B, 573, 574)

573, 574 Moi je trouve que c'est bien de se dire qu'on est plutôt bon de temps en temps, qu'on est même très bon par rapport à la moyenne {rires de M3 et du groupe}

-Perte d'un sentiment d'infériorité pour certains médecins, grâce au regard intra groupal

305, 306 ,307 Et puis le 3e point positif, c'est effectivement ce qu'on a dénommé horizontalité, c'est de s'apercevoir que les confrères qu'on met des fois, pas forcément sur un piédestal mais qu'on pense plus compétent, mieux formé ou plus aguerri, ont les mêmes problèmes, les mêmes difficultés que vous

4.3.2 Vers une amélioration des soins

4.3.2.1 Le GEP : un outil de modification et d'amélioration de ses pratiques

- La volonté d'améliorer ses pratiques et la qualité de son travail était un objectif partagé par tous. (US 304)

Le point positif, c'est l'engagement dans l'amélioration de sa pratique, je pense que tous les participants du groupe auquel je participe, c'est cela.

- L'analyse des pratiques réalisée en GEP permettait une prise de recul et une remise en question des médecins. Ils pouvaient alors pointer certaines lacunes (évaluation) qu'ils retravaillaient ensuite (auto-formation), engendrant ainsi une modification et une amélioration de leurs pratiques. (US 409, 410, 501, 502, 503, 523 à 526)

523 à 527 c'est déjà la capacité d'exposer, de se remettre en question, de s'exposer aux autres. Rien que cette réflexion là sur sa pratique, c'est déjà quelque chose qui nous fait modifier notre pratique.

409, 410 Et puis cela permet d'exposer des cas qui nous ont posé problème et de commencer à s'avouer qu'effectivement dans l'exposition d'un cas, on s'aperçoit que finalement, on n'a pas été nickel, on n'a pas été au bout des choses. C'est déjà à mon avis de bonne augure pour le cas d'après puisque on y fera plus attention et je pense que c'est aussi pour moi un apport énorme.

Cette amélioration portait sur 3 volets : le savoir des généralistes, leur savoir-faire et leur niveau global.

4.3.2.2 Amélioration des connaissances théoriques : le savoir

- **L'amélioration des connaissances biomédicales faisait consensus au sein du groupe**

324 M2 : *Alors bon les points positifs je pense qu'on les a tous (.) Enfin je rejoins un petit peu ce que tout le monde a dit sur l'amélioration des connaissances bio médicales*

- **Le partage des dernières recommandations a également été cité.**

214,215 *Egalement de se mettre à jour sur les recommandations, même si bon ça ne change pas tous les jours mais les dernières nouveautés, dans le domaine médical. Ça c'est bien aussi car on ne lit pas tout et il y a toujours quelqu'un qui a lu autre chose que nous, ça c'est quand même bien aussi.*

4.3.2.3 Amélioration du savoir-faire

➤ **Echanges informels : correspondants, réseaux, trucs et astuces en dehors du soin**

Ces échanges étaient très utiles aux médecins, notamment aux plus jeunes qui créaient leurs activités (US 86, 217)

86 à 88 *Et puis également, on essaie de faire régulièrement un échange sur les correspondants, le fonctionnement ... comment tu te débrouilles parce qu'on est tous assez jeunes, et on essaie de voir les trucs et astuces en dehors du soin, on va dire cela.*

➤ **Partage ou création d'outils, utiles pour la pratique quotidienne**

Pour beaucoup de participants, les GEP devaient apporter des outils utiles au quotidien, facilitant la prise en charge des patients : (US 264, 376, 378, 470, 494, 507, 533, 536).

507 *mais je pense qu'on a besoin de trouver des outils pour avoir une pratique plus facile*

533 *Les apports ne sont pas une réponse scientifique importante mais des petites choses au quotidien, pratiques, dans la consultation.*

Ces outils pouvaient être destinés aux patients, ou aux médecins, citons :

- Pour les patients : la création de documents d'informations plus adaptés (US 489)

121 *... les problèmes d'oubli de pilules, les documents d'information patients nous semblaient pas bien. On a donc élaboré un document du groupe concernant la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule. C'est un exemple comme un autre, mais cela doit déboucher normalement sur une action concrète.*

488 *Y a des choses exemplaires qu'on a faites à partir du groupe qualité : on est allé jusqu'à faire des fiches à remettre aux mamans , et à mettre des posters en salle d'attente sur la conduite à tenir devant la fièvre chez l'enfant,*

- Pour les médecins : partage d'outils facilitant la prise en charge des patients, créations de mémos dans les dossiers patients, publication de posters ... (US 148, 149, 261, 384)

148 *On a fait la contraception. C'est contraception, dans tous les dossiers patients, il est noté si elles ont des migraines, des antécédents thrombo-emboliques, si elles fument. Pour toutes les patientes, on doit avoir la trace dans le dossier d'un document ou de pilule remis*

Notons que le groupe de M7 vérifiait à postériori la faisabilité et l'intérêt pour le patient et le médecin des actions mises en place. Cela permettait d'évaluer leur pertinence et leur maintien, ou non (US 260, 261, 495, 486, 497)

260,261 *puis surtout ce qui m'intéresse c'est qu'on vérifie après si ce qu'on avait décidé de faire, on a pu le faire. Quelques fois, on se fait des trucs complètement fous. Si c'est applicable, et si ça un intérêt pour le patient et pour notre pratique.*

Les membres du groupe de M7 étaient très demandeurs de ces évaluations, qui restaient relativement peu fréquentes car chronophages. (US 262, 496)

4.3.2.4 Amélioration et homogénéisation du niveau des médecins

- Pour un des membres du FG, le GEP représentait un outil « anti médecins déviants » : le médecin voyant que sa pratique s'écartait de la norme allait pouvoir, lui-même, se recadrer sans jugement.

479, 480, 481 ma conclusion à moi c'est que le groupe d'échanges de pratiques, c'est quand même un super outil anti médecins déviants. Parce que, quand on s'aperçoit au sein du groupe : on se dit ben moi je fais ça et les autres ne font pas la même chose, je me dis c'est que je dois avoir une pratique qui dévie un peu de la norme. Donc ça permet de se recadrer sans qu'il y ait de jugement pour autant des collègues donc je trouve cela intéressant.

- Un autre membre soulignait l'amélioration de l'expertise du groupe et de chacun des participants, au fil des années.

115, 116, 117 Le groupe a vraiment une expertise et je crois que c'est la prise de conscience de l'expertise du groupe qui est importante. Moi je vois cela fait 5 ans que l'on fonctionne, on est parti de loin et on voit les choses (.) ça se resserre, on se sert vraiment de l'expertise des uns et des autres.

5 LIMITES DES GEP ET AMÉLIORATIONS ÉVOQUÉES

5.1 Les limites

Plusieurs participants étaient enthousiastes au sujet de cette méthode. Ils ne voyaient pas ou peu de points négatifs, la convivialité l'emportant pour un des médecins. (US 207, 240, 333, 334)

333, 334 M2 Alors sur les points négatifs, je suis peut-être un peu trop optimiste, je n'en vois pas en fait. ... vraiment je passe des bonnes soirées à chaque fois donc je n'ai pas de point négatifs.

Sinon ont pu être évoqués :

5.1.1 Au niveau du cadre

5.1.1.1 L'organisation du GEP

S'engager dans la démarche, et être disponible tous les mois pouvait être contraignant

238 ce n'est pas toujours facile de se libérer une fois par mois et de s'engager dans ce type de démarche. Je crois qu'il faut vraiment des gens motivés

En effet le GEP représentait un temps supplémentaire, après des journées de travail souvent chargées

310 Les difficultés : c'est que nous c'est le lundi soir (.) Le lundi c'est une petite journée pour les médecins et donc le soir on a certainement envie de travailler un peu plus (rires).

Il y avait donc parfois nécessité de remotiver et de relancer les participants.

220 ce qui va être plus difficile c'est plus le côté organisationnel puisque vu que j'ai mis cela en place, bien c'est la difficulté de motiver les personnes ... et il faut relancer les gens, les personnes pour qu'elles viennent au GEP. C'est un petit peu cela qui est difficile surtout après les vacances d'été, faut relancer les choses et voilà.

5.1.1.2 Le nombre et la qualité des participants

- risque d'altération de la dynamique de groupe, lorsque le nombre de participants était insuffisant(<6) (US 283)

283 Là où je vois les limites, moi du groupe dans lequel je suis, pas des groupes en général. On est 6 et je trouve que c'est limite. Alors ce n'est pas limite quand on est les 6, mais c'est limite dès qu'il en manque un

- La rotation des participants pouvait nuire à la richesse des discussions

224,225 *Après cela pourrait être un point négatif de ne pas toujours être les mêmes personnes en même temps. On va dire qu'on est une quinzaine de personnes à être sur cette mailing list et donc ça tourne*

5.1.1.3 *L'ambiance*

- Nécessité de « freiner » parfois certains médecins, pour éviter l'émergence d'un leader. Un animateur pourrait avoir ce rôle, mais sa présence ferait perdre le côté horizontal des GEP, selon certains.

339 340 342 *Le côté vivant aussi y a des aspects négatifs, parce que dans le groupe y a des médecins plus fort en gueule que d'autres clairement {rires du groupe} .Quelques fois, le fait de ne pas avoir d'animateur c'est aussi quelque chose qui crée une difficulté parfois aussi avec des médecins qu'il faut parfois aussi un peu freiner.*

287 à 289 *la labellisation ... ça voulait dire qu'il y en aurait un qui prendrait la fonction d'animateur dans le groupe parce que c'est un petit peu ça qui se passe et que du coup il aurait une espèce d'ascendant sur le reste du groupe et que l'horizontalité et l'homogénéité disparaissaient un peu.*

5.1.2 **Au niveau du contenu des GEP**

- GEP trop centrés sur le bio médical, délaissant parfois les aspects psycho-sociaux, selon M8

177 *Je trouve qu'une des limites dans le fonctionnement depuis 2 ans de ce groupe, enfin de ce genre de groupe, c'est qu'on traite beaucoup des aspects bio médicaux, je trouve et peu des aspects psycho sociaux et autres qui peuvent se poser dans les situations qu'on rencontre. Bon c'est intéressant mais on peut rester un petit peu sur notre faim par moment.*

5.1.3 Sur les recherches résultant des GEP

5.1.3.1 A propos du niveau de preuves et de l'homogénéité des recherches

Quelques médecins trouvaient que le niveau de preuve et l'homogénéité des recherches, pouvaient laisser à désirer malgré la bonne volonté des participants.

418 à 421 M8 C'est qu'en fait je trouve que nos recherches sont (.) gentilles, on essaie de travailler au mieux, je veux dire, le niveau de preuve de ce qu'on obtient, l'homogénéité des travaux qu'on peut avoir à faire les uns et les autres laissent un peu à désirer quelque part {M7 acquiesce}

352, 353 M3 Et puis tout le monde, dans notre groupe n'a pas la même idée sur ce que doit être une recherche. J'ai eu récemment quelqu'un qui bon pour la question qu'il avait, il a téléphoné à un correspondant pour avoir la réponse. Ben là on revient à la formation classique.

Deux participants nuançaient ces propos :

- Un premier soulignait que certains sujets en médecine générale, étaient trop vastes pour obtenir une recherche exhaustive avec un niveau de preuve élevé. Parfois, seules des pistes de recherches pouvaient être rapportées au groupe.

467 Alors le souci du groupe qualité de la dernière fois par exemple c'était, (.) le thème c'était les urgences au cabinet médical, le truc, « pschitt », très large qui a développé un nombre de questions absolument incroyable et euh (.) grosse chance c'est tombé sur moi {rires du groupe}, mais ce qui est complètement impossible. Même avec ma plus grande bonne volonté, je ne peux pas, faire de recherches assez exhaustives et ramener des choses avec des niveaux de preuve, je peux juste mettre des choses avec des pistes de recherches, avec des liens éventuellement et après, à chacun d'aller faire. Parce que ça part de l'éthique, ça part du médico-légal ...

- Un 2^e remarquait que l'analyse critique d'informations était un travail difficile, nécessitant de l'entraînement (US 453, 455). Il était donc logique que certains aient des carences pour la recherche bibliographique.

455 *faut avoir une formation, un entraînement pour l'analyse critique d'informations. C'est vraiment une gymnastique, plus on en fait plus, plus (.) en fait c'est quasiment une drogue.*

351 *Alors bon après, le problème c'est qu'on a tous des carences en capacités à rechercher, donc parfois sur certaines questions on cale un peu {M7 acquiesce}*

5.1.3.2 A propos de l'écriture et de la structuration des recherches

- Deux participants évoquaient le manque de formalisation et de structuration des recherches, ainsi que la difficulté de rendu au groupe (US 296, 297, 382,383)

382 *M3 Je rejoins tout à fait ce que disait M8 tout à l'heure sur la structuration du rendu au groupe et des notes de lecture, comment on va les structurer pour qu'elles soient utiles aux autres, pour qu'elles leur apportent autant qu'à nous qui avons, enfin tenté qu'elles leur apportent autant à eux qu'elles nous ont apporté à nous en la faisant nous-même et ça c'est souvent effectivement déficitaire. {M8 acquiesce}*

5.1.4 Les GEP dans la durée

Un médecin participant à un GQ depuis 6 ans évoquait un certain essoufflement de son groupe (US 10, 312, 313)

312 *La difficulté c'est de tenir la distance. Constat du mois de décembre de l'animateur : « un seul retour de demande de thème pour une réunion thème libre, perception d'un essoufflement du groupe qualité, peu interactif avec un taux de participation lors des dernières réunions plus faible que les années précédentes et comparé à d'autres groupes ».*

5.2 Les améliorations possibles

5.2.1 Le mode de fonctionnement

M4 se posait la question d'introduire des thèmes au hasard dans les GQ (ex : prendre la 4e consultation de la journée) afin de se décentrer parfois de l'aspect biomédical.

209,210 M4 : J'introduirai peut-être un peu plus de thèmes au hasard qui feraient peut-être émerger des questions plus (.). C'est l'avantage de prendre la 4^e consultation de la journée, voilà cela va peut-être permettre de parler d'une consultation où le gars est venu pour à priori pas grand-chose et on va s'apercevoir qu'on va faire émerger d'autres problématiques que des trucs bio médicaux.

5.2.2 Les recherches

5.2.2.1 Améliorer l'écriture des recherches

M8 se joignait à la réflexion sur l'amélioration de l'écriture des recherches en GEP, menée par des sociétés savantes comme la SFMG par exemple. (US 298, 299, 473)

298 mais je trouve qu'il y aurait un travail de structuration de l'écriture de ces recherches qui serait intéressant. Je veux dire j'invente rien quand je dis ça, je veux dire ça existe dans la réflexion de ces groupes d'échanges de pratique, que ce soit la SFMG ou que ce soit d'autres, c'est vrai que ça me paraît important.

Pour M7, cette écriture des recherches nécessitait beaucoup de travail et de savoir-faire. Elle espérait que les jeunes générations, mieux formées sur cet aspect, pourront le faire plus facilement. (US 473 à 476)

473 C'est dommage de pas écrire un peu plus ce que l'on fait hein, j'espère que les jeunes générations, qui auront ont été plus habituées que nous, pourront le faire mais ça demande vraiment des compétences, que nous on n'a pas acquises même si j'écris des trucs, de séminaires, des DPC, c'est autre chose et ça demande beaucoup de travail et de savoir-faire. J'espère que les jeunes qui sont formés à cela pourront le faire plus facilement.

5.2.2.2 Améliorer le niveau de preuves et la valeur scientifique des recherches

Quelques MG pensaient que ces points pouvaient être améliorés (430, 431). Le groupe qualité pouvait représenter une des pistes.

417 M8 Par contre ce qui me gêne un peu dans le groupe d'échanges de pratique, c'est qu'en fait je trouve que nos recherches sont (.) gentilles. Ça doit pouvoir être faisable, je pense peut être que les groupe qualité sont justement peut être une façon d'y arriver, je n'ai pas d'expériences là-dessus.

5.2.3 Essayer de mesurer l'impact des GEP sur la pratique

- Essayer de mesurer qualitativement l'impact des GQ sur la pratique, serait bénéfique selon M1. Ce serait une méthode chronophage et difficile à mettre en place, mais il était séduit par le fonctionnement du groupe de M7, correspondant à une méthode d'audit. (US 491)

321 Je sais pas si on serait capable de mettre en œuvre la méthode qu'a décrit M7, bah oui, on relève les problèmes, on élabore la conduite à tenir à partir de l'expérience et des données de la science et ensuite on vérifie la faisabilité, la pertinence, c'est un audit { M7 signale de la tête qu'elle n'est pas forcément d'accord avec le terme d'audit}, c'est une description d'une méthode d'audit. Mais je ne sais pas si on peut mettre cela en place, ça demande du temps je suppose et ça c'est le côté unique du groupe de M7.

6 APPRÉCIATION GLOBALE DES GEP ET COMPARAISON AVEC D'AUTRES MODES DE FMC

6.1 Comparaison avec d'autres modes de FMC

6.1.1 Avantages des GEP

6.1.1.1 *Le GEP = mode de formation centré sur la réalité quotidienne des praticiens (cf 4.2.1)*

Contrairement aux premières formations universitaires, brillantes scientifiquement, mais inutilisables en pratiques.

389 Moi je me souviens d'avoir suivi un cycle sur le diabète avec C. qui était un garçon exceptionnel qui parle remarquablement bien, j'ai tout compris ce qui m'avait dit mais alors quand je suis arrivée au cabinet je me souvenais plus de ce qui m'avait dit, fallait que je replonge dans mes notes, enfin bon inutilisable

6.1.1.2 *Meilleure mémorisation et facilitation de la mise en pratique des informations*

GEP avec consultation prise au hasard	GEP à thèmes
mémorisation facilitée en apprenant des petits « trucs » sur de situations simples, plutôt que de s'étendre sur un seul thème pendant une soirée. (US 374, 375)	Importance de restreindre le nombre de thèmes abordés, pour ne pas se disperser comme dans d'autres formations interactives (US 396, 397)
Meilleure assiduité aux GEP grâce à l'effet de groupe (US 302)	

396,397 *Et je crois surtout que nous dans notre groupe, on a renoncé à vouloir tout balayer. Si on a déjà 2 réponses qui nous semblent pertinentes, sur lesquelles on a trouvé un consensus, on est très content. Parce que même dans tout ce qui était interactif, enfin y a vraiment beaucoup beaucoup de choses, et je trouve qu'on n'y arrive pas,*

- Théorie de la pédagogie active

Lefait d'être actif dans la formation, de rechercher soit même des informations adaptées à sa pratique favorisait leur application. (US 381, 394, 398, 408)

394 *Et ça correspond parfaitement à la description de l'apprentissage par la pédagogie active qui dit, c'est pas lié au monde médical, c'est dans tout apprentissage : on retient 10% de ce qu'on lit, 20% de ce qu'on lit et ce qu'on écrit et on retient 60% des tâches effectuées. Or dans les groupes de pratique, c'est bien ça : on effectue une tâche, donc on a quand même un tout petit peu plus de chances de mettre en application ce qu'on a fait, que quand on a fait que l'entendre (M2 acquiesce).*

381 *On va mettre plus facilement en pratique quelque chose qu'on a recherché soi-même, où on a sélectionné ce qui nous paraît adapté à notre propre pratique*

Les médecins soulignaient la portée moindre des FMC avec experts (type « soirée labos »), non interactives, véhiculant une information descendante, non discutable, surtout lorsque celles-ci avaient lieu en soirée après une journée de travail fatigante. (US 79, 348, 394, 395, 408, 439 448, 449, 500)

448, 449 *Après pour les FMC classiques, effectivement ce qu'on retient de l'information descendante, elle est tellement minime je ne suis pas sûr qu'elle soit pertinente aujourd'hui dans une formation continue.*

79 *j'ai fait aussi parti d'une FMC à côté en gériatrie, je suis un peu frustré toujours par les FMC classiques, avec un expert, cela va toujours dans un sens. On aurait bien des choses à dire et bon y a pas la place.*

6.1.1.3 Un des buts du GEP : modifier ses pratiques

La modification de pratiques résultant des GEP, selon M7, était un des points forts de cette formation. (contrairement à d'autres FMC traditionnelles ou présentations magistrales) (US 133, 134, 500, 501, 502)

133 134 On était tous des médecins plutôt âgés qui faisaient des formations traditionnelles dans des associations, mais on ne s'y retrouvait pas en terme de modifications de pratique. C'est-à-dire que même si c'était des formations sans expert, au bout du compte, il y avait une perte d'efficacité qui était importante

6.1.1.4 Découverte du mode de fonctionnement des autres confrères

80 Donc là au moins on arrive à voir comment fonctionne les autres

6.1.1.5 Pouvoir transmettre au groupe, les différences de pratiques existantes dans d'autres pays publiant sur les soins primaires

348,349, 350 Alors ce que j'aime bien par rapport à un expert, c'est que dans nos recherches, on a la liberté d'aller voir ce qui se passe ailleurs. La dernière expérience que j'ai eue, la dernière recherche que j'ai eue à faire c'était : est-ce qu'il faut faire des ostéodensitométries, est-ce que cela a un intérêt ? La question était volontairement provocatrice. C'était intéressant parce que dans mes recherches je me suis dit, bien sûr on a des référentiels ici mais ça m'intéressait d'aller voir ce qui se passait dans d'autres pays. Et quand on voit ce qui se fait au Canada, en Suisse, chez nous ou encore ailleurs, je ne vais pas lire les articles chinois {rires} mais j'ai vu des différences énormes et cela retraduire ça au groupe, on n'aura pas cela avec un expert. Moi je n'ai jamais eu cela lors d'une FMC classique par un expert.

6.1.2 Complémentarité entre les GEP et les formations DPC ?

- Pour M8, certaines formations DPC apportaient des informations formalisées et organisées sur l'état des connaissances, alors que les GEP représentaient plutôt un partage d'expériences.

422 423 424 et je trouve que dans les formations DPC un peu formelles, un peu organisées et compagnies, on a au moins quelque par une vraie mise au point sur la situation telle que la science est censée, à peu près exister à ce moment-là. Je dirais que le DPC m'amène des choses qui sont un petit peu formalisées, organisées sur l'état des connaissances.

427, 428, 429,430 Et puis le groupe d'échanges de pratiques est effectivement un partage d'expériences, un partage de regards avec un travail de recherche,mais au niveau science je ne les mets pas au même niveau.

- Ces formations DPC restaient adaptées à la médecine générale du fait de la présence d'experts généralistes. (US 425, 426)

- M8 concluait en parlant de complémentarité entre les 2 formations

412 Je pense que les différents éléments que ce soit les groupes d'échanges de pratiques, que ce soit les formations classiques DPC ou autres, je pense que c'est assez complémentaire

6.2 Niveau d'appréciation globale de la méthode

- Tous les participants étaient très enthousiastes à propos des GEP : (US 240)

M6 avançait un taux de participation élevé de 80% au bout de 5 ans sur les 23 GQ de la région Pays de la Loire. (US 128) Des médecins n'hésitaient pas à traverser le département pour assister à ces GEP

141 M7 qui sont dans différents coins, y en a dans le nord du département, d'autres dans le sud du département mais qui visiblement trouvent leur compte à ça puisqu'ils viennent tout le temps et ce n'est pas toujours facile pour eux de se déplacer au sud Loire.

• **Plusieurs médecins s'étaient investis dans cette méthode, en voulant ou en ayant monté un GEP (US 40, 73 b, 93, 243)**

93 c'est moi qui ait monté ce groupe d'échanges de pratique.

• **Certains allaient plus loin et affirmaient :**

- **que « les groupes qualités étaient ce qu'ils avaient fait de plus pertinent » (US 438)**

- **que les GEP répondaient à ses attentes et « qu'elle ne pourrait plus jamais revenir à une formation telle qu'elle les faisait avant » (US 499)**

RÉSULTATS DU FG DES INTERNES

- Transcription du verbatim

Les codes des médecins sont restés identiques pour ce 2^e FG. L'enregistrement audio a également été de bonne qualité.

La transcription du verbatim se situe en **annexe 11**

- Découpage du verbatim en unités d'analyse

Les unités d'analyse ou unités de signification (US) ont été numérotées de 1 à 553.

Ce découpage du verbatim se situe en **annexe12**

- Liste des catégories d'analyse

Les résultats du FG ont fait émerger plusieurs catégories d'analyse :

- Les points positifs des GEP
- Les limites des GEP et les améliorations évoquées par les internes
- Les internes avaient-ils besoin de GEP plus tôt dans leur cursus ?
- Besoins des internes auxquels le GEP ne répondait pas ou peu.

A l'intérieur de ces catégories d'analyse, nous avons créé plusieurs sous catégories pour découper plus finement le Verbatim.

Les catégories d'analyse correspondaient, en partie, aux questions du guide d'entretien.

Application des catégories aux unités d'analyse

1ere PARTIE : EVALUATION des GEP DURANT LE SASPAS

1 POINTS POSITIFS DES GEP

1.1 Le cadre

1.1.1 Accessibilité et facilité de la formation

Les raisons citées étaient :

- Sa proximité et l'absence de démarche pour créer le GEP

46 à 48 c'est une formation qui est assez facile, parce que en proximité et parce qu'il y a un groupe de créer

- l'absence de préparation en amont (US 17,96)

17 je trouve que le cote très pratique, c'est qu'il n'y a pas de préparations, pratiquement, c'est très facile d'accès, Ça c'est les gros points positifs.

- **l'aspect non contraignant** : « **Apprendre sans apprendre** » (US 64,94)

94 c'est hyper enrichissant : on apprend sans apprendre, du coup ce n'est pas contraignant,

1.1.2 Formalisation d'un temps et d'un lieu d'échange

- **Le GEP permettait une systématisation des échanges entre internes et leur répétition dans le temps** (US 275,276 297 299 298 300)

275,276 Après ça systématise un petit peu d'avoir un rythme, de se dire ben on essaie de se voir tous les mois, parce que parfois quand on se rencontre, même avec des amis, on va boire un café, on parle, on va dire ben tiens là j'ai vu ça, mais c'est plus exceptionnel quoi, on va parler de la énième maman, enfin qui voulait absolument l'antibiotique euh pour (.) enfin ce qui me paraît un peu commun.

- **Sa fréquence mensuelle paraissait adaptée**(US 49)

49 et que ça puisse s'inscrire dans le temps sans que ce soit trop lourd et une fois par mois je trouve que c'est, c'est pas mal comme rythme.

1.1.3 La dynamique de groupe

1.1.3.1 Conditions nécessaires

Les internes ont cité :

- **La nécessité d'être en petit groupe (5 ou 6 participants max) pour favoriser le temps d'expression et d'échanges et pour pouvoir s'arrêter sur un sujet** (US 230, 231, 232c ,318) (US 234,235)

- **l'intérêt d'un groupe fermé pour la continuité** (suivi de patients, recherches, compte rendu de séance) (127,146, 154, 155, 156,158, 160,162) **et la confiance entre les pairs** (71, 82,319)

127 et qu'il y ait un suivi par contre avec les mêmes personnes, parce que ça c'est important, on avait tout le temps des modérateurs différents et du coup, on ne reparlait pas par exemple

quand il y avait eu des choses, des recherches à faire ou des suivis de patients aussi. Il y a eu des fois où y avait des patients, on attendait de savoir la suite, l'interne devait nous raconter la suite, ce qui c'était passé au final et du coup, on n'avait pas forcément la suite la fois d'après, enfin la « fin de l'histoire ».

71 après au niveau de l'organisation, j'ai été déçue parce qu'on n'avait pas toujours le même groupe. Je trouve qu'au bout d'un moment c'est bien d'avoir toujours les mêmes têtes parce qu'on est plus à l'aise et on parle plus facilement, quand on change et bien c'est un peu plus difficile.

1.1.3.2 Apport du MSU

Certains membres du FG relevaient comme points positifs des **MSU** :

- **La transmission de la méthode et l'encadrement du groupe** (US 42, 191)
- **le partage de son expérience** (US 189, 548)

548 ou pour donner son expérience parce que moi c'est ce que j'ai apprécié en tout cas du rôle de ce médecin, de donner son vécu aussi

- **la création d'une ambiance mettant à l'aise l'interne**

89 même si il y a un senior, souvent il nous met à l'aise du coup

1.1.3.3 Apport du modérateur

- **La gestion du temps et des échanges > rôle du modérateur cité comme très important**

184 je crois que le rôle du modérateur était très bien, c'était bien qu'il y est quelqu'un qui drive un peu les choses, qui disait :« bon ben là on s'arrête on passe à autre chose », parce que ça c'est important que ça ne parte pas n'importe où. Donc c'est vrai que le modérateur est très important.

1.1.4 Relation entre les participants

Les internes évoquaient comme valeurs importantes :

-L'absence de jugement entre les pairs (US 5,310)

5 ce qu'est important, c'est le fait de pas être jugé, de pas juger,

Cette **absence de jugement** ainsi que **le fait d'être en confiance rapidement** étaient cités comme des conditions indispensables à l'effet bénéfique du groupe.

308,308 b après c'est important de connaître un peu, en tout cas vite sentir qu'on est en confiance parce que je pense que, à partir du moment où on sent qu'il y a un jugement ou quelque chose, ça anéantit un peu tout l'effet bénéfique.

- la liberté de parole, citée par plusieurs participants (US 186,312)

Pour un médecin, l'intérêt des GEP résidait dans **la liberté de paroles de chacun et dans l'élaboration d'un consensus.**

186 b puis on essaie de tirer une sorte de, conclusion ensemble, c'est plus dans ce sens-là.

-l'horizontalité

496 alors que quand on est tous la même année, ce qui est bien c'est qu'on est à peu près tous au même niveau, et du coup on a justement à peu près les mêmes questions : on se rend compte qu'il a les mêmes difficultés que moi ah ben

1.2 Le contenu

1.2.1 Un espace d'échanges, de confrontation de pratiques et d'expériences ++

Quasiment tous les médecins relevaient cet aspect positif des GEP :

- La confrontation de pratiques (US 1b, 20, 21, 50)

21 de confronter sa pratique,

- Le partage des habitudes de prescription : particulièrement utile lors de ce stage en autonomie

4 Et notamment quand, en SASPAS, vu qu'on est en autonomie, on commence à prendre un peu ses habitudes de faire des prescriptions et je trouve que c'est bien aussi de commencer à se rendre compte que chacun fait un peu différemment et de pouvoir partager ça en fait.

- La découverte de solutions alternatives pour la prise en charge d'un même cas(US 4,116, 254)

116 c'est vrai que c'est très enrichissant, ça permet de voir différentes façons d'envisager une prise en charge par rapport à un cas de patient, et de voir qu'il n'y a pas qu'une façon de faire effectivement pour un cas particulier.

- le partage d'expériences, hyper enrichissant selon M7 (US 3 ,94)

93 M7 Et puis bah pareil, c'est hyper enrichissant de voir les expériences des autres

- l'importance du brassage intergénérationnel

189 M3 en plus je trouve que c'est important qu'il y ait des médecins installés qui avaient un peu, qui venaient quand même pour faire partager leur expérience et puis je trouve que c'est bien qu'il y est des gens de génération différentes.

1.2.2 Un espace d'analyse critique de sa pratique

(US 255, 255 c)

Le GEP permettait aux internes une analyse critique de leur pratique :

- Celle-ci était facile et spontanée (US 19,22, 29)

19 et donc ça permet ben de se remettre en question, sans vraiment le chercher, juste en discutant. Ça c'est très bien

- L'élaboration intellectuelle était renforcée par l'analyse critique en groupe

295 Et puis même quand on a la capacité de se remettre en question, je trouve que de le faire avec le regard d'autres gens, ça permet de soulever des problématiques qu'on n'aurait pas soulevées seul par exemple. Je trouve que c'est vraiment très important

Cette analyse permettait d'éviter la routine du généraliste et de dépoussiérer ses acquis
(US 255b, 274)

274 *je trouve que sur le pratique ça (.) évite la routine, le côté plan-plan, oui justement ce qu'on met dans le acquis : ça je m'en occupe plus, ça prend la poussière {rires du groupe} donc oui c'est vraiment une dynamique moi je trouve, c'est une remise en question.*

1.2.3 Un espace d'analyse critique des données de la science

Le groupe permettait la recherche d'une solution optimale pour les situations décrites par :

- **la mise en commun des expériences** (US 31b)
- **l'adaptation des recommandations à la pratique de terrain** (US 31, 52)

31 Je trouve que c'est vraiment une manière très FACILE de relativiser par rapport à certaines recommandations qui sortent brutes et là c'est vraiment travailler dans notre expérience, comment tu fais ? Comment je fais ...

1.2.4 L'aspect recherche entre les séances

- L'intérêt des recherches fondées sur sa pratique était souligné par un des internes

51 le coté recherches après le groupe, je trouvais cela assez intéressant en fait de la faire par rapport aux questions qu'on s'était posées.

1.2.5 Discussion autour du choix de la consultation

- **1 ère partie du GEP : discussion autour d'une consultation prise au hasard**

Plusieurs médecins soulignaient que cette première partie formait vraiment le côté intéressant et important du GEP ++ (US 213). Ce choix au hasard permettait :

- **la mise évidence de la diversité des prises en charge pour un cas « banal »** (US 35, 63, 78,207, 222)

- **le balayage d'un grand champ de la médecine générale ++ (US 216)**

- **la remise en question des acquis ++ (US 213, 216)**

216 *Mais si on choisit nos consultations ça risque de, de perdre un grand champ en fait, du côté intéressant, je trouve qui touche à tout, des choses qu'on pense savoir bien faire, se rendre compte que c'est vraiment pas le cas du tout, qu'on n'aurait pas si on choisit. En tout cas je trouve ce domaine-là hyper important*

- **une bonne retranscription au groupe des détails car la consultation présentée est récente (US 228)**

➤ **2^e temps du GEP : discussion autour d'une consultation choisie ayant posée problèmes à l'interne**

- Un participant **a apprécié de pouvoir évoquer des cas difficiles lors de ses GEP.**

225 le modérateur a demandé : « est-ce que quelqu'un a eu un cas difficile dernièrement ou des questions qu'il se pose ». Et du coup c'était intéressant d'avoir ça, enfin ce temps-là je trouve.

- **D'autres internes auraient bien aimé avoir cet espace d'expression**, ce qui n'a pas été possible par **manque de temps** ou **absence de définition claire de cette partie**. (US 120, 214,215, 219,220, 221,222c, 223,225)

214 le deuxième temps où on est censé justement parler parfois de consultations difficiles, souvent lui il est peut être mis un peu de côté, et on avait moins de temps pour en parler parce que la première partie avait pris du temps

219 M4 : nous on n'avait absolument pas de temps défini, enfin déterminé {M2 OK} pour faire la partie questions qui nous venaient à l'esprit, ou des consultations difficiles

221 M5 : on en avait tous en tête des consultations qui nous ont posé soucis, souvent sur des problèmes relationnels, ou bien des annonces un peu difficiles, mais ça on n'a jamais eu ce temps-là

- **Les 2 aspects : « consultation au hasard » et « consultation choisie, difficile » paraissent importants dans notre FG.**

- **Certains internes proposaient d'alterner ces 2 types de consultation (US 206,210)**

210 je suis assez d'accord, c'est bien de prendre à la fois au hasard et puis sur une consultation très récente, de dire les difficultés qu'on a eues.

- **Un autre innovait en proposant d'introduire également des séances thématiques**

211 Après une autre manière de faire, c'est de mixer aussi avec des thèmes, pourquoi pas le deuil ou une annonce diagnostique difficile ? Bon voilà on va parler de ça aujourd'hui, y en a bien une qui t'arrive en tête, ou le refus de soins ou le conflit entre personnes, soit directement avec le médecin ou entre famille, enfin ça peut être aussi une possibilité, pourquoi pas ?

1.3 Les apports du GEP

1.3.1 La découverte de nouveaux aspects de la formation médicale initiale par les internes

Les internes citaient :

- **la découverte d'un mode de formation : l'échange de pratiques, souvent méconnu (US 13, 14,15, 34, 45,98, 100, 110, 111, 112, 114, 405)**

13 ... faire découvrir ce qu'est l'échange de pratique. Ça c'est les gros points positifs

- **l'éveil de l'intérêt pour d'autres types de formation médicale : le groupe Balint par exemple**

279,280 mais ça a permis de me renseigner sur d'autres choses, notamment, les groupes Balint. Ça je n'ai pas encore fait le pas, j'en ai parlé un petit peu, j'ai des amis qui l'ont fait dans d'autres villes, dans leur cursus d'internat même et je m'interroge et donc peut être.

- **la mise en évidence de l'importance d'échanger et du plaisir de partager** (US 243b, 284, 294), surtout dans l'univers parfois un peu solitaire de la médecine générale.

284 en tout cas ça m'a montré le plaisir de partager, d'échanger,

1.3.2 La formation de praticiens réflexifs

- **Prise de conscience par les internes du besoin de remise en question et d'analyse à froid de leur pratique**

241 ça m'a bien montré à quel point j'avais besoin de, me poser des questions et d'avoir des retours sur ce que je faisais.

- **Naissance d'une culture de la remise en question**

283 et puis la remise en question un petit peu, même des fois seul en consultation, les questions qu'on se poserait pas, ce qu'on fait, tiens ben dans le fond je fais ça mais est-ce que c'est ça que je dois faire, est ce que ça n'a pas changé ? Et puis ça pousse aussi à une remise en question même plus fréquente

- **envie de faire des recherches sur de questions plus théoriques et de les partager** (US 239, 259)

- **envie d'aller chercher l'information par soi-même, à la différence de l'hôpital où l'interne recevait l'information du sénior sans la remettre en question** (US 266,267, 268,269)

267,268 parce que mine de rien pendant l'internat quand on est en stage hospitalier, quand on sait pas, on demande à notre senior, et puis ben il nous dit fait ça donc on fait ça, en gros c'est à peu près ça, enfin même si on a les bases théoriques etc... Et c'est vrai que là en SASPAS, j'ai découvert le fait de voilà, d'aller chercher l'information

1.3.3 Une passerelle vie étudiante / vie professionnelle future ?

- **Le GEP faisait naître chez les internes une réflexion à propos de leur futur mode d'exercice. Ils se projetaient dans l'avenir et imaginaient leurs conditions de travail prochaines.**

285,286 de me dire que dans ma pratique future, je voulais être dans un cabinet de groupe : après une consultation difficile, on peut en parler rapidement pour dédramatiser, pour voir même en rire.

- **De nombreux internes souhaitent poursuivre ces GEP dans leur vie professionnelle future** (US 253,254, 272c, 285, 287, 291, 293)

291 moi ça m'a permis de me rendre compte que c'est quelque chose que je voudrais continuer

→ **Ce lien FMI/FMC à travers les GEP s'est-il créé ?**

➤ **en post internat direct**

- **Poursuite des GEP par la moitié des internes directement après l'internat** (US 28, 261,263,278, 288, 292)

>Impact très positif pour certains (US 261, 263)

261 ben là j'ai fini mon internat et on continue à faire des groupes d'échanges de parole, alors bon pour l'instant on en a fait 2 sessions {rires} mais on essaie de faire ça 1 fois par mois, euh à 5 ou 6

> Pour d'autres, ces GEP en post internat sont tombés à l'eau. Un participant expliquait que son groupe était trop grand. (US 288 A, 292)

292 alors j'en avais fait un petit peu après l'internat mais dans un groupe qu'était trop grand, enfin je m'y retrouvais pas,

- **Un des participants avait le projet de se réinscrire dans un GEP. (US 240) Un dernier n'a pas continué les GEP (US 271)**

240 J'aimerais me réinscrire dans une formation de groupe d'échanges de pratiques {rires}, c'est pas encore fait, ce le sera sans doute dans un second ... enfin dans un projet ...

➤ **en collaboration ou après l'installation**

- **Un participant a continué à échanger sur les cas cliniques de façon informelle avec ses confrères sans cadre défini. Il précisait que le faire au sein d'un GEP serait encore plus bénéfique (US 272,272 b)**

272 mais c'est vrai que dans les cabinets de groupe, enfin et puis là je démarre une collaboration, c'est vrai qu'on échange pas mal quand même sur les cas cliniques euh, sur les cas compliqués donc je pense que c'est déjà pas mal. Alors après effectivement d'avoir en plus un groupe de pairs je pense que c'est encore mieux.

- **Un autre participant s'est fortement impliqué dans la méthode en créant un GEP au sein de son cabinet de groupe. (US 288 b et 289)**

288 b Et puis là du coup dans le cabinet où je travaille, on a relancé ça. Du coup c'est un cabinet de groupe où on est 7, on fait des groupes de pairs 1 fois par mois

1.3.4 L'amélioration des connaissances

1.3.4.1 Généralités

➤ **Existence de 2 niveaux d'apprentissages**

- **apprentissage par l'intermédiaire des recherches entre les séances (US 117, 163, 164,165)**

163, 164,165 à lire les recherches de tout le monde à ce moment-là et je trouve que quelque part, c'est là où on apprend aussi beaucoup, même si en échangeant effectivement on apprend aussi les pratiques des autres mais c'est en faisant les recherches aussi qu'on avance et qu'on apprend des choses.

- **apprentissage au travers des séances pratiques de GEP : enrichissement intellectuel facile et rapide grâce à la mise en commun des expériences.** (US 18, 30, 62, 87, 163 à 165)

18 et qu'on s'enrichit en peu de temps avec l'expérience de chacun. Ça c'est les gros points positifs

➤ **Transférabilité des résultats du GEP dans la réalité : informations réutilisables fréquemment et facilement en pratique courante**

258 Après dans ma pratique même ça m'a aidé parce que quand on a parlé d'une situation, et que finalement on l'a retrouvé quelques jours après, et ben voilà, alors elle fait comme ça, par rapport à cette recherche, y a eu ça donc c'est vrai que, ça aide beaucoup.

Le GEP permettait d'améliorer 2 types de connaissances :

- **les connaissances pratiques (le savoir-faire et le savoir être), complémentaires des connaissances théoriques (le savoir).**

Un participant parlait de « **de revoir de la théorie associée à de la pratique** » (US 53)

1.3.4.2 L'amélioration du savoir-faire

Comme amélioration des connaissances pratiques, les internes mettaient en valeur :

➤ **L'optimisation des méthodes de recherche d'informations grâce à la découverte des habitudes et des outils de chacun** (US 129,130, 248,249, 256, 270, 277,282)

129,130 une chose aussi que j'ai trouvé intéressante, c'est sur les recherches, justement enfin, pour apprendre où rechercher. Justement on en parlait après, où est-ce que t'as trouvé

l'information ? Sur quels sites ? Dans quoi ? C'était intéressant de se dire, tiens il recherche là-bas

Avec une utilité concrète et un gain de temps dans l'exercice solitaire, au quotidien. (US 130 b, 270)

130 b ça donne pas mal de pistes et une aide justement quand on est seul après, où aller chercher des informations, ça j'avais trouvé que c'était aussi un point positif

➤ **Une meilleure connaissance du réseau informel (correspondants)** (US 323, 324,327) **permettant une facilitation des prises en charge et, de nouveau un gain de temps**(US 325)

1.3.4.3 L'amélioration du savoir

Au travers de leurs recherches personnelles ou de celles du groupe, les internes réactualisaient leurs connaissances théoriques et se tenaient à jour des recommandations. (US 52,53, 259 b)

259 b avoir aussi d'autres personnes qui cherchaient, qui apportaient des nouvelles recommandations, parce que parfois, je ne regarde pas tout le temps les recommandations,

1.3.5 Apports sur le plan psychologique

De nombreux participants soulignaient cet aspect important des GEP.

Le GEP permettait aux internes d'être rassurés sur leurs pratiques, il les remettait en confiance et avait une fonction anxiolytique. Plusieurs éléments expliquaient ce phénomène :

➤ **Le GEP était perçu par beaucoup d'internes comme un lieu d'expression de leurs ressentis, leurs difficultés et leurs peurs** (US 1,87b, 90, 260).

87 b M7 et c'est vrai que, enfin du coup, on ose parler de nos peurs aussi,

- où ils bénéficiaient de la compréhension de leurs pairs et de leurs expériences (US 245, 246, 315, 316, 317)

315 à 317 Et puis surtout l'intérêt de parler de son ressenti à des groupes de pairs, c'est qu'on parle à des gens qui comprennent ce qu'on vit. Parce qu'on a beau en parler à la maison, quand on rentre, notre conjoint, nos parents, enfin, pour ma part, ils ne comprennent pas forcément ce qu'on peut vivre en cabinet. Et du coup en parler à des gens qui vivent la même chose au quotidien, c'est plus facile en fait d'en parler et de « se lâcher », parce qu'on a quelqu'un en face qui comprend ce qu'on peut ressentir quoi.

- le cadre particulier du GEP assurant une liberté de parole, une écoute attentive et une absence de jugement était propice aux échanges sur ces sujets.

310, 311, 312 M7 Et du coup, je trouve que ces GEP justement ça permet aussi parfois de vraiment dire nos ressentis sans être jugé. Et on a enfin l'impression d'être écouté et bon en effet parler de tout ce qu'on veut.

➤ **Fonction de relativisation et d'identification à ses pairs lors du GEP** : les internes prenaient conscience que leurs difficultés étaient partagées par tous (US 2, 88, 90b, 91, 247, 307)

90 b et on se rend compte finalement qu'on n'est pas tout seul à avoir les mêmes difficultés. Donc bien souvent, on a à peu près tous les mêmes difficultés souvent au même endroit donc c'est un petit peu rassurant.

➤ **Réassurance** : s'apercevoir lors du GEP que sa pratique était dans la norme (US 247b, 306)

306 ça me rappelle un peu le point la réassurance, quelqu'un qui raconte sa consultation et de se dire : tiens il fait comme moi, rien que de se dire ça des fois, ça remet en confiance, tiens je m'étais jamais posé la question si c'était bien ou pas mais il fait pareil.

2 LES LIMITES DES GEP ET LES AMÉLIORATIONSEVOQUÉES

2.1 Le Cadre

2.1.1 L'organisation

2.1.1.1 Informations des internes sur ces GEP

- **Manque d'informations sur l'existence des GEP** (US 98 et 100)

97 Euh au niveau des points négatifs, c'est vrai que nous l'organisation, on a appris cela 3 jours avant qu'on avait un GEP, on ne savait pas ce que c'était,

- **défaut de transmission entre internes d'informations sur le GEP car absence de GEP parfois à un semestre** (US 102)

→ **PROPOSITION**d'informer dès les choix de stage de la tenue et de la teneur des GEP en SASPAS (US 103, 107)

2.1.1.2 L'annonce de la tenue des GEP

Elle a été vécue négativement par un des participants car :

- **Trop tardive** (US 97, 108)

108 parce que c'est toujours pareil, quand on nous donne 2 jours avant, bah parfois on avait des choses de prévu ou y a des gens qu'ont des gardes enfin du coup ce n'est pas forcément simple, voilà.

- **Forme inadéquate**

99 on a reçu un texto à minuit {rires M7}, faut aller en GEP,

- **Et donc sentiment d'infantilisation**

99 b du coup, on l'a pas forcément très bien pris parce que on avait l'impression qu'on était encore, enfin vu que c'est ça, on était l'interne, et on était obligé de faire quelque chose encore

→ **PROPOSITION de donner aux internes un planning des séances de GEP suffisamment à l'avance (US 107 b)**

2.1.1.3 Le début trop tardif des GEP

23 ... lors de mon stage, ça avait commencé tard, ça c'était fait que les 2 derniers mois ou les 3 derniers mois, y avait eu un couac,

2.1.1.4 Les contraintes d'horaires

selon la moitié des participants (US 57, 72, 73, 74, 84,95) :

- horaire tardif

72 à 74 Euh au niveau de l'organisation, c'était en fin de journée, des fois c'était un peu tard, c'est vrai que quand on n'habite pas sur Nantes ...

- manque de temps par rapport à la fin des consultations (US 57, 72, 73,74 84,95)

57 M4 Et après, il y avait le côté organisation, fin de consultation, fin de journée où c'est un peu la course quoi

- relativisation par les internes : horaires en soirée obligatoires car aucun autre horaire possible en SASPAS pour organiser ces GEP (US 58,85, 125)

2.1.1.5 Le changement de groupe ou de modérateur trop fréquent

selon plusieurs internes (US 54, 65, 71, 79,127)

→ **PROPOSITION** d'essayer de garder au maximum les mêmes groupes
(Cf.Nécessité d'un groupe fermé dans la partie 1.1.3.1)

2.1.2 La Place et rôle du MSU

A) De façon unanime, les participants citaient un dysfonctionnement à leurs yeux dans le rôle de certains MSU.

- **En effet, parfois les MSU n'étaient plus dans l'échange mais dans un cours où il existait un décalage entre les internes et le médecin installé, faisant ainsi perdre l'horizontalité.**
(US 9, 25,26) **Les internes ont pu avoir l'impression d'une relation professeur/élève, recevant de la part du médecin une vérité qui n'apparaissait pas discutable, ce qui n'était pas le but du GEP selon eux** (US 7,25 c 37, 56, 70, 122,123, 185, 186,193, 200, 402, 540). **Certains internes ont pu se sentir jugés** (US 5,6, 36)

25 c : y avait un peu une démarcation, pas tellement ceux qui savent et ceux qui savent pas mais des fois s'en était pas loin.

7 ... les médecins qui étaient plus là pour modérer, pareil des fois, ils n'étaient plus à partager leur expérience, parfois une attitude, je dirai profs-élèves, un peu plus à annoncer comme si c'était une réalité, enfin une vérité qui ne pouvait pas être modulée

193 c'est vrai qu'on avait eu un modérateur qui dès le début de la séance prenait la parole et en fait nous exposait son cas clinique et c'était un petit questionnaire comme à l'internat : « tu penses à quel diagnostic ? » Et c'est vrai qu'on l'a eu 2 fois et du coup enfin elle parlait tout le temps et on n'a pas du tout échangé, on avait l'impression qu'on faisait des cas cliniques d'internat et je pense que c'était pas le but

- **L'aspect professeur/ élève était présent que dans certains groupes et dépendait du MSU et de son expérience du SASPAS**(US 25b)

- **Absence d'intentions négatives dans ces attitudes mais elles ont pu mettre mal à l'aise certains internes** (US 8, 190)

190 parfois ils peuvent avoir des avis un peu tranchés sur « il fait faire comme ça », et c'est là que (.) que moi en tout cas ça m'avait mis mal à l'aise

→ **PROPOSITION d'avoir un MSU présent initialement puis une autonomisation progressive des internes afin de découvrir ce qu'est un GEP « totalement horizontal » et d'éviter la relation professeur/élève** (US 38, 39, 41, 42,43, 115,191)

38 à 43 Dans les choses à modifier, moi je verrai bien peut-être de le faire plus tôt pendant l'internat, pendant nos stages chez le prat, et peut être qu'on soit en autonomie entre internes, en tout cas, qu'il n'y ait plus de questions différentielles enseignant-élève.

B) Certains MSU donc ne se positionnaient pas au même niveau que les internes alors qu'autres étaient parfaitement dans l'échange, jouant le jeu de l'horizontalité, présentant leur cas et s'engageant dans la discussion sans jugement.
(US 55,66 b, 67,68, 182)

66 b, 67,68 et les enseignants qui se mettaient vraiment au même niveau que nous et qui présentaient une consultation X de leur journée... on avait vraiment l'impression d'être au même niveau, ils n'étaient pas là pour juger mais plus pour discuter vraiment.

2.1.3 Dynamique de groupe variable selon les acteurs

80,81 c'est vrai que d'un groupe à l'autre, en fonction des personnes et puis aussi du médecin traitant, la dynamique est quand même vraiment différente, on réfléchit plus ou moins,

2.2 Les recherches et les comptes rendus de séance

Dans certains groupes, on retrouvait parfois :

- **des comptes rendus peu ou pas réalisés** (US 146)
- **un problème de diffusion des recherches et des comptes rendus de séance**

152 *Mais moi j'ai jamais eu de retour des autres groupes en fait, ou même des retours de ce que nous on avait fait, ... enfin on a tous eu aucun retour des différents groupes ou même des recherches qu'on avait fait donc du coup je ne voyais pas trop quel était l'intérêt de faire ça.*

2.3 Le contenu : absence d'évocation relationnel ou du ressenti en GEP

(US 140,141,142,143,144 ,167,168,170, 303,304, 305, 320, 321,370)

A la différence des débriefings réalisés lors du SASPAS, 2 internes n'ont pas retrouvé lors des GEP la possibilité d'aborder des thématiques relationnelles ou d'évoquer leurs ressentis. Une certaine frustration a pu être ressentie : les GEP étant trop centrés sur le bio médical, ils ne permettaient pas d'évoquer d'autres problématiques. Selon un interne, le soutien de pratiques et l'abord de la relation médecin malade nécessitait comme prérequis d'avoir des affinités avec les membres de son GEP.

140 à 143 il y avait un côté un peu trop scolaire, on était encore trop près, trop besoin de voir si on était bien avec les recommandations, les discussions avaient du mal à se dégager de ça et moi j'avais parfois des problématiques de relationnel avec les patients. Je sais que ça faisait beaucoup parti de mes débriefings pendant le SASPAS, et du coup j'étais parfois un peu frustré des GEP où ça voulait vraiment savoir si on avait bien suivi les recommandations, des fois j'avais un peu cette sensation-là.

→ PROPOSITION de commencer les GEP plus tôt dans le cursus afin de mieux assimiler la méthode, et d'étendre la réflexion aux abords relationnels et aux aspects pratiques de la vie du généraliste (US 134 b, 139 à 144 369, 370,371)

369, 370,371 ... de le faire peut être plus tôt ça permettrait, c'est ce que je disais tout à l'heure c'est toujours très collé au bio médical et de le commencer plus tôt, de s'habituer à cet exercice, ça permettrait de mieux s'approprier cet outil et de se dégager justement du côté bio médical et de se poser d'autres questions par la suite, en le continuant pendant le SASPAS.

2^E PARTIE : BESOIN DE GROUPE D'ÉCHANGES DE PRATIQUES PLUS TÔT DANS LE CURSUS ?

A la question, faut-il faire des GEP plus tôt dans le cursus ? **Un des participants a plutôt répondu à la question « qui devraient avoir ces GEP ? »**. Afin que tout le monde puisse en bénéficier, il proposait **d'organiser des GEP pour tous les internes en dernier semestre**. (US 405, 406)

405,406 Moi je me dis on a tous eu la chance de pouvoir faire un SASPAS, c'est déjà une chance, on a eu la chance de découvrir ces groupes d'échanges qu'on ne connaissait pas forcément auparavant. Finalement ceux qu'ont pas cette chance là ils passent à côté de cela, c'est vraiment dommage

1 FAUT-IL FAIRE DES GEP « type SASPAS » PLUS TÔT DANS LE CURSUS DES INTERNES ?

A) Une minorité pensait qu'il n'était pas forcément judicieux de réaliser des GEP plus précocement (US 104, 113, 330,334). **Les raisons évoquées étaient :**

→ **Lors du STAGE PRATICIEN :**

- Un manque d'autonomie de l'interne, encore en supervision directe au début et n'ayant pas de pratique propre (105, 106, 113 b, 330, 332, 336, 349,553)

105 ... ça dépend des gens mais des gens qui ne sont pas du tout autonomisés dans le praticien niveau 1 et donc du coup je pense qu'on ne peut pas trop discuter quand on n'est pas vraiment autonomes. L'avantage du GEP c'est vraiment quand on est seul face

au patient, qu'on est avec nos difficultés. Si on a le médecin juste à côté ou qu'il nous surveille, ben c'est un petit peu biaisé.

- Une disponibilité intellectuelle moindre

331 ... déjà on doit découvrir la médecine de ville parce qu'on a toujours été en mode hospitalier donc ça fait déjà beaucoup de choses à apprendre

→ Lors des STAGES HOSPITALIERS

- Risque que le GEP n'aborde que des aspects théoriques, bio-médicaux (US 333,336).

333 Et c'est pareil si on fait pendant nos stages hospitaliers, vu qu'on a un cursus hospitalier, je pense qu'on va rester que sur des groupes d'échanges de parole vraiment très théoriques, sur les maladies, les diagnostics et ça va pas être au-delà : sur notre ressenti , comment aborder les gens,

- Manque de temps en stages hospitaliers (gardes, horaires) pour participer aux GEP. (362 à 364)

B) La majorité des internes trouvaient intéressants d'avoir des GEP plus tôt dans leur cursus.

Nous allons voir leurs motivations, ainsi que la forme sous laquelle ils les imagineraient, dans les 2 prochaines parties.

1.1 Les raisons pour réaliser ces GEP plus précocement

1.1.1 Toujours intéressant d'échanger et d'analyser sa pratique quelle que soit son ancienneté

(US 133,135, 136, 137, 352, 353, 354, 355, 361 b, 366,367)

Les internes précisait ce point en citant :

- la présence d'un besoin d'échanger et de se remettre en question dès le début de l'internat, quel que soit leur stage

352 à 355 : Je suis un peu partagé parce que j'avais plus noté l'avis de ce qui a été dit, de tant qu'on n'est pas en autonomie on se pose pas les mêmes questions et on est assez bio médical, mais dans le fond on a déjà besoin d'échanges je pense à ce moment-là. Alors on l'a avec le médecin avec qui on est en stage prat, mais si il y a une possibilité d'en avoir avec d'autres, avec des collègues, avec d'autres internes je pense ça sera toujours intéressant.

135, 136,137 mais à la limite c'est pas forcément que avec le stage prat, je trouve que en stages hospitaliers je trouve que, enfin ça peut être aussi fait avant dans le fait qu'on se questionne sur une pratique. Après ce sera peut-être des questions plus théoriques, « hospitalières » mais sur le questionnement de ce qu'on fait et sur la relation qu'on a avec les patients, à la limite moi je pense que y a pas forcément besoin que ce soit en tant que médecin généraliste quoi mais c'est peut-être plus dur à organiser

- des problématiques, certes différentes entre un jeune interne et un interne plus expérimenté mais pas moins enrichissantes.

- une autonomisation assez rapide de certains en stage praticien engendrant un besoin d'échanger sur de nombreuses situations gérées seuls.

367, 368 enfin moi je sais que j'ai eu un stage prat où j'ai été assez vite autonomisé aussi alors peut être que c'était un besoin (.) mais je trouve qu'on peut toujours réfléchir sur sa façon de faire même si on travaille avec un autre médecin, bon c'est sûr c'est un exercice complètement différent mais ça empêche pas de réfléchir sur la façon dont on a travaillé même si c'est à deux ou à plusieurs si c'est dans une équipe hospitalière.

.

- Un des participants s'interrogeait :pourquoi ne pas appliquer cette méthode des GEP lors des stages hospitaliers plutôt que de recevoir l'information de son sénior sans la discuter ? (US 357)

357,Alors à l'hôpital c'est vrai que c'est un peu différent mais après dans le fond pourquoi est-ce que à l'hôpital on a tendance à, quand on a une question, on la pose au médecin et puis on suit ce qui nous dit, on réfléchit toujours mais on va pas trop chercher ou mettre en doute, y en a qui ont fait ça, pourquoi ? C'est ce qu'on fait après quand on est en groupe de pairs,

1.1.2 Refaire des bases plus théoriques grâce aux GEP

134 ... ça peut être aussi l'occasion d'aborder différents points et de revoir des problèmes diagnostiques ... peut être ça pourrait être l'occasion de refaire des bases peut être plus théoriques qui nous manquent à certains moments.

1.1.3 Se dégager du système de réflexion hospitalier

372 ... pendant les stages hospitaliers c'est vrai que je me suis jamais trop poser la question, mais j'aurais été partisan de pouvoir se dégager du système de réflexion hospitalier

1.1.4 Pour améliorer et pérenniser la méthode des GEP

Commencer plus précocement les GEP permettrait :

- une appropriation de la méthode par les internes, permettant des GEP sans MSU évitant donc une relation professeur / élève (selon un interne) (US 38 à 41)

- leur pérennité

59, 60 c'est vrai que peut être que de le commencer plus tôt, ça peut introduire (.) sur le temps, enfin dans la durée en tout cas, ça peut peut-être aider, à le poursuivre aussi après.

1.2 Sous quelle forme seraient ces nouveaux GEP ?

1.2.1 L'organisation structurelle

- **Trimestriels au début ?** (US 525)

- **Lieu neutre : plutôt à la faculté, gêne ressentie pour le faire avec des médecins hospitaliers** (US 373, 374, 375, 527)

527 M8 : Je pense que le fait que ce soit en dehors en tout cas du, enfin que ce soit à la fac, en dehors du service hospitalier, ou en dehors des stages prat, ça c'est important.

- **Sous forme de cours obligatoires validant le DES ?** (US 537, 538)

1.2.2 Place du MSU

1.2.2.1 Essayer d'éviter l'effet leader du groupe, relation professeur/élève

- **Avec un enseignant présent initialement puis autonomisation progressive des internes** (US 539, 540, 541, 542)

541 Je pense que c'est important que si on mettait en place ce genre de groupes au début de l'internat, qu'il y ait quand même un professeur au départ qui explique comment ça fonctionne, qui chapote un peu le truc et puis après progressivement, une fois qu'on a compris comment ça fonctionnait, qu'on est à l'aise avec les gens avec qui on était, pourquoi pas de ne plus avoir d'enseignant ?

- **Ouen augmentant le nombre de MSU** (US 549, 550)

549 Moi je trouve que dans l'idéal, ça aurait été bien que ce ne soit pas un seul, et que ce soit justement plus équilibré entre jeunes médecins et médecins avec plus d'expériences et qu'il n'y en ait pas qu'un seul qui du coup va peut-être, euh ça peut vite des fois devenir la personne référente quoi, peut-être qu'il y ait 3 et 3 ou 2 et 3, ça faciliterait peut être le fait qu'il y ait des échanges plus équilibrés. Après en pratique je ne sais pas si c'est facile à organiser

1.2.2.2 Volonté d'une présence continue du MSU

Deux participants au contraire préféreraient que l'enseignant soit toujours présent dans ces GEP (543, 545) car :

- Importance d'avoir des médecins de différents niveaux pendant les GEP :

> Les médecins avec plus d'expériences pouvaient répondre aux interrogations des internes qui parfois bloquaient sur un sujet (543 b, 445)

> Complémentarité entre les internes pouvant apporter les connaissances théoriques, et le médecin plus âgé ayant l'expérience de la médecine au quotidien (544, 548)

-MSU perçu comme modérateur de qualité : relançant le débat et gérant le temps

545 à 547: *Ben moi je pense qu'il faudrait un médecin sénior, même tout le temps, pour avoir un avis extérieur et puis relancer le débat si il faut, plus de ce rôle-là en fait, pour gérer le temps,*

1.2.3 Internes de même semestre ou mélangés ?

A) Plus de la moitié des internes étaient favorables au mélange des semestres. (US 485, 489, 511, 515, 529) **permettant :**

- un brassage d'expériences (expériences différentes et complémentaires selon le type de stages effectués et l'ancienneté de l'interne) (US 504)

Quand on faisait les ED de formation de médecine générale à Nantes, quand on était pour des cours de pédiatrie par exemple et qu'on était en train de parler d'un cas clinique, le fait qu'il y ait des internes de différents niveaux, je trouvais ça intéressant, justement d'avoir l'avis de ceux qui étaient déjà passés chez les prat, ou qu'avaient fait leur SASPAS, et de voir la différence qu'on avait de pratiques ou les questionnements qu'on avait

- un élargissement du débat résultant d'interactions entre internes

505,506 je trouve qu'aussi des fois ça initie des questionnements qu'on n'aurait pas eus. Que ça vienne des internes, c'est pas la même chose que si c'était amené par le professeur où

justement ben là on est peut-être plus dans un échange : « ah bah oui, comment c'était dans tel stage et qu'est-ce qu'on y faisait »

- un remise en question adaptée à chaque semestre (dépoussiérer les acquis pour les plus vieux / se dégager du bio-médical et prendre de la hauteur pour les plus jeunes), générée par le compagnonnage (US 508, 512,513)

512, 513... même si on a des problématiques très bio médicales, très matérielles en premier semestre, d'avoir des gens qui se posent des questions, qui nous font voir les choses différemment et de se dégager un peu de ça et de se poser des questions, euh (.) justement on est parfois tellement préoccupé par le problème bio médical, de voir comment il était sur le plan relationnel avec le patient, enfin notamment aux urgences je pense ...c'est important de discuter, d'avoir quelqu'un qui nous voit un peu de l'extérieur.

- de bénéficier d'un retour sur les différents terrains de stage (US 507)

507 ... ça permet aussi de discuter des terrains de stage, par exemple

Il y aurait tout de même la nécessité de cibler des thèmes communs et que chaque interne fasse des concessions. (US 509) (486,516, 518,530)

En effet, selon les internes, **les problématiques « ville/hôpital » sont différentes, tout comme celles d'un jeune interne par rapport à un dernier semestre (US 519, 531,517)**

516,517,518,519 faudra quand même peut être trouver un point commun sur les sujets abordés parce que, par exemple c'est vrai que d'avoir un refus, ou quelqu'un qui veut absolument un antibiotique, ça tu l'auras pas franchement à l'hôpital, alors le refus des soins, il existe à l'hôpital mais par contre quand tu prescris un antibiotique tu sais qu'il va être administré, enfin probablement. Donc c'est vrai qu'on a moins ces problématiques-là. Faudrait peut-être que ce soit plus, je ne sais pas, aux urgences par exemple, l'agressivité des patients, comment je la gère, euh, bon bah oui un jour faudra que t'annonce une mauvaise nouvelle, comment faire ? C'est peut être effectivement cibler les sujets. Parce qu'on n'aura pas tous le même intérêt.

B) Une minorité d'internes ne souhaitent pas le mélange des promotions d'internes pour ces nouveaux GEP.

Selon eux, les besoins ainsi que les difficultés rencontrés par des internes expérimentés étaient trop différentes de celles d'un interne débutant. (US 491, US 498,499,500)

498 ... au début d'internat, on n'a pas du tout les mêmes questions. Je me souviens mes premières gardes aux urgences, j'étais sur mon guide thérapeutique à chercher toutes les doses, ... si je devais réfléchir à quelles étaient les difficultés de mon quotidien, j'aurais pas cherché à voir au-dessus quoi, et pareil quand je reprends le premier RSCA et le dernier que j'ai fait.

Ils s'y voyaient un risque :

- de perturbation des échanges : moins riches et risque de relation professeur/élève (US 493, 494, 495,496)

493 je pense qu'en mélangeant trop les années, ça va être un petit peu, genre le dernier semestre va donner un peu comment faut faire au premier semestre

- de sentiment d'infériorité chez le jeune interne

- d'incompréhension entre internes et perte de la bienveillance mutuelle (majorée par le fait que les jeunes internes ne connaissent pas encore la médecine de ville) (US 492, 501,502)

501 je pense qu'on oublie tous un petit peu ce qu'on savait à quel moment et je pense malheureusement, en dernier semestre, on se souvient plus de lorsqu'on était en premier et, effectivement ça peut créer de l'incompréhension peut être et il y aurait moins la bienveillance peut être qu'on souhaite tous avoir en groupes d'échanges de pairs.

Une interne précisait que ce mélange d'internes et ce brassage d'expérience existaient déjà lors des stages, elle ne voyait donc pas l'intérêt de le retrouver en GEP (US 521)

1.2.4 Quels cas cliniques aborder ?

1.2.4.1 Lors des stages hospitaliers

- Prendre un patient du service au hasard et analyser sa prise en charge

359 alors est-ce que ce ne serait pas intéressant, de prendre « des patients » au hasard, et puis dire il est venu pour ça, on a fait ça, tiens pourquoi on a fait ça, est-ce que c'est ce qu'il faut faire. Tiens c'est vrai que sur ce patient là, il y a eu telle difficulté, comment y remédier, ça pourrait être intéressant,

Mais cela s'éloignait de la pratique future des internes en cabinet (US 360)

Après ça s'éloigne peut être de la pratique qu'on aura plus tard parce que c'est plus hospitalier mais ...

1.2.4.2 Lors du stage praticien

- Echanger sur des situations choisies à l'avance, ayant posé problèmes, pour apprendre à l'interne à travailler sur ses difficultés

Mais ce serait peut-être sur une forme un peu différente du groupe de pairs ou peut être plus du coup sur les problèmes, une consultation difficile pour nous apprendre à travailler sur là où on a des difficultés, mais c'est envisageable.

2 AUTRES BESOINS DES INTERNES DANS LEUR FORMATION INITIALE, RESSORTANT DE NOTRE FG

Il émergeait de notre FG 2 besoins essentiels chez les internes :

- le besoin d'un groupe d'expression pour débriefer sur les difficultés qu'ils rencontraient

- le besoin de formation sur la relation médecin malade en général et plus précisément sur la communication.

2.1 Le Besoin de DÉBRIEFER

2.1.1 Définition et origine

- N'ayant pas de pratiques propres en début d'internat, un interne ressentait plus un besoin de soutien psychologique que d'échanges de pratiques. (US 552,553)

552, 553 En début d'internat, ce serait d'avoir un soutien psychologique parce qu'on n'a pas tellement d'autonomie sur le plan de soins du patient, enfin en début d'internat, ce n'est pas tant un échange sur les pratiques parce qu'on n'a pas de pratiques propres en fait en début d'internat.

- Plus de la moitié des internes soulignaient leur besoins dès le début l'internat, voire même dès l'externat, de parler des situations difficiles, bio-médicales ou relationnelles, qu'ils avaient pu rencontrer afin de se décharger et d'une certaine façon se rassurer. (US 386, 388, 392,398, 399)

386 Je pense que quand on commence l'internat, on commence de toute façon par des stages hospitaliers et que spontanément quand il y a une situation qui nous a choqué ou une prise en charge, on en parle spontanément entre internes en fait, donc je pense qu'il y a déjà un besoin dès le début de l'internat en fait de de parler de ce qui nous a posé problèmes.

Deux éléments expliquaient ce besoin:

- **la gestion de situations douloureuses ou difficiles par l'interne dans tous ses stages**
- **sans y être forcément bien préparé : important bagage théorique en début d'internat mais manque d'expérience clinique.**(US 390)

Cela générerait de nombreux questionnements chez l'interne sans avoir de lieu véritablement défini pour les débriefer. (US 309, 377, 379)

378 ... La confrontation avec des situations douloureuses et difficiles, on en a quand même dans tous les services.

390 enfin il y aura un besoin dès le début. Parce que quand on est un 1^{er} stage d'interne, on découvre un peu le truc, on sort de notre cours, on a beaucoup de connaissances théoriques et à la limite pas beaucoup de connaissances relationnelles mais je pense que, qu'on est humain avant tout et qu'on a ce besoin quand même dès le début.

309 M7 je suis d'accord avec M2, dans notre formation, on est un peu tout seuls, on nous pose pas réellement, on nous pose jamais les questions d'est-ce qu'on se sent à l'aise, de nos peurs et tout (.) surtout à l'hôpital, on est là, externe, on ne sait même pas qui on est{rires} et on reste avec nos angoisses tout seul, parfois on peut pleurer chez soi tout seul et on a personne à qui parler

2.1.2 Forme du groupe souhaitée pour débriefer

→ Quelques participants pensaient que les groupes de pairs n'étaient pas forcément la meilleure manière pour aborder ce sujet (US 380 à 384, 387,389)

340, 341 Pour les stages hospitaliers ... rester quand même dans le bio médical avec peut être un « soutien psychologique »{rires M8} avec d'autres co-internes : ce serait plus dans ce cadre-là je pense, ce ne serait pas du groupe d'échanges de pratique comme on l'entend dans le SASPAS.

2.1.2.1 *Groupes de paroles dès les stages hospitaliers*

→ **Proposition de plusieurs internes de mettre en place des groupes d'expression dès le début de l'internat répondant à certains critères :** (US 337, 338, 339, 340, 393, 395, 396)

- **lieu neutre, en dehors de l'hôpital** (US 403)

- **fonctionnement horizontal du groupe** (US 402)

- **internes partageant des affinités,**

- **et de services différents permettant d'élargir les problématiques.** (US 404)

- **abord de sujets biomédicaux complexes/ difficultés relationnelles/ situations humaines difficiles**

337, 338 c'est vrai que dans le cadre des stages hospitaliers, c'est vrai que discuter entre internes, en dehors justement de l'hôpital ..., de peut-être certains cas qui nous ont paru difficiles, compliqués, ou enfin des questions qu'on s'est posées par rapport à justement des, je sais pas des prises en charge, ça pourrait peut être intéressant mais ça resterait pour moi du bio médical je pense à ce stade-là. Mais il pourrait y avoir des échanges effectivement plus dans le relationnel aussi par rapport à des prises en charge difficiles parce que parfois en hospitalier on voit des fins de vie, on voit des choses difficiles qui peuvent effectivement être intéressantes aussi à discuter

→ **Autre proposition d'un interne : création de groupes s'inspirant des « staffs des services de soins palliatifs » afin :**

- **d'aborder des sujets délicats tels que la souffrance, la mort ou le deuil**

- **de resituer la relation médecin malade lors de ces moments difficiles.**

Ces groupes coupleraient l'analyse de pratiques au soutien psychologique (US 378, 379,380 ,381)

378 je me dis que ça peut être fait sous forme d'ED ... il y avait des services en palliatifs par exemple où ils faisaient des « staffs » où ils parlent de patients, de prise en charge qui sont compliquées pour l'équipe médicale en général, et on dit toujours que c'est mis en place dans

ces services là parce qu'on est en confrontation avec des situations douloureuses et difficiles mais y en a quand même dans tous les services.

2.1.2.2 Groupe Balint ?

- La moitié des internes ont abordé spécifiquement la réflexion sur la relation médecin malade. Ils leur paraissent primordial d'avoir un espace pour débriefer sur cet aspect.

- Deux internes ont été déçus de ne pas pouvoir approcher le débriefing relationnel lors des GEP comme ils pouvaient le faire lors la supervision en SASPAS (US 169, 172, 173)(US 175, 176, 177)

167 à 172 finalement y des fois où ça restait quand même plus dans la pratique bio-médicale mais en soi je me disais que ça faisait aussi parti de la formation et que après des fois on peut aussi trouver, le débriefing relationnel dans d'autres formes de formations comme le Balint par exemple, mais si on peut tout faire c'est beaucoup mieux

L'un deux expliquait que le format du GEP en SASPAS ne s'y prêtait pas : le groupe était imposé alors que l'abord du relationnel nécessitait d'avoir des affinités avec ses collègues.

- Deux autres internes recevaient très positivement l'idée de faire des groupes Balint lors de l'internat.

445 A : Donc est ce que cette forme de Balint plus axé sur la communication, la relation vous paraît aussi important à mettre sur pieds dans vos études de DES ?

446 à 450 oui, ça me paraît très important, c'est vrai, on l'évoque un peu dans les groupes de pairs mais c'est très léger et c'est une partie tellement pour moi importante de la consultation. ...En SASPAS, moi ça été beaucoup évoqué par mon maître de stage qui travaillait beaucoup la dedans, mais c'est vrai qu'on peut sinon passer complètement « à côté » pendant les études, pendant notre formation et c'est dommage. Donc oui, d'avoir un peu un moment, un peu comme le groupe de pairs où y a un groupe d'échanges sur la communication, sur ces choses-là, oui ça peut être intéressant à mettre en place.

- Mais selon eux, il était nécessaire d'avoir des cours sur le vocabulaire psychanalytique en amont de ces groupes Balint, pour que les étudiants puissent découvrir ou approfondir ces notions importantes. (US 446 à 450, 452, 453, 455,456)

452,453 Enfin moi, il me semble qu'un minimum de théorie, même si on fait un groupe Balint, si j'ai bien compris il y a une psychologue qui est là et qui peut, qui analyse avec toi ce qui s'est passé. Mais il y a un minimum je pense de vocabulaire à avoir : qu'est-ce que c'est que l'ambivalence, la résistance, enfin faut un minimum de théorie quoi. C'est, pour ça qu'il faut à mon sens quelques cours quand même.

2.2 Besoin de FORMATION sur la relation médecin malade et la communication avec le patient

2.2.1 Origines

- Il existait pour de nombreux internes, un besoin très important de formation sur la communication avec le patient. Ils souhaitent apprendre des techniques utiles dans la pratique quotidienne. (US 343,346, 429, 445, 446, 449)

346 mais y a quand même un minimum de théorie, alors tout s'apprend pas dans les livres je suis d'accord mais y a quand même des techniques de communication qui existent et qui pourraient être enseignées à mon sens.

449 mais c'est vrai qu'on peut sinon passer complètement « à côté » pendant les études, pendant notre formation et c'est dommage.

- La forme classique des GEP ne paraissait pas forcément adaptée pour ce type d'enseignement.

343 Finalement notre demande un peu à tous, qu'on arrive à retrouver dans le groupe d'échanges de pairs, c'est la communication avec le patient. Je trouve qu'il faudrait que ce soit plus enseigné même si le mode d'apprentissage en GEP ne me paraît pas adapté. Mais ce serait bien qu'on soit plus formé sur la communication, ça c'est clair.

Ce besoin de formation sur la communication avait plusieurs origines :

- L'aspect communication et relationnel avec le patient étaient perçus comme une partie excessivement importante dans la consultation (US 432, 445, 446,447)

*445, 446,447 A : Donc est ce que cette forme de Balint plus axé sur la communication, la relation vous paraît aussi important à mettre sur pieds dans vos études de DES ?
M2 : Oui, ça me paraît très important, c'est vrai, on l'évoque un peu dans les groupes de pairs mais c'est très léger, et c'est, c'est une partie tellement pour moi importante de la consultation.*

- Cet aspect était partiellement évoqué lors du SASPAS (débriefings, GEP) ou dans certains stages mais globalement il existait un manque de formation sur ce sujet. (US 446, 448,458)

446 c'est vrai, on l'évoque un peu dans les groupes de pairs mais c'est très léger,

458 y a plein de de d'autres métiers où ils ont des formations sur les techniques de communication et je pense que nous on est quand même beaucoup dans le relationnel et la communication et on en parle jamais {4 autres internes acquiescent de la tête}.

- Des éléments basiques de communication verbale (se présenter, annonces aux patients...) ou non verbale étaient rarement évoqués dans le cursus selon plusieurs internes. (US 430, 460, 461,478)

430 ... J'ai jamais appris à faire justement une annonce de diagnostique par exemple ou une annonce de ... enfin même une annonce de décès par exemple, quand il y a la famille à côté, des choses comme ça, c'est vrai que ça me paraît super important et j'ai jamais appris à le faire.

460,461 après rien que de dire : Bonjour, en début de consultation, comment on se présente, bah on l'a tous un peu appris au feeling avec notre personnalité. Alors est ce qu'il faut être les bras ouverts enfin, rien que même des postures, on en parle jamais

- Certains internes avaient l'impression d'arriver en cabinet sans vrai bagage théorique sur ce thème, devant alors faire selon leur propre sensibilité (US 344,460)

343, 344 mais ce serait bien qu'on soit plus formé sur la communication, ça c'est clair. Parce que là en fait, nous, on passe directement à une pratique qu'on fait avec les outils qu'on a, la sensibilité qu'on a

2.2.2 Comment répondre à ce besoin ?

2.2.2.1 Cours de communication

→ Plusieurs internes soulignaient l'importance d'avoir des cours théoriques de communication dans leur cursus (350,463, 466, 551) :

- dès la fin de l'externat ou le début de l'internat afin d'acquérir des bases solides pour débiter la vie d'interne

463,464 Comme M1, je pense que ce serait important qu'on ait en effet quelques cours théoriques mais bien avant, fin d'externat ou début d'internat, même à l'hôpital, pour notre pratique dès le début, quand on arrive, avec nos petites blouses : « Bonjour je suis l'externe ! » {rires M7 et du groupe}. Je pense que ce serait important.

- plutôt pendant le stage praticien selon d'autres afin de :

- les mettre en application directement lors du stage, en médecine de ville,

- d'avoir des éléments théoriques pour pouvoir mieux analyser la pratique de leur maître de stage.(US 350, 480, 481, 482)

→ Ces cours devaient être interactifs et reliés à la pratique pour que les internes y soient réceptifs (US 467, 470, 473 à 477)

473... . C'est vrai que si c'est illustré, euh la théorie c'est très intéressant

2.2.2.2 Formations plus interactives abordant la relation médecin malade

Pour 2 autres internes, il paraissait plus important d'avoir une formation permettant d'échanger sur ce thème (US 434, 435,436). L'un deux citait :

➤ **Le débriefing avec une psychologue d'une consultation d'annonce diagnostique filmée**

A travers ce type de formation (précédée d'un rappel théorique), un interne avait pu apprendre de nombreux aspects de la relation médecin malade (communication verbale et non verbale, moyens défensifs ...), utiles et transposables dans tout type de consultation.

470 Nous juste, quand on était passé en cancéro, justement il y avait l'annonce diagnostique, d'un cancer ou d'une récurrence, et en fait ils se servaient d'une consultation filmée sur laquelle on discutait ensuite avec la psychologue. Au début on avait des cours théoriques, enfin il y avait un rappel théorique ou des cours tout simplement sur les phases du deuil et sur les différentes postures. C'était donc fait avec des exemples de médecins, qui étaient filmés avec différentes attitudes et après on débriefait sur comment est ce médecin-là, qu'est-ce qu'il met en avant, est ce qu'il est ouvert, est ce qu'il est fermé, quelle position il a, quelle attitude il a, quel moyen défensif il met en avant aussi, qu'est-ce qu'il renvoie au patient ? C'était intéressant .C'était sur l'annonce diagnostique, mais ça servait, enfin pour toutes les consultations quoi.

➤ **Jeux de rôle**

- Pour apprendre les éléments de la relation médecin malade, certains internes évoquaient leurs expériences des jeux de rôle (US 410 à 412). Cette méthode réalisée en petits comités avait été appréciée. (US 414, 416, 418,420)

410 je sais qu'il y a des facs à Paris où il faisait des cours de théâtre où par exemple le thème était : annonce d'un diagnostic. Il y a des cours de théâtre où il y avait un professionnel qui imitait un patient : ça pourrait peut-être, être une idée de mettre un peu des choses comme ça en place, des sortes de jeux de rôle, où le thème serait « annonce diagnostique » et on serait par petits groupes avec un modérateur qui nous donnerait les techniques de communication ou des choses comme ça.

- Pour d'autres, cette méthode était compliquée à mettre sur pied, et ils considéraient que l'aspect « théâtre » pouvait freiner les gens timides (US 417, 423,426)

DISCUSSION

1 DISCUSSION DE LA MÉTHODE (14)(15)

1.1 Avantages de la méthode

- Le but de notre travail était de comprendre les motivations des MGI pour participer aux GEP, de recueillir les opinions des internes d'une part sur les GEP et d'autre part sur une nouvelle idée : réaliser des groupes d'échanges lors des autres stages de la maquette ?

Nous n'avons donc pas d'ambitions statistiques mais un besoin de recueillir une diversité d'opinions sur ces sujets. Notre choix de méthode s'est donc naturellement porté vers une étude qualitative.

L'avantage des entretiens collectifs par la méthode du FG, réside dans les aspects positifs de l'interaction et de la dynamique de groupe : les échanges favorisent l'émergence des opinions et des expériences, comme une réaction en chaîne. Les participants peuvent rebondir sur les propos des autres membres, et construire un raisonnement, qu'ils n'auraient peut-être pas eu lors d'un entretien individuel par exemple.

- Tout ce qui a de la valeur pour les personnes est abordé, comparé et confronté. Le «comment? » et le « pourquoi ? » sont abordés sans préjugés. Le chercheur est comme un explorateur qui peut connaître en partie le terrain, mais va aussi découvrir des domaines inconnus. Tout est « valide » : même une seule idée minoritaire est « vraie ».

- L'entretien collectif permet de donner plus de poids aux critiques que les entretiens individuels : la dynamique de groupe peut désinhiber les participants, osant alors exprimer leurs critiques. Ce point était donc intéressant lors de l'abord des points négatifs des GEP par les MGI et les internes.

- Le FG est une méthode de recherche économique en temps de recueil de données. De plus le matériel de travail, le verbatim, est disponible immédiatement à la fin de l'entretien.

- l'échantillonnage du groupe est plus facile à réaliser que dans une étude quantitative, puisqu'il n'y a pas d'exigence de représentativité de la population étudiée.

-A notre connaissance, il n'existe pas dans la littérature d'études similaires à la nôtre. Une étude qualitative a eu lieu sur les GEP de MGI, mais avec une approche différente, socio anthropologique(16).Plusieurs études quantitatives ont été réalisées sur les GEP de MGI mais leurs objectifs étaient différents de ceux de notre étude. En ce qui concerne les internes, une étude qualitative a déjà été réalisée(17), mais la population ciblée était différente.

1.2 Limites de la méthode

- Les limites des FG résultent des aspects « bloquants » de la discussion de groupe : timidité ou réticence à exprimer des idées personnelles en public. Il peut se dégager des normes de groupe, source de blocage. Les participants peuvent rester dans les idées considérées comme « socio culturellement correctes ». La présence d'un « leader » d'expression dans le groupe, ou de relations conflictuelles entre les participants, peut aussi entraver la libre expression. A charge du modérateur de canaliser ces différentes tensions afin d'optimiser le recueil des données et la richesse des débats. Dans nos 2 FG, il n'y a pas eu de leaders d'opinions. Certains participants ont eu un temps de parole supérieur aux autres, mais tous les médecins ont pu exprimer pleinement leurs idées, sans être jugés. Nous n'avons pas perçu de réticence de la part des participants à témoigner de leurs expériences.

- Les FG permettent de recueillir l'avis de plusieurs personnes en même temps et de bénéficier ainsi de la dynamique de groupe. Ils peuvent cependant être plus difficiles à organiser et mettre en place que des entretiens individuels, surtout quand les participants sont des personnes actives avec peu de disponibilité, comme des médecins libéraux par exemple. Nous avons eu effectivement beaucoup de difficultés à réaliser nos 2 échantillonnages.

- La retranscription du FG ainsi que l'analyse des données est un travail long et fastidieux.

- L'analyse des données doit être reproductible : quelle que soit la personne qui la fait, les conclusions doivent être les mêmes. Malgré notre assiduité à respecter ce point, il peut toujours y avoir une part de subjectivité dans nos résultats, notamment dans le classement par thèmes des unités d'analyse.

- « La saturation d'idées » : Dans les 2 populations concernées : MGI et internes, nous n'avons réalisé qu'un seul FG. Il faut généralement plus de séances (entre 3 et 5) pour obtenir le moment où il n'y a pas d'émergence de nouvelles idées majeures dans les groupes. La durée assez longue de nos 2 FG (1H40) a pu, peut-être, atténuer ce phénomène en permettant une large expression des participants.

Deux questions dans nos FG se recoupaient : les points positifs et négatifs des GEP ainsi que leurs apports dans la pratique quotidienne. Les populations étudiées dans nos 2 FG n'étaient certes pas identiques, mais cela a permis de recueillir un éventail de réponses plus large sur ces questions.

- Certaines questions de nos guides d'entretien pouvaient contenir 2 idées à la fois, ce qui a pu gêner l'exploration en profondeur de certains concepts.

1.3 Analyse des biais de l'étude

- biais de sélection : Signalons que pour nos 2 FG, nous avons d'abord commencé par joindre les différents organismes (SFMG, conseil de l'ordre des médecins, URML, UNAFORMEC, CHEMG, SFTG, SIMGO ...) pour réaliser nos échantillonnages, sans résultats probants malheureusement.

Réunir 8 MGI volontaires, le même jour et à la même heure, pour réaliser un FG dont ils connaissaient simplement le thème a été une tâche difficile. Nous avons fait appel à nos connaissances ainsi qu'à celles de notre directeur de thèse et du DMG de Nantes. Nous avons donc pu sélectionner des personnes plus motivées par le sujet et disponibles, entraînant donc un biais. Certains participants se connaissaient : M2 et M5, M6 et M7. Le modérateur connaissait la moitié des participants. J'en connaissais pour ma part 3.

Il en est de même pour le FG des internes. Nous avons fait appel à nos connaissances puis travailler de proche en proche pour recruter les participants. Au final, nous connaissions 4 participants. Certains internes se connaissaient également entre eux.

En ce qui concerne la constitution du FG des internes, nous avons pu réunir des anciens internes ayant réalisé leur SASPAS pendant 4 semestres différents, ce qui a permis de panacher les opinions.

Pour le FG des MGI, malgré nos demandes répétées, nous n'avons pas réussi à obtenir auprès de la SFMG, les coordonnées de médecins pratiquant des GDP®. Malgré cela, nous avons pu recruter des participants appartenant à 3 types de GEP différents (GEP type GDP®, GQ et groupe à part de M7). Nous sommes également satisfaits par la diversité des caractéristiques de nos participants : âge (de 29 à 69 ans), lieux géographiques d'exercice (milieu urbain, semi rural et rural), ancienneté dans les GEP (de 1 à 18 ans). Ces éléments ont favorisé la diversité des opinions.

Les femmes au nombre de 2, étaient relativement peu représentées. Nous n'avons pas réussi à recruter de médecins ayant un exercice solitaire.

- Biais de mémoire : Pour 3 internes, leur SASPAS et les GEP dataient d'au moins 2 ans, ce qui a pu créer des biais de restitution.

- Biais d'intervention : Le modérateur est resté neutre pendant les 2 FG. Il a suivi le guide d'entretien à la lettre, ces questions étaient toujours ouvertes. Il n'a quasiment pas eu de besoin de reformuler les idées exprimées par les participants, celles-ci étant le plus souvent claires.

2 DISCUSSION DES RESULTATS

Dans le 2 FG, hormis la question sur la première participation pour les MGI et celle sur le besoin de GEP plus tôt dans le cursus pour les internes, les questions posées étaient les mêmes. C'est-à-dire les points positifs et négatifs de la méthode, ses limites et ses possibilités d'amélioration. Dans une première partie, nous avons donc discuté ces points.

Dans un second temps, nous avons discuté le lien dégagé entre la FMI et la FMC à travers ces GEP.

La troisième partie porte sur l'opinion des internes à propos de la réalisation de GEP de façon plus précoce dans leur cursus.

Enfin nous discuterons brièvement les autres besoins des internes ayant émergé du FG, pour lesquels les GEP ne répondaient que très partiellement.

2.1 ÉVALUATION DES GEP PAR LES INTERNES ET LES MGI

2.1.1 Le mode de fonctionnement

Lors de notre FG, les participants appartenaient à 3 types de GEP différents : les GEP type GDP® (M2, M3, M5, M8), les GQ (M1, M4, M6) et le groupe de M7, innovant, pouvant se rapprocher des GQ mais avec ses spécificités.

- **Les groupes de M2, M3, M5 et M8 reprenaient les idées principales des GDP® à savoir :**

Des groupes composés uniquement de médecins généralistes (entre 5 et 12), se réunissant régulièrement, faisant une analyse argumentée de la pratique quotidienne centrée sur la présentation de cas cliniques, tirés au sort et s'appuyant sur l'expertise collective.

La plupart nommaient également un animateur et un secrétaire, différents à chaque séance, critère qualité des GDP®. (1)

A aucun moment ces groupes ne se sont définis comme des GDP labellisés par la SFMG mais il était intéressant de faire ce parallèle puisque leur mode de fonctionnement était similaire.

Pour reprendre cette idée de groupe non labellisés, il est probable qu'un certain nombre de médecins généralistes participent à des GEP sans qu'ils soient étiquetés par un organisme de FMC ou une société savante (18).

Nous avons noté que le groupe de M2 et M5 ne voyait pas l'intérêt d'obtenir la labellisation. Les groupes de M3 et de M8 allaient plus loin et pensaient que la labellisation serait synonyme d'animateur, avec donc ascendance et perte de l'horizontalité du groupe. Nous voyons donc **l'importance pour certains de cette horizontalité et de l'absence de hiérarchie au sein de ces GEP**

- **En ce qui concerne les GQ** de M1, M4 et M6, ils suivaient le cahier des charges des GQ évoqué dans la partie PRÉREQUIS (page 15)
- **Le groupe innovant de M7** s'inspirait des GQ mais a été personnalisé par ses participants. En effet, ils établissaient un programme thématique à partir de relevés d'incidents définissant leur besoin de formation. De plus, à l'image du retour d'information de l'assurance Maladie dans les GQ, ce groupe essayait de vérifier à posteriori la pertinence des nouveaux outils mis en œuvre suite aux réunions.

2.1.2 Première participation

Les motivations initiales des médecins pour participer à ces GEP étaient diverses. Certains cherchaient une utilité professionnelle avec la recherche d'un bénéfice immédiat, comme avoir des « recettes » sur certaines prises en charge. D'autres souhaitaient approfondir le partage qu'ils avaient avec leurs associés et les médecins environnants, ce qui correspond bien à un des objectifs des GQ (réunir les médecins d'une même zone géographique)(5).

Enfin M6 était séduit par une spécificité des GQ : le cadre interrégional.

Les résultats ont montré que les **médecins étaient satisfaits des GEP dès la première participation**, pouvant montrer le caractère accrocheur de cette méthode ainsi que le **bénéfice immédiat** que les médecins semblent y retrouver.

2.1.3 Le cadre

Pour commencer, les généralistes ont apprécié **l'ambiance** qui régnait dans ces GEP.

➤ En effet la convivialité ressortait comme une des notions les plus importantes. Les médecins se rendaient avec plaisir aux réunions et avaient l'impression de passer une bonne soirée. Il régnait une ambiance agréable voire amicale facilitant les échanges. Ce point paraît tout à fait adapté au rythme de travail des généralistes qui ont pour la plupart des journées chargées et fatigantes. Ils ont en effet besoin en fin de journée, d'avoir une formation vivante, interactive leur permettant de se former tout en évacuant une certaine pression accumulée au cours des consultations. Le GEP leur est donc apparu comme une formation permettant d'allier l'utile à l'agréable.

Nous avons retrouvé cet aspect dans le travail de Philibert où 52% des médecins citaient la convivialité comme intérêt dans ces GEP (19). Dans le travail de Carrez-Gamel(20), les médecins expliquaient que le côté convivial des réunions devait persister. Ce côté convivial est aussi quasiment inscrit dans le « cahier des charges » des GDP®, il en fait partie intégrante, comme le rappelle le Dr P. Arnould (21) (directrice du département GDP® au sein de la SFMG). La notion de **séquence de travail conviviale** est également ressortie de la thèse de Zipper (16) portant sur l'inter-formation en groupe d'analyse de pratiques entre pairs (GAPP). Elle mettait en valeur **l'importance de l'équilibre entre du formel et de l'informel dans le GAPP** : le cadre formel structurait l'inter-formation, mais les échanges informels rendaient l'inter-formation conviviale et donc plus attrayante.

Concernant les internes, le travail de Favier (2008) montrait que les internes en stage praticien appréciaient le caractère informel et convivial des GEP supervisés (17)

Je pense qu'il faut tout de même mettre en relief cet aspect assez rare pour une formation quelle qu'elle soit : **ce cocktail de convivialité et d'échanges formels ressortait comme un des éléments faisant la force des GEP des MGI.**

➤ Notons également que **l'absence de préparation en amont de ces séances** a été un point cité par les médecins (MGI et internes), leur permettant de ne pas perdre de temps à la fin de la journée. En effet ils ont juste à imprimer la 4^e consultation du jour par exemple et la

présenter lors de la séance. Cette tâche est relativement aisée puisqu'ils se souviennent parfaitement du déroulement de la consultation.

➤ Le 2e point que les médecins ont cité comme important était **le travail en équipe avec une vraie vie de groupe**. Dans un autre travail de thèse, **38%** des médecins citaient la motivation du travail en groupe comme intérêt principal des GDP⁽¹⁹⁾. Nous avons noté que les participants du FG qui mettaient en avant cet aspect, travaillaient tous en cabinet de groupe et non pas seuls. Ils pouvaient déjà échanger dans leur cabinet avec leurs confrères mais ils étaient contents de poursuivre ces échanges lors de réunions prévues.

Les médecins participant à ces GEP sont-ils plus souvent en association ? Aucune étude ne recense tous les GEP au plan national, mais dans différentes thèses, avec certes une faible portée statistique, les médecins étaient en association dans 86% (22), 56% (23) et 46% des cas (20).

Il serait intéressant de voir au plan national si cette méthode est surtout pratiquée par des médecins en groupe ayant déjà une culture de l'échange ou est-ce qu'elle profite aussi à des médecins exerçant seuls.

➤ Le fait de se **retrouver entre pairs, en petit groupe, sans hiérarchie, sans jugement de** la part des confrères était apparu comme un autre pilier des GEP. La **liberté d'expression et la confiance mutuelle** étaient également des points importants. Ces paramètres créent un climat propice à l'échange : les généralistes, voyant que les autres se livrent, se confient à leur tour, ils osent dévoiler leurs difficultés ou leurs erreurs.

Nous avons noté que les internes ont parfois regretté l'absence d'horizontalité avec un MSU pouvant être dans une relation professeur/élève, ce point sera débattu dans la partie consacrée aux limites des GEP.

En ce qui concerne les éléments cités ci-dessus, la littérature vient plutôt confirmer leur importance dans les GEP.

Selon Roger Mucchielli (24), 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.

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.

Selon A. Berthier,(25)la réappropriation au sens large de son “outil de travail” au sein d’un groupe exempt de hiérarchie, composé de personnes ayant le même champ d’activité est le point de départ d’une nouvelle façon de concevoir son intervention. Il ajoute que pour tirer le maximum de bénéfices des GDP®, certaines conditions sont indispensables : Il s’agit d’établir une véritable dynamique de groupe avec un bon niveau de confiance entre les participants. Chacun doit pouvoir s’exprimer sans la crainte d’être jugé et avec l’assurance de trouver une écoute attentive à l’exposé de ses difficultés.

Un article des documents de recherche en médecine générale, reprenant les points importants du symposium national de 2001 des GDP®, mentionne **l’importance de la parité en GEP**. En effet, cette situation entre pairs évite ou limite les comportements de type “modification de discours”, “scotomisation de faits”, “attitude de séduction”, "d’obéissance ou de soumission” liées à des phénomènes de hiérarchie. Ces phénomènes de nature sociologique sont constants, mais plus ou moins visibles, conscients ou inconscients. Ils sont bien connus tant dans les groupes exclusivement médicaux que dans les groupes pluriprofessionnels et/ou pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, représentants de l’industrie pharmaceutique, administratifs etc.). Les relations entre acteurs sont modifiées par les effets des représentations et des hiérarchies selon le statut perçu de supposé sachant ou non sachant.(26)

En ce qui concerne l’absence de jugement, Le Dr Arnould précise cette notion : « **Nous ne portons aucun jugement** » Nous ne faisons que parler de notre pratique quotidienne. C’est un **lieu de libre parole**. Ceux qui viennent pour la première fois sont vraiment **réconfortés** : on parle enfin de leur métier, de sa complexité, de ses problèmes concrets.(21)

➤ **autorégulation du groupe**

Dans les GEP type GDP® de notre FG, les animateurs changeaient à chaque séance et n'avaient pas de formation spécifique sur l'animation de groupe comme dans les GQ. Malgré cela, il y avait une autorégulation par le groupe qui se mettait en place (US 343, 344) pour éviter l'émergence d'un leader. Cette notion très importante ressortait également des propos d'A. Berthier (25).

Ce phénomène d'autorégulation s'est créé dans le groupe de M3 sans qu'aucun des participants n'ait reçu de formation particulière sur l'animation de séance.

→ **C'est comme si le groupe fonctionnait en autonomie, il sait ce qui est bon pour lui, pour son efficacité et sa pérennité. Les généralistes se dotaient donc eux même des bases leur permettant d'installer dans la durée ces GEP, qu'ils appréciaient particulièrement.**

➤ Un des médecins était content « **d'être débarrassé des labos** » dans ces GEP. Il ressentait le besoin d'avoir une information non biaisée, non « polluée », se construisant au fil d'une réflexion entre pairs.

2.1.4 Le contenu

➤ Pour les internes, le GEP permettait **enfin d'avoir enfin un lieu et un temps où ils pouvaient parler** des consultations. Ce **besoin d'échanger** a plusieurs fois été cité dans le FG : les internes ressentaient très souvent le besoin de parler des patients qu'ils avaient pu prendre en charge, que ce soit en cabinet ou à l'hôpital. Les GEP leur permettaient de systématiser ces échanges et d'aborder plus de sujets et plus en profondeur.

Selon les MGI, les GEP sont pertinents et adaptés à la pratique de la médecine générale puisque **la base de la séance repose sur une discussion autour de cas réels vécus par les médecins**. Un des participants allait plus loin en affirmait qu'il ne connaissait aucun autre mode de formation permettant de faire autant émerger les choses de la vraie vie. (US 47)

➤ Un autre point essentiel des GEP, ayant fait consensus dans les 2 FG est la **confrontation des pratiques et des expériences vécues**. Les MGI ont apprécié ce brassage de médecins ayant des FMI et FMC différentes, apportant une richesse au débat. L'importance de la confrontation transgénérationnelle fut également citée dans les 2 FG. Sur des thèses quantitatives, ce partage d'expériences entre confrères était cité par 70% (19) et 64 % des généralistes(22). Dans le travail (2005) de Carrez-Gamel (20), l'âge des participants était très étendu (de 28 à 71 ans), ce qui avait permis d'avoir de véritables échanges et une confrontation enrichissante entre des générations ayant eu des formations différentes.

➤ **Le fait d'expliquer à posteriori ce qui a été fait pendant la consultation** ont permis aux généralistes de se remettre en question et de prendre du recul. Les internes parlaient eux de remise en question quasi inconsciente, en groupe, permettant d'éviter la routine. On retrouve cet aspect dans la thèse de Favier où presque tous les internes ont évoqué spontanément le partage d'expériences au cours des séances de GEP et précisaient que les groupes favorisaient la remise en question. (17)

Au travers de ces GEP, les médecins **pouvaient comparer leurs pratiques à celles de leurs confrères et aux données de la science** (recommandations, articles, revues ...). Parfois devant une inadéquation entre les référentiels et leurs pratiques quotidiennes, les généralistes devaient travailler sur l'adaptation de ces références au travail de terrain. Ils ont pu dans les suites proposer des **actions d'amélioration**.

Le fait d'analyser sa pratique par rapport aux données scientifiques validées renvoyait directement à la **méthode de l'Evidence Based Medicine (EBM)** :

L'EBM se définit comme l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données (preuves) actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient(27). En aucun cas, ces "preuves" ne peuvent remplacer le jugement et l'expérience du médecin, ce qui explique que la méthode EBM complète la pratique médicale traditionnelle mais ne la remplace pas.

L'EBM se réfère au principe de « l'incertitude » scientifique (se traduisant pratiquement par des décisions différentes selon les praticiens), avec pour intérêt majeur de tenter d'en mesurer la valeur au lieu de l'évacuer ou de l'attribuer à l'incompétence. Cette approche permet un

catalogue raisonné des pratiques médicales en distinguant ce qui est démontré comme utile, ce qui est démontré comme inutile et ce qui n'est pas démontré du tout.(28)

L'EBM est une démarche qui nécessite les étapes suivantes :

1. la formulation claire et précise d'une question clinique à partir d'un problème clinique donné
2. la recherche d'articles pertinents dans la littérature (quel article lire?)
3. l'évaluation systématique de la validité et de l'intérêt des résultats et l'extraction des preuves qui sont à la base des décisions cliniques (quel article croire?)
4. l'intégration de ces preuves dans la pratique médicale courante afin de répondre à la question posée au départ

Ces étapes correspondent à celles d'un GEP : A partir d'une question restée sans réponse lors de la séance : les médecins recherchaient dans la littérature des données scientifiques de niveau de preuve élevé afin d'apporter une solution optimale au problème soulevé.

- Des thèmes ont donc fortement émergé de nos 2 FG : l'échange entre confrères, l'analyse de pratiques permise grâce à la confrontation aux pairs et aux données de la science.

Ils font partie des objectifs majeurs des GDP® définis par la SFMG.(1,29,30)

- En ce qui concerne l'adaptation des recommandations à la pratique de terrain :

Le médecin est souvent perplexe face à l'inadéquation entre ce qu'il fait au quotidien et ce qu'il devrait faire à la lecture des nombreuses recommandations. Cette double confrontation aux pairs et à la science lors du GEP, intéresse les généralistes qui tiennent compte d'autres éléments, a priori plus subjectifs que ceux des recommandations, pour prendre une décision.(31)

Ces éléments pointent une des limites de l'EBM : le manque d'études et de données scientifiques pour un certain nombre d'actes cliniques qui ne seront jamais évalués en utilisant l'approche EBM ou des études non représentatives de malades auxquels elles prétendent s'appliquer. Ainsi "ce qui est blanc ou noir dans une revue scientifique peut rapidement devenir gris dans la pratique clinique", c'est ce que Naylor a défini comme les "Grey Zones".

Le Groupe de Pairs apparaît donc en quelque sorte comme une **cellule de réflexion qui sert d'interface entre les exigences "scientifiques" et les soins primaires.**(25)

- Concernant la prise de recul, le GEP semble avoir un impact fort. A. Berthier souligne cet aspect. Selon lui, la mise en perspective des besoins, l'agencement des priorités nécessitent de la part du praticien une démarche active d'autonomisation par un examen critique des différentes contraintes. L'exercice individuel ne favorise pas cette prise de recul. L'apport du groupe de pairs dans ce domaine est irremplaçable.(25)

→ **Les GEP apparaissent comme une formation parfaitement adaptée aux besoins des généralistes, collant au plus près de leur pratique quotidienne. Ils se basaient sur la méthode EBM dans le but d'avoir une pratique la plus en phase possible avec la science. Afin de prendre en charge les patients de façon globale (modèle bio psycho social), les médecins devaient parfois adapter les recommandations à « la vraie vie ».**

➤ Au travers des différentes actions décrites ci-dessus, le GEP rentre dans le cadre de **l'évaluation des pratiques professionnelles telle qu'elle est décrite par l'HAS** : « L'évaluation de la pratique d'un professionnel de santé consiste à analyser son activité clinique réalisée par rapport aux recommandations professionnelles disponibles actualisées, afin de mettre en œuvre un plan d'amélioration de son activité professionnelle et de la qualité des soins délivrés aux patients ». Rappelons que depuis 2004, l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles constitue une obligation pour tous les médecins quel que soit leur mode d'exercice (Article 14 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie).

L'EPP et la FMC ont été réunis sous la forme du Développement Professionnel Continu (**DPC**) dans la loi HPST, parue au Journal Officiel le 22/07/09. Selon l'article 59 de cette loi, le DPC a pour objectifs « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ». Depuis le 01/01/13, l'ensemble des professionnels de santé sont soumis, tous les ans, à une obligation de DPC.(8)

Nous avons constaté dans nos FG que les GEP semblaient répondre aux objectifs du DPC. Officiellement, les GDP® ainsi que les GQ font partie des formations permettant de **valider une partie du DPC**.

Les GEP, répondant aux critères de validation de l'HAS, permettent donc aux médecins de réaliser une partie de leur DPC. Les GEP ont été plutôt plébiscités par les participants mais ils sont également reconnus par l'HAS comme une méthode permettant d'améliorer la qualité des soins.

2.1.5 Les apports des GEP

A ce sujet, 2 grands thèmes sont ressortis de nos 2 FG : **l'apport sur le plan psychologique et l'amélioration des connaissances théoriques ou pratiques. Par ce biais, les participants avaient l'impression d'améliorer la qualité de leurs soins.**

A) L'amélioration des connaissances théoriques et pratiques

Les connaissances théoriques portaient surtout sur le partage des recommandations officielles. Pour les connaissances pratiques, les participants des 2 FG ont apprécié les échanges informels sur les correspondants. Plus spécifiquement, les internes ont apprécié de pouvoir discuter sur les méthodes de recherche d'informations. Comme dans le travail de Carrez, les MGI, eux, ont plutôt apprécié l'échange sur les outils utiles en consultation leur permettant de gagner du temps.(20)

Dans nos 2 FG, les **GEP apparaissaient donc comme un lieu de partage de savoir, de savoir-faire mais également de savoir être.**

- Selon les internes, **l'enrichissement intellectuel en GEP était facile et rapide**, chacun se nourrissant de l'expérience des autres. Les internes du FG avaient l'impression « **d'apprendre sans apprendre** » (US 94), notion retrouvée dans la thèse de C. Favier : « **Entretenir des connaissances sans bachoter**»(17)

- Pour les internes, les GEP permettaient d'apprendre ce qu'on ne pouvait pas apprendre dans les livres comme des façons de faire par exemple (US 3b).

Les GEP étaient donc complémentaires de la formation théorique et permettaient aux internes d'améliorer leur savoir ainsi que le savoir-faire : résultats identiques à ceux de Favier. Berthier parle lui d'enrichissement mutuel et rapide en GDP ® qui ne se limite pas au savoir mais concerne aussi le savoir-faire et le savoir-être.(32)

- Un interne relevait également la **transférabilité** des résultats du GEP dans la réalité. Les informations échangées en GEP étant réutilisables facilement et fréquemment dans la pratique quotidienne. Selon Berthier, l'intervention de chacun des médecins en GEP renvoie les autres à leur propre pratique et les solutions abordées par le même angle et avec les mêmes contraintes, sont de ce fait **transposables**(32). Le médecin devient de plus en plus **compétent** sur les sujets qu'il rencontre quotidiennement. En effet, la plus grande partie des situations peut être couverte à travers des réunions régulières ; cela permet de résoudre la quasi-totalité des difficultés rencontrées par les généralistes.(29)

Cette notion de transférabilité des résultats du GEP dans la réalité était importante lors de nos FG. Les informations discutées étaient réutilisables fréquemment et facilement, facilitant les prises en charge des médecins.

Les GEP permettent de balayer un grand champ de la médecine générale et sont donc le cadre idéal pour développer les compétences des généralistes définies par la WONCA : La gestion des soins de santé primaires, les soins centrés sur la personne, l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes, l'approche globale, l'orientation communautaire, l'adoption d'un modèle holistique

B) L'amélioration de la qualité des soins

Dans les 2 FG, les médecins avaient le sentiment d'améliorer leurs connaissances théoriques et pratiques grâce aux GEP, sans que ce soit réellement mesurable. Les MGI trouvaient que la « qualité » de leur travail s'améliorait grâce à une amélioration de leurs connaissances bio médicales ainsi qu'au partage d'outils utiles au quotidien en consultation.

Cette notion d'amélioration de la qualité des soins fait partie des finalités des GDP ® selon Cohendet (ex directeur de l'unité GDP® à la SFMG).

Dans des thèses quantitatives, ce sentiment d'amélioration de la qualité des soins étaient présent chez 98% (19), 93%(22)et73%(20)des médecins participant à des GDP® ou équivalents. Lors de la journée d'EPP de l'HAS du 18/12/2006, Ce chiffre était de **43,5%.**(33)

Ces résultats sont subjectifs, mais nous constatons que ce sentiment d'amélioration de la qualité des soins paraît présent dans l'esprit de la majorité de généralistes participant à ces GEP. Cet aspect ne peut que renforcer la motivation des médecins et leur confort d'exercice.

Selon Wensing M. et Grol R., les groupes d'échanges de pratique entre pairs favorisent l'implantation des références de qualité. (34)

→ **Certaines études objectivaient cette amélioration des soins grâce aux GEP**

- Une étude de 2001 de MG-FORM, semblait mettre en avant l'impact positif des GEP dans l'application des références et dans l'amélioration des pratiques au sens large. Étude sans groupe témoin, évaluant 60 médecins, basée sur un audit de pratiques réalisé avant et après l'action : 4 soirées de GEP (thèmes définis : vaccinations, dépistage des cancers, tenue du dossier médical, risque cardiovasculaire) et 2 visites de pairs (peer review). Tous les thèmes étaient améliorés à l'issue de l'action.(34)(Points principaux de l'étude en **annexe 6**)

- Une étude allemande de 2008(35), randomisée et contrôlée montrait que les cercles de qualité permettaient d'améliorer la prise en charge des patients asthmatiques (suivi du plan de traitement de la crise d'asthme amélioré et diminution du nombre de visites urgentes). Cette étude attestait objectivement de l'utilité des GEP et notamment des GQ (similaires aux cercles de qualité étudiés ci-dessus) dans la prise en charge de certaines pathologies fréquentes en médecine générale. (Résumé de l'étude en **annexe 7**)

- Une étude hollandaise, contrôlée, évaluait les cercles de qualité définis comme un groupe d'analyse critique entre collègues, de données préalablement récoltées sur les performances des médecins. Elle a montré des changements opérés par les généralistes dans l'anamnèse, la communication avec les patients, leur suivi ainsi que les prescriptions médicamenteuses. (6)

L'optimisation des prescriptions

Les internes citaient le partage et l'optimisation des prescriptions lors des GEP. Cet objectif d'optimisation des prescriptions fait partie intégrante des préoccupations du monde médical. Les GEP semblent montrer un impact intéressant sur cet aspect.

➤ **En ce qui concerne les GQ**, un impact positif en termes d'amélioration de la qualité des prescriptions (augmentation du taux de prescription des génériques et de l'amoxicilline, baisse du taux de prescription des antibiotiques de 3^e génération et des vasodilatateurs) et de l'optimisation des dépenses (baisse de 3% des dépenses de pharmacie) a été noté. (5,36).

Une étude comparative GQ/groupe témoin, réalisée sur l'année 2011, estimait que si les médecins des GQ avaient prescrit de la même façon que leurs confrères du groupe témoin, le coût de leurs prescriptions aurait été supérieur de 9 969 826 € pour l'année 2011. Les auteurs spécifiaient qu'aucun lien de causalité ne pouvait toutefois être établi, les conditions statistiques n'étant pas réunies. Cependant l'adhésion de la majorité des médecins d'un territoire à GQ permettait d'éviter un biais de sélection. (37)

➤ **En ce qui concerne les GEP**, une étude de 2005 en région Pays de la Loire évaluait les prescriptions des médecins participants, chez les patients de plus de 65 ans, avant et après les GEP. Elle a montré une diminution du ratio d'ordonnances avec 10 DCI différentes et une baisse des prescriptions d'hypnotiques et de vasodilatateurs de la part des généralistes. (33) (Résumé en **annexe 8**)

Une autre étude, autrichienne, mettait en évidence que les groupes d'analyse entre pairs pouvaient être une méthode très efficace pour l'augmentation du taux de prescriptions de génériques par les médecins généralistes. (38)

Outil anti médecin déviant

Un des membres du FG des MGI mettait en avant le GEP comme un super outil anti médecins déviants : c'est-à-dire que le médecin voyant sa pratique s'écarter de la norme allait pouvoir se recadrer sans jugement. On aboutirait donc à une homogénéisation « vers le haut » du niveau des médecins qui auraient une pratique plus proche des recommandations

officielles. Ce sentiment est retrouvé dans la thèse de Carrez-Gameldans laquelle 93% des médecins ont eu le sentiment d'être plus conforme aux données acquises de la science dans leur pratique.(20)

Les résultats de la phase expérimentale des GQ bretons viennent renforcer cette notion en mettant en évidence **la convergence des pratiques** des médecins d'une même zone géographique notamment pour ceux dont certaines pratiques étaient plus atypiques. (5)

Théorisation de l'amélioration de la pratique en GEP(39)

Pendant les GEP, les médecins analysaient leurs pratiques par rapport à celle de leurs confrères et les comparaient aux données validées de la science. De cette démarche résultait une amélioration des pratiques professionnelles, que certains groupes comme celui de M7 essayaient de mesurer.

En ce qui concerne l'évaluation des pratiques professionnelles, la HAS a choisi de privilégier l'option d'une **évaluation formative** intégrée à la pratique du médecin plutôt qu'une option normative qui se traduirait par la satisfaction stricte à des normes. L'option normative a été prise par certains pays. Ainsi, au Royaume Uni, le gouvernement a lié une partie de la rémunération octroyée par le National Health Service (NHS) aux cabinets médicaux, à la prescription des médicaments génériques par les généralistes et à la définition de cibles cliniques à atteindre (clinical targets).

Nous notons que l'option normative a également été mise en place en France plus récemment par la sécurité sociale à travers les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) puis avec les rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP) depuis 2012.

Selon la HAS, l'évaluation formative est la condition de l'appropriation effective de l'EPP par les médecins français. Dans cet esprit, ce sont les professionnels eux-mêmes qui portent le projet d'améliorer la qualité des soins. L'évaluation formative est une expression forgée sur le modèle de la formative assessment des Anglo-Saxons qui donne une place majeure **au retour d'information (feed-back)** dans le processus de l'apprentissage : les étudiants et les enseignants modifient en permanence leurs activités d'acquisition des connaissances et d'enseignement par le retour permanent des résultats de l'apprentissage, le tout dans un climat dégage de sanction. L'objet premier d'une évaluation formative est la reconnaissance de ses

erreurs et de ses difficultés. L'évaluation formative permet de mobiliser et de différencier les ressources nécessaires pour aider chaque élève à progresser vers l'atteinte des objectifs d'apprentissage.

Ce type de formation est considéré actuellement comme une des stratégies les plus efficaces pour promouvoir des performances élevées parmi les élèves.

Dans le domaine de l'évaluation des pratiques, le principe est le même : **des médecins utilisent les recommandations existantes pour une partie de leur activité, ils analysent ce qu'ils font par rapport à ce qu'il est recommandé de faire (feed-back) et ils s'engagent dans un processus continu d'amélioration de leurs pratiques.**

Le cadre idéal pour l'EPP est représenté par le groupe de formation auquel adhère le médecin généraliste et dans lequel il a l'habitude de rencontrer des confrères (des pairs) qu'il connaît et dont il ne craint pas le regard. Le GEP répond parfaitement à ces caractéristiques.

L'un des auteurs de référence dans le domaine des sciences de l'éducation, David Hopkins affirme que l'apprentissage est meilleur quand les membres d'un groupe peuvent interagir et réfléchir sur leurs expériences mutuelles. En outre, le changement passe par une persuasion en douceur, ce que les spécialistes des sciences sociales appellent la « pression des pairs ». Il s'agit bien d'un apprentissage individuel par la mise en commun des expériences.

D'autres chercheurs ont mis en évidence l'importance des échanges informels pour forger la décision médicale. C'est le cas de John Gabbay, professeur de santé publique au Wessex Institute for Health Research and Development à l'université de Southampton (Grande-Bretagne). Il a relaté les résultats de sa recherche (40) (questionnaires semi dirigés, observation non participante) réalisée pendant deux ans dans 2 cabinets importants de médecine générale du nord et du sud de l'Angleterre. L'objectif de cette recherche était de comprendre le mécanisme d'élaboration des décisions prises par les médecins généralistes.

Sa conclusion essentielle est que les médecins utilisaient rarement les informations explicites provenant de la recherche (ou « guidelines » = « lignes directrices explicites ») **et qu'ils se basaient plus sur des « mindlines » que l'on pourrait traduire par des « lignes directrices tacites » ou « lignes de conduite tacites »**. Ces mindlines se constitueraient à la suite de lectures rapides et surtout par les échanges informels que les médecins entretiennent en permanence entre eux et avec les autres professionnels de santé.

Ils mettaient donc en évidence **l'importance d'utiliser les réseaux formels et informels existants sur le terrain comme moyen de transmettre les recommandations aux professionnels.**

→ Au vu de ces éléments, le cadre du GEP est donc particulièrement adapté **pour la confrontation des expériences, l'introduction de guidelines/mindlines, l'analyse de sa pratique et la mise en place d'actions d'amélioration.**

Ces rencontres entre pairs vont favoriser l'acceptabilité et la faisabilité de l'évaluation des pratiques. La démarche peut être balisée en indiquant aux médecins les étapes qui permettent d'arriver à une meilleure qualité. Sur le fond, cet exercice s'inscrit parfaitement dans ce que William Edwards **Deming** (1900-1993) (à l'origine de la transformation de l'industrie japonaise après la guerre), a intitulé **la roue de l'amélioration de la qualité** et qui comprend 4 étapes : planifier, faire, vérifier et améliorer (*Plan, Do, Check, Act* [PDCA]).

1. Planifier :

- choisir le thème, savoir où rechercher les données référencées pertinentes, prévoir la sélection (aléatoire) des dossiers à discuter.

2. Faire, c'est l'étape de mise en œuvre de la démarche :

- les participants présentent leurs dossiers.

3. Analyser, c'est l'étape principale de réflexion entre pairs qui se déroule pendant la réunion :

- les problèmes sont présentés et analysés, les références consultées, chacun argumente son point de vue, des pistes d'amélioration consensuelles, référencées, sont éventuellement définies et proposées

4. Améliorer, c'est l'étape essentielle d'appropriation au cours de laquelle les professionnels s'efforcent d'améliorer leurs pratiques, l'organisation de l'exercice clinique quotidien et le circuit de soins du patient, de manière à réduire les écarts observés. Ils en évaluent périodiquement l'impact

Dès lors que des équipes médicales ou des soignants s'impliquent dans une démarche qualité, ils s'engagent dans la voie de l'évaluation/amélioration de leurs pratiques.

→ Les GEP respectant ces étapes s'intègrent parfaitement dans un processus d'amélioration de la qualité des soins.

C) Les apports sur le plan psychologique

Que ce soit les MGI ou les internes, le GEP leur permettait de s'identifier à leurs pairs, d'exprimer leurs difficultés et de se rendre compte qu'elles étaient souvent similaires. Le fait de les partager et d'essayer de les résoudre représentait un élément essentiel de lutte contre le stress du métier et donc un outil anti « burn-out » (US 479).

Un médecin évoquait le rire en tant qu'élément anxiolytique en GEP. Globalement, les GEP avaient une fonction de réassurance, de valorisation et permettaient aux généralistes d'être plus sereins dans leurs prises de décision. Le GEP aurait donc **une double fonction** selon les participants : **c'était un lieu d'enrichissement intellectuel et de décharge émotionnelle.**

Les résultats trouvés dans nos FG sont conformes aux données de la littérature.

Pour les internes, dans la thèse Favier, les GEP permettaient à l'interne de se rendre compte qu'il n'était pas le seul à toujours se poser des questions même après 8 ou 9 ans d'études. (17).

En ce qui concerne les MGI, plusieurs finalités des GEP évoqués dans nos FG sont retrouvées dans des articles sur les GDP ® ou les GQ (5,25,29,32)

- l'amélioration de l'identité professionnelle et la valorisation des médecins libéraux
- le confort intellectuel et la réassurance permettant de prendre du recul par rapport aux problèmes quotidiens et de repérer les points importants noyés au milieu de la banalité

Dans la thèse de Carrez-Gamel, **83%** des médecins ont été rassurés sur certaines conduites à tenir grâce aux GEP. (20)

P. Smith (professeur émérite de psychologie sociale à l'université de Sussex en Angleterre) relatait qu'un apprentissage utile relevait de la confrontation des problèmes qui ont pu se poser dans une atmosphère de soutien (41). Cette définition paraît tout à fait adaptée à l'apprentissage en GEP.

Prévention du « burn-out » ?

Dans l'étude du baromètre des pratiques en médecine générale réalisée en 2003 (42), une fraction importante des généralistes considérait qu'ils n'avaient pas les moyens de faire un travail de bonne qualité. Dans cette étude, 44 % des médecins généralistes souhaitaient changer de travail, ils étaient 32% lors d'une enquête sur les généralistes européens en 2008(43). Il s'agit d'un élément très important. Autant nous savons que la quantité de travail est peu prédictive du « burn-out », autant l'expression du sentiment de faire un travail de mauvaise qualité constitue un indicateur à prendre en considération. En effet, la norme sociale incite plutôt à affirmer que l'on s'accomplit dans son travail. La perturbation du rapport au travail pose la question du sens de celui-ci ; elle est susceptible d'entraîner une crise d'identité avec un risque de décompensation(42).

Une étude nationale de 2011 chez les internes en médecine générale a mis en évidence des chiffres assez alarmants : 6 internes sur 10 présentaient au moins un symptôme de souffrance psychologique au travail (44).

A travers ces études, nous pouvons constater qu'il existe une certaine souffrance psychologique liée au travail chez une partie des médecins généralistes installés et chez certains internes. Les résultats montraient que celle-ci était directement liée aux conditions de travail du médecin. Au vu du vieillissement de la population et du manque de médecins annoncés du fait des départs en retraite de la génération du baby-boom, nous ne pouvons que nous attendre à une augmentation de la charge de travail des généralistes. Il paraît donc impératif de trouver des moyens pour diminuer cette souffrance et de redonner aux généralistes la possibilité d'exercer pleinement leur métier de façon sereine. Dans le FG des MGI, le GEP a été cité comme **un super outil anti « burn-out »**. Qu'en est-il dans la littérature ?

En 2005, lors d'un débat réunissant des médecins très impliqués dans les GDP®, GEP et GQ, la notion de soutien psychologique apportée par les GEP en général a été soulignée. En effet, le médecin peut exprimer ses difficultés dans ces groupes qui sont des espaces de parole ; il en résulte une augmentation incontestable du confort d'exercice. De plus, le médecin réalise que ses difficultés sont aussi rencontrées par ses confrères; il se sent plus à l'aise dans sa pratique

quotidienne. Les difficultés jusque-là vécues sur le mode de la défaillance personnelle peuvent alors prendre un autre sens, apparaître comme des limites et obstacles auxquels les autres se heurtent aussi et déboucher, à travers la mise en commun des expériences, sur un enrichissement professionnel. C.Cohendet concluait en soulignant qu'une des finalités des GDP® était la lutte contre l'épuisement professionnel.(29,42)

En ce qui concerne les internes, nous avons vu qu'ils n'étaient pas tous d'accord pour évoquer les GEP comme espace d'expression de leurs ressentis. D'autres expériences dans les facultés de Montpellier et de Toulouse relevaient au contraire un consensus sur cet aspect.

Dans le bilan de satisfaction des groupes d'échanges de pratiques tuteurés (GEPT) (type GDP®, concernant tous les internes du DES) de la faculté de Montpellier, les groupes étaient souvent décrits comme des **lieux d'écoute et de parole**(45). Les ateliers d'échanges de pratiques (AEP) de la faculté de Toulouse fonctionnent de façon similaire aux groupes ci-dessus. 91% des internes trouvaient que ces AEP apportaient un soutien psychologique et 95,5 % un renforcement de l'identité professionnelle (46). Selon Zipper, les échanges conviviaux semblaient jouer **un rôle de soutien efficace** face aux enjeux de l'exercice médical: à la fois par le partage d'une langue co-construite, par l'effet de projections positives croisées et par la levée d'inhibition dans l'expression et l'humour. Participer à un GEP et partager entre pairs des projections positives croisées semblaient jouer un rôle dans la satisfaction de l'exercice professionnel. Cette notion proche du « peer-support » pourrait rejoindre l'idée que le GEP jouerait un rôle de prévention du « burn-out ».(16)

→ **Le GEP apparaissait donc comme une méthode apportant un soutien psychologique aux médecins généralistes tant en FMI qu'en FMC, qui semblait permettre de lutter contre l'épuisement professionnel.** D'autres études quantitatives seraient nécessaires pour affirmer ces dires.

2.1.6 Comparaison avec d'autres types de FMC

De nombreux médecins critiquaient la FMC traditionnelle et surtout les soirées avec experts (« soirées labos »). Leur principal reproche était le manque de modularité de l'information donnée. Un médecin évoquait les présentations magistrales de médecins hospitaliers qui étaient parfois inutilisables en pratique quotidienne de ville. De même, l'absence de modifications de leurs pratiques dans les suites de certaines formations constituait un point négatif.

Le GEP, selon les médecins, permettait de contourner ces aspects négatifs. En effet, ils ont aimé pouvoir échanger leurs points de vue, pouvoir discuter et essayer de rechercher un consensus sur un sujet. Echanger et avoir un regard sur les différences de pratiques dans les autres pays leaders en soins primaires a également été apprécié. D'une manière générale, le fait d'être actif dans sa formation est apparu comme l'élément essentiel de ces GEP. Actif puisque que le GEP était basé sur le volontariat et que les médecins s'investissaient dans leur formation, actif puisque la succession des cas présentés était stimulante intellectuellement. Actif enfin, car selon certains, ils effectuaient une tâche et la retenaient mieux que s'ils ne faisaient que l'entendre pendant une soirée : un médecin parlait de pédagogie active.

Des 1974, J. Stevens (médecin généraliste à Aldeburgh, Angleterre) souligne que la formation des adultes nécessite qu'ils soient actifs dans celle-ci.(47)

Une revue de la littérature (études contrôlées et randomisées) montrait que les sessions interactives de FMC favorisant la participation active et donnant l'occasion aux médecins d'utiliser leurs compétences pouvaient modifier leurs pratiques professionnelles. Elles pouvaient parfois avoir une incidence sur la santé des patients. En revanche, les sessions de FMC didactiques, formelles n'apparaissaient pas en mesure de modifier les comportements des médecins (à nuancer car ce résultat était basé sur un petit nombre d'études bien conduites) (48). Une autre étude montrait que les méthodes les plus répandues telles les conférences n'avaient pas d'impact direct sur l'amélioration des pratiques.(49)

En ce qui concerne les recherches, un MGI nuancait la qualité des recherches effectuées en GEP. Pour lui l'élément essentiel des GEP était le partage d'expériences. Il se fiait davantage aux formations DPC pour lui donner une information formalisée et organisée sur l'état des connaissances scientifiques sur un sujet donné. Il ne mettait pas les GEP sur

unpiédestal **mais les trouvait complémentaires d'autres formations comme les formations DPC.**

→ Tous ces éléments mettaient en relief **l'envie et le besoin des médecins d'échanger entre pairs et de constamment rechercher l'information la plus pertinente possible, basée sur des preuves (EBM).** Ils s'étaient affranchis d'un **certain complexe envers les spécialistes** et se considéraient capables de gérer leur FMC en se passant de ses derniers. Ils aimaient **réfléchir sur leur métier et leur profession, trouver eux-mêmes les référentiels utiles** dans telle ou telle situation. Ils avaient également un **esprit ouvert** sur les pratiques de leurs confrères européens ou canadiens, **leaders dans les publications sur les soins primaires,** élément non retrouvé avec un expert.

2.1.7 POINTS NEGATIFS

2.1.7.1 *Points négatifs spécifiques aux internes*

➤ La moitié des étudiants trouvaient que l'horaire des GEP était difficile puisqu'ils avaient lieu en fin de journée, après une journée de consultations. Certains soulignaient qu'ils pouvaient être trop tardifs, donnant ainsi des journées à rallonge. Ils précisait que ce problème restait entier quel que soit le type de formations et n'était donc pas une contrainte spécifique aux GEP. Les jours de travail des internes en SASPAS étant différents selon le cabinet où ils effectuent leurs stages (certains travaillant aussi le samedi), organiser des GEP en journée ne paraît donc pas réalisable. Réaliser ces GEP en soirée paraît donc la seule solution envisageable, les internes devant donc s'organiser et prendre des mesures pour être à l'heure. En ce qui concerne le lieu des GEP, il y a tellement de terrains de stage différents répartis sur plusieurs départements qu'il paraît plus logique de les centraliser sur Nantes. Bien que nous soyons conscients que cette solution fasse faire beaucoup de routes à certains internes. (SASPAS à Saint Nazaire ou en Vendée par exemple). Ces contraintes doivent être mise en perspective avec :

- le rythme uniquement mensuel des GEP, apparaissant comme acceptable.
- le temps libre des internes durant le SASPAS puisqu'ils ne travaillent que 3 jours par semaine en moyenne.

Quoi qu'il en soit, **les bénéfices du GEP apparaissent plutôt supérieurs à ces contraintes lors de notre FG.**

➤ Un participant a pu critiquer **l'annonce de la tenue des GEP** qui pouvait se faire 2 ou 3 jours avant la première réunion, par textos, tard en soirée. Elle proposait donc d'une part d'informer les étudiants de la tenue et de la teneur des GEP lors des choix de stage. D'autre part elle imaginait de donner **un planning des GEP suffisamment à l'avance** pour que les internes puissent s'organiser. Ces 2 idées paraissent plutôt applicables. En effet, les choix de stage sont quasiment le seul moment où tous les internes sont réunis. Par contre, ces choix étant souvent très longs et éprouvants pour les internes, le message de présentation de ces GEP devra être succinct. Il renverra les internes sur le site du DMG pour de plus amples informations. Le planning des GEP pouvait être difficile à réaliser, l'organisateur devant jongler avec différentes contraintes : les siennes, celles des MSU sans oublier la gestion de la disponibilité des salles. **Il pourrait être envisageable de préciser la date de la prochaine séance en fin de réunion afin de laisser le temps aux internes de s'organiser.**

En ce qui concerne les problèmes des comptes rendus de séances que certains n'ont pas reçus. **Des sites internet très simples d'utilisation type « drop box »** permettent de mettre en ligne les recherches que chacun des participants peut aller télécharger. Il suffit d'expliquer la méthode succinctement lors de la première réunion et de réaliser une liste des mails de tous les participants dans chacun des groupes. Cette méthode a très bien fonctionné dans certains groupes.

➤ Un autre problème relevé par les participants du FG dans l'organisation des GEP était le **fréquent changement de groupes** nuisant à la continuité des informations notamment. Ce point d'organisation renvoie aux 2 premiers dans la mesure où les contraintes géographiques ainsi que l'annonce parfois trop tardive des GEP pouvait engendrer l'absence de certains internes et donc des modifications de groupe. **Un planning** pourrait donc permettre d'augmenter le taux de participation aux GEP et d'éviter les changements de groupe. Nous pourrions également imaginer **rendre obligatoire** officiellement ces GEP. La présence à 5 GEP sur 6 serait obligatoire afin de valider le stage et donc le DES. Cela permettrait peut-être d'éviter les absences de certains.

➤ Un autre élément est ressorti du FG : Plusieurs internes souhaitaient que **la 2^e partie du GEP** (discussion sur le réseau de soins ou les consultations difficiles) soit **systematiquement réalisée**. Ils trouvaient intéressant de discuter autour des cas pris au hasard afin de balayer le plus grand champ possible de la médecine générale. Mais ils auraient aussi aimé aborder des cas complexes qu'ils ont eus à gérer. La SFMG souligne que les 3 parties du GDP® (cas au hasard, réseau de soins, temps libre) peuvent être de durée différente mais qu'elles sont toutes les 3 d'importance égale. Nous pourrions imaginer **mieux définir ces parties lors de la réunion de présentation des GEP et insister auprès de l'animateur pour veiller à leur application**.

Une autre interne ouvrait le débat en proposant de travailler aussi sur des thèmes : deuil, annonce d'un diagnostic... Cette proposition se rapprochait du fonctionnement du GQ. Elle paraît intéressante lorsque l'on veut que tous les internes ramènent un cas sur le même thème afin de travailler sur un point précis d'enseignement.

➤ En dehors de ces problèmes organisationnels, le point négatif qui a été le plus discuté dans le FG fut **la place du médecin enseignant lors des séances**.

La réunion de présentation des GEP en SASPAS expliquait ses modalités de fonctionnement. Elles se rapprochaient de celui d'un GDP® et l'accent était mis sur « l'absence de chef » lors des séances. Or, tous les internes relevaient que certains enseignants n'étaient plus dans l'échange, mais dans une relation professeur/élève, rompant ainsi avec l'idée d'horizontalité si chère aux MGI. Certains internes ont eu presque l'impression d'une démarcation entre l'enseignant qui « savait » et l'étudiant qui « ne savait pas ». Tout ceci est à nuancer puisque des participants affirmaient que d'autres enseignants se mettaient au même rang qu'eux, jouant parfaitement le jeu de l'horizontalité.

Cette gêne ressentie parfois par les internes pourrait expliquer en partie que le thème de la convivialité et de la socialisation lors des GEP, soit peu, voire pas ressorti du FG des internes. Un autre élément a peut-être pu également jouer sur cette convivialité : les MGI étaient **volontaires** pour ces GEP et y venaient notamment pour retrouver des collègues avec qui ils avaient des affinités. Les internes eux, étaient « **obligés** » de participer à ces GEP et se retrouvaient parfois avec des gens qu'ils connaissaient peu ou pas. Certains internes trouvaient d'ailleurs que **ce manque d'affinité constituait un frein** pour aborder les

problèmes de l'ordre du ressenti ou du relationnel lors des réunions. Pour pouvoir aborder ces thématiques et se dégager du contenu bio médical, un interne proposait **de commencer les GEP plus tôt**, ce qui permettrait de mieux assimiler la méthode et donc d'élargir la réflexion à des sujets plus vastes. Cette piste paraît effectivement intéressante et ne pourrait que renforcer l'aisance des internes en GEP.

Les internes ont donc désapprouvé cette relation asymétrique qu'ils avaient pu créer certains MSU. Hormis cette ombre au tableau, ils ont salué leur rôle dans la transmission de la méthode et son encadrement.

En résumé, le non-respect, selon les internes, du cahier des charges des GEP par certains MSU a pu créer un dysfonctionnement lors de certaines séances. **En revanche, quasiment tous les internes ont pu profiter, pour leur plus grande satisfaction, d'un groupe qui a fonctionné de façon horizontale. Cela leur a permis de découvrir les multiples bénéfices de l'échange de pratiques. Dans ce cas-là, hormis quelques détails organisationnels, il n'y a eu aucune critique sur la méthode en elle-même qui a été plébiscitée de façon unanime.**

Des études de GEP dans d'autres facultés françaises viennent étayer nos propos :

- A la faculté de saint Etienne, des GEP de fonctionnement identique à ceux de Nantes étaient organisés pendant les stages en soins primaires (praticien niveau 1 et SASPAS). Chaque groupe était animé par un généraliste enseignant. La thèse de C. Favier(17) a évalué ces groupes grâce à 10 entretiens semi-dirigés d'internes. Pour la plupart des étudiants, l'enseignant s'est révélé être un bon gestionnaire. Il permettait de guider, d'animer la séance et avait l'art de faire accoucher les idées. Les internes ont apprécié le fait que l'enseignant se soit mis vraiment au même niveau qu'eux en racontant ses propres erreurs (lors d'une GEP consacré à l'erreur médicale). L'auteur n'avait pas réussi à percevoir de réaction hostile, anxiogène ou néfaste de cette méthode pédagogique

- A la faculté de Toulouse, se tiennent des ateliers d'échanges de pratiques ayant un fonctionnement de type GDP®, concernant tous les étudiants du DES. Le généraliste enseignant avait un rôle de moniteur (à la fois expert en médecine générale et animateur, si nécessaire). Soixante-quinze étudiants ont évalué ces ateliers, et notamment le rôle de l'enseignant. Il devait être celui qui recadre (95%) et fait la synthèse (83%), et pouvait être

éventuellement l'expert sur la méthode en fonction du contexte (76%). 98.5 % des étudiants souhaitaient que l'enseignant donne son expertise sur le sujet à un moment de la séance(46)

Dans ces 2 autres exemples de GEP, nous retrouvons **le plébiscite des fonctions d'animateur et d'encadrement de l'enseignant**. A Saint Etienne, les internes ont apprécié que l'enseignant se mette à leur niveau et fasse part de son vécu. Aucune critique sur l'enseignant n'a été émise. En revanche, une opinion minoritaire dans notre FG est ressortie de façon quasi unanime dans les ateliers d'échanges de Toulouse : le souhait des étudiants que l'enseignant donne son expertise sur le sujet, se positionnant ainsi en tant que leader. Ceci allant à l'encontre du principe d'horizontalité prônée dans notre FG. Nous pouvons formuler une hypothèse expliquant cette différence : à Toulouse, les ateliers concernaient des étudiants de tout semestre, dont certains en début de cursus, avec moins d'expériences alors qu'à Nantes, seuls les étudiants en SASPAS participaient aux GEP. Les jeunes internes éprouvaient donc peut être plus le besoin de recourir à l'avis de l'expert que des étudiants en fin de cursus.

Au vu de tous ces éléments, je pense que malgré cette demande d'expertise par l'enseignant évoqué par une minorité d'internes, **l'horizontalité doit perdurer et demeurer le socle des GEP**. Certes, l'enseignant doit donner son point de vue au même titre que les autres participants. Mais à moins que cette information fasse consensus et s'appuie sur des preuves, une recherche devra être effectuée pour en vérifier sa pertinence. Il en sera de même pour n'importe quel autre membre du groupe. **Cette horizontalité est l'essence même du GEP et représente un des garants de son efficacité et de sa pérennité.**

Il paraît relativement aisé de remédier à cette dérive, évoquée par les internes, de certains MSU. Commençons d'abord par rappeler que cette méthode du GEP lors de la FMI est relativement récente et les MSU peu habitués à ce mode de fonctionnement. En effet, la plupart des cours du DMG, étant certes interactifs mais avec une information restant souvent descendante, de l'enseignant vers l'étudiant. Il faut donc que les enseignants intègrent mieux les principes de fonctionnement de ces méthodes complémentaires telles que les GEP. **Il faudrait donc peut être renforcer leur formation sur les GEP en précisant notamment leur rôle exact lors des séances**. Nous nous posons également la question de la rémunération des enseignants pour ces GEP, puisqu'ils accordent du temps aux étudiants et s'investissent dans ces groupes d'échanges, en plus de leurs activités libérales.

D'autres solutions avaient été évoquées par les internes pour éviter l'émergence d'un leader comme d'augmenter le nombre d'enseignants ou de changer de groupe au milieu du semestre. La première solution me paraît utopique au vu des plannings déjà saturés des médecins généralistes.

→ **Au total, je pense que ce problème d'horizontalité ne constitue probablement qu'un obstacle temporaire, lié à une méthode en cours de rodage, qui devrait disparaître avec le temps.**

2.1.7.2 Points négatifs des MGI et points négatifs communs aux 2 FG

- Nous avons noté que 3 des médecins du FG des MGI n'avaient pas de points négatifs ou tout au plus quelques interrogations.

- Dans les 2 FG, **le faible nombre des participants** altérait la dynamique de groupe. Leur rotation diminuait la richesse des débats, les médecins se sentant moins à l'aise avec des « nouvelles têtes ». Cette idée renvoie aux écrits de Roger Mucchielli (neuropsychiatre français, 1919-1981) qui a repris les travaux de Kurt Lewin (psychologue américain, fondateur d'un courant de recherche basée sur la dynamique de groupe, 1944). Selon lui, 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.(24)

- **Une réflexion trop centrée sur le bio médical**, négligeant parfois les aspects psycho sociaux ou relationnels, est apparue comme une des limites de la méthode des GEP pour certains médecins (MGI et internes). Nous n'avons pas retrouvé cet aspect dans la littérature.

- **essoufflement des groupes ?**

Après 6 ans de pratiques, M1 évoquait un essoufflement dans son GQ : moins interactif et avec une participation en baisse par rapport aux années précédentes et aux autres GQ. (US 10, 312, 313). A l'opposé, M6 avec ses 5 ans d'ancienneté dans un autre GQ ne tarissait pas d'éloges sur cette méthode. M7 quant à elle, pratiquait des groupes d'échanges depuis 18 ans

(avec un fonctionnement évoluant dans le temps) et était toujours aussi enthousiaste à leur propos. Les autres participants avaient moins d'ancienneté, entre 1 et 3 ans mais ne relevaient pas ce phénomène d'essoufflement.

Dans la littérature, pour les GQ, le taux de participation entre 2010 et 2013 était de 90% en région PACA (50). Il était de 80% après 5 ans de fonctionnement en région Pays de la Loire (23 groupes) et de 69% sur l'année 2011 en Bretagne (35 groupes) (37)

En ce qui concerne les GDP®, dans la thèse de Wintz (22), la majorité des GDP® alsaciens existaient depuis 3 à 5 ans, avec une ancienneté maximale de 8 ans. 81% des pairs étaient présents à au moins 8 réunions sur 10 annuelles. Dans la thèse de P.Mouly(23), 40% des groupes avaient plus de 5 ans d'ancienneté. Un dernier travail de thèse de 2012 en Isère retrouvait des groupes existant depuis 10 ans. (19)

Ces résultats étaient parcellaires car aucune étude ne recense tous les GDP®, GQ ou GEP au niveau national. Ils mettaient tout de même en valeur **le très fort taux de participation des médecins à ces groupes d'échanges**. Cette méthode **paraissait effectivement pérenne** puisque de nombreux groupes pouvaient avoir entre 8 et 10 ans d'ancienneté.

→ **Le GEP semblerait donc être une méthode de FMC pérenne en médecine générale**

- **écriture des recherches et niveaux de preuves.**

M7 et M8 trouvaient que la structuration de l'écriture des recherches et leur rendu au groupe pouvaient être améliorés. M8 pensait que des sociétés savantes comme la SFMG arrivaient à un meilleur résultat pour les recherches au sein des GDP®. M7 quant à elle, soulevait la difficulté de la lecture critique d'articles et espérait que **les jeunes générations y seraient peut être mieux préparées**.

M8 (ancien chercheur en médecine générale) a eu l'impression que le niveau de preuves des recherches ainsi que leur homogénéité pouvait laisser à désirer (US 418 à 421). Pour y remédier, Il évoquait comme piste le GQ.

- En ce qui concerne la remarque de M8 sur la SFMG, pour utiliser les données de la science et viser l'EBM dans ses recherches, il est nécessaire de référencer ses arguments. Pour aider

les médecins dans cette démarche, la SFMG a créé le « **DReFC** » pour **Diffusion des REcommandations Francophones en Consultation de Médecine Générale**(51). Cet outil mis à la disposition des médecins généralistes leur permet d'accéder facilement à une bibliographie de qualité en français (Recommandations de pratiques, accès à l'Observatoire de la MG, recherche complémentaire sur le site CISMef du CHU de Rouen avec accès aux documents patients). L'utilisation de cet outil pourrait donc représenter un gain de temps pour les médecins et améliorer l'écriture et le niveau de preuves des recherches.

-M7 posait la question de la formation des internes à la **recherche bibliographique et à l'analyse critique d'informations**. Nous constatons que l'évolution des objectifs d'enseignement, au cours de l'externat et de l'internat, semblent favoriser ce thème :

- Depuis 2009, l'examen classant national comporte une épreuve de **lecture critique d'articles (LCA)** comptant pour 10% de la note totale de l'examen. L'objectif de l'épreuve est d'amener l'étudiant à lire de façon critique et à analyser le contenu d'un article en vue de son autoformation actuelle et future. (52)

- Dans plusieurs facultés de médecine françaises (34% en 2004) (10) et notamment au DMG de Nantes, **les récits de situations complexes et authentiques (RSCA)** ont été mis en place. Au sein d'une approche de la pédagogie médicale centrée sur les apprentissages, les RSCA utilisent le récit comme outil de formation du médecin réflexif. Il permet entre autres à l'interne de décrire les compétences développées en situation professionnelle mais aussi les manques ou les imperfections. De cette auto-évaluation doit naître une auto-formation, l'interne devant se fixer des tâches d'apprentissages en fonction des lacunes mises en évidence(53). Lors de cette auto-formation, l'interne en pratiquant ses recherches documentaires va progresser dans ce domaine. Il devra ensuite les retranscrire dans son récit, l'entraînant donc à la structuration et au compte rendu d'une recherche.

- De même, durant le stage praticien ou SASPAS, **la supervision directe ou indirecte** permettent à l'interne de dégager avec l'enseignant des objectifs de formation. Il effectuera ensuite une recherche bibliographique, se perfectionnant donc dans ce domaine.

→ De nos jours, l'interne en médecine générale semblerait avoir plus d'outils que ses prédécesseurs dans le domaine de la réflexivité sur sa pratique et de la recherche bibliographique.

Les GEP constituent un moyen de poursuivre cet entraînement à la recherche bibliographique pendant l'internat.

2.1.8 Satisfaction globale de la méthode pour les MGI

- Il n'y a pas eu dans notre FG un modèle de GEP qui aurait supplanté les autres. Chaque groupe (GDP®, GQ, groupe de M7) avait ses avantages et ses inconvénients et les médecins les rejoignaient en fonction de leurs besoins et de leurs attentes. M3 soulignait qu'un **échange ponctuel de groupe serait extrêmement intéressant** (US 557).

- Cette méthode des GEP au sens large a été très appréciée chez les MGI. Deux participants voulaient ou avaient monté un GEP (US 40 et 93) et d'autres n'hésitaient pas à traverser le département pour retrouver les collègues en groupes d'échanges.

Pour les GQ spécifiquement, rappelons le chiffre avancé par M6 de 80% de taux de participation sur 5 ans en région Pays de la Loire, chiffre comparable aux régions Bretagne et PACA(37,50). Cette participation à des GQ reposant sur le volontariat reflétait une forte adhésion à ces groupes de la part des participants.

Quelques superlatifs ont été employés, comme par M6 pour lequel les GQ étaient « ce qu'il avait fait de plus pertinent jusqu'à maintenant » (US 438), M7 affirmait elle, « qu'elle ne pourrait plus jamais revenir à une formation telle qu'elle les faisait avant. »(US 499)

N'existant pas de bilan de satisfaction nationale des GEP, qui pour beaucoup ne sont pas labellisés, nous avons comparé ces chiffres aux évaluations de l'HAS et de la SFMG.

Que ce soit lors d'un symposium sur les GDP ®(54)ou lors d'une journée d'EPP de l'HAS(33),**95%** des participants à des GEP étaient satisfaits. La moyenne des notes de satisfaction des GDP® était de **7,8/10(20)**et de **8,15/10(19)**(résultat indépendant de l'âge, du sexe ou de l'ancienneté du groupe)dans 2 thèses de MG. Dans les travaux de P.Mouly, **97%** médecins étaient satisfaits de leur participation à un GEP non labellisé.(23)

→ Des médecins de notre FG, (M6 et M7) ayant un bagage conséquent dans la FMC, ne tarissaient pas d'éloges sur la méthode des GEP. Les différentes études montrent des taux de satisfaction très élevés des médecins généralistes. Les **GEP sont donc plébiscités** dans notre FG comme dans la littérature.

2.2 SPÉCIFICITÉ DU FG DES INTERNES ET LIEN FMI/FMC

A la question sur l'apport des GEP dans leur pratique, les internes ont exprimé des éléments primordiaux concernant la place de ces GEP dans leur formation médicale.

➤ Les internes ont été ravis de découvrir un des pans de la FMC à travers la méthode des GEP. La plupart n'avaient peu voire pas entendu parler des GEP et certains précisait qu'ils n'y seraient jamais venus sans cette mise à l'étrier lors du SASPAS. Les GEP permettaient donc **d'introduire le thème de la FMC au cours de la FMI des internes.**

Selon plusieurs internes : dépoussiérer des éléments qu'ils considéraient comme acquis était un des points importants du GEP (US 274). Nous voyons à travers cette idée, la prise de conscience par l'interne de la nécessité de renouveler et de perfectionner ses connaissances, c'est-à-dire de faire de la FMC.

Pour de nombreux internes, **les GEP leur avaient donné envie de les poursuivre ultérieurement.** Nous retrouvons aussi cette notion dans le travail de Favier(17). Ces propos se vérifiaient puisque la plupart des internes les avaient continués en post internat ou souhaitaient le faire. Un des participants était même devenu le promoteur de la méthode, en montant un GEP au sein de son cabinet de groupe.

Cette découverte du GEP en tant qu'internes, les incitait à le poursuivre après l'internat et donc de réaliser une partie de leur DPC.

➤ Le GEP agissait également comme un **révéléateur** : l'interne prenait conscience de ses besoins présents et futurs pour exercer sereinement son métier.

Les internes réalisaient notamment, à quel point ils avaient, et auront besoin d'échanger et de se remettre en question.

Grâce au GEP, ils ont pu se désaxer de leur position d'étudiant et **se projeter dans leur vie professionnelle future**. Ils souhaiteraient retrouver dans leurs conditions de travail des notions essentielles du GEP, comme l'échange entre confrères et la réassurance. Par exemple, un interne a exprimé la nécessité à ses yeux d'exercer dans un cabinet de groupe afin de pouvoir débriefer, s'il en ressentait le besoin, sur une situation clinique difficile.

→ Les GEP apparaît comme **un des moyens pour mieux préparer les internes à leur vie professionnelle future**, contenant certaines difficultés et obligations.

➤ Les GEP avaient également permis aux internes de développer certaines compétences.

- D'une part, les GEP leur ont donné l'envie de rechercher par eux même les informations et de les partager.

- D'autre part, ils leur ont apporté un aspect extrêmement important : la culture de l'analyse de pratiques: certains internes se remettaient en question seul, en consultation, et de plus en plus fréquemment. Ces groupes d'échanges contribuerait donc à former des **praticiens réflexifs**.

Revenons sur ce thème du praticien réflexif :

Pour développer les compétences propres à la médecine générale selon la Wonca(55), on demande à l'étudiant de faire preuve de compétences réflexives.

Donald Schön a introduit en 1993 la notion de réflexivité, notion qui occupe maintenant le cœur du processus de formation(56). Il s'agit d'une réflexion sur l'action, au moment de l'action, et après l'action : c'est une stratégie consciente d'évaluation de ses compétences et de ses lacunes, visant principalement à optimiser l'apprentissage. Une telle démarche permet de s'autoanalyser, et de se préparer à une action future, en orientant le choix de ses activités d'apprentissage, et des ressources pour y parvenir.

Cette démarche s'intègre dans **le modèle constructiviste** de la pédagogie, centré sur l'apprenant dont il prône l'autonomie. L'erreur y a un statut bénéfique : savoir reconnaître ses

faiblesses et connaître les moyens d'y remédier démontre une louable et fondamentale intégrité intellectuelle(57). Selon le Dr Le Mauff(58), pour former des praticiens qui analysent leur pratique, il convient de développer ce type de pédagogie. Cela implique que les interventions pédagogiques soient faites préférentiellement pendant les stages, par des maîtres de stages hospitaliers et de soins primaires. Ils vont favoriser l'autoévaluation et l'autoformation des internes pour que ces derniers puissent construire leurs compétences professionnelles en interaction avec eux. À côté de ces interactions pédagogiques «à chaud» (en situation), le DMG de Nantes a élaboré des interactions pédagogiques " à froid" ou décontextualisées pour permettre aux internes de réfléchir sur leur action, en dehors de celle-ci :

- le RSCA, travail de réflexion individuel, et le groupe d'échanges sur des situations complexes et authentiques (GESCA), travail de réflexion collectif (n'existant plus).
- les GEP, peuvent s'intégrer dans cette démarche.

Cette vision de la pédagogie reprend les principes évoqués par Ph. Perrenoud, professeur à la faculté de psychologie et de sciences de l'éducation de l'université de Genève. Selon lui les bases théoriques de l'utilisation de sa pratique comme fondement de sa formation sont établies(59).

Ce modèle constructiviste est complémentaire du modèle transmissif des connaissances qui peut avoir ses limites lors de l'apprentissage de compétences spécifiques. En effet, l'excès de « didactisation » des connaissances gêne leur transfert, en particulier lors du développement des compétences professionnelles(60).

A quelques exceptions près, les multiples bénéfices du GEP cités par les MGI ont été retrouvés chez les internes. Ces derniers ont bien intégré les avantages de cette méthode qui leur permet d'améliorer la qualité de leur travail. Des dimensions telles que le **savoir, le savoir-faire, le savoir être** mais également le **bien-être au travail des internes** ont été améliorés selon eux. Ces dimensions apparaissent comme nécessaires pour un généraliste, et utiles tout au long de sa vie professionnelle. **Cette méthode du GEP développée initialement dans le cadre de la FMC semble donc prendre tous ses sens également dans la FMI.** Cet aspect est retrouvé dans l'évaluation des ateliers d'échanges de Toulouse : les étudiants avaient parfaitement senti l'intérêt pédagogique de la méthode pour l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences.(46)

En dehors de certains points négatifs, non liées à la méthode en elle-même, **les internes ont plébiscité ces GEP** comme en témoigne certaines phrases ou adjectifs employés au cours du FG : « *un lieu et un moment où on peut parler enfin, des consultations* » (US 297), « *hyper enrichissant d'apprendre sans apprendre* » (US 94), « *c'est hyper enrichissant de voir l'expérience des autres* » (US 93), « *je trouve que cette capacité de se remettre en question, c'est très important* » (US 295), « *c'est faire découvrir ce que c'est l'échange de pratique. Ça c'est les gros points positifs* » (US 13).

Nos résultats concordent avec l'évaluation très positive de GEP d'internes (ayant un fonctionnement similaire à ceux de la faculté de Nantes) ayant lieu dans 3 autres facultés de médecine françaises.

La thèse de C. Favier évaluait les GEP supervisés (lors du stage praticien niveau 1 et 2) de la faculté de saint Etienne. L'auteur concluait que, devant ses bénéfices, cette méthode devait être poursuivie. Elle n'avait pas perçue réaction hostile, anxiogène ou néfaste à propos de cet enseignement.(17)

Un bilan de satisfaction des groupes d'échanges de pratiques tuteurés (GEPT) de Montpellier montrait que cette méthode pédagogique avait été globalement très appréciée par les internes. Ils réclamaient sa poursuite.(45)

A Toulouse, les ateliers d'échanges de pratiques (AEP) ont également été plébiscités par les internes. Cet enseignement était ressenti comme complémentaire aux autres (98.5%), au sein d'une démarche originale (97 %) favorisant la convivialité (98.5%). **100%**des internes la conseillaient aux autres collègues étudiants(46).

Dans ces 3 évaluations, quasiment aucun point négatif sur la méthode émergeait, en dehors du manque d'accès à internet ou de la difficulté, parfois, de concilier les horaires des stages hospitaliers avec les GEP(46)

Cette idée introduit notre troisième partie, s'intéressant aux opinions des internes concernant la réalisation de GEP plus précocement dans leur cursus.

2.3 DÉSIREZ-VOUS DES GEP PLUS TÔT ?

- Une minorité d'internes ne trouvaient pas forcément intéressant d'avoir des GEP type « SASPAS » lors du stage praticien. Ils l'expliquaient essentiellement par le manque d'autonomie de l'interne qui n'a pas les mêmes questionnements en stage praticien que lors du SASPAS. Concernant la mise en place de GEP lors des stages hospitaliers : certains s'interrogeaient sur l'aspect trop bio médical qu'ils pourraient prendre, ou sur les difficultés de les concilier avec les horaires des stages hospitaliers.

- **Une large majorité** de participants accueillait plutôt positivement l'idée de faire des GEP plus précocement dans le cursus, ceci pour différentes raisons (intérêt de réfléchir sur sa pratique quelle que soit son ancienneté et ses problématiques, autonomisation rapide de nombreux internes générant des questionnements, pouvoir se dégager du système de réflexion hospitalier, pourquoi ne pas appliquer cette méthode des GEP lors des stages hospitaliers plutôt que de recevoir l'information de son senior sans la discuter ?, renforcer ses bases théoriques ...).

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature cette notion de manque d'autonomie d'un interne comme frein aux GEP. Au contraire, des avis plutôt opposés ressortaient : dans la thèse qualitative de C.Favier (17)(évaluation de GEP ayant lieu lors des stages praticiens 1 et 2), un étudiant remarquait que les GEP arrivaient trop tard à son goût dans leur cursus. Au vu des résultats de l'étude, l'auteur proposait d'étendre ces GEP aux autres stages. De même, l'évaluation des AEP de Toulouse ou des GEPT de Montpellier, réunissant des internes de tout le DES, ne relatait aucun point négatif lié à la « jeunesse des étudiants » ou à leur manque d'autonomie. (45,46)

Selon moi, il faut rappeler que l'interne a obligatoirement réalisé 2 stages avant de pouvoir passer en médecine de ville. Durant ces stages, l'interne est, certes encadré, mais il réalise seul et fréquemment, des suivis de patients de « A à Z ». Il a donc, en plus des connaissances théoriques de l'externat, une mise en pratique d'une année en milieu hospitalier, au minimum, avant d'arriver chez le praticien.

En stage praticien, l'interne découvre effectivement le monde de la médecine ambulatoire : je suis en désaccord avec M7 qui pensait que cela l'empêchait d'être disponible intellectuellement pour réaliser des GEP. Bien au contraire, cette découverte de la médecine

de ville va faire naître de nombreuses questions qu'il pourra soumettre aux participants lors des GEP.

Selon moi, d'autres raisons pourraient motiver la mise en place de GEP plus tôt dans le cursus de l'interne :

- Le fait de réaliser des GEP durant le stage praticien permettrait de toucher TOUS les internes en formation. Toutes les promotions pourraient donc découvrir cette méthode.

-L'interne se retrouve souvent assez isolé en stage praticien : il perd cette dynamique d'échanges conviviaux et professionnels qui peut exister au sein de l'équipe soignante à l'hôpital. Je pense qu'il sera donc content de retrouver ses co-internes en GEP.

→ Une idée importante ressort de l'évaluation des GEP d'internes : **lorsque la méthode était en place uniquement lors des stages en soins primaires comme à St Etienne, les internes souhaitaient l'étendre à tout le DES. En réalité, des GEP regroupant tous les internes du DES existent déjà, comme à Toulouse et à Montpellier, et semblent satisfaire pleinement les internes y participant.**

→ Au vu de ces résultats et du plébiscite des GEP par les internes de Nantes, Toulouse, St Etienne ou Montpellier, **il apparaît bénéfique de les développer plus tôt dans le cursus des internes nantais.**

Quelle place de l'enseignant lors de ces nouveaux GEP, plus précoces dans le cursus ?

Du fait de la relation professeur/élève qu'il y avait pu avoir dans certains groupes, des internes souhaitaient ne plus avoir d'enseignant du tout ou qu'il soit uniquement présent sur quelques séances le temps de leur transmettre la méthode. Un participant souhaitait au contraire qu'il y ait toujours un enseignant car au-delà du brassage d'expériences que cela représentait, l'enseignant était un animateur de qualité.

Dans l'évaluation des GEP de la faculté de Saint Etienne(17), la fonction de l'enseignant en tant qu'animateur, uniquement facilitateur du débat a été apprécié. Il s'est révélé être un bon

gestionnaire, il guidait les étudiants et les incitait à parler, il avait l'art de faire « accoucher les idées ».

A Toulouse(46)(ateliers regroupant des étudiants de tout le DES) la fonction de l'enseignant, positionné sur le papier comme expert en médecine générale et animateur si besoin, a également été évaluée : Il devait plutôt être celui qui recadre (95%) et fait la synthèse (83%).

Une mise en place de GEP lors des stages hospitaliers ou lors du stage praticien pose à nouveau le problème de l'horizontalité au sein du groupe. En ce qui concerne le SASPAS, la plupart des étudiants le réalisent en dernier ou avant dernier semestre. Ils ont pour certains déjà commencé les remplacements et ont des bases théoriques et pratiques solides. La différence d'expériences avec le MSU, existe certes, mais une complémentarité entre le futur remplaçant et le généraliste enseignant peut s'installer. Beaucoup d'internes lors du FG expliquaient que de nombreux MSU se mettaient parfaitement à leur niveau et jouaient le jeu de l'horizontalité. En revanche, en ce qui concerne des internes en stage praticien notamment, il va exister un décalage bien plus grand entre le MSU et l'interne découvrant la médecine de ville. Lors du GEP, les internes pourraient être tentés de prendre l'avis du MSU comme avis d'expert et ne pas mener de recherches. Tout le sens du GEP serait perdu à ce moment. Ne faut-il pas donc pas plutôt que le MSU soit en position d'animateur ou de garant universitaire ? Garant universitaire dans le sens où il s'assurerait du respect du cahier des charges et recadrerait le groupe si besoin. Il pourrait également faciliter la mise en route du groupe et mettre en confiance les internes si besoin. Dans les 3 autres GEP d'internes étudiés dans notre travail, regroupant des internes de tous le DES ou de des internes de stage praticien 1 et 2, la position du MSU était celle d'animateur ou de garant. Il n'a jamais été au même niveau que les étudiants.

→ **Pour des GEP plus précoces dans le cursus, je pense qu'il serait plus facile que le MSU ait cette position de garant universitaire, sans prendre part à la discussion en elle-même. Pour les GEP de SASPAS, comme nous l'avons écrit plus haut, il paraît intéressant que les MSU participent aux échanges, position qu'ils occupent déjà et qui fonctionne parfaitement dans de nombreux groupes.**

Tout cela restant du domaine de l'expérimental et ne pouvant qu'évoluer avec le temps et le développement de cette méthode.

Faut-il mélanger les internes lors de ces GEP plus précoces ?

Plus de la moitié des participants optaient pour cette solution qui permettrait un débat plus riche avec un brassage d'expériences à la manière des GEP des MGI. Cela permettrait aussi aux internes plus vieux de se replonger dans leurs acquis et aux plus jeunes de prendre de la hauteur et de se dégager de leur vision très bio médicale.

D'autres participants pensaient que les problématiques entre les internes seraient trop différentes, ce qui pourrait générer de l'incompréhension, une relation professeur/élève voire une perte de la bienveillance.

Il ne ressortait pas de points négatifs de ce type lors des évaluations des GEP de Toulouse et de Montpellier (internes de tout le DES mélangés)(45)(46). A Montpellier, les GEP étaient perçus comme des lieux de parole et d'écoute. A Toulouse, tous les internes voyaient dans ces ateliers d'échanges de pratiques une confrontation constructive entre collègues, avec une notion d'interactivité et de dynamique de groupe (45).

→ **En conclusion, la vision des internes était la suivante :**

La majorité des internes imaginaient bien des GEP dès le stage praticien niveau 1 voire même dès le début de l'internat. Analyser sa pratique est ressorti comme un intérêt majeur au cours de l'internat, quel que soit son semestre. Ces GEP auraient lieu en dehors du lieu de stage, en terrain « neutre », avec un médecin extérieur à la prise en charge initiale. La position de l'enseignant restait à définir mais il aurait au moins un rôle de facilitateur du fonctionnement du groupe. Il paraissait plus intéressant de mélanger les internes pour enrichir les débats et favoriser la remise en question. Pour des GEP en stage praticien, un participant évoquait le fait de prendre des consultations choisies à l'avance, pour apprendre à l'interne à travailler sur ses difficultés.

Le DMG de Nantes a décidé d'expérimenter à partir du 20/11/2014, des **groupes pédagogiques d'échanges de pratiques (GPEP)** s'adressant à des internes en stage praticien de niveau 1. (61)

Six séances auront lieu par semestre et rentreront dans le cadre de la validation de leur stage. Les dates des 6 GPEP pour le semestre d'hiver 2014 ont été fixées et ne sauraient être modifiées afin de faciliter l'organisation de tous les participants.

Sept groupes de 8 internes se réuniront 1 fois par mois le jeudi de 14H à 17H. Chacun de ces groupes est supervisé par une équipe de 2 enseignants (1 issu du DMG, qui reste dans le même groupe tout au long du cycle, et 1 MSU). En début de séance, les internes désigneront un secrétaire ainsi qu'un animateur. Les séances seront thématiques (pathologies aiguës/ pathologies chroniques/ sexualité, génitalité, reproduction/relation médecin-patient /synthèse). Les internes devront préparer chaque séance, en écrivant le diagnostic de situation d'une rencontre de soins, se rapportant au thème choisi. Quatre diagnostics de situation parmi les 8 seront choisis, illustrant le thème de la façon la plus transversale possible. Chacun des 4 internes, dont le diagnostic de situation aura été retenu, exposera plus en détails les différents déterminants de la situation. Les autres internes le questionneront sur la situation, quant à son déroulement, le vécu par l'interne, la façon dont il aimerait aborder les choses avec le recul, etc... Le but est qu'au fur et à mesure des échanges, émergent des questions de recherche (d'ordre biomédical, psychologique, social, éthique, juridique...). Le groupe choisira une question de recherche par diagnostic de situation, à traiter pour la séance suivante.

En fin de séance, le secrétaire attribuera les 4 questions choisies aux internes n'ayant pas développé leur diagnostic de situation.

Entre 2 séances, les travaux de recherche seront envoyés par mails à chacun des membres du groupe (enseignants compris).

Nous constatons que cette future expérience **est bien en phase avec le souhait de la plupart des internes de notre FG d'avoir des groupes d'échanges de pratiques plus tôt dans leur cursus.** De très nombreux points reprennent les désirs exprimés par les internes pour de nouveaux GEP :

- groupes obligatoires, évitant les absences et installant de la **continuité** dans le groupe
- dates des GPEP fixées à l'avance
- horaire non tardif : dans l'après midi

- enseignant encadrant la séance, ne participant pas à la discussion : **horizontalité** du groupe
- augmentation du nombre d'enseignants (souhait de M4)
- un enseignant restant dans le même groupe tout au long du cycle favorisant également la **continuité**.
- travail sur des situations choisies à l'avance (souhait de M1 et de M2 concernant les GEP en stage praticien, **pour travailler sur ses difficultés**)
- envoi par mails des recherches et centralisation de celles-ci.

Ces GPEP correspondent aux attentes des internes de notre FG et reprennent certains principes de fonctionnement de GEP ayant lieu dans d'autres facultés. Ils partent avec beaucoup d'arguments pour convaincre leurs futurs participants. Le DMG demandait aux internes de leur faire remonter leurs éventuelles remarques sur ces GPEP. Nous pourrions imaginer également une étude qualitative prochaine afin d'évaluer ces GPEP.

2.4 AUTRES BESOINS DES INTERNES EVOQUÉS LORS DU FG

Deux besoins essentiels aux yeux des internes ont émergé de notre FG :

- **un besoin d'un lieu de paroles** pour échanger et débriefer sur les situations médicales difficiles, qu'ils gèrent dès le début de l'internat.
- **un besoin de formation sur la relation médecin malade**, et plus précisément sur la communication.

Les internes pensaient que les GEP ne pouvaient pas répondre à ces attentes ou alors que très partiellement.

- M1 résumait bien la pensée de la plupart des internes : *« Moi, en fait ce dont j'ai l'impression, c'est qu'en début d'internat, ce serait des cours de communication et aussi d'avoir un soutien psychologique parce qu'on n'a pas tellement d'autonomie sur le plan de soins du patient. Enfin en début d'internat, c'est pas tant un échange sur les pratiques parce qu'on n'a pas de pratiques propres en fait en début d'internat.*

Tous les internes soulignaient leur besoin de parler des problèmes médicaux et humains qu'ils avaient pu rencontrer en stages :

- situations bio médicales complexes, difficultés dans la relation médecin malade, situations humaines et sociales compliquées, désaccord avec une prise en charge réalisée.

- Ils devaient également faire face à la souffrance des patients, à la mort ; ils ont dû annoncer des diagnostics lourds de conséquences et accompagner le patient ainsi que sa famille.

Ils gèrent donc très tôt dans leur cursus, nombre de situations médicales complexes, avec un bagage théorique solide certes, mais sans expérience pratique. Cela va générer une foule de questionnements chez l'interne d'ordre divers : biomédical, psychologique, relationnel, social, éthique, juridique... Au-delà de ces questionnements, les internes se définissaient comme « humains » avant tout : ils avaient des doutes, des peurs, et ressentaient le besoin de les exprimer afin de se rassurer. Malheureusement, les internes n'avaient pas de lieu véritablement défini pour exprimer leurs ressentis. En réponse à cela, ils ont imaginé au cours de notre FG, la création de **groupes de paroles**. Ces groupes seraient extérieurs à l'hôpital, réunissant des internes et un médecin enseignant, et fonctionnerait de manière horizontale. Certains internes imaginaient des groupes s'inspirant des « staffs des services de palliatifs » où ils pourraient discuter autour de prises en charge compliquées de patients. Quoi qu'il en soit, ces groupes constitueraient un lieu d'expression de leurs ressentis, leur offrant un soutien psychologique et un accompagnement dans leur vie d'interne.

Un participant en début de FG, évoquait **le groupe Balint** (réunion de médecins et d'un leader, ayant une formation psychanalytique) pour réaliser des débriefings relationnels permettant de compléter les GEP, parfois trop centrés sur le bio médical. Mais comme les « groupes de paroles », il précisait qu'il devait y avoir des affinités entre les étudiants afin que le groupe puisse fonctionner. Cette tâche étant actuellement difficile du fait de l'imposition aux étudiants de leurs groupes. Selon M3, des groupes Balint nécessiteraient des cours théoriques en amont, sur le vocabulaire psychanalytique et sur la relation médecin malade. Plusieurs études ont montré les bénéfices des groupes Balint lors de l'internat (62,63,64). Selon moi, au vu des besoins des internes ressortant du FG, peut-être que le groupe Balint serait trop restrictif pour des internes débutants ayant des questionnements certes sur la relation médecin malade mais également dans d'autres domaines.

→ **La création d'un espace de paroles ressort de notre FG comme un besoin primordial des internes. La forme qu'il devrait prendre restait encore à définir (groupe de paroles ? groupes Balint ? ...) Cette question d'un lieu d'expression pour les internes paraît importante à préciser et nécessiterait des études complémentaires.**

- L'autre besoin des internes ayant émergé de notre FG, était **un besoin de formation sur la communication avec le patient.**

En effet, pour de nombreux internes, cet aspect était fondamental en médecine mais pas assez enseigné. Selon eux, des éléments essentiels de la communication verbale (se présenter, réaliser une annonce diagnostique ou une annonce de décès etc...) et non verbale (quelle attitude/posture adopter en consultation) n'étaient jamais ou très peu évoqués dans le cursus. Rappelons que les stages pratiques au cours de l'externat et de l'internat permettent quand même d'avoir un aperçu de quelques techniques d'annonces entre autres. De plus, le côté théorique de la relation médecin malade représente l'item n°1 du module 1 des ECN : « La relation médecin-malade. L'annonce d'une maladie grave. La formation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge médicale » (65). Quoiqu'il en soit, pour pallier ce manque, certains membres du FG imaginaient des cours théoriques de communication illustrés, interactifs, dès le début de l'internat.

Pour répondre à ce besoin de formation sur la communication, et plus largement sur la relation médecin malade, d'autres internes évoquaient des formations plus interactives. Le débriefing avec une psychologue de situations médicales filmées (ex : une annonce diagnostique) ou des jeux de rôle ont été évoqués. La première méthode est très concrète, basée sur une situation réelle, utilise la mémoire visuelle et renvoie directement à la pratique quotidienne de l'interne. En revanche elle peut paraître difficile à mettre sur pieds. Les jeux de rôle ne faisaient pas l'unanimité au sein du FG, certains précisant que « l'aspect théâtre » pouvait freiner des étudiants.

→ **En résumé, il ressortait un besoin certain de formation des internes sur la relation médecin malade. Comme pour le besoin d'un lieu de paroles, le GEP, ne paraissait pas adapté aux internes pour se former sur l'aspect relationnel avec le patient. Des propositions ont été faites par les internes pour répondre à leurs besoins. Il paraîtrait**

intéressant de réaliser d'autres enquêtes, qualitatives puis quantitatives afin de préciser leurs attentes ou de tester un nouveau type de formation.

CONCLUSION

Le GEP apparait comme une formation qui allie l'utile à l'agréable, parfaitement ancrée et adaptée à la pratique des médecins généralistes. Ils y apprécient particulièrement l'horizontalité, définie par l'absence de hiérarchie et de jugement entre les pairs. L'analyse de pratiques, pilier de ces groupes, s'opère à travers une double confrontation: les participants comparent leurs pratiques à celles de leurs confrères et également aux données de la science (recommandations, articles, revues ...), avec la méthode EBM comme fil directeur. Afin de prendre en charge le patient de façon globale (modèle bio psycho social), les médecins doivent parfois adapter les données scientifiques à la « vraie vie ». Le GEP répond à ce besoin et apparait comme une cellule de réflexion servant d'interface, entre les exigences « scientifiques » et les soins primaires.

Le GEP permet d'améliorer les compétences des généralistes (savoir, savoir-faire et savoir être) et leur apporte un soutien psychologique. En effet, c'est un lieu d'expression et de partage de leurs difficultés, il a une fonction de réassurance et de valorisation des médecins, et semblerait être un outil anti « burn-out ». Il améliore également la qualité des soins dispensés aux patients, en optimisant les prises en charge des médecins et en favorisant l'implantation de références de qualité.

C'est une formation indépendante de l'industrie pharmaceutique, facile, accessible, interactive, permettant une modification de la pratique des généralistes. Le GEP est une méthode très largement plébiscitée, que ce soit par les médecins généralistes ou par les internes. Elle apparait comme pérenne au vu des taux de participation excellents et de l'ancienneté de nombreux groupes.

Réaliser des GEP lors de la FMI a un intérêt particulier. Les internes y découvrent cette méthode, et grâce à elle, ils prennent conscience de l'importance du renouvellement et du perfectionnement de leurs connaissances. Il donne gout aux internes à l'analyse de pratiques, qu'ils intègrent dans leur exercice quotidien. Les internes souhaitent pour la plupart poursuivre cette expérience en post internat. Le GEP permet également aux internes de se projeter dans leur vie professionnelle future, en imaginant des conditions de travail intégrant ces échanges confraternels.

Une limite de ces groupes, retrouvée dans nos 2 FG, mais pas dans la littérature, était leur centrage parfois trop important sur l'aspect bio médical, délaissant les aspects psycho sociaux ou relationnels. L'homogénéité des recherches ainsi que leur écriture sont apparus comme des points à améliorer dans le FG des MGI. Hormis quelques points organisationnels facilement modifiables, le point négatif principal des GEP d'internes, fut le non-respect par certains MSU de l'horizontalité du groupe. Un renforcement de la formation des MSU pourrait permettre de restaurer cette horizontalité, vitale au bon fonctionnement du groupe.

Au vu des résultats de notre FG et de la littérature, il paraîtrait très intéressant et bénéfique pour les internes, d'étendre les GEP au stage praticien et aux stages hospitaliers. Le MSU, contrairement aux groupes durant le SASPAS, y aurait une fonction d'observateur et de garant universitaire, préservant ainsi l'horizontalité du groupe.

Durant notre FG, 2 besoins essentiels aux yeux des internes ont émergé: le besoin d'un espace de paroles pour aborder les situations médicales difficiles, qu'ils gèrent très précocement dans leur cursus, ainsi qu'un besoin de formation sur la communication avec le patient. Le GEP ne répondait que partiellement à ces besoins.

Le GEP apparaît comme une méthode à développer au plan national dans la FMI comme dans la FMC. Mettre en place ces groupes lors du stage obligatoire chez le praticien permettrait de faire découvrir cette méthode à tous les internes en formation. Pour les généralistes, nous pourrions imaginer la diffusion par la HAS ou l'OGDPC d'un document de présentation et d'information sur ces groupes. Les efforts des différents DMG français devraient bientôt porter leur fruit : les internes formés à la méthode des GEP vont pouvoir la diffuser au sein de leurs cabinets de remplacements ou d'installation. A travers ce compagnonnage, nous pouvons espérer un développement de cette méthode, qui apparaît comme un moyen économique en temps et en énergie, pour améliorer la qualité des pratiques et le confort d'exercice des généralistes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Société Française de Médecine Générale : Groupe de pairs® [Internet]. [cité 15 oct 2013]. Disponible sur: http://www.sfmng.org/groupe_de_pairs/
2. UNAFORMEC [Internet]. [cité 15 oct 2103]. Disponible sur: <http://www.unaformec.org/>
3. HAS. Les groupes d'analyse de pratiques entre pairs : Peer review [Internet]. 2006 [cité 15 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.irbms.com/download/documents/HAS-groupes-analyses-pratique-entre-pairs.pdf>
4. ARS Bretagne, Assurance Maladie Bretagne, URPS médecins libéraux Bretagne. Groupes Qualité : une région mobilisée en faveur de la qualité des soins [Internet]. 2011. Disponible sur: http://ars.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Actualites/Communication_Presse/DP_groupequalite.pdf
5. URCAM Bretagne, URML Bretagne. Groupes qualité en Médecine Générale : cahier des charges [Internet]. [cité 15 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.urps-ml-paysdelaloire.fr/APIMED/uploads/2.%20Groupes%20QUALITE%20-%20cahier%20des%20charges.PDF>
6. Beyer M. The development of quality circles/peer review groups as a method of quality improvement in Europe: Results of a survey in 26 European countries. *Fam Pract.* 1 août 2003;20(4):443-51.
7. HAS. Développement Professionnel Continu, Méthodes et modalités de DPC [Internet]. 2014 [cité 15 sept 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf
8. HAS. Communiqué de Presse : le Développement Professionnel Continu des professionnels de santé [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.has->

sante.fr/portail/jcms/c_1348527/fr/developpement-professionnel-continu-des-professionnels-de-sante-la-has-presente-la-liste-des-methodes-et-des-modalites

9. Principes du SASPAS Nantais : Cahier des charges.pdf [Internet]. [cité 28 oct 2014]. Disponible sur: http://www.sante.univ-nantes.fr/med/medgen/fp/des/sp/saspas/SASPASNantais_Cahierdcharges.pdf
10. Le Mauff P, Jacquet JP, Gilberg S. Évaluation de la mise en place du SASPAS dans les UFR. *Exercer*. janv 2005;(72):31-4.
11. DMG Toulouse. Les ateliers d'échanges de pratiques [Internet]. [cité 15 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.dumg-toulouse.fr/uploads/c1bed0bf6ed00e25273b308c28e83d98fd5470e5.pdf>
12. DMG faculté de Montpellier. Groupes d'Echange de Pratiques Tuteurés de la faculté de Montpellier [Internet]. [cité 28 oct 2014]. Disponible sur: <http://dmg-montpellier-nimes.etud.univ-montp1.fr/>
13. Morin C, Blondy D, Borrel M, Bui T vi, Croixmarie F, Fontaine E. Groupes d'échanges de pratique : DPC des Internes en DES de Médecine Générale de l'Université Paris Descartes. *Médecine*. Fevrier 2012;8(2):77-84.
14. Moreau A, Dedianne M-C, Letrilliart L, Le Goaziou M-F, Labarère J, Terra J-L. S'approprier la méthode du focus group. *Rev Prat - Médecine Générale*. 15 mars 2004;18(645):382-4.
15. PIA T. La méthode des Focus Groupes: guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale [Internet]. Disponible sur: http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf
16. Zipper A-C. L'inter-formation en groupe d'analyse de pratiques entre pairs en Médecine Générale : approche socio-anthropologique [Thèse Médecine Générale]. Université Joseph Fournier de Grenoble; 2012.
17. FAVIER ARNAUDIER CA. Les internes de Médecine Générale et l'erreur médicale: étude de l'apport des groupes d'analyse de pratique supervisés dédiés à l'erreur médicale [Thèse Médecine Générale]. Université de Saint Etienne; 2008.

18. Arnould P, Raineri F, Hebbrecht G, Arnould M, Duhot D. Typologie comparée des médecins généralistes participant à un Groupe de Pairs® [Internet]. 2008 janv. Disponible sur:
http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_home/132/fichier_typologie_epp_gdpe_28bc.pdf
19. PHILIBERT A. Les groupes d'échange de pratique entre pairs : un modèle de Développement Professionnel Continu en médecine générale [Thèse Médecine Générale]. Université de Grenoble; 2012.
20. CARREZ-GAMEL S. Les groupes de pairs en médecine générale : opinion des participants lorrains [Thèse Médecine Générale]. Université Henri Poincaré, Nancy; 2005.
21. Arnould P. Les groupes de pairs : des outils pour structurer sa pensée et sa démarche décisionnelle. TLM. 2008;(71):7-9.
22. WINTZ F. Groupes de Pairs: état de lieux en Alsace en 2007 [Thèse Médecine Générale]. Université louis Pasteur de Strasbourg; 2007.
23. MOULY P. Le DPC en Médecine Générale: un audit de qualité sur les groupes d'échanges de pratiques entre pairs en région PACA [Thèse Médecine Générale]. Université de la Méditerranée à Marseille; 2012.
24. MUCHIELLI R. partie connaissance du problème. La dynamique des groupes. ESF; 1995.
25. Berthier A. Qualité du savoir-être et dynamique des groupes de pairs [Internet]. Disponible sur:
http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/38/fichier_article_a_berthied6a27.pdf
26. Gallais J-L. Règles du jeu, effets et enjeux des Groupes de Pairs, comme procédure dans le soin, la formation et la recherche. Doc Rech En Médecine Générale. juin 2002;(59):6-11.

27. Faculté de Médecine de Liège. Introduction à « l'Evidence-Based Medicine » (EBM) [Internet]. 2002. Disponible sur: <http://www.ebm.lib.ulg.ac.be/prostate/ebm.htm>
28. Taïeb S, Vennin P, Carpentier P. Evidence-based medicine : la valeur de l'incertitude. *Médecine*. mars 2006;132-3.
29. Arnould M, Cohendet C, Andréotti G, Certain M hélène, Hascoët J-Y. débat : groupes d'analyse de pratiques entre pairs. *Rev Prat - Médecine Générale*. 18 avr 2005;19(690/691):522-3.
30. Cohendet C. Groupes de pairs : outil de formation continue et d'évaluation collective des pratiques ? *Rev Prat - Médecine Générale*. 2002;16(587):1392-4.
31. Kandel O, Certain M-H. Le Groupe de Pairs, de la formation continue à l'évaluation des pratiques, un outil au service de la qualité. *Doc Rech En Médecine Générale*. 2001;(59):3.
32. Berthier A. Le bénéfice collectif et les usages possibles des groupes de pairs [Internet]. Disponible sur: http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/38/fichier_article_a_berthie_20deba.pdf
33. HAS. Journée d'Évaluation des Pratiques Professionnelles : retours d'expériences [Internet]. 2006. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/colloque_epp_-_groupe_danalyse_de_pratiques_entre_pairs.pdf
34. Castelain E, Bouche P. Groupes d'échanges de pratiques et optimisation de la prise en charge en médecine générale. *Rev Prat - Médecine Générale*. 27 oct 2003;17(628):1370-4.
35. Schneider A, Wensing M, Biessecker K, Quinzler R, Kaufmann-Kolle P, Szecsenyi J. Impact of quality circles for improvement of asthma care: results of a randomized controlled trial. *J Eval Clin Pract*. avr 2008;14(2):185-90.
36. La rédaction. Évaluation des pratiques : intérêt des professionnels pour cette démarche. *Rev Prat - Médecine Générale*. 10 avr 2006;20(728/729).

37. Rapport d'évaluation de la démarche groupe qualité [Internet]. 2012 sept. Disponible sur: <http://urps-bretagne-medecins.org/download/internet/I/Rapport%20evaluation%20GQ%202012.pdf>
38. Spiegel W, Mlczoch-Czerny M-T, Jens R, Dowrick C. Quality circles for pharmacotherapy to modify general practitioners' prescribing behaviour for generic drugs. *J Eval Clin Pract.* août 2012;18(4):828-34.
39. Bami J. EPP et groupe d'analyse entre pairs: l'association idéale pour le généraliste. *Rev Prat - Médecine Générale.* 12 sept 2006;20(740/741):902-4.
40. Gabbay John, le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed « mindlines » ? Ethnographic study of knowledge management in primary care. *Br Med J.* 30 oct 2004;329:1013-6.
41. Smith P. *Group processes and personal change.* Harper and row : New York. 1980.
42. Bataillon R, Hascoët J-Y, Lenéel H, Samzun J. L'évaluation des pratiques professionnelles, pour quoi faire ? *Rev Prat - Médecine Générale.* 27 févr 2006;20(722/723):259-61.
43. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Ozvacic Z. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract.* 1 août 2008;25(4):245-65.
44. LE TOURNEUR A, KOMLY V. Burn-out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine [Thèse Médecine Générale]. Université Joseph Fournier de Grenoble; 2011.
45. Philippe L, Cohen-Scali P, Lambert P. Les Groupes d'Echange de Pratique Tuteurés : évaluation d'une expérience pédagogique à la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes. [Internet]. 2009. Disponible sur: <http://cnge2009.free.fr/desdemedecinegen/index.html#pe33>
46. Bismuth M, Escourrou B, Mesthe P, Stillmunkes A, Oustric S, Vidal M, et al. Les ateliers d'échanges de pratique (A.E.P) : une méthode d'apprentissage pédagogique évaluée par les étudiants des facultés de médecine de Toulouse [Internet]. Disponible sur: <http://www.med.univ-angers.fr/fr/la->

faculte/mg/archives/_attachments/P%25C3%25A9dagogie/Les%2520outils%2520du%2520D.E.S/Les%2520ateliers%2520d%25E2%2580%2599%25C3%25A9changes%2520de%2520pratiqueBismuth.pdf?download=true

47. Stevens J. Brief encounter : Factors and fallacies in learning and teaching the science of consultation for the future general practitioner. *J R Coll Gen Pract.* 24(138):5-22.
48. Davis A, Thomson MA. Impact of Formal Continuing Medical Education : Do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physical behavior or health care outcomes ? *J Am Med Assoc.* 1999;282(9):867-74.
49. David A, Thomson MA. Changing Physician Performance: a systematic Review of the effect of continuing medical education strategies. *J Am Med Assoc.* 1995;274:700-5.
50. FREDENUCCI P. Groupes Qualité : PACA, une région à part ? *J Médecins Libéraux PACA.* janv 2014;16-9.
51. SFMG. Diffusion des REcommandations Francophones en Consultation de Médecine Générale [Internet]. Disponible sur: http://drefc.sfm.org/drefc_presentation.php
52. CNCI. Epreuve de lecture critique d'un article médical. Disponible sur: <http://www.cnci.univ-paris5.fr/medecine/LectureCritiqueArticle.pdf>
53. DMG Nantes. Récit de situation complexe et authentique [Internet]. Disponible sur: <http://www.dmg-nantes.fr/phocadownload/fichiers/DES/rcit%20de%20situation%20complexe%20et%20authentique.pdf>
54. RAINERI F. Le Groupe de Pairs en médecine générale: modalités de fonctionnement et typologie des participants [Internet]. 2001. Disponible sur: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/38/fichier_gdp_modalite_fonctionnement_typo_dr59gdpd61a2.pdf
55. WONCA. La définition européenne de la Médecine Générale- Médecine de Famille [Internet]. 2002. Disponible sur: <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/MG%20externes/woncadefmg.pdf>

56. DORY V, FOY T, DEGRYSE J. L'auto-évaluation : postulat préalable, finalité de la mission éducative ou utopie pédagogique ? Clarifications conceptuelles et pistes pour une application en éducation médicale. *Pédagogie Médicale*. 2009;10(1).
57. DES MARCHAIS J. Apprendre à devenir médecin. Bilan d'un changement pédagogique centré sur l'étudiant. Université de Sherbrooke, Canada; 1996. 418 p.
58. Le Mauff P, Bail P, Gargot F, Garnier F, Guyot H, Honnorat C. L'évaluation des compétences des internes de médecine générale. *Exercer*. avr 2005;(73):63-9.
59. Perrenoud P. La transposition didactique à partir des pratiques. *Rev Sci Educ*. 1998;24(3):487-514.
60. BERNARD J., REYES P. Apprendre en médecine. *Pédagogie Médicale*. 2001;2:235-41.
61. DMG Nantes. Groupes Pédagogiques d'Échanges de Pratiques (GPEP) destinés aux internes de médecine générale en stage praticien de niveau 1 [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.dmg-nantes.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=102:gpep&catid=39:des&Itemid=27
62. BEGOT MP. Perception de la formation à la relation médecin-malade à travers la pratique des groupes Balint chez les internes de médecine générale de la région Centre . Étude qualitative de type entretiens semi-dirigés [Internet] [Thèse Médecine Générale]. Université François Rabelais de Tours; 2012. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2012_Medecine_BegotMarionPascaline.pdf
63. CHERIF BECK S. Le relation médecin patient et la formation initiale: l'expérience des groupes Balint pour étudiants de 3e cycle RELATION. Enquête auprès des étudiants en Médecine Générale de Strasbourg et Etude qualitative par entretiens d'étudiants de groupes Balint junior [Internet] [Thèse Médecine Générale]. Université de Strasbourg; 2011. Disponible sur: <http://www.balint-smb-france.org/medias/files/6cherifbeck.pdf>
64. OSMOND L. Une formation à la relation médecin-malade : pourquoi ? comment ? création d'une initiation au groupe Balint à l'UFR de Médecine de Caen en Novembre 2007 [Thèse Médecine Générale]. Université de Caen; 2008.

65. HAS. Épreuves Classantes Nationales - Module 1 : apprentissage de l'exercice médical [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_648077/fr/epreuves-classantes-nationales-ecn-module-1-apprentissage-de-l-exercice-medical-de-la-question-1-a-14

ANNEXES

ANNEXE 1 : Les critères de qualité du GDP®,8 consignes pour réussir

Composition du groupe

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

Nombre de participants

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

Emargement

Chaque participant doit être présent à au moins 5 réunions par an ce qu'il atteste en signant la feuille d'emargement.

Animation

Au début de chaque réunion sont désignés par le groupe :

Un modérateur qui assure le respect du temps de parole de chacun et veille aux horaires

Un secrétaire qui rédige pendant la séance le compte rendu de la réunion

Réunion

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

Le cas clinique doit être tiré au sort

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

Utiliser les données de la science

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

Compte rendu

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

ANNEXE 2 : Tableau récapitulatif de GEP de 7 facultés françaises(13)

Source : Groupes d'échanges de pratique : DPC des Internes en DES de Médecine Générale de l'Université Paris Descartes. Médecine. Février 2012;8(2):77-84

5 facultés de médecine (Informations recueillies auprès d'internes).

Un groupe de Paris René-Descartes	Lille II	Toulouse	Lyon	St Étienne	Clermont-Ferrand
GEP	UPL ou unité d'échange pratique	AEP ou atelier d'échange de pratiques	GEP ou GDOC : groupe de documentation	GEP	GEASP ou groupe d'entraînement et d'analyse de situations professionnelles
Lors des stages Niveau 1 et 2 (SASPAS)	Lors des stages Niveau 1 et 2 (SASPAS)	Durant tout le DES	Durant tout le DES	Durant tout le DES	Durant tout le DES
Obligatoire	Facultatif	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
Interne	Enseignant	Interne	TCEM1 et 2 : enseignant TCEM3 : interne	2 Enseignants	Enseignant
Non ou enseignant	Non	Oui Interne	Non	Oui Interne	Oui Interne
Non	Non	Non	Non	Non	Non
Libre	Libre	Libre	Libre	Fixé (avant dernier patient du lundi)	Libre
es 8	6	12	TCEM1 : 6 TCEM2 : 3 TCEM3 : 2	36	36
1 h 30	2 h	2 h			2 h 30
10-15	9-15	10-15	6-10	10	10-12
Fixe	Fixe	Variable (internes de même zone géographique)	Fixe	Fixe	Fixe

ANNEXE 2 (SUITE)

s 5 facultés de médecine (Informations recueillies auprès d'internes).

Un groupe de Paris René-Descartes	Lille II	Toulouse	Lyon	St Etienne	Clermont-Ferrand
Travail entre binôme, puis présentation d'un cas par binôme, puis une à deux présentations décidées lors des séances précédentes	Présentation préparée à l'avance avec recherche bibliographique : TRSCA par 1 interne SASPAS et 2 cas cliniques par 2 internes niveau 1	Présentation individuelle par les internes volontaires puis discussion collective. Pas de présentation à préparer : en fin de séance, l'animateur choisit les thèmes à développer puis chacun effectue une recherche qu'il envoie au secrétaire	Chaque interne présente un cas de son choix préparé à l'avance, avec réponse à la question qu'il s'est posé puis débat après chaque cas ou en fin de séance. Pas de présentation organisée d'une séance à l'autre	Chacun prépare son cas à l'avance, 4 ou 5 le présentent et le commentent avant discussion avec le groupe. Les recherches concernant le GEP précédent (internes volontaires) sont présentées en début de séance	Tous les membres présentent un cas puis un débat s'engage. L'enseignant propose une recherche documentaire à exposer pour la séance suivante (environ 5 à 8 minutes)
Non	+/- laboratoires pharmaceutiques	Non	Non	Non	Non
Mise en commun sur un groupe e-portfolio	Partage par clé USB à la demande	Envoi par le secrétaire d'une synthèse de la séance et des travaux de recherche par mail	Partage à la demande par clé USB ou mail	Partage par mail	Mise en commun sur un groupe e-portfolio

ANNEXE 3 : Guide d'entretien pour le FG des MGI

1) Pouvez-vous décrire le mode de fonctionnement de votre groupe d'échanges de pratiques puis expliquer ce qui vous a poussé à participer pour la première fois à un groupe d'échanges de pratiques ?

- mode de fonctionnement : déroulement de la séance, nombre de médecins, durée, fréquence, secrétaire/animateur, thème imposé ? Documents à travailler au préalable ? Compte-rendu de séance, recherche bibliographique et mode de présentation de celle-ci lors du GEP suivant...

2) Quels sont les points positifs et négatifs que vous retenir des groupes d'échanges de pratiques ? Que souhaiteriez-vous modifier ?

> Relance points positifs :

- Que recherchez-vous en groupe d'échanges de pratique ? Que vous permettent-ils ?

- Les GEP sont-ils adaptés à la médecine générale ?

- Quels sont les avantages et inconvénients des groupes d'échanges de pratiques par rapport à d'autres types de formation médicale continue ?

- Quelle ambiance générale, et quelles relations et rapports entre les participants vous paraissent indispensables au bon fonctionnement du groupe d'échanges de pratiques ?

Si suffisamment de temps : relance sur :

- Quelles conditions organisationnelles vous semblent importantes pour la réussite et la pérennité des groupes d'échanges de pratiques

>Relances points négatifs : - La durée et l'horaire du groupe d'échanges de pratiques peuvent-ils être une contrainte ? Le mode de fonctionnement est-il toujours respecté ?

3) Que vous apportent les groupes d'échanges de pratique dans votre pratique quotidienne ?

- Quel est l'impact de ces groupes d'échanges de pratique sur le vécu de votre exercice professionnel ?
- Que vous apportent les groupes d'échanges de pratique sur le plan de vos connaissances théoriques et sur vos prises en charge ?

ANNEXE 4 : Guide d'entretien pour le FG des internes

1) Qu'avez-vous apprécié au cours des GEP ? Quels points positifs et négatifs retenez-vous ? que souhaiteriez-vous modifier ?

- que vous permettent les échanges entre pairs au cours de ces GEP ?

- quelle a été l'ambiance du GEP (entre vous et avec l'enseignant) et la qualité des relations entre les participants ?

- Qu'avez-vous pensé des modalités d'organisation des GEP

- quelle a été la place de l'enseignant ?

- que pensez-vous du choix imposé des consultations ?

- Qu'avez-vous pensé des recherches documentaires après les séances ?

2) Quels ont été les apports de ces GEP sur votre pratique quotidienne ? Les GEP durant le SASPAS vont-ils donné envie de poursuivre cette démarche dans votre exercice futur ?

- apports sur le plan de vos connaissances théoriques, pratiques et de vos prises en charge ?

- sur le plan psychologique ? Sur le plan de l'identité professionnelle ? Du confort d'exercice ?

- sur le plan de la recherche documentaire ?

3) Seriez-vous intéressés par des groupes d'échanges entre internes pendant le stage praticien et les autres stages hospitaliers, sous quelle forme ?

- sous quelle forme ?
- quelle fréquence ? Durée ?
- présence et place de l'enseignant ?
- internes de même stage ou mélangés ?
- Situations choisies ou prises au hasard ?

ANNEXE 5 : Débat autour des thèmes imposés dans les GQ

M4 et M6, participaient tous les 2 à des GQ, cependant ils n'avaient pas le même point de vue sur les thèmes imposés.

Opposition de points de vue entre 2 participants	
- thèmes imposés relativement précis mais permettant quand même de la transversalité (US 124)	- crainte que les thèmes imposés ciblent certains problèmes et ne fassent pas émerger toutes les problématiques de la médecine générale (US 77 B*,205*)
- grande liberté avec les thèmes libres : possibilité de faire une séance en prenant une consultation au hasard par exemple (US 236)	
- thème choisi par les animateurs eux-mêmes et non imposé par des objectifs médico économiques (US 235)	- peur que les thèmes répondent plus à des attentes de la CPAM (thème où le médecin doit être excellent et où il va être plus surveillé) qu'à celle des praticiens (US 76*,204*)
- Totale liberté du groupe : pas de regards extérieurs du cadre, pas audit (US 232)	
	- biais dans la restitution des chiffres par la sécurité sociale, diminuant leur pertinence (US 320)

Légende : * = US présentes dans le tableau accompagnant ci-dessous

US correspondant au tableau ci-dessus

- Crainte que les thèmes imposés ciblent certaines problématiques

77B M4 *ça fait pas émerger toutes les problématiques de la médecine générale je trouve, cela reste quand même assez ciblé.*

205 *Ce qui met de côté pas mal de thèmes de médecine générale c'est ma seule crainte mais je verrai cela avec l'expérience.*

- Thèmes choisis par les animateurs eux-mêmes

235 *c'est 6 thèmes imposés, ce n'est pas imposé avec des objectifs médico économiques, c'est choisi par des médecins, mêmes si on des indicateurs de suivi dessus.*

- Peur que thèmes soient ciblées par la CPAM

76 M4 *je suis un tout petit peu gêné par le fait que l'on soit sur des choses un peu imposées au moins sur les 10 séances , c'est jamais complètement anodin, c'est toujours un petit peu ciblé, mais bon voilà ,*

204 M4 *et j'ai surtout un peu peur comme c'est un peu chapoté, j'ai un peu peur qu'on soit sur des thèmes où il faut qu'on soit plus excellent, où on va être un peu plus surveillé en tant que médecin*

ANNEXE 6 : Groupes d'échanges de pratiques et optimisation de la prise en charge en médecine générale (points principaux de l'étude)(34)

Cette étude semblait mettre en avant l'impact positif des GEP dans l'application des références et dans l'amélioration des pratiques au sens large.

Cette action menée en nord Pas de Calais consistait à accompagner, pendant un an, une soixantaine de généralistes référents dans une démarche d'évaluation collective basée sur des groupes d'échange de pratiques (présentation durant 5 min d'un cas clinique tiré au hasard parmi les patients vus la veille puis discussion autour du cas) Chaque participant s'était engagé à suivre 4 soirées dans l'année, chacune d'entre elles portant sur un thème spécifique (vaccinations, dépistage des cancers, tenue du dossier médical, risque cardiovasculaire et permanence des soins). De plus, un médecin chargé d'évaluation a rendu visite 2 fois à chaque participant (*peer review*) au cours de l'année afin de le motiver à la procédure d'audit et pour lui procurer des outils pouvant l'aider dans sa démarche qualité (surtout des logiciels pour le calcul du risque cardiovasculaire globale, sur la vaccination etc...). L'impact sur la pratique de ces actions a été objectivée par un audit de pratique réalisé par chaque médecin avant (1^{er} tour) et après les actions (2^e tour). Les auteurs précisaient qu'aucune action forte n'a été menée dans l'ensemble de la région sur ces thèmes.

Résultats

- Au 2e tour, **86%** des patients étaient vaccinés contre le tétanos, **82 %** contre la grippe, et **84 %** avec le ROR, ils étaient respectivement au 1er tour **75%** ,**72 %** et **80%**.
- Dès le 1er tour d'audit, **59 %** des femmes avaient bénéficié **d'une mammographie**, **61 %** des patientes avaient eu un **frottis** moins de 2 ans auparavant. Au 2e tour, **75 %** des femmes ont eu une mammographie ($p = 0,007$) et **71 %** un frottis datant de moins de 2 ans ($p = 0,28$).
- Lors du 1er tour, le poids et la taille ne figuraient pas assez souvent dans le dossier : **66 %** pour le poids et seulement **53,5 %** pour la taille. Après le travail en groupe d'échange des pratiques, le poids était indiqué dans **84 %** des dossiers ($p = 0,0001$) et la taille dans **74,5 %** ($p = 0,001$).
- L'augmentation du calcul du risque cardiovasculaire entre le 1er et le 2e tour (respectivement **26 et 55 %**) a été très importante.

-Les médecins ont bien intégré la notion de numéro d'urgences sur leurs ordonnances avec un taux de 82,5 % lors du 1er tour et de 96 % lors du 2e tour.

La participation aux groupes d'échanges de pratiques semblait donc améliorer les pratiques sur les thèmes abordés. Selon les auteurs, le fait que l'évaluation fut collective (les résultats étaient donnés par groupe de médecins) avait certainement évité les a priori négatifs qui entouraient trop souvent l'évaluation individuelle à l'époque.

Cela dit, nous pouvons nuancer les résultats en notant que 2 actions ont été menées pendant l'année : les soirées de GEP et les « peer support », il est donc difficile d'imputer l'amélioration à l'une ou à l'autre.

Pour conclure, pour objectiver que cette amélioration était bien liée aux GEP et au peer review, il aurait fallu créer un groupe témoin de médecins externes à l'action, ce qui demandait des moyens encore plus importants.

ANNEXE 7: Impact of quality circles for improvement of asthma care: results of a randomized controlled trial (Résumé) (35)

Une étude de 2008 parue dans *the journal of evaluation of clinical practice* montrait que **les cercles de qualité classiques avec un retour d'informations sur les prescriptions permettaient d'améliorer la prise en charge des patients asthmatiques.**

Les auteurs partaient du postulat que les cercles de qualité étaient reconnus comme des outils bien établis pour aider les médecins dans leur travail quotidien grâce à une réflexion entre collègues sur leurs pratiques courantes. Les cercles de qualité étaient définis comme de petits groupes de médecins, participant volontairement à ces réunions dans le but d'évaluer et d'améliorer continuellement la qualité des soins médicaux dispensés aux patients. 12 cercles de qualité réunissant 96 médecins généralistes ont été étudiés dans un essai randomisé et contrôlé. (6 cercles disposant d'un retour d'informations sur leurs prescriptions, classique et anonyme et 6 autres bénéficiant d'un « open benchmark ». La branche « open benchmark » recevait le retour d'informations sur leurs prescriptions ainsi que le nom et les informations sur le « meilleur prescripteur » du groupe) 43 cabinets de médecine générale ont accepté de distribuer des questionnaires aux patients afin d'évaluer l'efficacité des cercles de qualité.

256 patients ont participé à l'étude et 185 ont répondu au suivi à 1 an. Initialement l'utilisation des corticoïdes inhalés était élevée (69%), mais la gestion individuelle de la pathologie par les patients mauvaise (plan d'action d'urgence 8%, mesure du peak flow à domicile 21%). Après 1 an, le suivi des recommandations thérapeutiques avait augmenté ($p=0,19$) ainsi que le suivi le plan de traitement progressif de la crise d'asthme ($p=0,02$). La délivrance par un médecin d'un plan de traitement d'urgence avait augmenté ($p=0,008$) et le nombre de visites urgentes diminué. ($p=0,064$). Il n'y avait pas de changement en revanche pour l'utilisation du peak flow à domicile. Le meilleur suivi des recommandations thérapeutiques était associé à une diminution du nombre de visites urgentes (odds ratio 0,24 pour IC (95%) 0,07-0,89). Il n'y avait pas de différence entre les cercles de qualité classiques et ceux avec « benchmarking ».

ANNEXE 8 : Etude « médicaments et personnes âgées de plus de 65 ans »

Une étude intéressante a été menée en 2005 en région Pays de la Loire sur le thème « médicaments et personnes âgées de plus de 65 ans ». Des médecins généralistes ainsi que des médecins conseil se réunissaient en groupe d'échanges de pratiques, mensuellement, (8 réunions au total) avec un animateur et un rapporteur par réunion. En amont du GEP, les participants sélectionnaient 3 ordonnances comportant au moins 10 médicaments parmi leurs patients de plus de 65 ans. Lors de la réunion, ils médecins échangeaient sur 3 ordonnances tirées au sort qui étaient présentées et argumentées à partir du dossier médical. L'évaluation a porté sur l'ensemble des prescriptions des médecins participants au groupe d'échange par rapport à leur propre prescription avant, et après les groupes d'échanges de pratiques, parallèlement à un groupe témoin de prescripteurs de la même zone géographique. Les résultats montraient **une diminution du ratio d'ordonnances avec 10 DCI différentes de 4% (dans le groupe GEP, 44 médecins)** contre une augmentation de 16% dans le groupe témoin (94 médecins). **Les prescriptions d'hypnotiques et de vasodilatateurs diminuaient de 16% et de 23% dans le groupe action** contre 7% et 11% dans le groupe témoin.

ANNEXE 9 : Transcription du verbatim du FG des MGI

A : Ce que je propose c'est qu'on fasse un rapide tour de table pour que chacun se présente et on commence par M1.

M1 : eh ben Dr A. je suis installé à Clisson, médecin généraliste e au pôle santé Clisson, pole pluridisciplinaire, on est 5 médecins et 2 collaborateurs. Le groupe qualité existe depuis un certain temps (rires) et j'en fais partie avec Gilles Barnabé.

M2 : Alors M. je suis euh je suis médecin généraliste, je remplace actuellement à Corcoué sur Lognes, voilà.

A : et tu vas bientôt ...

M2 : et je vais bientôt m'installer à Héric.

M3 : où ça ?

M2 : à Héric

M3 : eh bien elle va être ma future collègue car je suis installé à Héric depuis 97, un premier Avril aussi donc ça m'a porté chance , cela se passe plutôt bien je suis dans un groupe avec euh 3 autres médecins dont un de ses 3 là il y avait mon collaborateur donc on travaille sur le même cabinet , donc il travaille 2 jours par semaine et moi 3 jours et demi par semaine. Voilà euh, qu'est-ce que je peux dire d'autres, je suis chargé d'enseignement ici au DMG aussi. Et euh membre du collège des généralistes enseignants.

A : ok, M4

M4 : Moi je suis installé à Mauves sur Loire, en groupe, on est , avec un collaborateur. Je suis gériatre, capacitare en gériatrie et je suis coordonnateur dans une maison de retraite également et euh j'ai un groupe qualité depuis l'année dernière donc c'est assez récent. Voilà.

A : M5

M5 : N.B donc je suis généraliste, installé depuis 2012 donc fin 2012, dans un cabinet de groupe donc on est 2 médecins puis une collaboratrice maintenant. Nous sommes en train de construire une maison pluri professionnelle et euh je fais partie d'un (.) alors groupe

d'échanges de pratiques, on l'a appelé comme cela, qui n'a pas de nom. Euh (.) regroupant au départ des remplaçants puis de plus en plus des médecins installés et euh ça fait 2 ans maintenant qu'on doit faire cela. Voilà

A : M6

M6 : Y. médecin généraliste, toujours en exercice à Saint Père en Retz. Euh moi je fonctionne dans un groupe qualité à Pornic depuis 5 ans et je suis également coordonnateur des groupes qualité des pays de la Loire depuis 2009.

A : M7

M7 : S. je suis médecin généraliste à Saint-Sébastien sur Loire dans un cabinet de groupe de 4 médecins, enfin on est 4 en tout. J'ai touché à (.) tous {rires des autres médecins} les modes de formation, j'ai eu des responsabilités à différents niveaux dans ces modes de formation. Actuellement, je ne sais pas si on appellera cela un groupe d'échanges de pratiques, euh je fais partie d'un groupe où il y a essentiellement des jeunes médecins parce que les vieux sont partis à la retraite progressivement, je suis la dernière (.) et voilà (.) mais on a fait plein de choses différentes.

A : M8

M8 : L., donc installé depuis 2012, dans une vie précédente chercheur à plein temps. Et euh dans un cabinet de groupe à Sallertaine en Vendée, on est 4, 2 associés et 2 collaborateurs. Et euh dans un groupe de pairs depuis 2012 (.) d'échanges de pratiques.

A : Donc vous participez tous à ce focus groupe parce que vous participez à des groupes d'échanges de pratiques et on va donc commencer par la première question. Si il y a des choses que vous ne comprenez pas vous n'hésitez pas à intervenir.

Q1 : Pouvez-vous décrire le mode de fonctionnement de votre groupe d'échanges de pratique puis expliquez ce qui vous a poussé à participer pour la première fois à un groupe d'échanges de pratique.

On va commencer par M1.

M1 : Décrire le fonctionnement du groupe ?

A : mmhmmh {acquiesçant de la tête}

M1 : euh ce n'est pas difficile c'est le lundi soir 1 fois par mois, le 3^e lundi du mois on se réunit habituellement, le groupe correspond aux médecins du pôle santé plus des médecins de cabinet avoisinants. Et je remarque que ce sont des médecins qui travaillent en groupe, rires, comme ici, y a pas d'individualistes. { rires. }

Euh le fonctionnement, il y a un animateur, G.B qui nous rappellent le thème, qui nous branchent sur le site pour nous donner les documents et on prépare un cas clinique pour la soirée et donc je pense que c'est le mode habituel de fonctionnement des groupes qualité. On a un rappel des références et on essaie de voir comment on met ces références en pratique dans la réalité. Ce qui m'a poussé à venir la première fois, bien difficile à dire car je ne sais plus quand est la première fois, je ne sais plus quand est-ce qu'on a commencé, cela fait longtemps. Euh ça fait si longtemps qu'on a commencé à s'essouffler un petit peu, c'était le thème d'une des dernières réunions du groupe qualité. Et c'est essentiellement le fait de se retrouver avec les collègues, travailler ensemble toute la journée, toute l'année, c'était quand même intéressant d'avoir un partage un peu plus approfondi, en formation.

A : Ok, M2

M2 : Oui alors sur le mode de fonctionnement, on le même qu'avec M5, c'est un groupe d'échange de pratiques qui a lieu le premier mardi du mois, et donc on se retrouve à plusieurs, là on est plutôt des jeunes, euh et en fait euh y a un animateur effectivement, on fixe auparavant euh une consigne sur la consultation qu'on va aborder au cours du groupe d'échanges de pratique donc la première ou la dernière ou la 3^e en partant de la fin etc .. Et donc chacun revient avec son cas clinique correspondant, on fait un tour de table en fait chacun de sa consultation et quand une personne raconte sa consultation, libres à tous d'intervenir pour échanger sur ce cas clinique et cela permet d'exposer ses problématiques au moment de la consultation et euh en général c'est très productif parce que un cas clinique lambda appelle à beaucoup de discussions puisque chacun pense à des choses différentes et que chacun rebondit sur des choses différentes. Donc euh une consultation pour une personne ça prend pas déjà pas mal de temps.

Et puis autrement y a une première partie en général où il y a un rappel sur ce qui a été vu sur le groupe d'échanges de pratique précédent et qui posait problème et pour lequel une

personne était désignée pour faire une synthèse sur ce qui était problématique. Euh voilà c'est comme ça que ça se déroule.

Après qu'est ce qui a fait que j'ai adhéré la première fois. Alors la première fois que j'ai dû assister à un groupe d'échanges de pratiques, c'était quand j'étais remplaçante, donc j'ai été un petit peu enrôlée par mon praticien. Et je trouvais cela très intéressant parce que on prenait le temps de décortiquer une situation clinique qui sur le moment pose des difficultés, qu'on remarque pas vraiment forcément et puis cela permet de discuter tout simplement avec d'autres collègues et de se mettre à niveau tout le monde et je sais que quand on est interne ou quand on sort des études, on est souvent jugé, on se sent toujours un peu inférieur par rapport à ce qui est fait et du coup c'était assez agréable de se sentir tous au même niveau. Et de pouvoir en discuter librement. Et puis du coup, de fil en aiguille, cela m'a plu puis j'ai des amis qui participent du coup à des groupes d'échanges de pratiques euh ce qui participe en plus à la motivation. Voilà

A : Merci, M3

M3 : Euh moi je vais commencer par poser une question, je ne sais pas ce que sait qu'un groupe qualité en fait, vous êtes tous dans des groupes qualité alors que moi je suis dans un groupe d'échanges de pratiques, je vois à peu près la différence avec un groupe de pairs qui est une marque déposée, mais groupe qualité je ne vois pas trop (.) euh enfin je sais pas. Donc c'est une question pour commencer. Moi je suis euh venu, j'essaie de retrouver comment je suis venu à faire cela, je pense que c'est par mon activité au sein du dmj qu'on a du parler de ça et puis euh ... donc c'est un mode de formation qui en théorie m'intéressait déjà, et puis ça a dû commencer par de la pratique avec les internes lors des saspa. Euh ça m'a bien plu et après j'étais le promoteur de la création du groupe d'échanges de pratique sur ma localité puisque j'étais dans un .. ma FMC locale, je l'avais proposé, j'avais d'ailleurs proposé à R., le directeur de venir faire une soirée pour montrer ce que c'était que ce mode de formation à mes collègues. Euh mes collègues de cette fmc n'ont pas adhérer en nombre suffisant ce qui fait que j'ai changé de fmc locale avec à nouveau euh la proposition de créer un groupe d'échanges de pratiques, cette fois ci ça a bien pris.

Cela doit faire 3 ans que l'on fonctionne ensemble, cela doit être de l'ordre de, euh nous on n'est pas tous les mois, c'est tous les 2 mois parce que notre groupe, certains ne voulaient pas y adhérer donc y a aussi la fmc classique qui persiste plus ces groupes d'échanges donc ça faisait beaucoup de faire des groupes d'échanges de pratique mensuellement.

Le mode de fonctionnement euh est à peu près celui du médecin M2.

Euh, ce qui m'intéresse beaucoup moi dans ces groupes d'échanges, c'est que (.) émerge des choses qu'on ne peut pas (.) y a pas (.) je ne connais pas d'autres mode de formation qui fassent émerger autant les choses de la vraie vie euh la confrontation de (.) des pratiques est extrêmement intéressante. On se rend compte en discutant ensemble que d'autres font différemment de nous et euh sans jugement en plus c'est cela qui est intéressant et euh on va pouvoir dire ben moi je fais pas comme toi et ben en fait qui a raison c'est toi ? c'est moi ? et bien on va rechercher chacun de notre côté et puis on a en plus l'impression de faire des recherches qui sont vraiment axées sur notre pratique (.) ce sur quoi on a besoin. Euh (.) parce que quand on fait des recherches pour d'autres, ou quand d'autres font des recherches pour nous, ce n'est pas forcément tout à fait adapté, tandis que là on fait vraiment ce qui est adapté à notre pratique.

A : Merci alors je vais un peu recentrer le débat, là on va rester quand même sur plus l'organisationnel.

M3 : d'accord

A : et on va beaucoup débattre de ce pourquoi après. M4

M4 : Donc moi je fais partie d'un groupe qualité depuis 1 an.

Comment on fonctionne ? Eh bien je pense un peu comme tous les groupes qualité. On se voit une fois par mois, y a un certain nombre de thèmes imposés, dans l'année, il doit y avoir 10 thèmes imposés et euh 2 thèmes libres ... quelque chose comme cela. Et un thème sur les retours avec les euh puisque cela doit être en cheville avec la CPAM et donc il y a un thème avec les retours sur les (.)

M1 : institutions

M4 : pratiques et voilà. Donc euh (.) le thème est imposé, on le sait à l'avance d'une fois sur l'autre. On ramène une consultation qui nous pose un problème, donc on expose et après cela va faire émerger les questions, et donc chacun va essayer de répondre, dire comment il fait, comment il aurait fait et euh quand il y a des interrogations, il y a un secrétaire du soir qui va récolter les questions et qui va essayer de trouver des réponses pour la fois d'après. Euh (.) donc on (.) mouais voilà c'est une fois par mois.

Euh moi ce qui a fait que j'ai adhérer euh c'est que je cherchais un groupe euh je connaissais pas les groupes qualité avant, je connaissais que les groupes d'échanges de pratique et j'avais un ami qui en avait monté un et je voulais plutôt adhérer sur les groupes d'échanges de pratique et euh y avait un groupe qualité en croisant un médecin par hasard et en en discutant, puisque je voulais en monter un dans mon secteur et qui m'a dit : ben écoute moi je fais partie d'un groupe qualité, viens donc, on en a un qui est parti à la retraite euh.. viens voir. Et donc voilà je suis allé comme cela.

Ça m'a intéressé, je suis un tout petit peu gêné par le fait que l'on soit sur des choses un peu imposées au moins sur les 10 séances , c'est jamais complètement anodin, c'est toujours un petit peu ciblé, mais bon voilà , ça fait pas émerger toutes les problématiques de la médecine générale je trouve, cela reste quand même assez ciblé.

Voilà, sinon le fonctionnement est bien j'ai fait aussi parti d'une FMC à coté en gériatrie, je suis un peu frustré toujours par les FMC classiques, avec un expert, cela va toujours dans un sens et euh on aurait bien des choses à dire et bon y a pas la place. Donc là au moins on arrive à voir comment fonctionne les autres et puis cela nous rassure souvent, enfin moi.

A : Merci, M5

M5 : Donc euh le mode de fonctionnement est comme M2, puisque c'est le même groupe d'échanges de pratique. Euh je vais juste compléter un petit peu.

Au moment du fonctionnement du groupe de pratique, l'animateur change chaque mois, le secrétaire également, pour éviter que ce soit trop lourd parce que quand on doit être sectaire, il faut se focaliser sur le fait de taper le texte. Et puis effectivement, il y a ce moment d'échanges sur les recherches qu'il y avait à faire pour la fois précédente. Et puis également, on essaie de faire régulièrement un échanges sur les correspondants, le fonctionnement euh comment tu te débrouilles parce que on est tous assez jeunes et on essaie de voir les trucs et astuces en dehors du soin, on va dire cela. Voilà on essaie de faire un petit point-la dessus.

On avait fait des recherches pour voir les fonctionnements des groupes d'échanges de pratiques et puis c'était quand on s'était renseignés, qu'on avait vu cela, qu'il fallait que si on voulait que ce soit validé, euh qu'il fallait qu'il y est cela aussi en place et puis en fait on s'est rendus compte que c'était intéressant donc on a continué.

Mais par contre on a pas voulu valider la reconnaissance officielle de groupe de formation, on voyait pas trop l'intérêt. Donc on est restés à quelque chose de non officiel, avec une mailing list très ouverte qui permet aussi de renouveler quand il y en a qui partent et d'autres qui reviennent, donc euh c'est vrai que cela c'est peut-être plus difficile mais en même temps cela se passe bien, il y a des gens qui viennent, des gens qui partent, c'est jamais tous les mêmes . Un petit noyau qui revient tous les mois mais c'est jamais tous les mêmes tout le temps en fait, ça tourne assez régulièrement.

Donc mes motivations pour participer à ce groupe d'échanges de pratique, et bien, ça date avant, puisque c'est moi qui ait monté ce groupe d'échanges de pratiques, donc du coup c'était avant. Ça devait être quand j'étais en formation en tant qu'interne, avec les médecins que j'ai suivis en stage qui avait fait cela. Et puis ensuite, j'ai poursuivi cela avec le groupe saspas, on avait remonté ça, puis après j'ai continué, donc envoyé une mailing list à partir du moment où j'ai été remplaçant et puis voilà, ça a continué.

A : merci, M6

M6 : Alors le fonctionnement des groupes qualité, je suis ravi qu'il y ait quelques confrères ici qui y participent, qui ont déjà apporté leur point de vue. Alors moi ce qui m'a séduit dans le groupe qualité, c'est un groupe d'échanges de pratique pas tout à fait comme les autres puisque on est dans un cadre organisationnel interrégional puisqu'il y a 9 régions engagées sur la France. Ça fonctionne avec des animateurs, des animateurs qui sont formés, qui se rencontrent régulièrement, 3 fois par an pour échanger sur le fonctionnement de leur groupe. Qui fonctionne dans un cadre régional précis puisque c'est 10 réunions annuelles dont 6 thématiques, donc thème imposé comme vous l'avez dit, choisi par les animateurs eux-mêmes, avec un dossier documentaire qui est élaboré par le coordonnateur, avec les confrères qui veulent bien l'aider.

Le dossier documentaire est un petit peu un dossier pédagogique, un support où il y a la problématique, les grands messages, les sources documentaire sur le thème. A partir de là, il y a un engagement des médecins à participer aux 10 réunions annuelles, il y a une convention de partenariat qui est signée, il y a un engagement individuel. Les réunions sont indemnisées, on pourra reparler du cadre institutionnel mais c'est peut-être pas l'objet, là on est plus dans le fonctionnement du groupe.

Moi ce qui m'intéresse c'est que c'est un espace de liberté en terme de réflexion sur sa pratique. C'est-à-dire qu'on part d'une situation clinique, on part pas d'un exposé d'une situation clinique, on part des questions qu'on se pose ou qu'on peut se poser à partir de cette situation clinique. C'est-à-dire qu'on travaille beaucoup sur la décision médicale : qu'est ce qui a fait que dans cette situation-là, j'ai pris telle ou telle décision, est-ce que vous autour de la table vous auriez pris la même décision ? Est-ce que cette décision était la bonne ? Et pourquoi j'ai pris cette décision ? quels ont été mes problèmes, quel problème qui s'est présenté ? Et c'est d'apprendre aux médecins à formuler leur problème, on discute beaucoup avec passion de nos expériences cliniques mais on a beaucoup de mal à formuler concrètement le problème posé ou la question posée. Et c'est vrai que c'est un vrai boulot. Et moi quand je dis à mes participants : « oui je comprends bien mais écris-moi ta question, écris moi le problème que tu te poses ». On a beaucoup de difficulté à synthétiser, en quelques mots, la problématique posée. A partir du moment où on l'a synthétisée, on y voit déjà beaucoup plus clair, c'est beaucoup plus facile d'y répondre.

Le groupe a vraiment une expertise et je crois que c'est la prise de conscience de l'expertise du groupe qui est importante. Moi je vois cela fait 5 ans que l'on fonctionne, on est partis de loin et on voit les choses (.) euh ça se resserre, on se sert vraiment de l'expertise des uns et des autres.

Donc voilà on part des questions, on écrit les questions ou les problèmes posés et on essaie ensemble de répondre à cette question ou à ce problème. Et le groupe a en général une réponse, euh après il faut la valider cette réponse, donc l'objectif c'est d'aller vérifier si la réponse du groupe elle est conforme aux bonnes pratiques actuelles validées. Si elle n'est pas conforme, pourquoi ? parce qu'il y a souvent des bonnes pratiques, des recommandations qui sont inapplicables, qui sont absolument à 100 000 lieux de la médecine générale, mais il faut identifier le niveau de preuves. Et à partir de là, de dire mais à partir de là, qu'est-ce qu'on peut faire pour changer ? C'est-à-dire de mettre en place éventuellement des actions d'amélioration.

On a fait un thème sur la contraception, on a discuté beaucoup et on a décidé de(.) les problèmes d'oubli de pilules, les documents d'information patients nous semblaient pas bien donc euh voilà on a élaboré un document du groupe concernant la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule. C'est un exemple comme un autre, mais cela doit déboucher normalement sur une action concrète.

Et, il peut y avoir des questions restées sans réponses, elles sont écrites, un participant du groupe ou 2 est chargé d'aller trouver une réponse, et c'est abordé à la réunion suivante.

Donc ce cadre de fonctionnement, qui est une façon de réfléchir autrement sur un thème donné. Pourquoi sur un thème, parce que moi j'avais participé à des groupes d'échanges de pratique un petit peu type groupes de pairs labélisés par la SFMG, où ça partait un peu dans tous les sens. C'est-à-dire on partait de l'hypertension, on abordait un autre problème, voilà c'était un peu dispersé, le fait d'avoir un cadre qui est quand même euh précis, relativement précis car à l'intérieur de l'hypertension du sujet âgé de plus de 80 ans par exemple, on peut aborder un tas de problèmes, y a la thérapeutique, y a le patient, la iatrogénie, y a plein de choses. Donc dans ces thèmes qui peuvent être vécus comme restrictifs, y a la place pour énormément de choses, mais on reste quand même dans une thématique qui permet d'avancer sur le plan concret. Il y a un compte rendu de fait comme vous l'avez dit, les médecins sont indemnisés, il y a une vraie vie du groupe et depuis 5 ans, les 23 groupes de la région, le taux de participation est toujours de 80% au bout de 5 ans. Donc ça veut dire je pense que les médecins s'y retrouvent euh dans ce cadre de fonctionnement. Voilà, j'ai été trop bavard je suppose {rires de M6}.

A : M7

M7 : Je vais avoir un peu de mal à vous décrire le fonctionnement de mon groupe, parce qu'il évolue tout le temps. Il y a bien sur une réunion à peu près mensuelle. Au départ le groupe s'appelle « quinquinnat », cela veut dire qu'on était tous des médecins plutôt âgés, qui faisons des formations traditionnelles dans des associations mais on ne s'y retrouvait pas en terme de modifications de pratique. C'est-à-dire que bien sur même si c'était des formations sans expert, au bout du compte, il y avait une perte d'efficacité qui était importante et nous étions dans des groupes différents, on s'est donc réunis pour essayer de définir des besoins de formation, c'est-à-dire qu'avant la réunion, on faisait un relevé d'incident, c'est-à-dire qu'est ce qui nous avait posé problème dans les mois ou les 2 mois précédents. On fait un programme toujours et chaque thème est traité par quelqu'un.

Alors les gens les plus âgés sont partis à la retraite, maintenant il reste des médecins plutôt jeunes qui ont été mes internes, qui sont remplaçants, qui sont installés et qui sont dans différents coins, y en a dans le nord du département, d'autre dans le sud du département mais qui visiblement trouvent leur compte à ça puisqu'ils viennent tout le temps et c'est pas toujours facile pour eux de se déplacer au sud Loire. On continue de faire des relevés

d'incidents qui nous permettent de définir des besoins de formation. L'objectif étant qu'à la fin de la formation, la fois suivante, on ait une conduite pratique commune avec des outils, si outils s'il y a .

Et puis régulièrement mais non plus sans périodicité, on reprend un thème qu'on a traité et on vérifie que les outils qu'on avait mis en œuvre sont pertinents, qu'on les a utilisés et qu'il sont pertinents et qu'on a donc amélioré nos pratiques. Ça c'est un peu lourd mais on le fait quand même.

Y a une autre façon de travailler, c'est qu'on travaille quelques fois, enfin quand on a cet outil là, à partir d'un document qui s'appelle « bibliome »d, quand y a un document « bibliomed » qui nous parait intéressant pour notre pratique, on le lit, on fait un thème sur ce « bibliomed », on le lit, on refait une recherche bibliographique et la aussi on essaie de voir, à comparer notre pratique par rapport au « bibliomed », mettre en œuvre, enfin essayer de définir des pistes d'amélioration . C'est à dire ce n'est pas simplement il faut faire cela c'est des choses extrêmement pragmatiques, euh on a fait la contraception. C'est contraception, dans tous les dossiers patients, il est noté si elles ont des migraines, des antécédents thromboemboliques, si elles fument. Pour toutes les patientes, on doit avoir la trace dans le dossier d'un document ou de pilule remis. Enfin bon on a fait des choses, là on était sur les hématuries microscopiques, faudra qu'on voit si notre travail pourra être validé quoi.

Voilà un peu comment on fonctionne, c'est assez rigoureux , enfin je pense que c'est assez rigoureux mais , on fait très peu appel aux experts ,on fait beaucoup de travail par nous-mêmes mais bon on a la chance d'avoir des gens qui soient un petit peu performants en recherche bibliographique. Mais ça ne veut pas dire qu'on n'a pas quelque fois des experts. Mais quand il y a des experts c'est un peu compliqué, parce que moi je titille les experts sans arrêt. Pour leur niveau de preuves, il est assez difficile de trouver des experts qui jouent le jeu et qui apportent, qui justifient leurs données. Mais bon quand on en a, c'est quand même du bonheur, parce que à ce moment-là, ce sont de vrais échanges.

Alors les gens jeunes se retrouvent assez dans ce mode fonctionnement là, ils sont souvent arrivés dans ce mode de formation parce qu'ils étaient stagiaires et que je leur proposais de venir.

A : M8

M8 : Donc le groupe chez nous fonctionne une fois par mois aussi, on est 6 dedans sur 3 cabinets médicaux de la région, à géométrie variable un peu car on propose aux internes qui sont en stage chez nous d'y participer, donc de temps en temps, on est un peu plus nombreux.

Ça fonctionne un petit peu comme cela a été décrit comme le M2 et le M5, c'est-à-dire on prend des rencontres de soins au hasard en se fixant d'une réunion sur l'autre laquelle ce sera, donc c'est pas sur des thèmes, on désigne un modérateur, une secrétaire ou un secrétaire à chaque fois. Je dis « un » parce qu'en fait il y a qu'un seul homme dans le groupe. Toujours 5 à 10 minutes d'exposé et 5 à 10 min de discussion, cela fonctionne toujours pareil. On discute beaucoup sur la situation de soins et en fait si des questions se posent, on est amené à se poser des questions de recherche que l'on abordera la fois suivante. On fait une liste de l'ensemble des questions qu'on se pose et tout le monde est chargé, enfin tout le monde, une personne est chargée, de régler une question, de traiter une question mais en fait on ne se limite pas aux nombres de questions : s'il y a 5 questions on fera les 5 recherches.

Ça c'est le premier tour de table, le 2^e tour de table, c'est ben les résultats des recherches qu'on fait de la fois précédente et puis le 3^e point à l'ordre jour, c'est les divers effectivement. Et dans les divers c'est beaucoup les informations sur le réseau, les autres professionnels de soins, les autres situations qui se passent. On est dans des zones un peu déficitaires donc à chaque fois qu'il y a un départ, on sert la gorge et quand il y a une arrivée, on pousse des cris de joie. Euh, voilà c'est à peu près la situation.

Ce que je trouve intéressant dans ce groupe-là, c'est qu'en fait, pour moitié, il y avait des gens qui étaient très impliqués dans des espaces de formation continue, d'autres formes de formation, des séminaires de DPC et autres et l'autre moitié qui y assistait très peu et en fait je trouve que cela permet d'engager aussi des discussions entre des gens qui sont très dans les séminaires et puis d'autres qui le sont moins.

On se pose des questions sur l'extension du groupe, tout en sachant qu'on est 6 et que quand on fait déjà 20 minutes sur un tour, ben ça fait 2H de discussion minimum et que c'est après, c'est le jeudi tous les mois.

On se posait aussi la question de la labellisation aussi, on nous avait proposé de le faire. Moi je trouve que, enfin avant de dire pourquoi j'ai participé à cela, je trouve qu'une des limites dans le fonctionnement depuis 2 ans de ce groupe, enfin de ce genre de groupe, c'est qu'on traite beaucoup des aspects bio médicaux, je trouve et peu des aspects psycho sociaux et

autres qui peuvent se poser dans les situations qu'on rencontre. Bon c'est intéressant mais on peut rester un petit peu sur notre faim par moment.

La raison principale d'adhérer à ce groupe qui a démarré quand je suis arrivé mais c'était pas mon investigation, c'est les regards croisés qu'on peut avoir sur les mêmes situations, les mêmes rencontres de soins, je trouve que c'est intéressant et très horizontal effectivement, c'est-à-dire cette absence de hiérarchie qu'il peut y avoir dans un groupe comme celui-ci je trouve cela très intéressant. Voilà.

A : Merci, juste un tout petit point organisationnel, j'ai bien retenu, en général vous vous réunissez 1 fois par mois ou tous les 2 mois, il y a des thèmes imposés, d'autres n'en ont pas, vous avez parlé d'un animateur, d'un secrétaire, de personnes chargées de recherche. Personne n'a voulu définir mise à part M8 le nombre de participants à ce groupe, est ce qu'il y a un nombre limite, aussi bien vers le bas que vers le haut. Quelqu'un veut prendre la parole ?

M1 : Euh oui, nous on est une dizaine, on inviterait bien des gens supplémentaires, mais il y a une question de places, de paroles, je crois que c'est difficile d'aller au-delà, peut-être 10 à 12 mais guère au-delà. Et pareil, en plancher j'ai pas d'idées car la question ne s'est jamais posée {rires de M1}.

M5 : Oui alors on avait défini, en dessous de 3 on ne faisait pas et au-dessus de 8 il fallait faire 2 groupes.

M6 : Pour les groupes qualité, il est conseillé d'être 8 à 12, y a des groupes qui sont à 13 et d'autres à 7 mais voilà. Trop peu, y a le problème d'une réunion par mois, des absents, on est pas toujours à 100%, on se retrouve rapidement à un groupe qui n'est pas suffisamment productif du fait du faible nombre et puis euh trop, c'est une autre animation, ce n'est plus du tout un groupe d'échanges. Voilà, il n'y a pas de barrières strictes.

A : Est-ce que tout le reste du groupe se situe ?

M3 : Oui, entre 6 et 8 en général, en pratique. La réalité c'est que cela peut aller jusqu'à 10.

A : Ok, bon sur l'organisationnel, on a à peu près fait le tour, maintenant on va rentrer beaucoup plus dans le détail, vous avez déjà donné quelques réponses mais ça ne fait rien, on va recommencer.

A : Q2 : Quels sont les points positifs et négatifs que vous retenir des groupes d'échanges de pratique et que souhaiteriez-vous modifier ?

Donc on va commencer le tour de table différemment, on va demander à M4 de commencer et ensuite quand on aura fini le tour de table, chacun pourra prendre la parole comme il le souhaite.

M4 : points positifs et négatifs. Euh les points positifs c'est le côté horizontal, on est tous euh confrontés aux mêmes problèmes, aux mêmes situations, y a pas de hiérarchie théorique donc c'est plutôt intéressant. Ça permet vraiment une liberté d'échanges, euh même si cela ça s'apprend, je me suis rendu compte que ce n'était pas inné, ce n'est pas facile de dire.

Euh surtout qu'on est censé exposé quelque chose sur lequel on était en difficulté , enfin c'était un peu le principe de départ, euh si c'est pour dire qu'on a tout bien fait et qu'on a pas de problèmes c'était bon , moins intéressant. Euh, donc ça j'ai trouvé vraiment cela intéressant.

Les points négatifs , euh au départ , mais je suis peut-être un peu trop jeune dans le groupes qualités, c'est vrai que le côté un peu imposé des groupes de qualité, j'ai un peu peur que cela soit restrictif et j'ai surtout un peu peur comme c'est un peu chapoté, j'ai un peu peur qu'on soit sur des thèmes où il faut qu'on soit plus excellent, où on va être un peu plus surveillé en tant que médecin. Ce qui met de côté pas mal de thèmes de médecine générale c'est ma seule crainte mais je verrai cela avec l'expérience.

Les points négatifs, je suis content que l'on soit débarrassé des labos, et ça c'est plutôt du positif. Sinon pour l'instant j'ai pas trop trop de négatifs. Voilà si ce n'est ces quelques points d'interrogation.

A : Et des choses à modifier ?

M4 : J'introduirai peut-être un peu plus de thèmes au hasard, qui feraient peut-être émerger des questions plus (.) c'est l'avantage de prendre la 4^e consultation de la journée, voilà cela va peut-être permettre de parler d'une consultation où le gars est venu pour à priori pas grand-

chose et on va s'apercevoir qu'on va faire émerger d'autres problématiques que des trucs bio médicaux.

A : M5 ?

M5 : Dans les points positifs, ça revient un peu à ce que dit M4, c'est-à-dire la liberté, c'est le regard extérieur du hasard. C'est-à-dire une consultation prise au hasard, qui va nous faire poser des questions auxquelles on ne s'était pas vraiment posées. Et nos collègues vont nous interpellé sur une problématique qui nous, nous aurait pas interpellé au départ. Donc ça c'est très intéressant.

Egalement de se mettre à jour sur les recommandations, même si bon ça ne change pas tous les jours mais les dernières nouveautés, dans le domaine médical.

Ça c'est bien aussi car on ne lit pas tout et il y a toujours quelqu'un qui a lu autre chose que nous, ça c'est quand même bien aussi.

Et les différents pratiques dans les différentes régions du département, là où on se trouve, parce que des fois on est certains à venir du même groupe donc on a un peu les mêmes façons de faire, d'autres viennent d'ailleurs et ils ont une autre façon de faire.

L'échange du réseau, cela c'est quand même très bien, surtout quand on débute parce que on n'a pas toujours notre réseau.

Les points positifs, il y en a peut-être d'autres mais ils ne me viennent pas à l'idée.

Dans les points négatifs, je dirais que c'est plus, moi ce qui va être plus difficile c'est plus le côté organisationnel puisque vu que j'ai mis cela en place, bien c'est la difficulté de motiver les personnes. Y a pas d'engagement comme dans un groupe qualité, y a pas de rémunérations, du coup les gens viennent un petit peu comme ils veulent et il faut relancer les gens, les personnes pour qu'elles viennent au GEP. C'est un petit peu cela qui est difficile surtout après les vacances d'été, faut relancer les choses et voilà.

Après cela pourrait être un point négatif de pas toujours être la même personne en même temps. On va dire qu'on est une quinzaine de personnes à être sur cette mailing list et donc ça tourne et donc finalement on finit par se connaître entre les 15, c'est pas toujours les mêmes. Mais cela peut être un point négatif comme un point positif, cela permet d'augmenter les échanges.

A : M6 ?

M6 : Points positifs ; je mettrais en premier la convivialité parce que c'est vraiment un lieu de convivialité.

C'est la liberté d'expression, favorisée par la proximité des uns et des autres, le caractère territorial, ça c'est important.

C'est la liberté de fonctionnement également parce que bon même si le cadre est bien défini, on peut faire de la transversalité. On peut faire des réunions même sur des thèmes imposés avec des paramédicaux, des travailleurs médico sociaux, enfin je crois que le groupe a une totale liberté, y a pas de regards extérieurs de la part du cadre, y a pas d'audit.

L'animateur, c'est un point positif pour le groupe, il a une certaine expérience de conduites de groupes, de dynamique de groupe.

C'est les thèmes libres parce que sur les 6 thèmes imposés, c'est 10 réunions annuelles, c'est 6 thèmes imposés, ce n'est pas imposé avec des objectifs médico économiques, c'est choisi par des médecins, mêmes si on des indicateurs de suivi dessus.

Mais y a 4 réunions thèmes libres et dans ces réunions thèmes libres, on peut faire la 5^e consultation du mois, voilà, c'est une grande grande liberté, y a pas d'experts et cela aussi c'est un point positif. Je pense que tout le monde l'a souligné.

Les points négatifs, euh c'est pas toujours facile de se libérer une fois par mois et de s'engager dans ce type de démarche. Je crois qu'il faut vraiment des gens motivés.

Moi je ne vois pas d'autres points négatifs. Difficile autour de cette table qui a volonté à ce mode de fonctionnement de trouver des points négatifs puisqu'on est assez enthousiaste de la façon dont cela fonctionne.

A : Merci, M7

M7 : Le grand positif que moi j'y trouve personnellement, c'est que c'est vraiment une formation centrée sur ma pratique. J'ai commencé à monter ce groupe avec des médecins de ma génération parce que j'avais de moins en moins de temps à moi et que les soirées de formation, fallait qu'elles soient utiles professionnellement. Donc je voulais quand je me formais en tirer « un bénéfice immédiat ».

J'avais fait partie de groupe, je pense que c'est dans la suite directe de mon engagement dans la formation. Pour la première chose cela a été des formations hospitalières puis ce besoin de se sortir de l'hôpital avec ces associations de formation mais qui faisaient appel à des experts puis après j'ai fait partie des gens qui commençaient à se former à l'animation, à l'expertise. Alors nous on peut avoir des experts, donc ce qui me convient, c'est que cela part de notre pratique, même si c'est pas des dossiers tirés au sort, on le fait quelque fois mais en le faisant systématiquement, finalement on avait l'impression de retomber toujours, souvent sur les mêmes problématiques, ce qui nous frustrait un peu, en plus il y a des gens jeunes donc ils ont besoin de réponses assez rapides. Je pense qu'il y a des choses très différentes en fonction de la durée d'installation, je pense que les demandes sont pas forcément les mêmes en formation. Donc les gens jeunes, ils ont pas les mêmes besoins que nous, mais bon d'un autre côté moi d'être avec des gens jeunes, ils me renvoient aussi quelques fois à mes pratiques et ça m'oblige à changer des choses.

Et dans les rapports aux experts, eh bien, notre mode de fonctionnement fait que quand même, quand ils viennent, ceux qui viennent quand on leur demande, ils savent comment on va fonctionner, ils savent qu'on a fait émerger des problèmes, qu'on a des questions et qu'il va falloir qu'ils justifient tout, comme nous on fait dans le groupe.

Donc ça c'est assez positif, parce que là du coup, on peut travailler, il y a une interaction avec les spécialistes, ils peuvent même, il y a du respect qui s'installe souvent, les choses peuvent être un peu modifiées, je pense aux douleurs thoraciques, c'est quand même un gros problème. Les internes avaient une conduite, alors quand ils étaient tous dans leur conduite à tenir vis-à-vis des douleurs thoraciques, je me disais y a plus d'examen clinique de la douleur thoracique, je dois être une vieille machine. Mais ça me, (.) j'étais vraiment exaspérée de voir que toute douleur thoracique aux urgences sortait avec un scan et avec des stents et je ne comprenais pas. Et donc je me suis dit c'est peut être moi qui est tort. Alors on a argumenté toute une soirée la dessus, on n'a pas fait venir un cardio, on a fait un venir un interniste qui a repris les données épidémiologiques.

Donc je crois que cela c'est intéressant parce que c'est vraiment en prise directe avec la pratique, puis surtout ce qui m'intéresse c'est qu'on vérifie après si ce qu'on avait décidé de faire, on a pu le faire. Quelques fois, on se fait des trucs complètement fous. Si c'est applicable, et si ça un intérêt pour le patient et pour notre pratique.

Donc ça dans ces groupes-là, les gens avec qui je travaille sont très demandeurs de cela. Ils étaient au début très demandeur de recettes puis en fait c'est eux qui se les créent les recettes, enfin moi avec eux, et pour moi aussi. Et cela je trouve que c'est plutôt bien fait.

Après il y a toute la phase convivialité effectivement, ils viennent un peu, je crois que pour fonctionner, il faut pas forcément se voir beaucoup en dehors mais il faut avoir confiance dans les gens avec qui on est puis avoir du respect les uns pour les autres et ça c'est assez agréable effectivement. C'est ce qui fait que nous on a limité le groupe, mais, à un moment le groupe s'était un petit peu élargi avec des gens qui venaient puis qui venaient pas et ça posait problème parce qu'on s'est retrouvé quelques fois à 3 ou 4 et là on peut pas bien fonctionner à 3, 4.

Donc les gens qui viennent dans le groupe, ils s'engagent à être là à chaque séance. Ils nous arrivent d'ailleurs de changer les dates quand il y en a un qui a des impératifs, qui dit qu'il ne pourra pas être là tel jour, donc si on peut on change la date pour qu'on soit tous là et pour essayer que ce soit un groupe qui fonctionne.

Moi vraiment j'ai l'impression là de pas perdre mon temps quand j'y vais, ça me sert à quelque chose, ça me, mes relations amicales et mes soirées plaisirs, je les passe ailleurs, et avec ces mêmes personnes mais en dehors de ça, et là on est dans une séquence de travail qui est convivial mais qui effectivement c'est ça.

A : merci M8

M8 : Alors sans revenir sur ce que j'ai dit effectivement un petit peu tout à l'heure, mais le point positif, c'est l'engagement dans l'amélioration de sa pratique, je pense que tous les participants du groupe auquel je participe c'est cela.

Moi, le gros point positif que je vois dans tout cela, c'est tout le monde a en commun l'acceptation du regard de l'autre sur ce qu'on fait et je trouve que c'est important et c'est pas si évident que cela dans l'exercice quotidien et je trouve que, enfin la manière dont on est structurellement organisé et je trouve que c'est bien d'avoir ça .

Le reste a été dit et je ne vais pas le redire.

Là où je vois les limites, moi du groupe dans lequel je suis pas des groupes en général. On est 6 et je trouve que c'est limite. Alors c'est pas limite quand on est les 6, mais c'est limite des qu'il en manque un. On s'est dit que des qu'il en manquait 2, on annulait et on essayait de

retrouver une date consensuelle rapidement, un peu comme vous {note :M7} pour faire en sorte qu'on soit tous là. Et la question de l'extension se pose, car on s'est constitué beaucoup par affinités, c'est un groupe qui est relativement soudé du coup, et la question, on se dit on va aller chercher qui ? Avec qui on va s'entendre ? Avec qui ça va marcher ? Et ainsi de suite. Donc il y a cette question-là qui se pose, c'est-à-dire étendre oui mais à qui et comment ? En fait ça s'est constitué d'emblée comme cela et puis c'est assez difficile de bouger les frontières de ce groupe.

La deuxième écueil que je vois c'est, on s'est posé la question de la labellisation et en fait ce qui est très vite venu, c'est qu'on s'est demandé, alors ça a été très inconscient, très peu dit puis finalement ça a fini par se dire, que ça voulait dire qu'il y en aurait un qui prendrait la fonction d'animateur dans le groupe parce que c'est un petit peu ça qui se passe et que du coup il aurait une espèce d'ascendant sur le reste du groupe et que l'horizontalité et l'homogénéité disparaissait un peu. Alors je crois que ça freine un petit peu tout le monde finalement de labelliser, de formaliser un peu, et ce côté un petit peu très transversal, d'être tous ensemble nous plaît assez. Alors bon on deviendra peut-être adulte un jour.

Et puis troisième point qui me gêne aussi sur le plan des limites, c'est que je trouve que les recherches que l'on fait sont très intéressantes, sont l'objet de discussions multiples quand on revient au groupe et tout ça mais il manque peut-être un côté formel, un petit peu écriture de ces recherches. C'est-à-dire que c'est plus des notes qu'on prend quand on fait des recherches et qu'on ramène au groupe et c'est pas vraiment des choses qu'on formalise. Alors y a un compte rendu de séance donc on essaie de le formaliser dans le compte rendu mais je trouve qu'il y aurait un travail de structuration de l'écriture de ces recherches qui serait intéressant. Je veux dire j'invente rien quand je dis ça, je veux dire ça existe dans la réflexion de ces groupes d'échanges de pratique, que ce soit la SFMG ou que ce soit d'autres, c'est vrai que ça me paraît important.

A : Merci, M1

M1 : Je vais sans doute redire tout ce qui a déjà été évoqué à ma façon. La convivialité c'est vrai, c'est aussi le fait en groupe, c'est plus facile pour se former, c'est comme quand on fait du sport, c'est plus facile d'être à plusieurs, y a une espèce d'obligation et d'entraînement. Et donc ça c'est le point positif, c'est quand même un moment agréable de retrouver les confrères autour d'une table, même si y a pas de table pour manger {rires}.

Ce qui est positif aussi c'est l'objectif enfin du groupe, l'objectif est contenu dans son titre : « qualité ». Moi ça me plait cela.

Et puis le troisième point positif, c'est effectivement ce qu'on a dénommé horizontalité, c'est de s'apercevoir que les confrères qu'on met des fois pas forcément sur un piédestal mais qu'on pense plus compétent, mieux formé ou plus aguerri, ont les mêmes problèmes, les mêmes difficultés que vous et qu'on s'aperçoit que même en groupe on n'a pas vraiment, on ne sait pas comment trouver la solution et que c'est tout un travail d'élaboration qui se met en place.

Mettre la théorie dans la pratique, oui cela c'est intéressant.

Les difficultés : c'est que nous c'est le lundi soir (.) Le lundi c'est une petite journée pour les médecins et donc le soir on a certainement envie de travailler un peu plus (rires). Ça nous prive de la participation d'une des consœurs qui est à temps partiel et donc le lundi, souvent on ne la voit pas venir car elle est en train de faire ses papiers pour le laisser le bureau libre pour sa collaboratrice le lendemain.

La difficulté c'est de tenir la distance. Donc euh , constat du mois de décembre de l'animateur : un seul retour de demande de thème pour la réunion pour une réunion thème libre, perception d'un essoufflement du groupe qualité, peu interactif avec un taux de participation lors des dernières réunions plus faible que les années précédentes et comparé à d'autres groupes. Je ne sais pas depuis quand est notre groupe, 2008, 2009 ? {s'adressant à M6, coordonnateur des groupes qualité de région pays de la Loire} je sais pas. Et donc à la distance, il y a des difficultés, pour laquelle je ne sais pas quelle réponse on doit apporter. Certains évoquent l'ouverture du groupe, bon c'est difficile parce que le groupe qualité, c'est cadré, c'est formaté, mais moi je pense que le fait d'avoir du sang neuf, un peu ben change le regard, oblige à expliquer autrement. Et donc c'est arrivé qu'il y est des internes en formation qui viennent ou des remplaçants.

La participation d'experts, {M6 et M7 acquiescent} on y pense enfin d'experts, d'autres professionnels, on a fait une soirée avec des kinésithérapeutes sur le thème, qui c'est bien passé. On inviterait bien des experts mais on a toujours peur que cela se transforme en FMC classique. Il faut trouver des experts qui acceptent de jouer le jeu du groupe de pairs et que cela reste dans l'horizontalité et cela c'est pas évident.

La troisième chose un peu négative, c'est sur la restitution qui à mon sens n'est pas pertinente parce que c'est une restitution par les chiffres de la sécu et il y a des biais qui font que on est un peu frustrés de la réponse.

Je sais pas si on serait capable de mettre en œuvre la méthode que décrit M7, bah oui, on relève les problèmes, on élabore la conduite à tenir à partir de l'expérience et des données de la science et ensuite on vérifie la faisabilité, la pertinence, c'est un audit {M7 signale de la tête qu'elle n'est pas forcément d'accord avec le terme d'audit}, c'est une description d'une méthode d'audit. Mais je ne sais pas si on peut mettre cela en place, ça demande du temps je suppose et ça c'est le côté unique de M7.

A : M2

M2 : Alors bon les points positifs je pense qu'on les a tous (.) enfin je rejoins un petit peu ce que tout le monde a dit sur l'amélioration des connaissances bio médicales et puis aussi pour faire un petit peu le parallèle avec la convivialité, il y a des fois où se pose ... où on partage plus que du bio médical je trouve. C'est-à-dire que moi ça m'est déjà arrivé de partager une situation clinique ou biomédicale qui était évidente pour tout le monde mais qui quand même avait posé problème à la fois sur le relationnel ou autre chose qui m'avait vraiment pesé. Et du coup rien que le fait de l'expliquer en groupe, euh c'est peut-être le principe de la psychothérapie mais du coup ça aide beaucoup pour ça.

Vraiment c'est convivial, ça c'est très intéressant parce quand on est jeunes, on travaille toujours en groupe, on est formés en groupe et du coup ce travail en groupe, moi j'aime ça. Donc le fait de rire sur des situations cliniques, ça c'est important, je trouve que c'est vraiment bien, enfin pas forcément que de rire, mais partager ou même partager ses difficultés, ça c'est vraiment important le travail d'équipe je trouve cela vraiment bien.

Et du coup j'ai l'impression de passer une bonne soirée à chaque fois, hein vraiment.

Alors sur les points négatifs, je suis peut-être un peu trop optimiste, j'en vois pas en fait. Donc après c'est du travail quand on doit restituer ses connaissances mais euh vraiment je passe des bonnes soirées à chaque fois donc j'ai pas de point négatifs.

A : Merci, M3

M3 : Je trouve que ce qui fait la force de notre groupe, c'est le côté extrêmement vivant des formations. Je souhaite qu'on garde ce côté non inscrit dans un thème ou un autre ça fait la richesse et aussi le côté vivant. On va d'un sujet à un autre, moi ça me plaît, c'est un peu ce qu'on fait dans la vie de tous les jours. Et je pense que j'ai envie de garder cette chose-là.

Le côté vivant aussi y a des aspects négatifs parce que dans le groupe y a des médecins plus fort en gueule que d'autres clairement {rires du groupe}, hein et que quelques fois, le fait de ne pas avoir d'animateur, alors je suis assez d'accord avec M8, j'ai pas trop envie d'avoir un animateur dédié parce que là on sort forcément du côté totalement horizontal. Mais bon c'est aussi quelque chose qui crée une difficulté parfois aussi avec des médecins qu'il faut parfois aussi un peu freiner mais il y a une certaine auto régulation dans le groupe y compris quand quelqu'un assène sa vérité et que les autres lui disent : ben attends t'as pas plus la vérité que les autres, il existe une espèce d'auto régulation qui se crée dans le groupe.

Ce que j'aime aussi c'est par rapport aux FMC classiques, c'est les recherches, enfin, nous dans notre groupe quand tout le monde est d'accord pour une conduite à tenir ou sur la façon de faire on estime que à 6 ou à 8 probablement on se trompe pas trop. Des que quelqu'un dit qu'il y a un problème, ça fait qu'on va se poser des questions, chacun argumente et s'il reste le moindre doute, ça doit mener à une recherche, c'est comme cela que ça se passe. {M8 acquiesce de la tête} Alors ce que j'aime bien par rapport à un expert, c'est que dans nos recherches, on a la liberté d'aller voir ce qui se passe ailleurs. Souvent quand on a un expert, il va nous dire ben c'est comme ça, on fait comme ça. La dernière expérience que j'ai eue, la dernière recherche que j'ai eue à faire c'était, est qu'il faut faire des ostéodensitométries, est ce que cela a un intérêt ? la question était volontairement provocatrice. C'était intéressant parce que dans mes recherches je me suis dit bien sûr on a des référentiels ici mais ça m'intéressait d'aller voir ce qui se passait dans d'autres pays. Et quand on voit ce qui se fait au canada, en suisse, chez nous ou encore ailleurs, je ne vais pas lire les articles chinois {rires} mais j'ai vu des différences énormes et cela retraduire ça au groupe, on n'aura pas cela avec un expert. Moi je n'ai jamais eu cela lors d'une FMC classique par un expert. Alors bon après, le problème c'est qu'on a tous des carences en capacités à rechercher aussi parfois et sur certaines questions on cale un peu. {M7 acquiesce} Et puis tout le monde, dans notre groupe n'a pas la même idée sur ce que doit être une recherche. J'ai eu récemment quelqu'un qui bon pour la question qu'il avait, il a téléphoné à un correspondant pour avoir la réponse. Ben là on revient à la formation classique. Mais c'est le groupe qui recadre, le groupe après

qui s'auto régule qui va dire ben écoute : oui c'est gentil mais enfin ton expert là, il tient cela, il a quel niveau de preuves ?

Voilà bah sinon je partage la plupart des choses qui ont été dites.

A : Ok , bon bah c'est très riche hein tout ce que vous avez dit, on essayer peut être de voir un petit peu plus loin, de préciser votre pensée, en quoi ces groupes d'échanges de pratique sont plus adaptés à votre pratique hein je crois qu'M7 a essayé de définir et de ce que ça vous apporte en plus ou en moins par rapport à la FMC traditionnelle. Qui veut prendre la parole ? M7

M7 : je voudrais d'abord poser une chose, y a l'idée de fonctionnement du groupe, on ne fait pas des mini audits sur tout parce que c'est infaisable, enfin c'est infaisable, on peut le faire mais on passe son temps à cela. Ça c'est contre-productif c'est la HAS

Y a des thèmes où on se dit tiens ça ce serait intéressant de voir si c'est applicable ou pas, on avait fait un truc sur les BPCO qu'on n'a jamais appliqué, on s'est dit notre formation elle nous a servi à rien, on a pas choisi les bonnes méthodes. Bon bah c'est comme ça, quelques fois quand c'est bien on publie, quelques fois il y a eu des posters, notamment sur les épicondylites parce qu'on avait fait un très très bon « bibliomed » avec M6 là-dessus. Mais ce n'est pas tout le temps, dans notre groupe, y a une idée générale de comment on veut travailler, ce qu'on veut faire mais y a une adaptation en fonction de ce qu'on a décidé de traiter, en fonction de (.) vraiment, pour arriver à, alors c'est ça qui va poser problème si on veut se faire labelliser mais j'ai pas envie de me faire labelliser d'ailleurs ni eux. Et je vais défendre mon bout de gras, c'est vraiment, ben, devant tel problème il nous semble que , il vaudrait mieux fonctionner de telle façon, avoir un expert, et on va la faire .

Mais quand on parlait d'expert c'est la deuxième chose que je voulais dire ça veut pas dire qu'on lui demande de venir pour raconter son beurre, ça veut dire que nous de notre côté on fait des recherches et il va falloir qu'on argumente parce que nous on lui dit on a lu ça là et il faut appliquer au système de soins français effectivement. On va chercher, des que tu mets soins primaires, c'est pas beaucoup la France qui a publié, on trouve plus de choses suisses ou canadiennes ou belges. Alors moi j'ai la chance d'avoir 2 personnes, une qui sait très bien faire les recherches bibliographiques, et puis une deuxième que ça intéresse beaucoup, alors ça nous aide. Et puis comme on se connaît à peu près bien, on a assez confiance les uns avec

les autres. Un expert, il vient jamais avec ... , un expert, on lui d'accord mais maintenant il va falloir que tu vendes ton ,ta (.) Ah oui parce que les experts s'ils ne veulent pas fonctionner comme ça, ce n'est même pas la peine de les inviter. On en invite que si on sait qu'ils sont capables de fonctionner comme ça. Alors on a parfois eu des couacs, eh bien si on a eu des couacs, on considère que cette formation ne sert à rien. Donc ça c'est la première chose que je voulais préciser, on essaie de fonctionner le plus possible comme ça et puis y a des choses qui fonctionnent très bien on est très content, des choses dont on est moins content, ben tant pis.

A : Alors qui veut revenir là-dessus, ce qu'apporte les groupes de pairs par rapport à la FMC traditionnelle ? Oui M2

M2 : En fait ce qui est assez agréable, c'est qu'on puisse passer d'un sujet à un autre très rapidement, je pense que c'est un petit peu une gymnastique de pensée qui fait que on a des petits trucs sur telle ou telle situation que, pour part je mémorise plus facilement que par exemple si je m'étendais sur un thème tout le long de la soirée je pense que je perdrais plein d'informations , alors que là finalement, plein de petits choses pratiques sur des situations simples, ça je les retiens. Donc euh c'est quelque chose dont je m'aperçois quand je consulte, où je m'en rends compte que oui cela ça m'a servi, ça ça m'a servi , ça oui je l'ai appris en groupe d'échanges et donc du coup, ça ça peut être une chose intéressante.

A : M3

M3 : Eh oui, je partage assez ce que tu dis, ce qui est intéressant aussi c'est que l'on est actif dans cette formation et je trouve que quand on fait une recherche, alors c'est vrai on fait pas toutes les recherches du groupe chacun d'entre nous, on en a une au maximum, en tout cas dans notre groupe, et on a travaillé soi-même sur un sujet, c'est pas la même chose que de le recevoir de quelqu'un d'autre. Et que, on va mettre plus facilement en pratique quelque chose qu'on a recherché soi-même où on a sélectionné ce qui nous paraît adapté à notre propre pratique. Je rejoins tout à fait ce que disait M8 tout à l'heure sur la structuration du rendu au groupe et des notes de lecture, comment on va les structurer pour qu'elles soient utiles aux autres, pour qu'elles leur apportent autant qu'à nous qui avons, enfin tenté qu'elles leur apportent autant à eux qu'elles nous ont apporté à nous en la faisant nous-même et ça c'est souvent effectivement déficitaire. {M8 acquiesce} Enfin nos on fait souvent des échanges de mails avant la réunion, alors après les choses peuvent se repréciser lors de la réunion mais y a souvent une petite carence de ce côté-là.

Y a aussi des outils qu'on va retrouver, on va sélectionner des outils, je reviens sur le même thème de l'ostéoporose, où là y a un outil qui s'appelle aporose qui a été fait par un interne pour son travail de thèse, eh bien qui est utilisable en consultation, et qu'on a pu partager avec les collègues du groupe et on s'aperçoit que tous, on a été capables de l'utiliser et on a trouvé cela intéressant.

A : donc adapté à votre pratique ?

M3 : voilà

A : M7 puis M4

M7 : En fait moi, c'est ce que je disais, je pense que ces groupes de pairs ça arrive tant mieux pour les internes actuels, je parle de nous, avec Yves (M6) qui avons connu effectivement la seule formation proposée qui était une formation universitaire alors là tellement éloignée de nos pratiques mais où on était contents parce qu'on faisait de la science. Moi je me souviens d'avoir suivi un cycle sur le diabète avec Charbonnel qui était un garçon exceptionnel qui parle remarquablement bien, j'ai tout compris ce qui m'avait dit mais alors quand je suis arrivée au cabinet je me souvenais plus de ce qui m'avait dit, fallait que je replonge dans mes notes, enfin bon inutilisable.

On a mis en place une formation associative et là c'était pas tellement dans la façon, y avait quand même des experts, mais c'était déjà pour que ça corresponde à nos besoins, c'était déjà des petits groupes, on osait plus poser des questions, on commençait à pouvoir montrer nos lacunes, mais malgré tout dans ces soirées où on était, parce que moi j'avais un gros groupe à l'époque, j'avais un groupe de 30, 35, on faisait de l'interactif, on essayait de de ... quand 2 mois après, j'essayais de voir ce que j'avais changé dans ma pratique par rapport à ce que j'avais appris qui m'avait fort intéressé, il n'y avait eu aucun changement dans la pratique, c'est clair, y avait eu aucun changement. Et moi je vais être un peu directive, faire celle qui comptait pas ..., j'ai des associés qui continuent à fonctionner dans ce groupe, qui viennent aux journées de médecine interne là et je m'amuse, ils détestent ça, à leur dire alors qu'est-ce que vous avez changé depuis ce thème ? Ils trouvent ça très agaçant parce que ils ont rien changé, mais y a pas qu'eux(.) on est comme ça je veux dire. Et ça correspond parfaitement à la description de l'apprentissage par la pédagogie active qui dit, alors je ne me souviens plus du tout des pourcentages, mais je crois que, et c'est pas lié au monde médical, c'est dans tout apprentissage : on retient 10% de ce qu'on lit, 20% de ce qu'on lit et qu'on écrit, enfin je vous

les mets pas dans l'ordre mais on retient 60% des tâches effectuées. Or dans les groupes de pratique, c'est bien ça, c'est on effectue une tâche donc on a quand même un tout petit peu plus de chances de mettre en application ce qu'on a fait que quand on a fait que l'entendre {M2 acquiesce}. Après une journée de travail fatigante, car je suppose que vous êtes tous fatigués, y en a qui mangent pas, nous on se fait nos plateaux repas donc on mange, enfin quand on est en hypoglycémie à 9H du soir

Et je crois surtout que nous dans notre groupe, on a renoncé et c'est pour ça qu'on essaie de voir un peu ce qu'on fait, à vouloir balayer tout, si on ressort avec 2 ou 3 réponses à notre question, et que 3 c'est quand même énorme, si on a déjà 2 réponses qui nous semblent pertinentes, sur lesquelles on a trouvé un consensus, on est très contents. Parce que même dans tout ce qui était interactif, enfin y a vraiment beaucoup beaucoup de choses, et je trouve qu'on y arrive pas, alors que dans ces groupes, c'est vraiment la méthode appliquée à ces théories de l'apprentissage, je crois que c'est cela l'avantage.

A : M4

M4 : du coup, moi ce que j'aie beaucoup c'est le côté échanges, j'avoue que ça m'a jusqu'à maintenant pas bouleversé ma pratique, enfin je n'ai pas appris de choses qui m'ont complètement bouleversé ma pratique. Mais ça m'a permis changer des petites choses qui me pourrissaient un peu, pour lesquelles j'étais pas sûr, mal à l'aise ou je perdais du temps, soit ça m'a conforté soit ça m'a fait prendre une décision parce que j'étais entre deux et à chaque fois je me retrouvais toujours entre deux. Et là, ça m'a permis de me diriger et de gagner un petit peu de temps et d'être un petit peu plus serein par rapport à ces prises de décision. Je crois que c'est cela que ça m'apporte le plus, on n'hésite pas comme dans une fMC classique où on reçoit le message et puis voilà on va pas le modifier tandis que là on va pouvoir échanger sur l'information et voir si c'est modulable, pas modulable, ce qu'on en pense et ça c'est quand même un atout. {M3 acquiesce}

Et puis cela permet d'exposer des cas qui nous ont posé problème et de commencer à s'avouer que effectivement dans l'exposition d'un cas, on s'aperçoit que finalement, on a pas été nickel, on n'a pas été au bout des choses, ben c'est déjà à mon avis de bonne augure pour le cas d'après puisque on y fera plus attention et je pense que c'est aussi pour moi un apport énorme.

A : M8 et après M6.

M8 : Je pense que les différents éléments que ce soit les groupes d'échanges de pratiques, que ce soit les formations classiques DPC ou autres, je pense que c'est assez complémentaire. Moi enfin, le groupe d'échanges de pratique, je le mets moi au niveau de ce qui me sert comme étant effectivement des regards croisés sur des pratiques et des situations, enfin des façons de faire, des expériences, des choses comme ça. effectivement comme le dit M4, on prend conscience tout d'un coup, à voir les questions des confrères que y a des choses qu'on sait pas posées, y a des choses auxquelles on a pas pensé, ou qu'on a fait d'une autre façon, enfin des choses comme cela. Je trouve que cela c'est intéressant.

Par contre ce qui me gêne un peu dans le groupe d'échanges de pratique, ça doit pouvoir être faisable, je pense peut être que les groupe qualité sont justement peut être une façon d'y arriver j'ai pas d'expériences là-dessus. C'est qu'en fait je trouve que nos recherches sont (.) gentilles, on essaie de travailler au mieux, je veux dire, le niveau de preuves de ce qu'on obtient, l'homogénéité des travaux qu'on peut avoir à faire les uns et les autres laissent un peu à désirer quelque part {M7 acquiesce} et je trouve que je trouve dans les DPC un peu formelles un peu organisés et compagnies, au moins quelque part une vraie mise au point sur la situation telle que la science est sensée à peu près exister à ce moment-là. En sachant que y a loin de là que pas que la science mais. Je dirais que le DPC m'amène des choses qui sont un petit peu formalisées, organisées sur l'état des connaissances avec normalement au moins pour ce que je fréquente, des experts certes spécialistes mais aussi des experts généralistes donc il y a quand même au moins une espèce de retour à la pratique du généraliste en théorie.

Et puis le groupe d'échanges de pratiques est effectivement un partage d'expériences, un partage de regards avec un travail de recherche mais au niveau science, je ne les mets pas au même niveau, mais on peut arriver à un meilleur niveau à une perfection certainement.

A : M6

M6 : Oui, je trouve que ce type de fonctionnement, de démarche de réflexion à partir de sa pratique, ça renforce la pertinence, on est toujours dans la pertinence par rapport à la pratique, ça nous oblige vraiment, on part du terrain et on est forcément pertinents, on est pertinents dans les questions, dans les réponses, on est pertinents dans les outils parce qu'on critique beaucoup des outils tout faits qui sont absolument non utilisables en pratique courante. Même au niveau de la recherche documentaire, dans les groupes qualités, on a un dossier documentaire sur lequel il y a une bibliographie, et le groupe a un regard très critique vis-à-vis de la documentation qui est fournie. Donc il y a un petit peu cette lecture critique de

la documentation qui est intéressant, donc c'est ce que j'ai fait de plus pertinent jusqu'à maintenant.

La FMC, on était avec le discours descendant, l'évaluation des pratiques professionnelles, j'ai goûté cela ne m'a pas satisfait non plus, c'est vraiment la démarche qui pour moi est la plus pertinente en terme de formation. Voilà.

A : M5

M5 : Oui en tant que jeune médecin, je pense que je peux dire cela, je pense que l'expérience est différente, on a tous des attentes différentes en fonction de notre durée d'exercice. Nous avons été bercé par des niveaux de preuve, en fait on va dire cela comme ça, et que on arrive à un exercice sur le terrain où quelque part bien évidemment notre niveau de preuves est ancré en nous, donc on réfléchit un peu en niveau de preuves, mais au-delà du niveau de preuves, il faut quand même le mettre en pratique et que les groupes d'échanges de pratique, nous permettent d'adapter ce niveau de preuves à une pratique. Et que effectivement le niveau de preuve le plus élevé n'est pas forcément le plus pertinent en pratique. C'est ce que nous met en évidence souvent les groupes d'échanges de pratiques. Après pour les FMC classiques, pour en avoir participé à quelques-unes, je n'ai pas une expérience très ancienne là-dessus, effectivement l'information descendante, ce qu'on retient de l'information descendante, elle est tellement minime je suis pas sûr qu'elle soit pertinente aujourd'hui dans une formation continue.

A : M7 et puis après M3

M7 : Moi j'ai la chance dans mon groupe d'avoir des jeunes médecins, d'en avoir au moins deux qui sont (.), puis alors un très vieux, qui sont des fans de l'analyse critique de l'information et qui (.) moi un peu, moins quand même mais un peu parce que j'ai des fonctions de comité de validation à l'HAS, donc je pense que c'est une chance parce que c'est un vrai boulot, c'est ce que vous disiez. Faut aimer ça quoi, alors moi j'ai 2 fans de ça donc ça nous permet d'avancer un peu {M8 acquiesce}, au moins de savoir quels sont, y a très peu de choses, le niveau de preuve d'ailleurs on s'en fiche, les ¾ du temps c'est inapplicable, mais c'est que faut avoir une formation, faut avoir un entraînement, et puis ça c'est vraiment une gymnastique, plus on en fait plus, plus (.) en fait c'est quasiment une drogue. Alors nous on a cette chance-là donc effectivement c'est plus facile, ça je sais pas si on fonctionnerait aussi bien autrement, on est pas parfaits mais c'est plus facile.

Et puis on a décidé une bonne fois pour toute qu'il y avait des documents qui étaient des documents qui passaient au crible d'un comité scientifique à qui on allait faire plutôt confiance, tant pis on sait bien que c'est pas parfait mais on va plutôt faire confiance, en ce qui concerne les données scientifiques et on s'appuie dessus mais en sachant que c'est pas parfait mais de toute façon on pourra jamais être parfait, je veux dire, donc on fait au mieux puis voilà. {M8 acquiesce} Et puis effectivement les niveaux de preuve c'est une chose, on passe notre temps à l'HAS, à dire que tant qu'ils ne partiront pas des analyses de pratiques, ils ne pourront pas faire de recommandations applicables aux soins primaires, ça ils veulent pas ou ils peuvent pas, ça va rien changer. C'est ce qu'on disait, les recherches documentaires, elle est pas seulement sur le niveau de preuves, elle est aussi d'aller regarder ailleurs ce qui se fait, ce que tu disais {s'adressant à M3} parce que c'est quand même le premier truc, si déjà y a des divergences au niveau des prises en charges, bon faut se poser la question si c'est en fonction du système de santé, mais bon y a des choses, on se rend compte très rapidement que c'est pas le système de santé, c'est les croyances, les représentations, les lobbying, les choses comme ça, ça va vite ce truc-là.

A : M4

M4 : Je voulais juste euh, je suis d'accord avec M8 mais M8 a un défaut : c'est que c'est un chercheur professionnel {rires du groupe}

M7 : on le voit bien à la rédaction (.) {Sourire de M7}

M4 : Donc effectivement je pense qu'il est beaucoup plus exigeant, il a cette capacité d'aller très très vite à l'essentiel et de savoir ce qu'il recherche. Moi je vois dans notre groupe qualité, là ça été moi qui suis rapporteur pour le dernier groupe qu'on a fait. Alors le souci du groupe qualité de la dernière fois par exemple c'était, (.) le thème c'était les urgences au cabinet médical, le truc, pschitt, très large qui a développé un nombre de questions absolument incroyable et euh (.) grosse chance c'est tombé sur moi {rires du groupe}, mais ce qui est complètement impossible. Même avec ma plus grande bonne volonté, je peux pas, faire de recherches assez exhaustives et ramener des choses avec des niveaux de preuves, je peux juste mettre des choses avec des pistes de recherches, avec des liens éventuellement et après, à chacun d'aller faire. Parce que ça part de l'éthique, ça part du médico-légal.

Donc c'est pas tellement ça que je vais rechercher dans ce groupe qualité, moi dans ce groupe qualité je vais plutôt rechercher l'échanges de pratiques, oui, savoir qu'on est tous dans les

mêmes difficultés, et savoir quels petits trucs on a tus trouver ou pas , et après effectivement si moi j'ai une question qui m'arrive pendant le groupe et bien je vais rechercher aussi personnellement et après j'attends les pistes de recherches, mais j'attends pas de ça une expertise scientifique irrévocable : voilà j'ai fait ma recherche, tenez je vous donne ce qu'il faut faire, j'attends pas ça.

A : Est-ce qu'il y a encore quelqu'un (.) alors je vais être un peu castrée, on va prendre les 2 dernières interventions, donc M3, puis M7.

M7 : C'est dommage de pas écrire un peu plus ce que l'on fait, hein, j'espère que les jeunes générations qu'auront ont été plus habituées que nous pourront le faire mais ça demande vraiment des compétences, que nous on a pas acquises même si j'écris des trucs, de séminaires, des DPC , c'est autre chose et ça demande beaucoup de travail et de savoir faire . J'espère que les jeunes qui sont formés à cela pourront le faire plus facilement.

A : C'est pour ça qu'on les embête avec les récits, mais bon (.) M3

M3 : Euh oui, ma conclusion à moi c'est que, c'est quand même un super outil, le groupe d'échanges de pratiques, anti « burn-out » des médecins et anti médecins déviants. Ben je pense oui, parce que quand on s'aperçoit au sein du groupe, on se dit ben moi je fais ça et les autres y font pas la même chose, ben je me dis c'est que je dois avoir une pratique qui dévie un peu de la norme. Donc ben ça permet de se recadrer sans qu'il y ait de jugement pour autant des collègues donc je trouve cela intéressant.

Anti burnout parce que voilà, on est tous les mains dans le cambouis et on s'aperçoit que qu'on a tous les mêmes difficultés et de pouvoir les partager et d'essayer de les résoudre ensemble, ben je crois que c'est un outil très fort pour ça.

Et puis euh, oui je crois que le côté intéressant, et que je sais pas vous dans vos groupes, enfin vous en avez parlé, nous on a un pharmacien dans notre groupe. Et bien c'est un rapprochement de nos deux professions parce qu'on travaille souvent de façon isolée et là le fait de parler avec lui, il nous apporte beaucoup, dans notre groupe. Alors des fois on le place même en position d'expert, peut-être trop d'ailleurs {rires M3}, et euh mais en tout cas c'est aussi un rapprochement et je trouve cela intéressant pour cela aussi.

A : Ben écoutez, je remercie M3 qui vient de faire la transition avec **ma 3^e question, c'est que vous apportez les groupes d'échanges de pratiques dans votre pratique quotidienne,** on y a déjà un petit peu répondu, pas mal même est-ce que vous voulez ajouter quelques choses sur l'impact, le changement de pratiques, sur ce que ça vous apporte. **Et voilà est-ce que vous validez les groupes d'échanges de pratiques dans votre formation professionnelle ou est-ce que vous souhaitez le faire ?** On a déjà un peu répondu à cela, alors qui souhaite prendre la parole ? Alors M1

M1 : Oui, euh , y a des choses exemplaires qu'on a faites, on est allés jusqu'à faire des fiches à remettre aux mamans et à mettre des posters en salle d'attente sur la conduite à tenir devant la fièvre chez l'enfant, donc à partir du groupe qualité, mais c'est rare , (rires M1) , c'est rare d'arriver à développer comme ça des utiles , et des choses pratiques qu'on utilise quotidiennement, c'est plus difficile la plupart du temps à évaluer. Et je pense que c'est une chose qu'on ne fait pas assez dans le groupe justement, de mesurer l'impact sur la pratique. Méthodologiquement c'est pas facile non plus. On a une idée, on a un sentiment sur ce qu'est fait mais c'est pas une mesure.

A ; quelqu'un veut intervenir un petit peu dans ce sens ?

M7 : Moi, déjà quand j'ai l'impression que ça me facilite mon travail, quand ce qu'on a fait, qu'on est mis des outils ou pas, quand j'ai l'impression que ça me facilite ma prise en charge quotidienne des patients sur la problématique, je me dis que ça a servi à quelque chose, quand je suis plus à l'aise.

Puis après on essaie de mesurer, mais c'est pas sur toutes les séances, c'est une fois de temps en temps. Quand on mesure c'est pour faire plaisir à la société savante à laquelle on adhère qui veut que (.) qui a besoin de publications donc on mesure. Mais si quand même parce que c'est désespérant de mettre en place des choses qui ne servent à rien, donc si ça sert à rien on arrête je veux dire. C'est plus dans cet esprit-là, finalement on a fait ça, ça sert à rien donc on fait plus. C'est ça et puis effectivement je pense que pour le « burn-out » c'est une bonne chose. Moi je ne pourrais en tout cas plus jamais revenir à une formation telle que je le faisais.

La journée de Thierry Ponge qui est un garçon éminemment sympathique, tous les ans je me dis, oh Ce serait quand même sympa d'y aller, mais qu'est-ce que je vais aller foutre là-dedans, je vais m'enquiquiner, je vais argumenter à chaque fois qu'ils vont dire quelque chose

et (.) Vraiment je trouve que c'est du temps perdu quoi, autant aller voir les copains et faire des courses en ville. Je peux y aller pour voir des copains, je sais bien que je n'irai pas pour(.) Euh j'irai avec Yves pour tchatcher toute la journée avec Yves mais ce ne sera pas pour modifier les pratiques après ça c'est clair.

Et puis quand je dis modifier, c'est pas des grosses choses, c'est des toutes petites choses.

A : M6

M6 : Oui moi je voulais rebondir sur l'essoufflement (de M1 à priori). Je ne sais pas quelle est votre antériorité, ancienneté dans cette démarche, mais nous on a 5 ans de recul, peut être un petit peu moins pour certains de vous, de toute façon, quand un groupe s'essouffle, moi, on ne peut y trouver son (.) ce que l'on cherche, à partir du moment où c'est utile. Si on n'arrive pas, si on reste dans la (.) ça peut être intéressant, la discussion, l'échange et tout ça mais je pense qu'on a besoin de trouver des outils pour avoir une pratique plus facile, {M3 acquiesce} donc il faut que ça soit utile. Si on s'essouffle, c'est qu'on passe à côté de ce caractère, euh mise en application, utilité, il faut qu'il y est des choses concrètes, mais chaque groupe met ce qu'il a envie de mettre aussi dans ce fonctionnement-là. Il faut aussi à l'intérieur aussi des gens (.) pas des leaders mais on a besoin de moteurs, on a besoin d'insuffler de choses nouvelles, {M3 acquiesce} on ne peut pas rester (.) Tout le temps sur un petit peu le même fonctionnement mais euh voilà. Je suis désolé mais au sein des groupes qualité, la liberté est totale en termes d'innovation, de réalisation, de mise en application et je pense que si vous arrivez pas à trouver des choses comme ça, c'est normal que vous, vous allez vous essouffler et que vous allez vous lasser.

Alors d'un autre côté, un groupe, ça doit vivre, un groupe, il a besoin de se renouveler, un groupe, on peut comprendre qu'au bout de quelques années, on ait envie de faire autre chose. Il faut que le groupe soit ouvert, ouvert aux internes, aux saspas, aux para médicaux, il faut que ça soit un espace de transversalité professionnelle. S'il n'y a pas tout ça, mais si n'y a pas des choses utiles pour la pratique, euh voilà.

Et puis quand on en a marre, je pense que faire une chose, c'est la place à quelqu'un d'autre, il faut aussi que ça se rajeunisse, {M3 acquiesce} y a des gens qui partent, moi ce qui m'intéresse énormément, c'est qu'au niveau des groupes qualités, tous les gens qui partent à la retraite, leur successeur ou leur remplaçant intègre le groupe qualité. Et nous on a un

besoin de rajeunissement des groupes qualité, voilà parce que c'est parti de papis un peu comme moi qui commence à plus faire figure de jeunes médecins. {rires du groupe}.

A : M4

M4 : Juste parce que je ne partage pas tout, donc ce qui est bien. Ce que je retire plus et je pense que ce qu'on retire plus de ces groupes c'est pas tellement l'apport scientifique ou la réponse claire à une question, je pense que c'est beaucoup plus insidieux, ça se fait beaucoup plus dans le temps, c'est déjà la capacité d'exposer, de se remettre en question, {M3 et M8 acquiescent} de s'exposer aux autres et euh, rien que cette réflexion là sur sa pratique, ben c'est déjà quelque chose qui nous fait modifier notre pratique et ça effectivement c'est pas quantifiable, c'est difficilement quantifiable. Et je crois que cette capacité, tous les mois, de se remettre un peu en scène, de réexpliquer un peu ce qu'on a fait, pourquoi, de se reposer les questions, eh bien ça je pense que c'est un apport énorme sur ce que j'attends du groupe qualité.

C'est pas tellement, forcément la réponse scientifique à la question qu'on va se poser à la fin de la séance.

A : M5, tu voulais dire quelque chose ?

M5 : Oui, eh bien ce que vient de dire M était très intéressant, effectivement je souhaite le redire pour que ce soit bien entendu, c'est la remise en question, effectivement c'est ça, mensuellement, une remise en question, ça c'est très important, ça évite la routine.

Et puis également pour répondre à la question des apports, les apports ne sont pas une réponse scientifique importante mais des petites choses au quotidien, pratiques, dans la consultation.

A : M7

M7 : Alors moi ce que M2 a dit m'a beaucoup plu, c'est-à-dire qu'elle était contente en sortant de sa formation, donc moi j'ai besoin aussi en sortant d'avoir passé un bon moment, c'est-à-dire d'avoir ces petites choses, effectivement, parfois y a rien mais au moins je suis contente quand je sors parce que j'ai eu l'impression d'un moment de partage intellectuel, de remise en question, c'est à la fois de l'évaluation, mais j'ai eu l'impression d'avoir mouliné effectivement avec des gens pendant 1H30, d'avoir réfléchi et d'être contente de ça. Ce côté, dans un groupe de pairs, il faut effectivement qu'à la fin de la séance, ben j'ai passé un bon moment, ça je crois que c'est important.

A : M3

M3 : Moi je dirais comme M6, on dit que ce groupe, faut qu'il vive, et donc quand on dit que ça vit faut que ça meurt aussi enfin, il y a un petit peu de ça. Soit il meurt complètement, soit il se renouvelle.

A : il se régénère

M3 : oui il se régénère, le premier groupe avec certains membres est mort mais il y en a un autre à la place, et ça c'est hyper intéressant parce que je pense qu'effectivement, on peut finir par, quand on est tout le temps, tout le temps le même groupe et c'est peut-être l'écueil dans lequel on peut tomber, finir avec des (.) on rentre dans des routines, dans des routines de fonctionnement. Voir d'autres horizons, voir d'autres professionnels avec qui on travaille habituellement, des gens qui ont une pratique dans un autre contexte professionnel que le nôtre.

Si on pouvait quelque part échanger nos groupes de temps en temps, {M6 acquiesce} faire des mix, ça serait surement formidable, avec des fonctionnements entre le groupe qualité, le fonctionnement qu'on a nous, ce serait certainement très très riche.

A :M8

M8 : Moi je voulais revenir sur ce qu'on dit M2, M7 et puis un petit peu tout le monde. C'est effectivement c'est un moment de convivialité très fort, le premier point à l'ordre du jour de la réunion suivant c'est qui amène les gâteaux {rires du groupe} et c'est fondamental, je veux dire c'est très important, et effectivement ça participe du climat qui fait qu'on a envie d'y retourner et qu'on a envie d'y être. Donc c'est pas un moment de travail au sens classique du terme, c'est un moment aussi de convivialité, de socialisation {M3 et M6 acquiescent}, de formation d'un groupe aussi, « de résistance » aussi entre guillemets au stress du métier, on retrouve un petit peu tout ça dans ce que vous disiez les uns les autres, enfin je trouve que c'est le premier enseignement que j'y trouve, enfin c'est le premier point positif que j'y trouve.

A : quelqu'un veut finir ?

M7 : Et puis je trouve que (.)

A : M7

M7 : c'est aussi souvent , on dit souvent amener des améliorations très souvent aussi dans ces groupes c'est très valorisant pour ce qu'on fait, finalement ça a un côté aussi de se dire, eh ben finalement je fais plutôt pas trop mal ou je fais (.) ça c'est quand même important je trouve, d'avoir de la part de ses confrères de voir que, on galère sur les mêmes choses, et puis on va améliorer mais s'en tire pas trop mal sur ce qu'on fait et puis qu'on est plutôt bon {rires du groupe} , quoi moi je trouve que c'est bien de se dire qu'on est plutôt bon de temps en temps, qu'on est même très bon par rapport à la moyenne {rires de M3 et du groupe} et donc voilà.

ANNEXE 10 : Découpage en US du Verbatim du FG des MGI

Q1 : Pouvez-vous décrire le mode de fonctionnement de votre groupe d'échanges de pratique puis expliquez ce qui vous a poussé à participer pour la première fois à un groupe d'échanges de pratiques.

On va commencer par M1.

M1 : Décrire le fonctionnement du groupe ?

A : mmhmmh {acquiesçant de la tête}

1: euh ce n'est pas difficile c'est le lundi soir 1 fois par mois, le 3^e lundi du mois on se réunit habituellement,

2 : le groupe correspond aux médecins du pôle santé plus des médecins de cabinet avoisinants.

3 : Et je remarque que ce sont des médecins qui travaillent en groupe, {rires M1}

4 : comme ici, y a pas d'individualistes. {rires}

5 : Euh le fonctionnement, il y a un animateur, G.B., qui nous rappellent le thème, qui nous branche sur le site pour nous donner les documents

6 : et on prépare un cas clinique pour la soirée

7 : et donc je pense que c'est le mode habituel de fonctionnement des groupes qualité.

8 : On a un rappel des références et on essaie de voir comment on met ces références en pratique dans la réalité.

9 : Ce qui m'a poussé à venir la première fois, bien difficile à dire car je ne sais plus quand est la première fois, je ne sais plus quand est-ce qu'on a commencé, cela fait longtemps.

10 : Euh ça fait si longtemps qu'on a commencé à s'essouffler un petit peu, c'était le thème d'une des dernières réunions du groupe qualité.

11 : Et c'est essentiellement le fait de se retrouver avec les collègues,

12 : travailler ensemble toute la journée, toute l'année, c'était quand même intéressant d'avoir un partage un peu plus approfondi, ... en formation.

13 A : Ok, M2

14 M2 Oui alors sur le mode de fonctionnement, on le même qu'avec M5

15 c'est un groupe d'échange de pratiques

16 qui a lieu le premier mardi du mois,

17 et donc on se retrouve à plusieurs, là on est plutôt des jeunes,

18 euh et en fait euh y a un animateur effectivement,

19 on fixe auparavant euh une consigne sur la consultation qu'on va aborder au cours du groupe d'échanges de pratique donc la première ou la dernière ou la 3^e en partant de la fin etc

..

20 - Et donc chacun revient avec son cas clinique correspondant, on fait un tour de table en fait chacun de sa consultation

21 et quand une personne raconte sa consultation, libres à tous d'intervenir pour échanger sur ce cas clinique

22 et cela permet d'exposer ses problématiques au moment de la consultation

23 et euh en général c'est très productif parce que un cas clinique lambda appelle à beaucoup de discussions

24 puisque chacun pense à des choses différentes, et que chacun rebondit sur des choses différentes.

25 Donc euh une consultation pour une personne ça prend pas déjà pas mal de temps.

26 Et puis autrement y a une première partie en général où il y a un rappel sur ce qui a été vu sur le groupe d'échanges de pratique précédent et qui posait problème et pour lequel une personne était désignée pour faire une synthèse sur ce qui était problématique. Euh voilà c'est comme ça que ça se déroule.

27 Après qu'est ce qui a fait que j'ai adhéré la première fois. Alors la première fois que j'ai dû assister à un groupe d'échanges de pratiques, c'était quand j'étais remplaçante,

28 donc j'ai été un petit peu enrôlée par mon praticien

29 A Et je trouvais cela très intéressant

B parce que on prenait le temps de décortiquer une situation clinique

29 C qui sur le moment pose des difficultés, qu'on ne remarque pas vraiment forcément

30 et puis cela permet de discuter tout simplement avec d'autres collègues

31 et de se mettre à niveau tout le monde

32 et je sais que quand on est interne ou quand on sort des études, on est souvent jugé, on se sent toujours un peu inférieur par rapport à ce qui est fait

32 b et du coup c'était assez agréable de se sentir tous au même niveau.

33 Et de pouvoir en discuter librement.

34 Et puis du coup, de fil en aiguille, cela m'a plu puis j'ai des amis qui participent du coup à des groupes d'échanges de pratiques euh ce qui participe en plus à la motivation. Voilà

35 A : Merci, M3

36 M3 : Euh moi je vais commencer par poser une question, je ne sais pas ce que sait qu'un groupe qualité en fait, vous êtes tous dans des groupes qualité alors que moi je suis dans un groupe d'échanges de pratiques, je vois à peu près la différence avec un groupe de pairs qui est une marque déposée, mais groupe qualité je ne vois pas trop (.) euh enfin je sais pas. Donc c'est une question pour commencer.

37 Moi je suis euh venu, j'essaie de retrouver comment je suis venu à faire cela, je pense que c'est par mon activité au sein du dmj qu'on a du parler de ça et puis euh ...

38 donc c'est un mode de formation qui en théorie m'intéressait déjà,

39 et puis ça a dû commencer par de la pratique avec les internes lors des saspas.

40 Euh ça m'a bien plu et après j'étais le promoteur de la création du groupe d'échanges de pratique sur ma localité puisque j'étais dans un ... ma FMC locale, je l'avais proposé

41 j'avais d'ailleurs proposé à R, le directeur de venir faire une soirée pour montrer ce que c'était que ce mode de formation à mes collègues.

42 Euh mes collègues de cette fmc n'ont pas adhérer en nombre suffisant

ce qui fait que j'ai changé de fmc locale avec à nouveau euh la proposition de créer un groupe d'échanges de pratiques, cette fois ci ça a bien pris

43 Cela doit faire 3 ans que l'on fonctionne ensemble,

44 cela doit être de l'ordre de, euh nous on n'est pas tous les mois, c'est tous les 2 mois

45 parce que notre groupe, certains ne voulaient pas y adhérer donc y a aussi la fmc classique qui persiste plus ces groupes d'échanges donc ça faisait beaucoup de faire des groupes d'échanges de pratique mensuellement.

46 Le mode de fonctionnement euh est à peu près celui du médecin M2

47 Euh, ce qui m'intéresse beaucoup moi dans ces groupes d'échanges, c'est que (.) émerge des choses qu'on ne peut pas (.) y a pas (.), je ne connais pas d'autres mode de formation qui fassent émerger autant les choses de la vraie vie

48 euh la confrontation de (.) des pratiques est extrêmement intéressante.

49 On se rend compte en discutant ensemble que d'autres font différemment de nous

50 et euh sans jugement en plus c'est cela qui est intéressant

51 et euh on va pouvoir dire ben moi je ne fais pas comme toi

52 et ben en fait qui a raison c'est toi ? C'est moi ? Et bien on va rechercher chacun de notre côté

53 et puis on a en plus l'impression de faire des recherches qui sont vraiment axées sur notre pratique (.) ce sur quoi on a besoin.

54 Euh (.) parce que quand on fait des recherches pour d'autres, ou quand d'autres font des recherches pour nous, c'est pas forcément tout à fait adapté, tandis que là on fait vraiment ce qui est adapté à notre pratique.

55 A : Merci alors je vais un peu recentrer le débat, là on va rester quand même sur plus l'organisationnel.

56 M3 : d'accord

57 A : et on va beaucoup débattre de ce pourquoi après. M4

58 M4 : Donc moi je fais partie d'un groupe qualité depuis 1 an.

59 Comment on fonctionne ? Eh bien je pense un peu comme tous les groupes qualité.

60 On se voit une fois par mois,

61 y a un certain nombre de thèmes imposés, dans l'année, il doit y avoir 10 thèmes imposés et euh 2 thèmes libres ... quelque chose comme cela.

62 Et un thème sur les retours avec les euh puisque cela doit être en cheville avec la CPAM et donc il y a un thème avec les retours sur les (.)

63 M1 : institutions

64 M4 : pratiques et voilà.

65 Donc euh (.) le thème est imposé, on le sait à l'avance d'une fois sur l'autre. On ramène une consultation qui nous pose un problème, donc on expose

66 et après cela va faire émerger les questions,

67 et donc chacun va essayer de répondre, dire comment il fait, comment il aurait fait

68 et euh quand il y a des interrogations, il y a un secrétaire du soir qui va récolter les questions et qui va essayer de trouver des réponses pour la fois d'après

69 Euh (.) donc on (.) mouais voilà c'est une fois par mois.

70 Euh moi ce qui a fait que j'ai adhérer euh c'est que je cherchais un groupe euh je ne connaissais pas les groupes qualité avant,

71 je ne connaissais que les groupes d'échanges de pratique

72 et j'avais un ami qui en avait monté un et je voulais plutôt adhérer sur les groupes d'échanges de pratiques

73 et euh y avait un groupe qualité en croisant un médecin par hasard et en en discutant,

73 B puisque je voulais en monter un dans mon secteur

74 et qui m'a dit : ben écoute moi je fais partie d'un groupe qualité, viens donc, on en a un qui est parti à la retraite euh..viens voir. Et donc voilà je suis allé comme cela

75 Ça m'a intéressé,

76 je suis un tout petit peu gêné par le fait que l'on soit sur des choses un peu imposées au moins sur les 10 séances , c'est jamais complètement anodin, c'est toujours un petit peu ciblé, mais bon voilà ,

77B ça fait pas émerger toutes les problématiques de la médecine générale je trouve, cela reste quand même assez ciblé.

78 Voilà, sinon le fonctionnement est bien

79 j'ai fait aussi parti d'une FMC à coté en gériatrie, je suis un peu frustré toujours par les FMC classiques, avec un expert, cela va toujours dans un sens et euh on aurait bien des choses à dire et bon y a pas la place.

80 Donc là au moins on arrive à voir comment fonctionne les autres

81 et puis cela nous rassure souvent, enfin moi.

82 A : Merci, M5

83 M5 : Donc euh le mode de fonctionnement est comme M2, puisque c'est le même groupe d'échanges de pratique. Euh je vais juste compléter un petit peu.

84 Au moment du fonctionnement du groupe de pratique, l'animateur change chaque mois, le secrétaire également, pour éviter que ce soit trop lourd parce que quand on doit être sectaire, il faut se focaliser sur le fait de taper le texte.

85 Et puis effectivement, il y a ce moment d'échanges sur les recherches qu'il y avait à faire pour la fois précédente.

86 Et puis également, on essaie de faire régulièrement un échange sur les correspondants,

87 le fonctionnement euh comment tu te débrouilles parce que on est tous assez jeunes

88 et on essaie de voir les trucs et astuces en dehors du soin, on va dire cela. Voilà on essaie de faire un petit point-la dessus.

89 On avait fait des recherches pour voir les fonctionnements des groupes d'échanges de pratiques et puis c'était quand on s'était renseignés, qu'on avait vu cela, qu'il fallait que si on voulait que ce soit validé, euh qu'il fallait qu'il y est cela aussi en place

90 et puis en fait on s'est rendus compte que c'était intéressant donc on a continué

91 Mais par contre on n'a pas voulu valider la reconnaissance officielle de groupe de formation, on ne voyait pas trop l'intérêt.

92 Donc on est restés à quelque chose de non officiel, avec une mailing list très ouverte qui permet aussi de renouveler quand il y en a qui partent et d'autres qui reviennent, donc euh c'est vrai que cela c'est peut-être plus difficile mais en même temps cela se passe bien, il y a des gens qui viennent, des gens qui partent, c'est jamais tous les mêmes . Un petit noyau qui revient tous les mois mais c'est jamais tous les mêmes tout le temps en fait, ça tourne assez régulièrement.

93 Donc mes motivations pour participer à ce groupe d'échanges de pratique, et bien, ça date avant, puisque c'est moi qui ait monté ce groupe d'échanges de pratiques, donc du coup c'était avant.

94 Ça devait être quand j'étais en formation en tant qu'interne, avec les médecins que j'ai suivis en stage qui avait fait cela.

95 Et puis ensuite, j'ai poursuivi cela avec le groupe saspas, on avait remonté ça,

96 puis après j'ai continué, donc envoyé une mailing-list à partir du moment où j'ai été remplaçant et puis voilà, ça a continué.

97 A : merci, M6

98 M6 : Alors le fonctionnement des groupes qualité, je suis ravi qu'il y ait quelques confrères ici qui y participent, qui ont déjà apporté leur point de vue.

99 Alors moi ce qui m'a séduit dans le groupe qualité, c'est un groupe d'échanges de pratique pas tout à fait comme les autres puisque on est dans un cadre organisationnel interrégional puisqu'il y a 9 régions engagées sur la France.

100 Ça fonctionne avec des animateurs, des animateurs qui sont formés, qui se rencontrent régulièrement, 3 fois par an pour échanger sur le fonctionnement de leur groupe.

101 Qui fonctionne dans un cadre régional précis puisque c'est 10 réunions annuelles dont 6 thématiques,

102 donc thème imposé comme vous l'avez dit, choisi par les animateurs eux-mêmes,

103 avec un dossier documentaire qui est élaboré par le coordonnateur, avec les confrères qui veulent bien l'aider.

104 Le dossier documentaire est un petit peu un dossier pédagogique, un support où il y a la problématique, les grands messages, les sources documentaire sur le thème.

105 A partir de là, il y a un engagement des médecins à participer aux 10 réunions annuelles, il y a une convention de partenariat qui est signée, il y a un engagement individuel.

106 Les réunions sont indemnisées,

107 on pourra reparler du cadre institutionnel mais c'est peut-être pas l'objet, là on est plus dans le fonctionnement du groupe.

108 Moi ce qui m'intéresse c'est que c'est un espace de liberté en terme de réflexion sur sa pratique.

109 C'est-à-dire qu'on part d'une situation clinique, on ne part pas d'un exposé d'une situation clinique, on part des questions qu'on se pose ou qu'on peut se poser à partir de cette situation clinique.

110 C'est-à-dire qu'on travaille beaucoup sur la décision médicale : qu'est ce qui a fait que dans cette situation-là, j'ai pris telle ou telle décision, est-ce que vous autour de la table vous auriez pris la même décision ? Est-ce que cette décision était la bonne ? Et pourquoi j'ai pris cette décision ?

111 Et c'est d'apprendre aux médecins à formuler leur problème

112 on discute beaucoup avec passion de nos expériences cliniques

113 mais on a beaucoup de mal à formuler concrètement le problème posé ou la question posée. Et c'est vrai que c'est un vrai boulot. Et moi quand je dis à mes participants : « oui je

comprends bien mais écris-moi ta question, écris moi le problème que tu te poses ». On a beaucoup de difficulté à synthétiser, en quelques mots, la problématique posée.

114 A partir du moment où on l'a synthétisée, on y voit déjà beaucoup plus clair, c'est beaucoup plus facile d'y répondre.

115 Le groupe a vraiment une expertise

116 et je crois que c'est la prise de conscience de l'expertise du groupe qui est importante.

117 Moi je vois cela fait 5 ans que l'on fonctionne, on est partis de loin et on voit les choses (.) euh ça se resserre, on se sert vraiment de l'expertise des uns et des autres.

118 Donc voilà, on part des questions, on écrit les questions ou les problèmes posés et on essaie ensemble de répondre à cette question ou à ce problème. Et le groupe a en général une réponse,

119 euh après il faut la valider cette réponse, donc l'objectif c'est d'aller vérifier si la réponse du groupe elle est conforme aux bonnes pratiques actuelles validées.

120 Si elle n'est pas conforme, pourquoi ? Parce qu'il y a souvent des bonnes pratiques, des recommandations qui sont inapplicables, qui sont absolument à 100 000 lieux de la médecine générale, mais il faut identifier le niveau de preuves.

120 A Et à partir de là, de dire mais à partir de là, qu'est-ce qu'on peut faire pour changer ? C'est-à-dire de mettre en place éventuellement des actions d'amélioration.

121 On a fait un thème sur la contraception, on a discuté beaucoup et on a décidé de(.) les problèmes d'oubli de pilules, les documents d'information patients nous semblaient pas bien donc euh voilà on a élaboré un document du groupe concernant la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule. C'est un exemple comme un autre, mais cela doit déboucher normalement sur une action concrète.

122 Et, il peut y avoir des questions restées sans réponses, elles sont écrites, un participant du groupe ou 2 est chargé d'aller trouver une réponse, et c'est abordé à la réunion suivante.

123 Donc ce cadre de fonctionnement, qui est une façon de réfléchir autrement sur un thème donné.

123B Pourquoi sur un thème, parce que moi j'avais participé à des groupes d'échanges de pratique un petit peu type groupes de pairs labélisés par la SFMG, où ça partait un peu dans tous les sens. C'est-à-dire on partait de l'hypertension, on abordait un autre problème, voilà c'était un peu dispersé,

124 le fait d'avoir un cadre qui est quand même euh précis, relativement précis car à l'intérieur de l'hypertension du sujet âgé de plus de 80 ans par exemple, on peut aborder un tas de problèmes, y a la thérapeutique, y a le patient, la iatrogénie, y a plein de choses. Donc dans ces thèmes qui peuvent être vécus comme restrictifs, y a la place pour énormément de choses, mais on reste quand même dans une thématique qui permet d'avancer sur le plan concret.

125 Il y a un compte rendu de fait comme vous l'avez dit,

126 les médecins sont indemnisés,

127 il y a une vraie vie du groupe

128 et depuis 5 ans, les 23 groupes de la région, le taux de participation est toujours de 80% au bout de 5 ans.

129 Donc ça veut dire je pense que les médecins s'y retrouvent euh dans ce cadre de fonctionnement.

130 Voilà, j'ai été trop bavard je suppose {rires de M6}.

131 A : M7

132 M7 : Je vais avoir un peu de mal à vous décrire le fonctionnement de mon groupe, parce qu'il évolue tout le temps.

133 Il y a bien sur une réunion à peu près mensuelle.

134 Au départ le groupe s'appelle « quinquinnet », cela veut dire qu'on était tous des médecins plutôt âgés, qui faisons des formations traditionnelles dans des associations mais on ne s'y retrouvait pas en terme de modifications de pratique. C'est-à-dire que bien sur même si c'était des formations sans expert, au bout du compte, il y avait une perte d'efficacité qui était importante

135 A et nous étions dans des groupes différents, on s'est donc réunis

135 B pour essayer de définir des besoins de formation

136 c'est-à-dire qu'avant la réunion, on faisait un relevé d'incident, c'est-à-dire qu'est ce qui nous avait posé problème dans les mois ou les 2 mois précédents

137 On fait un programme toujours et chaque thème est traité par quelqu'un.

138 Alors les gens les plus âgés sont partis à a retraite,

139 maintenant il reste des médecins plutôt jeunes

140 qui ont été mes internes, qui sont remplaçants, qui sont installés

141 et qui sont dans différents coins, y en a dans le nord du département, d'autre dans le sud du département mais qui visiblement trouvent leur compte à ça puisqu'ils viennent tout le temps et ce n'est pas toujours facile pour eux de se déplacer au sud Loire.

142 On continue de faire des relevés d'incidents qui nous permettent de définir des besoins de formation.

143 L'objectif étant qu'à la fin de la formation, la fois suivante, on ait une conduite pratique commune avec des outils, si outils s'il y a.

144 Et puis régulièrement mais non plus sans périodicité, on reprend un thème qu'on a traité et on vérifie que les outils qu'on avait mis en œuvre sont pertinents, qu'on les a utilisés et qu'il sont pertinents et qu'on a donc amélioré nos pratiques.

145 Cela prend du temps, mais on le fait quand même

146 Y a une autre façon de travailler, c'est qu'on travaille quelques fois, enfin quand on a cet outil-là, à partir d'un document qui s'appelle « bibliomed », quand y a un document « bibliomed » qui nous paraît intéressant pour notre pratique, on le lit, on fait un thème sur ce « bibliomed », on le lit, on refait une recherche bibliographique et la aussi on essaie de voir, à comparer notre pratique par rapport au « bibliomed », mettre en œuvre, enfin essayer de définir des pistes d'amélioration .

147 C'est à dire c'est pas simplement il faut faire cela, c'est des choses extrêmement pragmatiques,

148 euh on a fait la contraception. C'est contraception, dans tous les dossiers patients, il est noté si elles ont des migraines, des antécédents thrombo-emboliques, si elles fument. Pour toutes les patientes, on doit avoir la trace dans le dossier d'un document ou de pilule remis.

149 Enfin bon on a fait des choses, là on était sur les hématuries microscopiques, faudra qu'on voit si notre travail pourra être validé quoi.

150 Voilà un peu comment on fonctionne, c'est assez rigoureux, enfin je pense que c'est assez rigoureux

151 mais, on fait très peu appel aux experts

152 on fait beaucoup de travail par nous-mêmes

153 mais bon on a la chance d'avoir des gens qui soient un petit peu performants en recherche bibliographique

154 Mais ça ne veut pas dire qu'on n'a pas quelque fois des experts.

155 Mais quand il y a des experts c'est un peu compliqué, parce que moi je titille les experts sans arrêt. Pour leur niveau de preuves, il est assez difficile de trouver des experts qui jouent le jeu et qui apportent, qui justifient leurs données.

156 Mais bon quand on en a, c'est quand même du bonheur, parce que, à ce moment-là, ce sont de vrais échanges.

157 Alors les gens jeunes se retrouvent assez dans ce mode fonctionnement là,

158 ils sont souvent arrivés dans ce mode de formation parce qu'ils étaient stagiaires et que je leur proposais de venir.

159 A : M8

160 M8 : Donc le groupe chez nous fonctionne une fois par mois aussi

161 on est 6 dedans sur 3 cabinets médicaux de la région,

162 à géométrie variable un peu car on propose aux internes qui sont en stage chez nous d'y participer, donc de temps en temps, on est un peu plus nombreux.

163 Ça fonctionne un petit peu comme cela a été décrit comme le M2 et le M5,

164 c'est-à-dire on prend des rencontres de soins au hasard en se fixant d'une réunion sur l'autre laquelle ce sera,

165 donc c'est pas sur des thèmes,

166 on désigne un modérateur, une secrétaire ou un secrétaire à chaque fois.

167 Je dis « un » parce qu'en fait il y a qu'un seul homme dans le groupe.

168 Toujours 5 à 10 minutes d'exposé et 5 à 10 min de discussion, cela fonctionne toujours pareil.

169 On discute beaucoup sur la situation de soins et en fait si des questions se posent, on est amené à se poser des questions de recherche que l'on abordera la fois suivante.

170 On fait une liste de l'ensemble des questions qu'on se pose et tout le monde est chargé, enfin tout le monde, une personne est chargée, de régler une question, de traiter une question mais en fait on ne se limite pas aux nombres de questions : s'il y a 5 questions on fera les 5 recherches.

171 Ça c'est le premier tour de table, le 2^e tour de table, c'est ben les résultats des recherches qu'on fait de la fois précédente

172 et puis le 3^e point à l'ordre jour, c'est les divers effectivement. Et dans les divers c'est beaucoup les informations sur le réseau, les autres professionnels de soins, les autres situations qui se passent.

173 On est dans des zones un peu déficitaires donc à chaque fois qu'il y a un départ, on sert la gorge et quand il y a une arrivée, on pousse des cris de joie. Euh, voilà c'est à peu près la situation.

174 Ce que je trouve intéressant dans ce groupe-là, c'est qu'en fait , pour moitié, il y avait des gens qui étaient très impliqués dans des espaces de formation continue, d'autres formes de formation , des séminaires de DPC et autres et l'autre moitié qui y assistait très peu et en fait je trouve que cela permet d'engager aussi des discussions entre des gens qui sont très dans les séminaires et puis d'autres qui le sont moins.

175 On se pose des questions sur l'extension du groupe tout en sachant qu'on est 6 et que quand on fait déjà 20 minutes sur un tour, ben ça fait 2H de discussion minimum et que c'est après, c'est le jeudi tous les mois.

176 On se posait aussi la question de la labellisation aussi, on nous avait proposé de le faire.

177 Moi je trouve que, enfin avant de dire pourquoi j'ai participé à cela, je trouve qu'une des limites dans le fonctionnement depuis 2 ans de ce groupe, enfin de ce genre de groupe, c'est qu'on traite beaucoup des aspects bio médicaux, je trouve et peu des aspects psycho sociaux et autres qui peuvent se poser dans les situations qu'on rencontrent. Bon c'est intéressant mais on peut rester un petit peu sur notre faim par moment.

178 La raison principale d'adhérer à ce groupe qui a démarré quand je suis arrivé mais c'était pas mon investigation,

179 c'est les regards croisés qu'on peut avoir sur les mêmes situations, les mêmes rencontres de soins,

180 je trouve que c'est intéressant et très horizontal effectivement, c'est-à-dire cette absence de hiérarchie qu'il peut y avoir dans un groupe comme celui-ci je trouve cela très intéressant. Voilà.

181 A : Merci, juste un tout petit point organisationnel, j'ai bien retenu, en général vous vous réunissez 1 fois par mois ou tous les 2 mois, il y a des thèmes imposés, d'autres n'en ont pas, vous avez parlé d'un animateur, d'un secrétaire, de personnes chargées de recherche. Personne n'a voulu définir mise à part M8 le nombre de participants à ce groupe, est ce qu'il y a un nombre limite, aussi bien vers le bas que vers le haut. Quelqu'un veut prendre la parole ?

182 M1 : Euh oui, nous on est une dizaine,

183 on inviterait bien des gens supplémentaires, mais il y a une question de places, de paroles, je crois que c'est difficile d'aller au-delà, peut-être 10 à 12 mais guère au-delà.

184 Et pareil, en plancher j'ai pas d'idées car la question ne s'est jamais posée {rires de M1}

185 M5 : Oui alors on avait défini, en dessous de 3 on ne faisait pas

186 et au-dessus de 8 il fallait faire 2 groupes.

187 M6 : Pour les groupes qualité, il est conseillé d'être 8 à 12, y a des groupes qui sont à 13 et d'autres à 7 mais voilà.

188 Trop peu, y a le problème d'une réunion par mois, des absents, on n'est pas toujours à 100%,

189 on se retrouve rapidement à un groupe qui n'est pas suffisamment productif du fait du faible nombre

190 et puis euh trop, c'est une autre animation, ce n'est plus du tout un groupe d'échanges.

191 Voilà, il n'y a pas de barrières strictes.

192 A : Est-ce que tout le reste du groupe se situe ?

193 M3 : Oui, entre 6 et 8 en général, en pratique.

194 La réalité c'est que cela peut aller jusqu'à 10.

195 A : Ok, bon sur l'organisationnel, on a à peu près fait le tour, maintenant on va rentrer beaucoup plus dans le détail, vous avez déjà donné quelques réponses mais ça ne fait rien, on va recommencer.

196 A : Q2 Quels sont les points positifs et négatifs que vous retenez des groupes d'échanges de pratique et que souhaiteriez-vous modifier ?

197 Donc on va commencer le tour de table différemment, on va demander à M4 de commencer et ensuite quand on aura fini le tour de table, chacun pourra prendre la parole comme il le souhaite.

198 M4 : points positifs et négatifs. Euh les points positifs c'est le côté horizontal, on est tous euh confrontés aux mêmes problèmes, aux mêmes situations, y a pas de hiérarchie théorique donc c'est plutôt intéressant.

199 Ça permet vraiment une liberté d'échanges,

200 euh même si cela ça s'apprend, je me suis rendu compte que ce n'était pas inné, c'est pas facile de dire.

201 Euh surtout qu'on est censé exposé quelque chose sur lequel on était en difficulté, enfin c'était un peu le principe de départ,

202 euh si c'est pour dire qu'on a tout bien fait et qu'on n'a pas de problèmes c'était bon, moins intéressant. Euh, donc ça j'ai trouvé vraiment cela intéressant.

203 Les points négatifs, euh au départ, mais je suis peut-être un peu trop jeune dans le groupes qualités, c'est vrai que le côté un peu imposé des groupes de qualité, j'ai un peu peur que cela soit restrictif

204 et j'ai surtout un peu peur comme c'est un peu chapoté, j'ai un peu peur qu'on soit sur des thèmes où il faut qu'on soit plus excellent, où on va être un peu plus surveillé en tant que médecin.

205 Ce qui met de côté pas mal de thèmes de médecine générale c'est ma seule crainte mais je verrai cela avec l'expérience.

206 Les points négatifs, je suis content que l'on soit débarrassé des labos, et ça c'est plutôt du positif.

207 Sinon pour l'instant j'ai pas trop trop de négatifs. Voilà si ce n'est ces quelques points d'interrogation.

208 A : Et des choses à modifier ?

209 M4 : J'introduirai peut-être un peu plus de thèmes au hasard,

210 qui feraient peut-être émerger des questions plus (.) c'est l'avantage de prendre la 4^e consultation de la journée, voilà cela va peut-être permettre de parler d'une consultation où le gars est venu pour à priori pas grand-chose et on va s'apercevoir qu'on va faire émerger d'autres problématiques que des trucs bio médicaux.

211 A : M5 ?

212 M5 : Dans les points positifs, ça revient un peu à ce que dit M4, c'est-à-dire la liberté, c'est le regard extérieur du hasard. C'est-à-dire une consultation prise au hasard, qui va nous faire poser des questions auxquelles on ne s'était pas vraiment posées. Et nos collègues vont

nous interpellé sur une problématique qui nous, nous aurait pas interpellé au départ. Donc ça c'est très intéressant ;

214 Egalement de se mettre à jour sur les recommandations, même si bon ça ne change pas tous les jours mais les dernières nouveautés, dans le domaine médical.

215 Ça c'est bien aussi car on ne lit pas tout et il y a toujours quelqu'un qui a lu autre chose que nous, ça c'est quand même bien aussi.

216 Et les différents pratiques dans les différentes régions du département, là où on se trouve, parce que des fois on est certains à venir du même groupe donc on a un peu les mêmes façons de faire, d'autres viennent d'ailleurs et ils ont une autre façon de faire.

217 L'échange du réseau, cela c'est quand même très bien,

218 surtout quand on débute parce qu'on n'a pas toujours notre réseau.

219 Les points positifs, il y en a peut-être d'autres mais ils ne me viennent pas à l'idée.

220 Dans les points négatifs, je dirais que c'est plus, moi ce qui va être plus difficile c'est plus le côté organisationnel puisque vu que j'ai mis cela en place, bien c'est la difficulté de motiver les personnes.

221 Y a pas d'engagement comme dans un groupe qualité, y a pas de rémunérations,

222 du coup les gens viennent un petit peu comme ils veulent et il faut relancer les gens, les personnes pour qu'elles viennent au GEP.

223 C'est un petit peu cela qui est difficile surtout après les vacances d'été, faut relancer les choses et voilà.

224 Après cela pourrait être un point négatif de pas toujours être la même personne en même temps.

225 On va dire qu'on est une quinzaine de personnes à être sur cette mailing list et donc ça tourne et donc finalement on finit par se connaître entre les 15, ce n'est pas toujours les mêmes. Mais cela peut être un point négatif comme un point positif, cela permet d'augmenter les échanges.

A : M6 ?

226 M6 : Points positifs ; je mettrais en premier la convivialité parce que c'est vraiment un lieu de convivialité.

227 C'est la liberté d'expression,

228 favorisée par la proximité des uns et des autres, le caractère territorial, ça c'est important.

229 C'est la liberté de fonctionnement également

230 parce que bon même si le cadre est bien défini, on peut faire de la transversalité.

231 On peut faire des réunions même sur des thèmes imposés avec des paramédicaux, des travailleurs médico sociaux,

232 enfin je crois que le groupe a une totale liberté, y a pas de regards extérieurs de la part du cadre, y a pas d'audit.

233 L'animateur, c'est un point positif pour le groupe, il a une certaine expérience de conduites de groupes, de dynamique de groupe.

234 C'est les thèmes libres parce que sur les 6 thèmes imposés, c'est 10 réunions annuelles,

235 c'est 6 thèmes imposés, c'est pas imposé avec des objectifs médico économiques, c'est choisi par des médecins, mêmes si on des indicateurs de suivi dessus.

236 Mais y a 4 réunions thèmes libres et dans ces réunions thèmes libres, on peut faire la 5^e consultation du mois, voilà, c'est une grande grande liberté,

237 y a pas d'experts et cela aussi c'est un point positif. Je pense que tout le monde l'a souligné.

238 Les points négatifs, euh c'est pas toujours facile de se libérer une fois par mois

239 et de s'engager dans ce type de démarche. Je crois qu'il faut vraiment des gens motivés.

240 Moi je ne vois pas d'autres points négatifs. Difficile autour de cette table qui a volonté à ce mode de fonctionnement de trouver des points négatifs puisqu'on est assez enthousiaste de la façon dont cela fonctionne.

241 A : Merci, M7

242 M7 : Le grand positif que moi j'y trouve personnellement, c'est que c'est vraiment une formation centrée sur ma pratique.

243 J'ai commencé à monter ce groupe avec des médecins de ma génération

244 parce que j'avais de moins en moins de temps à moi et que les soirées de formation, fallait qu'elles soient utiles professionnellement.

245 Donc je voulais quand je me formais en tirer « un bénéfice immédiat ».

246 J'avais fait partie de groupes, je pense que c'est dans la suite directe de mon engagement dans la formation.

247 Pour la première chose cela a été des formations hospitalières

248 puis ce besoin de se sortir de l'hôpital avec ces associations de formation mais qui faisaient appel à des experts

249 puis après j'ai fait partie des gens qui commençaient à se former à l'animation, à l'expertise. Alors nous on peut avoir des experts,

250 donc ce qui me convient, c'est que cela part de notre pratique,

251 même si c'est pas des dossiers tirés au sort, on le fait quelque fois mais en le faisant systématiquement, finalement on avait l'impression de retomber toujours, souvent sur les mêmes problématiques, ce qui nous frustrait un peu,

252 en plus il y a des gens jeunes donc ils ont besoin de réponses assez rapides.

253 Je pense qu'il y a des choses très différentes en fonction de la durée d'installation, je pense que les demandes sont pas forcément les mêmes en formation. Donc les gens jeunes, ils n'ont pas les mêmes besoins que nous,

254 mais bon d'un autre côté moi d'être avec des gens jeunes, ils me renvoient aussi quelques fois à mes pratiques

255 et ça m'oblige à changer des choses.

256 même, quand ils viennent, ceux qui viennent quand on leur demande, ils savent comment on va fonctionner, ils savent qu'on a fait émerger des problèmes, qu'on a des questions et qu'il va falloir qu'ils justifient tout, comme nous on fait dans le groupe.

257 Donc ça c'est assez positif, parce que là du coup, on peut travailler, il y a une interaction avec les spécialistes, ils peuvent même , il y a du respect qui s'installe souvent, les choses peuvent être un peu modifiées,

258 je pense aux douleurs thoraciques, c'est quand même un gros problème. Les internes avaient une conduite, alors quand ils étaient tous dans leur conduite à tenir vis-à-vis des douleurs thoraciques, je me disais y a plus d'examen clinique de la douleur thoracique, je dois être une vieille machine. Mais ça me, (.) j'étais vraiment exaspérée de voir que toute douleur thoracique aux urgences sortait avec un scan et avec des stents et je ne comprenais pas. Et donc je me suis dit c'est peut être moi qui est tort. Alors on a argumenté toute une soirée la dessus, on n'a pas fait venir un cardio, on a fait un venir un interniste qui a repris les données épidémiologiques.

259 Donc je crois que cela c'est intéressant parce que c'est vraiment en prise directe avec la pratique

260, puis surtout ce qui m'intéresse c'est qu'on vérifie après si ce qu'on avait décidé de faire, on a pu le faire.

261 Quelques fois, on se fait des trucs complètement fous. Si c'est applicable, et si ça un intérêt pour le patient et pour notre pratique.

262 Donc ça dans ces groupes-là, les gens avec qui je travaille sont très demandeurs de cela.

263 Ils étaient au début très demandeur de recettes

264 puis en fait c'est eux qui se les créent les recettes, enfin moi avec eux, et pour moi aussi. Et cela je trouve que c'est plutôt bien fait.

265 Après il y a toute la phase convivialité effectivement

266 ils viennent un peu, je crois que pour fonctionner, il ne faut pas forcément se voir beaucoup en dehors

267 mais il faut avoir confiance dans les gens avec qui on est

268 puis avoir du respect les uns pour les autres et ça c'est assez agréable effectivement.

269 C'est ce qui fait que nous on a limité le groupe,

270 mais, à un moment le groupe s'était un petit peu élargi avec des gens qui venaient puis qui venaient pas et ça posait problème parce qu'on s'est retrouvé quelques fois à 3 ou 4 et là on peut pas bien fonctionner à 3 , 4.

271 Donc les gens qui viennent dans le groupe, ils s'engagent à être là à chaque séance.

272 Ils nous arrivent d'ailleurs de changer les dates quand il y en a un qui a des impératifs, qui dit qu'il ne pourra pas être là tel jour, donc si on peut on change la date pour qu'on soit tous là et pour essayer que ce soit un groupe qui fonctionne.

273 Moi vraiment j'ai l'impression là de ne pas perdre mon temps

274 quand j'y vais, ça me sert à quelque chose, ça me,

275 mes relations amicales et mes soirées plaisirs, je les passe ailleurs, et avec ces mêmes personnes mais en dehors de ça,

276 et là on est dans une séquence de travail qui est convivial

277 A : merci M8

278 M8 : Alors sans revenir sur ce que j'ai dit effectivement un petit peu tout à l'heure, mais le point positif, c'est l'engagement dans l'amélioration de sa pratique, je pense que tous les participants du groupe auquel je participe c'est cela.

279 Moi, le gros point positif que je vois dans tout cela, c'est tout le monde a en commun l'acceptation du regard de l'autre sur ce qu'on fait

280 et je trouve que c'est important et c'est pas si évident que cela dans l'exercice quotidien

281 et je trouve que, enfin la manière dont on est structurellement organisé et je trouve que c'est bien d'avoir ça.

282 Le reste a été dit et je ne vais pas le redire.

283 Là où je vois les limites, moi du groupe dans lequel je suis, pas des groupes en général. On est 6 et je trouve que c'est limite. Alors c'est pas limite quand on est les 6, mais c'est limite des qu'il en manque un.

284 On s'est dit que des qu'il en manquait 2, on annulait et on essayait de retrouver une date consensuelle rapidement, un peu comme vous {note :M7} pour faire en sorte qu'on soit tous là.

285 Et la question de l'extension se pose, car on s'est constitué beaucoup par affinités, c'est un groupe qui est relativement soudé du coup, et la question, on se dit on va aller chercher qui ? avec qui on va s'entendre ? Avec qui ça va marcher ? Et ainsi de suite. Donc il y a cette question-là qui se pose, c'est-à-dire étendre oui mais à qui et comment ? En fait ça s'est constitué d'emblée comme cela et puis c'est assez difficile de bouger les frontières de ce groupe.

286 La deuxième écueil que je vois c'est, on s'est posé la question de la labellisation et en fait ce qui est très vite venu, c'est qu'on s'est demandé, alors ça a été très inconscient, très peu dit puis finalement ça a fini par se dire,

287 que ça voulait dire qu'il y en aurait un qui prendrait la fonction d'animateur dans le groupe parce que c'est un petit peu ça qui se passe

288 et que du coup il aurait une espèce d'ascendant sur le reste du groupe

289 et que l'horizontalité et l'homogénéité disparaissait un peu.

290 Alors je crois que ça freine un petit peu tout le monde finalement de labelliser, de formaliser un peu,

291 et ce côté un petit peu très transversal,

292 d'être tous ensemble nous plaît assez.

293 Alors bon on deviendra peut-être adulte un jour.

294 Et puis troisième point qui me gêne aussi sur le plan des limites,

295 c'est que je trouve que les recherches que l'on fait sont très intéressantes, sont l'objet de discussions multiples quand on revient au groupe et tout ça

296 mais il manque peut-être un côté formel, un petit peu écriture de ces recherches. C'est-à-dire que c'est plus des notes qu'on prend quand on fait des recherches et qu'on ramène au groupe et ce n'est pas vraiment des choses qu'on formalise.

297 Alors y a un compte rendu de séance donc on essaie de le formaliser dans le compte rendu

298 mais je trouve qu'il y aurait un travail de structuration de l'écriture de ces recherches qui serait intéressant.

299 Je veux dire j'invente rien quand je dis ça, je veux dire ça existe dans la réflexion de ces groupes d'échanges de pratique, que ce soit la SFMG ou que ce soit d'autres, c'est vrai que ça me paraît important.

300 A : Merci, M1

301 M1 : Je vais sans doute redire tout ce qui a déjà été évoqué à ma façon. La convivialité c'est vrai,

302 c'est aussi le fait en groupe, c'est plus facile pour se former, c'est comme quand on fait du sport, c'est plus facile d'être à plusieurs, y a une espèce d'obligation et d'entraînement.

303 Et donc ça c'est le point positif, c'est quand même un moment agréable de retrouver les confrères autour d'une table, même si y a pas de table pour manger {rires}

304 Ce qui est positif aussi c'est l'objectif enfin du groupe, l'objectif est contenu dans son titre : « qualité ». Moi ça me plaît cela.

305 Et puis le troisième point positif, c'est effectivement ce qu'on a dénommé horizontalité,

306 c'est de s'apercevoir que les confrères qu'on met des fois pas forcément sur un piédestal mais qu'on pense plus compétent, mieux formé ou plus aguerri,

307 ont les mêmes problèmes, les mêmes difficultés que vous

308 et qu'on s'aperçoit que même en groupe on a pas vraiment, on sait pas comment trouver la solution et que c'est tout un travail d'élaboration qui se met en place.

309 Mettre la théorie dans la pratique, oui cela c'est intéressant.

310 Les difficultés : c'est que nous c'est le lundi soir (.) Le lundi c'est une petite journée pour les médecins et donc le soir on a certainement envie de travailler un peu plus (rires).

311 Ça nous prive de la participation d'une des consœurs qui est à temps partiel et donc le lundi, souvent on ne la voit pas venir car elle est en train de faire ses papiers pour le laisser le bureau libre pour sa collaboratrice le lendemain.

312 La difficulté c'est de tenir la distance. Donc euh , constat du mois de décembre de l'animateur : un seul retour de demande de thème pour la réunion pour une réunion thème libre, perception d'un essoufflement du groupe qualité, peu interactif avec un taux de participation lors des dernières réunions plus faible que les années précédentes et comparé à d'autres groupes.

313 Je ne sais pas depuis quand est notre groupe, 2008, 2009 ? {s'adressant à M6, coordonnateur des groupes qualité de région pays de la Loire} je sais pas. Et donc à la distance, il y a des difficultés, pour laquelle je ne sais pas quelle réponse on doit apporter.

314 REPONSES à apporter (MOI) Certains évoquent l'ouverture du groupe,

315 bon c'est difficile parce que le groupe qualité, c'est cadré, c'est formaté,

316 mais moi je pense que le fait d'avoir du sang neuf, un peu ben change le regard, oblige à expliquer autrement. Et donc c'est arrivé qu'il y ait des internes en formation qui viennent ou des remplaçants.

317 La participation d'experts, {M6 et M7 acquiescent} on y pense enfin d'experts, d'autres professionnels, on a fait une soirée avec des kinésithérapeutes sur le thème, qui c'est bien passé.

318 On inviterait bien des experts mais on a toujours peur que cela se transforme en FMC classique.

319 Il faut trouver des experts qui acceptent de jouer le jeu du groupe de pairs et que cela reste dans l'horizontalité et cela c'est pas évident.

320 La troisième chose un peu négative, c'est sur la restitution qui à mon sens n'est pas pertinente parce que c'est une restitution par les chiffres de la sécu et il y a des biais qui font que on est un peu frustrés de la réponse.

321 Je sais pas si on serait capable de mettre en œuvre la méthode qu'a décrit M7, bah oui, on relève les problèmes, on élabore la conduite à tenir à partir de l'expérience et des données de la science et ensuite on vérifie la faisabilité, la pertinence, c'est un audit { M7 signale de la

tête qu'elle n'est pas forcément d'accord avec le terme d'audit}, c'est une description d'une méthode d'audit.

322 Mais je ne sais pas si on peut mettre cela en place, ça demande du temps je suppose et ça c'est le côté unique du groupe de M7.

323 A : M2

324 M2 : Alors bon les points positifs je pense qu'on les a tous (.) enfin je rejoins un petit peu ce que tout le monde a dit sur l'amélioration des connaissances bio médicales

325 et puis aussi pour faire un petit peu le parallèle avec la convivialité,

326 il y a des fois où se pose ... où on partage plus que du bio médical je trouve. C'est-à-dire que moi ça m'est déjà arrivé de partager une situation clinique ou biomédicale qui était évidente pour tout le monde mais qui quand même avait posé problème à la fois sur le relationnel ou autre chose qui m'avait vraiment pesé.

326 B Et du coup rien que la fait de l'expliquer en groupe, euh c'est peut-être le principe de la psychothérapie mais du coup ça aide beaucoup pour ça.

327 Vraiment c'est convivial, ça c'est très intéressant

328 parce quand on est jeunes, on travaille toujours en groupe, on est formés en groupe et du coup ce travail en groupe, moi j'aime ça.

329 Donc le fait de rire sur des situations cliniques, ça c'est important, je trouve que c'est vraiment bien,

330 enfin pas forcément que de rire, mais partager ou même partager ses difficultés,

331 ça c'est vraiment important le travail d'équipe je trouve cela vraiment bien.

332 Et du coup j'ai l'impression de passer une bonne soirée à chaque fois, hein vraiment.

333 Alors sur les points négatifs, je suis peut-être un peu trop optimiste, j'en vois pas en fait. Donc après c'est du travail quand on doit restituer ses connaissances

334 mais euh vraiment je passe des bonnes soirées à chaque fois donc j'ai pas de point négatifs.

335 A : Merci M3

336 M3 : Je trouve que ce qui fait la force de notre groupe, c'est le côté extrêmement vivant des formations.

337 Je souhaite qu'on garde ce côté non inscrit dans un thème ou un autre, ça fait la richesse et aussi le côté vivant.

338 On va d'un sujet à un autre, moi ça me plait, c'est un peu ce qu'on fait dans la vie de tous les jours. Et je pense que j'ai envie de garder cette chose-là.

339 Le côté vivant aussi y a des aspects négatifs parce que dans le groupe y a des médecins plus fort en gueule que d'autres clairement {rires du groupe},

340 hein et que quelques fois, le fait de ne pas avoir d'animateur,

341 alors je suis assez d'accord avec M8, j'ai pas trop envie d'avoir un animateur dédié parce que là on sort forcément du côté totalement horizontal.

342 Mais bon c'est aussi quelque chose qui crée une difficulté parfois aussi avec des médecins qu'il faut parfois aussi un peu freiner

343 mais il y a une certaine auto régulation dans le groupe

344 y compris quand quelqu'un assène sa vérité et que les autres lui disent : ben attends t'as pas plus la vérité que les autres, il existe une espèce d'auto régulation qui se crée dans le groupe.

345 Ce que j'aime aussi c'est par rapport aux FMC classiques, c'est les recherches,

346 enfin, nous dans notre groupe quand tout le monde est d'accord pour une conduite à tenir ou sur la façon de faire on estime que à 6 ou à 8 probablement on se trompe pas trop.

347 Des que quelqu'un dit qu'il y a un problème, ça fait qu'on va se poser des questions, chacun argumente et s'il reste le moindre doute, ça doit mener à une recherche, c'est comme cela que ça se passe. {M8 acquiesce de la tête}

348 Alors ce que j'aime bien par rapport à un expert, c'est que dans nos recherches, on a la liberté d'aller voir ce qui se passe ailleurs. Souvent quand on a un expert, il va nous dire ben c'est comme ça, on fait comme ça. La dernière expérience que j'ai eue, le dernière recherche

que j'ai eue à faire c'était, est qu'il faut faire des ostéodensitométries, est ce que cela a un intérêt ? la question était volontairement provocatrice. C'était intéressant parce que dans mes recherches je me suis dit bien sûr on a des référentiels ici mais ça m'intéressait d'aller voir ce qui se passait dans d'autres pays.

349 Et quand on voit ce qui se fait au canada, en suisse, chez nous ou encore ailleurs, je vais pas lire les articles chinois {rires} mais j'ai vu des différences énormes et cela retraduire ça au groupe, on n'aura pas cela avec un expert.

350 Moi je n'ai jamais eu cela lors d'une FMC classique par un expert.

351 Alors bon après, le problème c'est qu'on a tous des carences en capacités à rechercher aussi parfois et sur certaines questions on cale un peu. {M7 acquiesce}

352 Et puis tout le monde, dans notre groupe n'a pas la même idée sur ce que doit être une recherche. J'ai eu récemment quelqu'un qui bon pour la question qu'il avait, il a téléphoné à un correspondant pour avoir la réponse.

353 Ben là on revient à la formation classique.

354 Mais c'est le groupe qui recadre, le groupe après qui s'auto régule qui va dire ben écoute : oui c'est gentil mais enfin ton expert là, il tient cela, il a quel niveau de preuves ?

355 Voilà bah sinon je partage la plupart des choses qui ont été dites.

356 A : **Q2 Relance 1** Ok , bon bah c'est très riche hein tout ce que vous avez dit, on essayer peut être de voir un petit peu plus loin, de préciser votre pensée, **en quoi ces groupes d'échanges de pratique sont plus adaptés à votre pratique** hein je crois qu'M7 a essayé de définir et de ce que ça **vous apporte en plus ou en moins par rapport à la FMC traditionnels**. Qui veut prendre la parole ? M7

357 M7 : je voudrais d'abord poser une chose, y a l'idée de fonctionnement du groupe, on ne fait pas des mini audits sur tout parce que c'est infaisable, enfin c'est infaisable, on peut le faire mais on passe son temps à cela.

358 Ça c'est contre-productif c'est l'HAS

359 Y a des thèmes où on se dit tiens ça ce serait intéressant de voir si c'est applicable ou pas,

360 on avait fait un truc sur les BPCO qu'on n'a jamais appliqué, on s'est dit notre formation elle nous a servi à rien, on a pas choisi les bonnes méthodes. Bon bah c'est comme ça,

361 quelques fois quand c'est bien on publie, quelques fois il y a eu des posters, notamment sur les épicondylites parce qu'on avait fait un très très bon « biblio med » avec M6 la dessus.

362 Mais c'est pas tout le temps, dans notre groupe, y a une idée générale de comment on veut travailler,

363 ce qu'on veut faire mais y a une adaptation en fonction de ce qu'on a décidé de traiter, en fonction de (.)

364 vraiment, pour arriver à, alors c'est ça qui va poser problème si on veut se faire labelliser mais j'ai pas envie de me faire labelliser d'ailleurs ni eux.

365 Et je vais défendre mon bout de gras, c'est vraiment, ben, devant tel problème il nous semble que, il vaudrait mieux fonctionner de telle façon, avoir un expert, et on va la faire.

366 Mais quand on parlait d'expert c'est la deuxième chose que je voulais dire ça veut pas dire qu'on lui demande de venir pour raconter son beurre, ça veut dire que nous de notre côté on fait des recherches et il va falloir qu'on argumente parce que nous on lui dit on a lu ça là

367 et il faut appliquer au système de soins français effectivement On va chercher, des que tu mets soins primaires, ce n'est pas beaucoup la France qui a publié, on trouve plus de choses suisses ou canadiennes ou belges.

368 Alors moi j'ai la chance d'avoir 2 personnes, une qui sait très bien faire les recherches bibliographiques, et puis une deuxième que ça intéresse beaucoup, alors ça nous aide.

369 Et puis comme on se connaît à peu près bien, on a assez confiance les uns avec les autres.

370 Un expert, il vient jamais avec ... , un expert, on lui d'accord mais maintenant il va falloir que tu vendes ton ,ta (.) Ah oui parce que les experts s'ils ne veulent pas fonctionner comme ça, c'est même pas la peine de les inviter.

371 On en invite que si on sait qu'ils sont capables de fonctionner comme ça. Alors on a parfois eu des couacs, eh bien si on a eu des couacs, on considère que cette formation ne sert à rien.

372 Donc ça c'est la première chose que je voulais préciser, on essaie de fonctionner le plus possible comme ça et puis y a des choses qui fonctionnent très bien on est très content, des choses dont on est moins content, ben tant pis.

373 A : Alors qui veut revenir là-dessus, ce qu'apporte les groupes de pairs par rapport à la FMC traditionnelle ? Oui M2

374 M2 : En fait ce qui est assez agréable, c'est qu'on puisse passer d'un sujet à un autre très rapidement, je pense que c'est un petit peu une gymnastique de pensée

375 qui fait que on a des petits trucs sur telle ou telle situation que, pour ma part je mémorise plus facilement que par exemple si je m'étendais sur un thème tout le long de la soirée je pense que je perdrais plein d'informations, alors que là finalement, plein de petits choses pratiques sur des situations simples, ça je les retiens

376 Donc euh c'est quelque chose dont je m'aperçois quand je consulte, où je m'en rends compte que oui cela ça m'a servi, ça ça m'a servi, ça oui je l'ai appris en groupe d'échanges et donc du coup, ça ça peut être une chose intéressante.

377 A : M3

378 M3 : Eh oui, je partage assez ce que tu dis,

379 ce qui est intéressant aussi c'est que l'on est actif dans cette formation

380 et je trouve que quand on fait une recherche, alors c'est vrai on ne fait pas toutes les recherches du groupe chacun d'entre nous, on en a une au maximum, en tout cas dans notre groupe,

381 et on a travaillé soi-même sur un sujet, c'est pas la même chose que de le recevoir de quelqu'un d'autre. Et que, on va mettre plus facilement en pratique quelque chose qu'on a recherché soi-même où on a sélectionné ce qui nous paraît adapté à notre propre pratique.

382 Je rejoins tout à fait ce que disait M8 tout à l'heure sur la structuration du rendu au groupe et des notes de lecture, comment on va les structurer pour qu'elles soient utiles aux

autres, pour qu'elles leur apportent autant qu'à nous qui avons, enfin tenté qu'elles leur apportent autant à eux qu'elles nous ont apporté à nous en la faisant nous-même et ça c'est souvent effectivement déficitaire. {M8 acquiesce}

383 Enfin nous on fait souvent des échanges de mails avant la réunion, alors après les choses peuvent se repréciser lors de la réunion mais y a souvent une petite carence de ce côté-là.

384 Y a aussi des outils qu'on va retrouver, on va sélectionner des outils, je reviens sur le même thème de l'ostéoporose, où là y a un outil qui a été fait par un interne pour son travail de thèse, eh bien qui est utilisable en consultation, et qu'on a pu partager avec les collègues du groupe et on s'aperçoit que tous, on a été capables de l'utiliser et on a trouvé cela intéressant.

385 A : donc adapté à votre pratique ?

386 M3 : voilà

387 A : M7 puis M4

388 M7 : En fait moi, c'est ce que je disais, je pense que ces groupes de pairs ça arrive, tant mieux pour les internes actuels, je parle de nous, avec M6 qui avons connu effectivement la seule formation proposée qui était une formation universitaire alors là tellement éloignée de nos pratiques mais où on était contents parce qu'on faisait de la science.

389 Moi je me souviens d'avoir suivi un cycle sur le diabète avec C. qui était un garçon exceptionnel qui parle remarquablement bien, j'ai tout compris ce qui m'avait dit mais alors quand je suis arrivée au cabinet je me souvenais plus de ce qui m'avait dit, fallait que je replonge dans mes notes, enfin bon inutilisable.

390 On a mis en place une formation associative et là c'était pas tellement dans la façon, y avait quand même des experts, mais c'était déjà pour que ça corresponde à nos besoins,

391 c'était déjà des petits groupes, on osait plus poser des questions, on commençait à pouvoir montrer nos lacunes,

392 mais malgré tout dans ces soirées où on était, parce que moi j'avais un gros groupe à l'époque, j'avais un groupe de 30 , 35, on faisait de l'interactif, on essayait de de ... quand 2 mois après, j'essayais de voir ce que j'avais changé dans ma pratique par rapport à ce que j'avais appris qui m'avait fort intéressé, il n'y avait eu aucun changement dans la pratique, c'est clair, y avait eu aucun changement.

393 Et moi je vais être un peu directive, faire celle qui comptait pas ... j'ai des associés qui continuent à fonctionner dans ce groupe, qui viennent aux journées de médecine interne là et je m'amuse, ils détestent ça, à leur dire alors qu'est-ce que vous avez changé depuis ce thème ? Ils trouvent ça très agaçant parce que ils ont rien changé, mais y a pas qu'eux(.) on est comme ça je veux dire.

394 Et ça correspond parfaitement à la description de l'apprentissage par la pédagogie active qui dit , alors je ne me souviens plus du tout des pourcentages, mais je crois que , et c'est pas lié au monde médical , c'est dans tout apprentissage : on retient 10% de ce qu'on lit, 20% de ce qu'on lit et qu'on écrit, enfin je vous les mets pas dans l'ordre mais on retient 60% des taches effectuées. Or dans les groupes de pratique, c'est bien ça, c'est on effectue une tâche donc on a quand même un tout petit peu plus de chances de mettre en application ce qu'on a fait que quand on a fait que l'entendre (M2 acquiesce}.

395 après une journée de travail fatigante, car je suppose que vous êtes tous fatigués, y en a qui mangent pas, nous on se fait nos plateaux repas donc on mange, enfin quand on est en hypoglycémie à 9H du soir

396 Et je crois surtout que nous dans notre groupe, on a renoncé et c'est pour ça qu'on essaie de voir un peu ce qu'on fait, à vouloir balayer tout, si on ressort avec 2 ou 3 réponses à notre question, et que 3 c'est quand même énorme, si on a déjà 2 réponses qui nous semblent pertinentes, sur lesquelles on a trouvé un consensus, on est très contents.

397 Parce que même dans tout ce qui était interactif, enfin y a vraiment beaucoup beaucoup de choses, et je trouve qu'on y arrive pas,

398 alors que dans ces groupes, c'est vraiment la méthode appliquée à ces théories de l'apprentissage, je crois que c'est cela l'avantage.

399 A : M4

400 M4 : du coup, moi ce que j'aime beaucoup c'est le côté échanges,

401 j'avoue que ça m'a jusqu'à maintenant pas bouleversé ma pratique, enfin je n'ai pas appris de choses qui m'ont complètement bouleversé ma pratique.

402 Mais ça m'a permis changer des petites choses qui me pourrissaient un peu

403 pour lesquelles j'étais pas sûr, mal à l'aise ou je perdais du temps,

404 soit ça m'a conforté

405 soit ça m'a fait prendre une décision parce que j'étais entre deux et à chaque fois je me retrouvais toujours entre deux.

406 Et là, ça m'a permis de me diriger et de gagner un petit peu de temps

407 et d'être un petit peu plus serein par rapport à ces prises de décision. Je crois que c'est cela que ça m'apporte le plus,

408 on n'hésite pas comme dans une FMC classique où on reçoit le message et puis voilà on ne va pas le modifier tandis que là on va pouvoir échanger sur l'information et voir si c'est modulable, pas modulable, ce qu'on en pense et ça c'est quand même un atout. {M3 acquiesce}

409 Et puis cela permet d'exposer des cas qui nous ont posé problème et de commencer à s'avouer que effectivement dans l'exposition d'un cas, on s'aperçoit que finalement, on n'a pas été nickel, on n'a pas été au bout des choses,

410 ben c'est déjà à mon avis de bonne augure pour le cas d'après puisque on y fera plus attention et je pense que c'est aussi pour moi un apport énorme.

411 M8 et après M6.

412 M8 : Je pense que les différents éléments que ce soit les groupes d'échanges de pratiques, que ce soit les formations classiques DPC ou autres, je pense que c'est assez complémentaire.

413 Moi enfin, le groupe d'échanges de pratique, je le mets moi au niveau de ce qui me sert comme étant effectivement des regards croisés sur des pratiques et des situations,

414 enfin des façons de faire, des expériences, des choses comme ça.(idem)

415 effectivement comme le dit M4, on prend conscience tout d'un coup, à voir les questions des confrères que y a des choses qu'on s'est pas posées, y a des choses auxquelles on a pas pensé,

416 ou qu'on a fait d'une autre façon, enfin des choses comme cela. Je trouve que cela c'est intéressant.

417 Par contre ce qui me gêne un peu dans le groupe d'échanges de pratique, ça doit pouvoir être faisable, je pense peut être que les groupe qualité sont justement peut être une façon d'y arriver j'ai pas d'expériences là-dessus.

418 C'est qu'en fait je trouve que nos recherches sont (.) gentilles,

419 on essaie de travailler au mieux, je veux dire,

420 le niveau de preuves de ce qu'on obtient,

421 l'homogénéité des travaux qu'on peut avoir à faire les uns et les autres laissent un peu à désirer quelque part {M7 acquiesce }

422 et je trouve que je trouve dans les DPC un peu formelles un peu organisés et compagnies, au moins quelque part une vraie mise au point sur la situation telle que la science est sensée à peu près exister à ce moment-là.

423 En sachant que y a loin de là que pas que la science mais.

424 Je dirais que le DPC m'amène des choses qui sont un petit peu formalisées, organisées sur l'état des connaissances

425 avec normalement au moins pour ce que je fréquente, des experts certes spécialistes

mais aussi des experts généralistes donc il y a quand même au moins

426 une espèce de retour à la pratique du généraliste en théorie.

427 Et puis le groupe d'échanges de pratiques est effectivement un partage d'expériences

428 un partage de regards

429 avec un travail de recherche

430 mais au niveau science, je ne les mets pas au même niveau,

431 mais on peut arriver à un meilleur niveau à une perfection certainement.

432 A : M6

433 M6 : Oui, je trouve que ce type de fonctionnement, de démarche de réflexion à partir de sa pratique, ça renforce la pertinence,

434 on est toujours dans la pertinence par rapport à la pratique, ça nous oblige vraiment,

435 on part du terrain et on est forcément pertinents, on est pertinents dans les questions, dans les réponses,

436 on est pertinents dans les outils parce qu'on critique beaucoup des outils tout faits qui sont absolument non utilisables en pratique courante.

437 Même au niveau de la recherche documentaire, dans les groupes qualités, on a un dossier documentaire sur lequel il y a une bibliographie,

438 et le groupe a un regard très critique vis-à-vis de la documentation qui est fournie. Donc il y a un petit peu cette lecture critique de la documentation qui est intéressant, donc c'est ce que j'ai fait de plus pertinent jusqu'à maintenant.

439 La FMC, on était avec le discours descendant,

440 l'évaluation des pratiques professionnelles, j'ai goûté cela ne m'a pas satisfait non plus,

441 c'est vraiment la démarche qui pour moi est la plus pertinente en terme de formation

442 Voilà.

443 A : M5

444 M5 : Oui en tant que jeune médecin, je pense que je peux dire cela, je pense que l'expérience est différente, on a tous des attentes différentes en fonction de notre durée d'exercice.

445 Nous avons été bercé par des niveaux de preuve, en fait on va dire cela comme ça, et que on arrive à un exercice sur le terrain où quelque part bien évidemment notre niveau de preuves est ancré en nous, donc on réfléchit un peu en niveau de preuves,

446 mais au-delà du niveau de preuves, il faut quand même le mettre en pratique et que les groupes d'échanges de pratique, nous permettent d'adapter ce niveau de preuves à une pratique.

447 Et que effectivement le niveau de preuve le plus élevé n'est pas forcément le plus pertinent en pratique. C'est ce que nous met en évidence souvent les groupes d'échanges de pratiques.

448 Après pour les FMC classiques, pour en avoir participé à quelques-unes, je n'ai pas une expérience très ancienne là-dessus, effectivement l'information descendante,

449 ce qu'on retient de l'information descendante, elle est tellement minime je suis pas sûr qu'elle soit pertinente aujourd'hui dans une formation continue.

450 A : M7 et puis après M3

451 M7 : Moi j'ai la chance dans mon groupe d'avoir des jeunes médecins, d'en avoir au moins deux qui sont (.), puis alors un très vieux, qui sont des fans de l'analyse critique de l'information et qui(.)

452 moi un peu, moins quand même, mais un peu parce que j'ai des fonctions de comité de validation à l'HAS,

453 donc je pense que c'est une chance parce que c'est un vrai boulot, c'est ce que vous disiez .Faut aimer ça quoi

453 b , alors moi j'ai 2 fans de ça donc ça nous permet d'avancer un peu {M8 acquiesce},

454 au moins de savoir quels sont, y a très peu de choses, le niveau de preuve d'ailleurs on s'en fiche, les ¾ du temps c'est inapplicable,

455 mais c'est que faut avoir une formation, faut avoir un entraînement, et puis ça c'est vraiment une gymnastique, plus on en fait plus, plus (.) en fait c'est quasiment une drogue.

456 Alors nous on a cette chance là donc effectivement c'est plus facile, ça je sais pas si on fonctionnerait aussi bien autrement, on est pas parfaits mais c'est plus facile .

457 Et puis on a décidé une bonne fois pour toute qu'il y avait des documents qui étaient des documents qui passaient au crible d'un comité scientifique à qui on allait faire plutôt confiance,

458 tant pis on sait bien que c'est pas parfait mais on va plutôt faire confiance, en ce qui concerne les données scientifiques et on s'appuie dessus

459 mais en sachant que c'est pas parfait mais de toute façon on pourra jamais être parfait, je veux dire, donc on fait au mieux puis voilà. {M8 acquiesce}

460 Et puis effectivement les niveaux de preuve c'est une chose,

461 on passe notre temps à l'HAS, à dire que tant qu'ils ne partiront pas des analyses de pratiques, ils ne pourront pas faire de recommandations applicables aux soins primaires, ça ils veulent pas ou ils peuvent pas, ça va rien changer.

462 C'est ce qu'on disait, les recherches documentaires, elle est pas seulement sur le niveau de preuves, elle est aussi d'aller regarder ailleurs ce qui se fait, ce que tu disais parce que c'est quand même le premier truc, si déjà y a des divergences au niveau des prises en charges, bon faut se poser la question si c'est en fonction du système de santé, mais bon y a des choses, on se rend compte très rapidement que c'est pas le système de santé, c'est les croyances, les représentations, les lobbying, les choses comme ça, ça va vite ce truc-là.

463 A : M4

464 M4 : Je voulais juste euh, je suis d'accord avec M8 mais M8 a un défaut : c'est que c'est un chercheur professionnel {rires du groupe}

465 M7 : on le voit bien à la rédaction (.) {sourire de M7}

466 M4 : Donc effectivement je pense qu'il est beaucoup plus exigeant, il a cette capacité d'aller très très vite à l'essentiel et de savoir ce qu'il recherche.

467 Moi je vois dans notre groupe qualité, là ça été moi qui suis rapporteur pour le dernier groupe qu'on a fait. Alors le souci du groupe qualité de la dernière fois par exemple c'était, (.) le thème c'était les urgences au cabinet médical, le truc, pschitt, très large qui a développé un nombre de questions absolument incroyable et euh (.) grosse chance c'est tombé sur moi {rires du groupe}, mais ce qui est complètement impossible. Même avec ma plus grande bonne volonté, je peux pas, faire de recherches assez exhaustives et ramener des choses avec des niveaux de preuves, je peux juste mettre des choses avec des pistes de recherches, avec des liens éventuellement et après, à chacun d'aller faire. Parce que ça part de l'éthique, ça part du médico-légal.

468 Donc c'est pas tellement ça que je vais rechercher dans ce groupe qualité, moi dans ce groupe qualité je vais plutôt rechercher l'échanges de pratiques,

469 oui, savoir qu'on est tous dans les mêmes difficultés,

470 et savoir quels petits trucs on a pu trouver ou pas,

471 et après effectivement si moi j'ai une question qui m'arrive pendant le groupe et bien je vais rechercher aussi personnellement et après j'attends les pistes de recherches, mais je n'attends pas de ça une expertise scientifique irrévocable : voilà j'ai fait ma recherche, tenez je vous donne ce qu'il faut faire, j'attends pas ça.

472 A : Est-ce qu'il y a encore quelqu'un (.) alors je vais être un peu castrée, on va prendre les 2 dernières interventions, donc M3, puis M7.

473 M7 : C'est dommage de ne pas écrire un peu plus ce que l'on fait,

474 hein, j'espère que les jeunes générations qu'auront ont été plus habituées que nous pourront le faire

475 mais ça demande vraiment des compétences, que nous on a pas acquises même si j'écris des trucs, de séminaires, des DPC, c'est autre chose et ça demande beaucoup de travail et de savoir-faire .

476 J'espère que les jeunes qui sont formés à cela pourront le faire plus facilement.

478 A : C'est pour ça qu'on les embête avec les récits, mais bon (.), M3

479 M3 : Euh oui, ma conclusion à moi c'est que, c'est quand même un super outil, le groupe d'échanges de pratiques, anti « burn-out » des médecins

480 et anti médecins déviants.

481 Ben je pense oui, parce que quand on s'aperçoit au sein du groupe, on se dit ben moi je fais ça et les autres y font pas la même chose, ben je me dis c'est que je dois avoir une pratique qui dévie un peu de la norme.

481 Donc ben ça permet de se recadrer sans qu'il y ait de jugement pour autant des collègues donc je trouve cela intéressant.

482 Anti burnout parce que voilà, on est tous les mains dans le cambouis et on s'aperçoit que qu'on a tous les mêmes difficultés

483 et de pouvoir les partager

484 et d'essayer de les résoudre ensemble, ben je crois que c'est un outil très fort pour ça.

485 Et puis euh, oui je crois que le côté intéressant, et que je ne sais pas vous dans vos groupes, enfin vous en avez parlé, nous on a un pharmacien dans notre groupe. Et bien c'est un rapprochement de nos deux professions parce qu'on travaille souvent de façon isolée et là le fait de parler avec lui, il nous apporte beaucoup, dans notre groupe.

486 Alors des fois on le place même en position d'expert, peut-être trop d'ailleurs {rires M3}, et euh mais en tout cas c'est aussi un rapprochement et je trouve cela intéressant pour cela aussi.

487 A : Ben écoutez, je remercie M3 qui vient de faire la transition avec **ma 3^e question, c'est que vous apporte les groupes d'échanges de pratiques dans votre pratique quotidienne**, on y a déjà un petit peu répondu, pas mal même est-ce que vous voulez ajouter quelques choses sur l'impact, le changement de pratiques, sur ce que ça vous apporte. **Et voilà est-ce que vous validez les groupes d'échanges de pratiques dans votre formation professionnelle ou est-ce que vous souhaitez le faire ?** On a déjà un peu répondu à cela, alors qui souhaite prendre la parole ? Alors M1

488 M1 : Oui, euh , y a des choses exemplaires qu'on a faites, on est allés jusqu'à faire des fiches à remettre aux mamans et à mettre des posters en salle d'attente sur la conduite à tenir devant la fièvre chez l'enfant, donc à partir du groupe qualité, (rires M1) ,

489 mais c'est rare, c'est rare d'arriver à développer comme ça des outils, et des choses pratiques qu'on utilise quotidiennement,

490 c'est plus difficile la plupart du temps à évaluer.

491 Et je pense que c'est une chose qu'on ne fait pas assez dans le groupe justement, de mesurer l'impact sur la pratique. Méthodologiquement c'est pas facile non plus.

492 On a une idée, on a un sentiment sur ce qu'est fait mais ce n'est pas une mesure.

493 A : quelqu'un veut intervenir un petit peu dans ce sens ?

494 M7 : Moi, déjà quand j'ai l'impression que ça me facilite mon travail, quand ce qu'on a fait, qu'on est mis des outils ou pas, quand j'ai l'impression que ça me facilite ma prise en charge quotidienne des patients sur la problématique, je me dis que ça a servi à quelque chose, quand je suis plus à l'aise.

495 Puis après on essaie de mesurer,

496 mais c'est pas sur toutes les séances, c'est une fois de temps en temps. Quand on mesure c'est pour faire plaisir à la société savant à laquelle on adhère qui veut que (.) qui a besoin de publications donc on mesure.

497 Mais si quand même parce que c'est désespérant de mettre en place des choses qui ne servent à rien, donc si ça sert à rien on arrête je veux dire. C'est plus dans cet esprit-là, finalement on a fait ça, ça sert à rien donc on fait plus.

498 C'est ça et puis effectivement je pense que pour le « burn-out » c'est une bonne chose.

499 Moi je ne pourrais en tout cas plus jamais revenir à une formation telle que je les faisais.

500 La journée de Thierry Ponge qui est un garçon éminemment sympathique, tous les ans je me dis, oh Ce serait quand même sympa d'y aller, mais qu'est-ce que je vais aller foutre là-dedans, je vais m'enquiquiner, je vais argumenter à chaque fois qu'ils vont dire quelque chose et (.)

501 Vraiment je trouve que c'est du temps perdu quoi, autant aller voir les copains et faire des courses en ville. Je peux y aller pour voir des copains, je sais bien que j'irai pas pour(.) Euh j'irai avec Yves pour tchatcher toute la journée avec Yves

502 mais ce ne sera pas pour modifier les pratiques après ça c'est clair

503 Et puis quand je dis modifier, c'est pas des grosses choses, c'est des toutes petites choses.

504 A : M6

505 M6 : Oui moi je voulais rebondir sur l'essoufflement (de M1 à priori). Je ne sais pas quelle est votre antériorité, ancienneté dans cette démarche, mais nous on a 5 ans de recul, peut être un petit peu moins pour certains de vous, de toute façon,

506 quand un groupe s'essouffle, moi, on ne peut y trouver son (.) ce que l'on cherche, à partir du moment où c'est utile. Si on n'arrive pas, si on reste dans la (.) ça peut être intéressant, la discussion, l'échange et tout ça

507 mais je pense qu'on a besoin de trouver des outils pour avoir une pratique plus facile, {M3 acquiesce}

508 donc il faut que ça soit utile.

509 Si on s'essouffle, c'est qu'on passe à cote de ce caractère, euh mise en application , utilité, il fait qu'il y est des choses concrètes ,

510 mais chaque groupe met ce qu'il a envie de mettre aussi dans ce fonctionnement-là.

511 A Il faut aussi à l'intérieur aussi des gens (.) pas des leaders mais on a besoin de moteurs,

511 B on a besoin d'insuffler de choses nouvelles, {M3 acquiesce} on ne peut pas rester (.) Tout le temps sur un petit peu le même fonctionnement mais euh voilà.

512 Je suis désolé mais au sein des groupes qualité, la liberté est totale en termes d'innovation, de réalisation, de mise en application

513 et je pense que si vous arrivez pas à trouver des choses comme ça, c'est normal que vous, vous allez vous essouffler et que vous allez vous lasser.

514 Alors d'un autre côté, un groupe, ça doit vivre, un groupe, il a besoin de se renouveler, un groupe, on peut comprendre qu'au bout de quelques années, on ait envie de faire autre chose.

515 Il faut que le groupe soit ouvert, ouvert aux internes, aux saspas, aux para médicaux, il faut que ça soit un espace de transversalité professionnelle.

516 S'il n'y a pas tout ça, mais si n'y a pas des choses utiles pour la pratique, euh voilà.

517 Et puis quand on en a marre, je pense que faire une chose, c'est la place à quelqu'un d'autre, il faut aussi que ça se rajeunisse, {M3 acquiesce},

518 y a des gens qui partent, moi ce qui m'intéresse énormément, c'est qu'au niveau des groupes qualités, tous les gens qui partent à la retraite, leur successeur ou leur remplaçant intègre le groupe qualité.

519 Et nous on a un besoin de rajeunissement des groupes qualité, voilà parce que c'est parti de papis un peu comme moi qui commence à plus faire figure de jeunes médecins. {rires du groupe}.

520 A : M4

521 M4 : Juste parce que je ne partage pas tout, donc ce qui est bien. Ce que je retire plus et je pense que ce qu'on retire plus de ces groupes

522 ce n'est pas tellement l'apport scientifique ou la réponse claire à une question,

523 je pense que c'est beaucoup plus insidieux, ça se fait beaucoup plus dans le temps, c'est déjà la capacité d'exposer, de se remettre en question, {M3 et M8 acquiescent}

524 de s'exposer aux autres et euh,

525 rien que cette réflexion là sur sa pratique,

526 ben c'est déjà quelque chose qui nous fait modifier notre pratique

527 et ça effectivement c'est pas quantifiable, c'est difficilement quantifiable.

528 Et je crois que cette capacité, tous les mois, de se remettre un peu en scène, de réexpliquer un peu ce qu'on a fait, pourquoi, de se reposer les questions, eh bien ça je pense que c'est un apport énorme sur ce que j'attends du groupe qualité.

529 C'est pas tellement, forcément la réponse scientifique à la question qu'on va se poser à la fin de la séance.

530 A : M5, tu voulais dire quelque chose ?

531 M5 : Oui, eh bien ce que vient de dire M4 était très intéressant, effectivement je souhaite le redire pour que ce soit bien entendu, c'est la remise en question, effectivement c'est ça, mensuellement, une remise en question ça c'est très important,,

532 ça évite la routine.

533 Et puis également pour répondre à la question des apports, les apports ne sont pas une réponse scientifique importante mais des petites choses au quotidien, pratiques, dans la consultation.

534 A : M7

535 M7 : Alors moi ce que M2 a dit m'a beaucoup plu, c'est-à-dire qu'elle était contente en sortant de sa formation, donc moi j'ai besoin aussi en sortant d'avoir passé un bon moment,

536 c'est-à-dire d'avoir ces petites choses,

537 effectivement, parfois y a rien mais au moins je suis contente quand je sors parce que j'ai eu l'impression d'un moment de partage intellectuel,

538 de remise en question,

539 c'est à la fois de l'évaluation,

540 mais j'ai eu l'impression d'avoir mouliné effectivement avec des gens pendant 1H30, d'avoir réfléchi et d'être contente de ça.

550 Ce côté, dans un groupe de pairs, il faut effectivement qu'à la fin de la séance, ben j'ai passé un bon moment, ça je crois que c'est important.

551 A : M3

552 M3 : Moi je dirais comme M6, on dit que ce groupe, faut qu'il vive, et donc quand on dit que ça vit faut que ça meurt aussi enfin, il y a un petit peu de ça. Soit il meurt complètement, soit il se renouvelle

553 A : = il se régénère

554 M3 : oui il se régénère, le premier groupe avec certains membres est mort mais il y en a un autre à la place, et ça c'est hyper intéressant

555 parce que je pense qu'effectivement, on peut finir par, quand on est tout le temps, tout le temps le même groupe et c'est peut-être l'écueil dans lequel on peut tomber, finir avec des (.) on rentre dans des routines, dans des routines de fonctionnement.

556 Voir d'autres horizons, voir d'autres professionnels avec qui on travaille habituellement, des gens qui ont une pratique dans un autre contexte professionnel que le nôtre.

557 Si on pouvait quelque part échanger nos groupes de temps en temps, {M6 acquiesce} faire des mix, ça serait surement formidable, avec des fonctionnements entre le groupe qualité, le fonctionnement qu'on a nous, ce serait certainement très très riche

558 A : M8

559 M8 : Moi je voulais revenir sur ce qu'on dit M2, M7 et puis un petit peu tout le monde. C'est effectivement c'est un moment de convivialité très fort,

560 le premier point à l'ordre du jour de la réunion suivant c'est qui amène les gâteaux {rires du groupe} et c'est fondamental, je veux dire c'est très important,

561 et effectivement ça participe du climat qui fait qu'on a envie d'y retourner et qu'on a envie d'y être

562 Donc ce n'est pas un moment de travail au sens classique du terme, c'est un moment aussi de convivialité,

563 de socialisation {M3 et M6 acquiescent},

564 de formation d'un groupe aussi,

565 « de résistance » aussi entre guillemets au stress du métier,

566 on retrouve un petit peu tout ça dans ce que vous disiez les uns les autres, enfin je trouve que c'est le premier enseignement que j'y trouve, enfin c'est le premier point positif que j'y trouve.

567 A : quelqu'un veut finir ?

568 M7 : Et puis je trouve que (.)

569 A : M7

570 M7 : c'est aussi souvent, on dit souvent amener des améliorations,

570 B M7 : très souvent aussi dans ces groupes c'est très valorisant pour ce qu'on fait, finalement ça a un côté aussi de se dire, eh ben finalement je fais plutôt pas trop mal ou je fais (.)

571 ça c'est quand même important je trouve, d'avoir de la part de ses confrères de voir que, on galère sur les mêmes choses,

572 et puis on va améliorer

573 mais s'en tire pas trop mal sur ce qu'on fait et puis qu'on est plutôt bon {rires du groupe}, quoi moi je trouve que c'est bien de se dire qu'on est plutôt bon de temps en temps, qu'on est même

574 très bon par rapport à la moyenne {rires de M3 et du groupe}

575 et donc voilà.

ANNEXE 11 : Transcription du Verbatim du FG des internes

Donc on va commencer ce groupe, ce focus groupe qui porte donc sur les groupes d'échanges de pratiques, que vous avez suivis au cours de votre saspas. Je rappelle un peu les règles, vous aviez une réunion en principe, une fois par mois, le soir, avec un groupe d'internes et des MSU, qui faisaient partis du groupe. Vous aviez en général, une consultation qui était désignée à l'avance et que vous deviez exposer. On est bien d'accord, on part la dessus, donc je commence ma première question.

A : Q1 : Quels sont les points positifs ou négatifs que vous retenir de ces groupes d'échanges de pratiques ? Qu'est-ce que vous souhaiteriez modifier ?

A : Est-ce que c'est clair pour tout le monde ? On commence par M1

M1 : euh (.), alors les points positifs, c'est vraiment le le (.) c'est vraiment le ressenti puis effectivement (.) les échanges, c'est bien trouvé comme nom, ça désigne bien le type de réunions. Et de se rendre compte de la difficulté que chacun a, et de se rendre compte que parfois on a bien les mêmes. Mais aussi, dans d'autres cas, où effectivement, l'un apporte à l'autre son expérience et puis sa vision, euh ça c'est vraiment euh pour moi le gros point positif, d'apprendre ben ce qu'on ne peut pas apprendre dans les livres, parfois aussi les façons de faire, euh voilà.

Et notamment quand, en saspas, vu qu'on est en autonomie, on commence à prendre un peu ses habitudes de faire des prescriptions et je trouve que c'est bien aussi de commencer à se rendre compte que chacun fait un peu différemment et euh de pouvoir partager ça en fait.

Après les points négatifs, euh (.) euh ben ce qu'est important, c'est le fait de pas être jugé, de pas juger, euh moi en fait j'ai eu 2 groupes. En fait j'avais commencé par un premier groupe et puis qu'il y a eu des absences, j'ai changé ensuite et euh c'est vrai que le deuxième groupe était plus euh, je me sentais beaucoup plus à l'aise. Donc c'est vrai que c'est important.

Après c'est vrai que par rapport aux intervenants, enfin le médecin qui était plus là pour modérer, pareil des fois, ils étaient plus à partager leur expérience, parfois une attitude, je

dirai profs-élèves, un peu plus à annoncer comme si c'était une réalité, enfin une vérité qui pouvait pas être modulée. C'était rien de , de méchant ni rien mais c'est que parfois il y avait un décalage entre le groupe d'internes et le médecin, et je trouve que c'était mieux de se sentir tous sur le même pied d'égalité même si on a moins d'expériences etc... donc euh voilà.

Les choses à modifier, non (.), le modèle, je ne pense pas qu'il y ait des choses à modifier, je ne vois pas.

A : Merci, M2

M2 : Alors ben euh, tout d'abord comme point positif, c'est faire découvrir ce que c'est l'échange de pratique parce que moi j'avais jamais entendu parler avant et j'y serais jamais venu je pense sans cette expérience.

Après, ben comme ça a été, dit, moi j'ai beaucoup aimé, et je trouve que euh, le cote très pratique, c'est qu'il y a pas de préparations, pratiquement, c'est très facile d'accès, et euh qu'on s'enrichit en peu de temps avec l'expérience de chacun. Ça c'est les gros points positifs et donc ça permet ben de se remettre en question, sans vraiment le chercher, juste en discutant. Ça c'est très bien, après y en a plein d'autres. Euh, on a parlé des échanges, de confronter sa pratique, la remise en question, euh (.) après, euh je rebondis la dessus euh (.) ah oui c'est vrai, alors , oui peut être plus sur les points négatifs, sur , euh lors de mon stage, ça avait commencé tard, ça c'était fait que les 2 derniers mois ou les 3 derniers mois, y avait eu un couac, donc c'était dommage mais ça c'était plus un cote d'organisation.

Après j'avais un peu senti aussi du fait qu'il y avait un décalage entre les internes et des médecins plus âgés, dans certains groupes, ça dépendait des médecins et de leur expérience des saspas, une différence un peu. C'était pas voilà, y avait un peu une démarcation, pas tellement ceux qui savent et ceux qui savent pas mais des fois ça en était pas loin. Donc ça c'était un peu peut être à retravailler, mais sinon moi j'ai trouvé cela super d'ailleurs je continue à en faire. Je trouve que c'est vraiment une manière très FACILE de de se remettre en question, d'avancer puis de relativiser par rapport à certaines recommandations qui sortent brutes et là c'est vraiment travailler dans notre expérience, comment tu fais ? Comment je fais et de chercher la meilleure manière de faire, c'est (.) mettre un peu toutes les expériences pour arriver au mieux, non c'est (.) que du plus.

A : Merci, M3

M3 : alors euh , les points positifs, c'est aussi de faire découvrir ce qu'était un groupe d'échanges de pairs, un groupe d'échanges de pratiques, après euh vraiment le fait de prendre UNE consultation prédéfinie et pas de la choisir, ça permet de discuter, même une consultation qui paraissait banale, euh puis de voir des choses, qu'on aurait pu faire autrement même sur le plan relationnel avec le patient, ça je trouve que c'est vraiment un des gros points positifs dans le GEP.

Après moi, le point négatif des GEP pendant le saspa, ça a été justement, des fois , de me sentir un peu jugée et justement la différence, j'ai trouvé qu'avec certains médecins, y avait vraiment un gros décalage entre (.) ben un médecin qui se positionnait comme oui, un peu enseignant , et moi je me revois une fois avoir été questionnée comme si je passais l'internat, enfin des questions très , très scolaires, j'avais pas euh , je trouvais que c'était pas le but de ce GEP , j'ai pas retrouvé des fois, la relation d'échange euh (.) entre pairs.

Et euh dans les choses à modifier, moi je verrai bien peut être de le faire plus tôt pendant l'internat, pendant nos stages chez le prat et peut être que qu'on soit en autonomie entre internes, on peut le faire après, je sais pas, je verrai bien quelque chose comme ça, moi en tout cas , qu'il n'y est plus cette différence justement avec des médecins qui sont censés bon , donner un cadre , je pense pour nous apprendre à faire nos GEP mais pas de euh de questions différentielles enseignant –élève.

A : Merci, M4

M4 : Alors dans les points positifs, euh ouais je trouve que c'est intéressant de le présenter en tant qu'internes pour justement découvrir comment on peut se former et euh effectivement c'est une formation qui est assez facile, parce que en proximité, parce que il y a un groupe de créer, et que ça puisse s'inscrire dans le temps sans que ce soit trop lourd et ne fois par mois je trouve que c'est, c'est pas mal comme rythme.

Après , je trouvais cela intéressant, d'avoir justement différentes pratiques et puis euh de rechercher, le coté recherches après le groupe, je trouvais cela assez intéressant en fait de la faire par rapport aux questions qu'on s'étaient posées sur euh bon bah en théorie voilà les recommandations, en pratique , qu'est-ce qu'on en fait , mais en même temps on les recherche quand même et du coup ça permet aussi de revoir de la théorie associée à la pratique, je trouvais que c'était bien.

Et après dans les points négatifs, ben il y avait le problème de pas forcément être toujours en nombre, ce qui était parfois un peu difficile de regrouper, d'avoir un groupe qui se suit.

Et puis après effectivement en fonction des intervenants, il y avait des médecins qui étaient complètement au même niveau dans l'échange et dans le (.) les différentes pratiques et de l'expérience et puis y en a où effectivement c'était plus de remettre la théorie plus que de l'expérience pratique quoi.

Et après, ben après y avait le côté organisation, fin de consult, fin de journée où c'est un peu la course quoi mais bon ça je pense que c'est propre de chaque formation, et de voir comment on l'organise mais (.) bon.

Après pour les modifier, ben euh, c'est vrai que peut être que de le commencer plus tôt, ça peut introduire euh (.) sur le temps, enfin dans la durée en tout cas, ça peut peut-être aider, à le poursuivre aussi après.

A : Merci M5

M5 : Euh, du coup concernant les points positifs je suis euh assez d'accord avec ce qui a été dit précédemment, c'est vrai que c'est une sup... très bonne expérience. J'ai beaucoup aimé, j'ai trouvé que c'était très enrichissant. Euh je trouvais, en fait on définissait toujours la séance précédente pour la suivante, quelle consultation on allait exposer, donc par exemple, la première de la journée ou la première de l'après-midi donc c'est vrai qu'on choisissait pas une consultation, c'était vraiment (.) et donc ça arrivait que parfois c'était des consultations qui pouvaient paraître très banales euh, un motif de consultation très simple et on apprenait quand même beaucoup de choses même sur quelque chose de très simple, enfin qui paraissait en fait très simple et en échangeant avec tout le monde, on se rend compte que personne n'aurait vraiment fait de la même manière et c'est cela qui est enrichissant. Je trouvais qu'on apprenait des choses sans vraiment s'en rendre compte, l'apprentissage assez facile.

Euh, concernant les points négatifs, moi j'ai été un peu déçu parce qu'en fait j'avais rarement le même groupe, en fonction de séances. Certains séances, j'avais des groupes avec lesquels on échangeait énormément, et les enseignants qui se mettaient vraiment au même niveau que nous et qui présentaient une consultation X de leur journée, mais euh voilà, on avait vraiment l'impression d'être au même niveau, ils n'étaient pas là pour juger mais plus pour discuter vraiment. Et d'autres séances, comme les autres (.), y avait vraiment le professeur qui

critiquait un peu notre manière de faire sur telle ou telle situation, et ça c'était un peu dommage, je pense que ce n'était pas le but du groupe.

Euh après au niveau de l'organisation, j'ai été déçue parce qu'on n'avait pas toujours le même groupe, donc euh je trouve qu'au bout d'un moment c'est bien d'avoir toujours les mêmes têtes parce qu'on est plus à l'aise et parle plus facilement, quand on change et bien c'est un peu plus difficile. Euh au niveau de l'organisation, c'était en fin de journée, des fois c'était un peu tard, c'est vrai que quand on n'habite pas sur Nantes, des fois (.) bon ça restait qu'une fois par mois donc c'est quand même tout à fait faisable.

A : Merci, M6

M6 : Bah du coup, j'ai pas grand-chose de nouveau à apporter je pense, enfin moi ce qui m'avait , ce que je retiens de positif, et qui m'avait étonné au début c'est vraiment tout ce qu'on peut tirer d'une consultation qui effectivement peut paraître banale, euh la première de l'après-midi , bon ben voilà, c'est pas forcément celle dont on aurait pensé parlé , et puis quand on y réfléchit , quand on se questionne tous ensemble , eh bien on en fait quelque chose d'intéressant quoi . Euh, et après je me suis n peu heurté aux mêmes difficultés que les autres, j'ai eu aussi le soucis de changement de groupes, euh et c'est vrai que d'un groupe à l'autre , euh en fonction des personnes et puis aussi du médecin traitant, la dynamique est quand même vraiment différente, on réfléchit plus ou moins, on se sent plus à l'aise ou pas, enfin voilà.

A : Est-ce que tu souhaites des modifications ?

M6 : euh non, c'était pas mal tel quel, bon après y a des problèmes d'horaires, etc mais je pense que ça reste posé quoiqu'on fasse.

A : Merci, M7

M7 :Alors moi bah pour les positifs, ben c'est comme tout le monde a dit, c'est très enrichissant et c'est vrai que , enfin du coup, on ose parler de nos peurs aussi, parce que c'est vrai que parfois on a des difficultés et on pense qu'on est tout seul à avoir ce genre de difficultés, et on se rend compte qu'en fait en parlant , (.) on est tous internes même si il ya un senior , souvent il nous met à l'aise du coup on peut dire : eh ben j'avais peur, je savais pas, vous auriez fait quoi et on se rend compte finalement qu'on est pas tout seul à avoir les mêmes difficultés. Donc bien souvent, on a à peu près tous les mêmes difficultés souvent au

même endroit donc c'est un petit peu rassurant. Euh parce que bien souvent je pense que parfois on manque de confiance en soi et là ça permet de voir que on est un peu tous pareils et qu'on arrive du coup à trouver des solutions et que finalement on est pas tous seuls en médecine, et qu'on peut toujours appeler un collègue aussi. Enfin je trouve ça apporte (.) c'est bien quoi. {rires M7}

Et puis bah pareil, c'est hyper enrichissant de voir les expériences des autres et en effet on apprend sans apprendre, du coup c'est pas contraignant, à part l'horaire, mis pff du coup on y va, avec notre consultation, on la raconte juste et après c'est juste un échange comme ça.

Euh au niveau des points négatifs, c'est vrai que nous l'organisation, on a appris cela 3 jours avant qu'on avait un GEP, on ne savait pas ce que c'était, on a reçu un texto à minuit {rires M7}, faut aller un GEP, du coup, on l'a pas forcément très bien pris parce que on avait l'impression qu'on était encore, enfin vu que c'est ça, on était l'interne, et on était obligé de faire quelque chose encore et du coup on savait pas ce que c'était, du coup on a trouvé cela très bien. Mais sur la façon dont cela a été fait par sms, faut venir demain à 23H {rires du groupe}. On n'était pas très (.) surtout que ben voilà, y avait des sessions où y avait pas eu de GEP donc en fait on était pas du tout informés de ce que c'était donc je pense effectivement que ce serait bien peut être de plus informer, que en saspas, enfin au niveau des choix de stage que y a des GEP et expliqués à ce moment-là ce que c'est.

Après le faire avant, personnellement je pense que c'est bien de le faire en saspas parce que avant on est en prat 1 et on n'est pas, enfin ça dépend des gens mais des gens qui ne sont pas du tout autonomisés dans le prat 1 et donc du coup je pense qu'on ne peut pas trop discuter quand on n'est pas vraiment autonomes. L'avantage du gep c'est vraiment quand on est seul face au patient, qu'on est avec nos difficultés. Si on a le médecin juste à côté ou qu'il nous surveille, ben c'est un petit peu biaisé pour faire les échanges de parole, enfin c'est ce que je pense.

Voilà donc à modifier ce serait peut être juste d'informer qu'on aura ça et peut être donner un planning un petit peu avant, parce que c'est toujours pareil, quand on nous donne 2 jours avant, bah parfois on avait des choses de prévu ou y a des gens qu'ont des gardes enfin du coup c'est pas forcément simple, voilà.

A : Ok merci beaucoup, M8

M8 : Alors pour les points positifs, bah pour du coup, je trouve que c'est effectivement intéressant de le découvrir, moi je ne connaissais pas avant ce qu'était un groupe de pairs donc c'était intéressant de le découvrir à l'occasion du saspa. Euh effectivement je pense pas que ce soit utile quelque part avant , parce que en stage prat, on est pas effectivement encore autonome mais euh c'est bien effectivement de le découvrir et puis peut être effectivement ; enfin là je passe peut être sur les améliorations , mais de le faire effectivement progressivement et peut être effectivement au début d'être avec un modérateur et puis petit à petit faire peut être que en groupe d'internes pour voir effectivement, pour découvrir ce que c'est aussi qu'avec des internes, enfin c'est une proposition.

Mais euh après donc pour les points positifs, c'est vrai que c'est très enrichissant, ça permet de voir différentes façons d'envisager une prise en charge par rapport à un cas de patient et devoir qu'il n'y a pas qu'une façon de faire effectivement pour un cas particulier.

Pour les autres points positifs effectivement les recherches, qu'il y a à faire après les questions qu'on s'est posées, sont très importantes aussi, et puis c'est là qu'on apprend aussi des choses. Euh et euh par rapport à ça, alors moi je sais que, on avait, enfin je pense que c'est pour tout le monde pareil, on devait effectivement parler d'une consultation prise au hasard dans la journée. Alors nous on n'avait pas, pareil c'est peut-être pas toujours le même groupe à chaque fois, on n'avait pas forcément dit avant laquelle des consultations il fallait retenir, donc c'était un peu une consultation prise au hasard. Et euh ensuite c'est vrai qu'on devait parler des consultations qui nous avaient posé problème, si on avait le temps ou des choses, des questions éventuelles qu'on avait. Et ce temps-là était un petit peu, raccourci très souvent alors que je pense que c'était intéressant aussi de pouvoir parler de certaines choses dont on avait pas forcément l'occasion de parler en saspa, de questions qu'on avait ou plus précises.

Et puis dernière chose, c'est vrai que par rapport au modérateur, effectivement parfois il avait peut-être plus tendance à faire la conclusion quelque part en disant , enfin comme ce qui a été dit en peu, en disant bah euh non là c'est comme ça alors que peut être que effectivement parfois y avait des personnes qui étaient pas forcément d'ailleurs entre elles et il aurait peut-être plus fallu , peut être dire faut faire une recherche la dessus plus tôt que enfin (.) peut être après euh .

Sinon au niveau des points négatifs, j'en vois pas d'autres sinon.

Je pense qu'effectivement, pour les horaires, y a pas trop d'autres choix quand on est en saspas de faire cela tard de toute façon.

Et puis après pour les choses à améliorer, c'est peut-être plus euh dans l'évolution peut être du groupe de pairs peut être sur 6 mois même s c'est compliqué d'avoir tout le monde à chaque fois , à chaque séance, et qu'il y est un suivi par contre avec les mêmes personnes, parce que ça c'est important, on avait tout le temps des modérateurs différents et du coup, on reparlait pas par exemple quand il y avait eu des choses , des recherches à faire ou des suivis de patients aussi . Il y a eu des fois où y avait des patients qui euh, voilà on attendait de savoir la suite, l'interne devait nous raconter la suite, ce qui c'était passé au final et du coup, on n'avait pas forcément la suite la fois d'après, enfin la « fin de l'histoire » entre guillemets. Donc euh voilà c'est tout ce que j'ai à dire.

A : Ok merci beaucoup, est ce que quelqu'un veut rajouter quelque chose là ? Oui M2

M2 : oui une chose aussi que j'ai trouvé intéressante, c'est sur les recherches, justement en fin, pour apprendre où rechercher. Justement on en parlait après, où est ce que t'as trouvé l'information ? Sur quels sites ? Dans quoi ? et c'était intéressant de se dire, tiens il recherche là-bas, c'est pas mal ou sur les recos de l'HAS, ou euh ça donne pas mal de pistes et une aide justement quand on est après seul, où aller chercher des informations, ça j'avais trouvé que c'était aussi un point positif.

Euh voilà c'était ça que je voulais rajouter, alors après je ne sais pas si c'est le moment d'en parler mais euh sur est ce qu'il faut faire le GEP avant ou pas ?

A : On va peut-être en parler dans la suite enfin mais tu peux dire ton opinion.

M2 : ben, je rejoins un peu l'avis (.), c'est vrai que les problématiques de quelqu'un qui est encore en formation, en stage prat niveau 1 sont pas les mêmes, je pense que quelqu'un qui est en fin de cursus ou d'un médecin qui travaille. Et moi je pense que j'ai plus des questions en tant que stage prat niveau 1 ou en début de de, de pathologies, de diagnostics plus que de l'environnement de la consultation, comment ça s'est passé, euh autres qui sont plus peut être les problèmes dans le fond qu'on retrouve après. Je pense que pas que ce soit moins enrichissant.

A : M4

M4 : Ben justement moi je me dis que ça peut être aussi l'occasion d'aborder différents points et de revoir des problèmes diagnostiques qui sont des fois des reproches qui sont fait , à priori , enfin aux cours qui sont fait en tant qu'internes on est plus dans l'échange de , enfin plus sur le relationnel et les problèmes de de comportement ou de , comment on communique avec des patients, et euh que peut être ça pourrait être l'occasion de refaire des bases peut être plus théoriques qui nous manquent à certains moments et aussi d'introduire les échanges relationnels et les difficultés relationnelles qu'on a, mais à la limite c'est pas forcément que avec le stage prat, je trouve que en stages hospitaliers je trouve que , enfin ça peut être aussi fait avant dans le fait qu'on se questionne sur une pratique et euh que ben après ce sera peut-être des questions plus « théoriques » hospitalières entre guillemets mais sur le questionnement de ce qu'on fait et sur la relation qu'on a avec les patients, à la limite moi je pense que y a pas forcément besoin que ce soit en tant que médecin généraliste quoi , mais euh c'est peut-être plus dur à organiser.

A : M3

M3 : Oui moi je suis assez d'accord avec ce que dit M4, je proposais de le faire plus tôt dans le sens où justement pendant le saspas, j'ai trouvé cela, il y avait un côté un peu , hum un peu trop scolaire, on était encore trop près, trop besoin de voir si on était bien avec les recommandations, euh les discussions avaient du mal à se dégager de ça et moi j'avais parfois des problématiques de, relationnel avec les patients, je sais que ça faisait beaucoup parti moi de mes débriefings , pendant le saspas, c'était euh , avec mon maitre de stage, et du coup j'étais parfois un peu frustré des groupes d'échanges de pratique, où ça voulait vraiment savoir si on avait bien suivi les recommandations, des fois j'avais un peu cette sensation-là. Ca répondait pas toujours à mes problématiques moi de savoir au niveau relationnel comment j'aurai pu aborde les choses autrement, comment (.), des choses pratiques sur comment , des choses pratiques je sais pas moi sur le fonctionnement d'un cabinet ou enfin voilà, c'était très collé au bio médical.

A : M7

M7 : alors moi ça a pas de rapport mais c'est vrai que pendant les GEP, on doit faire un compte rendu après, ça on en a en a pas parlé, c'est vrai que nous dans notre groupe, on le faisait pas tout le temps, et du coup, ce compte rendu là, apparemment c'est pour prouver après pour notre formation mais c'est vrai que en GEP , entre nous à la fac je sais pas si c'est

vraiment très utile de le faire parce que, en plus c'est vrai qu'on change de groupe à chaque fois, donc euh y a pas vraiment de suivi.

A : M3

M3 : Les, les enfin ce qu'on faisait après c'était par rapport aux recherches à faire, et comme on savait qu'on n'allait pas forcément se retrouver dans le même groupe, c'était aussi pour euh communiquer {M7 acquiesce} sur les recherches qu'il y avait à faire.

A : M5

M5 : c'est vrai qu'il fallait qu'on fasse un résumé de notre GEP, donc il y avait un rédacteur qui était désigné à chaque fois. Donc moi je me souviens l'avoir fait une fois, on résumait chaque situation qui était exposée et les questions de recherche qui en découlait et in devait envoyer cet écrit au médecin qui modérait le GEP. Mais moi j'ai jamais eu de retour des autres groupes en fait, où même des retours en fait de ce que nus on avait fait, du coup je voyais pas vraiment l'intérêt parce que certes je donnais, enfin j'envoyais le résumé du groupe mais après j'avais vraiment, enfin on a eu tous aucun retour des différents groupes ou même des recherches qu'on avait fait donc du coup je voyais pas quel était trop l'intérêt de faire ça.

A : M6

M6 : Pour effectivement aller sur l'écrit, ça aurait pu une bonne base de départ euh enfin sur le groupe suivant, ou peut-être ou sur la partie de fin de de la séance suivante, quand euh quand euh tu disais ben ouais on aurait bien aimé avoir la suite, euh d'une situation dont on avait discuté tous ensemble, et euh on émet des hypothèses sur comment avancer et euh finalement c'est intéressant aussi de savoir euh si l'hypothèse a apporté quelque chose et euh dans quelle mesure c' était euh enfin judicieux ou pas pour avancer la dessus..

A : M4

M4 : Nous justement dans notre groupe, c'était quand même pas mal suivi et du coup c'était intéressant de reprendre en début de groupe la fin de , des différentes recherches qu'on avait faites et ça , c'est pour ça que je trouvais ça intéressant parce que effectivement si il n'y a pas de suite, je pense que c'est(.) et si on a pas participé au groupe qui s'est posé la question de recherche {M2 et M5 acquiescent} et qu'on reçoit les résultats des autres enfin moi je crois

que c'est arrivé finalement une ou 2 fois où j'avais participé mais j'avais reçu parce que (.) bon bref et en fait je les avais pas lu quoi parce que c'est intéressant quand on s'est posé la question de voir quelle réponse on a trouvé mais ...

Ça c'était une bonne méthode, c'était bien ce côté-là, de se retrouver.

A : Qui veut dire encore un mot sur le plan justement du travail demandé, des recherches, et de l'intérêt que cela peut avoir ? , M8

M8 : Ben oui moi je pense que c'était intéressant effectivement ce travail de recherche, enfin nous à chaque fois on avait quand même quasiment le même groupe à chaque fois, donc on avait les recherches de tout le monde qu'on recevait être chaque euh chaque séance et c'était quand même intéressant quand on est dans le groupe effectivement et qu'on se pose la question , du coup c'est intéressant d'avoir les résultats et effectivement on est plus intéressé à les lire du coup , à lire les recherches de tout le monde à ce moment-là et je trouve que quelque part c'est ça le , c'est là où on apprend aussi beaucoup , même si en échangeant effectivement on apprend aussi les pratiques des autres mais c'est en faisant les recherches aussi qu'on avance et qu'on apprend des choses.

A : Qui veut rajouter quelque chose, M4 ?

M4 : Oui je voulais juste, euh je rebondis sur ce que disait M3. Par rapport à au débriefing qu'il y avait avec le saspa, moi justement y avait pas mal de débriefing sur le relationnel et du coup, qu'il y est moins de relationnel dans l'échange de pratique le gênait moins parce que en fait j'avais déjà débriefé certaines consultations, mais c'est vrai que finalement y a des fois où ça restait quand même plus dans la pratique bio-médicales , mais en soi je me disais que ça faisait aussi parti de la formation et que après des fois on peut aussi trouver , euh le débriefing relationnel dans d'autres formes de (.) formations , mais si on peut tout faire c'est beaucoup mieux mais (.)

A : Quoi par exemple comme (.)

M4 : ben le Balint par exemple, où d'en parler avec un médecin, peut-être plus sur le relationnel, je sais pas, peut-être qu'il y a des cabinets où on peut en parler, enfin en groupe quoi.

A : M3

M3 : Oui ben après c'est aussi par rapport aux , à un groupe de pairs, que je connais , enfin de médecins qui en faisaient partie , que ce soit des médecins avec qui j'ai été chez le prat ou en saspas, c'était des gens qui se connaissaient, qui « s'étaient choisis » entre guillemets pour former leur groupe de pairs, donc , alors que nous c'était imposé, du coup y a des gens avec qui on est plus ou moins à l'aise alors , je sais pas si c'est forcément mieux de for... de connaître les gens mais euh je sais pas y a des affinités qui sont différentes et on peut se sentir plus libre de parler de certaines choses, quoi en tout cas

A : est-ce que sur ce sujet des recherches, de leur intérêt, on arrête là ? (.)

Y a un autre sujet que vous abordez, c'est le rôle du modérateur, du MSU, est ce que quelqu'un veut revenir la dessus ? Vous avez tous souligné que c'était important qu'il y ait des échanges d'égal à égal, qui y avait de la réassurance, que c'était plus difficile la communication entre vous quand il y avait le rôle enseignant/élève , est ce que vous voulez rajouter quelque chose ? M4

M4 : Nous dans notre groupe en fait on tournait, le modérateur c'était pas forcément le médecin installé quoi, donc euh ouais ils prenaient en fonction de, alors des fois y en avait deux donc euh ça dépendait mais euh celui qui a le plus fait dans notre groupe en tout cas il était pas du tout en position de modérateur qui donnait le ton dans le groupe.

A : M2

M2 : Oui juste pour rebondir la dessus, je crois que le rôle du modérateur était très bien, c'était bien qu'il y est quelqu'un qui drive un peu les choses, qui disait, bon ben là on s'arrête on passe à autre chose parce que ça c'est important que ça parte pas n'importe où. Mais après oui le problème, le côté un peu professeur/étudiant c'était pas tellement le côté modérateur c'était des fois des médecins installés, qui parfois justement peut être à juste titre mais prenait leur avis plus comme quelque chose qu'il faut suivre , qu'est pas tellement l'objectif des groupes de pairs, où on donne chacun notre avis puis on essaie de tirer une sorte de, conclusion ensemble , c'est plus dans ce sens-là.

A : M3

M3 : Oui ben je suis assez d'accord, en plus je trouve que c'est important qu'il y est des médecins installés qui avaient un peu , qui venaient quand même pour faire partager leur expérience et puis je trouve que c'est bien qu'il y est des gens de génération différentes mais

euh parfois ils peuvent avoir des avis un peu tranchés sur euh il fait faire comme ça et euh c'est là que (.) que moi en tout cas ça m'avait mis mal à l'aise. Donc garder quand même ce côté d'avoir des médecins qui encadrent, qui soient là aussi pour nous apprendre la méthode du groupe de pairs mais sans (.)

A : M7 puis après M5.

M7 : c'est vrai qu'on avait eu un modérateur qui euh dès le début de la séance prenait la parole tout de suite et euh en fait nous exposait son cas clinique et c'était un petit un questionnaire comme à l'internat, euh tu penses à quel diagnostics ? Et euh, c'est vrai qu'on l'a eu 2 fois et du coup enfin elle parlait tout le temps et on n'a pas du tout échangé, on avait l'impression qu'on faisait des cas cliniques d'internat et je pense que c'était pas le but.

Donc c'est vrai que le modérateur est très important puis c'est vrai je reviens, comme mes collègues, c'est vrai que ça aurait été bien d'avoir un peu le même, peut-être pas tout le temps, parce que si on a un modérateur, on n'est pas à l'aise, c'est vrai que si on l'a pendant 6 fois (.) mais au moins 2 séances d'affilé, au moins 2 à 3 fois.

A : M5

M5 : nous en fait le modérateur ça n'a jamais été le MSU, c'était nous en fait entre internes, on se désignait chacun notre tour et on chronométrait, on disait voilà, on passe la parole à un autre mais le médecin installé n'a jamais été le modérateur, enfin dans mes souvenirs, c'était plus. Il commentait à chaque fois la situation et c'était dans ces commentaires qui semblait être, qui avait plus son rôle d'enseignant par rapport à nous, c'est là où il donnait sa conduite, comment lui il aurait fait et que c'était un peu l'exemple à suivre, c'était plus cela qui nous gênait mais par contre ça n'a jamais été lui qui modérait les entretiens, c'était toujours nous en tant qu'internes.

A : D'autres commentaires à ce sujet ? On a vu que dans votre mode de fonctionnement c'était un sujet, enfin une consultation prédéterminée, est ce que vous voyez, d'autres méthodes qui pourraient s'appliquer à ces groupes de pairs dans le choix de la consultation.M7

M7 : Oui c'est vrai que parfois, du coup, ben on avait pas travaillé les semaines d'avant , avant le GEP et du coup on avait pas de consultation donc bien souvent on se rappelait , enfin pas en inventer, mais on prenait une consultation qui nous avait posé vraiment problème donc

euh je sais pas si ça pouvait un peu biaisé les choses. C'est vrai que nus dans notre groupe, y avait enfin c'était rare quand on avait tous fait la même consultation, parce que y avait toujours des gens qui n'avait pas été là , ou comme en saspas on travaille pas tous les jours bah des fois c'était le mardi donc euh depuis le vendredi on avait pas vu de cas donc euh , je sais pas si parfois , (.) je sais pas comment on pourrait améliorer cela mais du coup bien souvent dans notre groupe, on avait pas tous la même consultation désignée, souvent on parlait que de la consultation qui nous avait posé un peu problème que l'on se rappelait bien mais par exemple euh , la consultation du rhume, de la rhinopharyngite, ben on en a rarement parlé alors que ça aurait pu être du coup être la consultation numéro 4.

M3 : Oui mais ça pourrait être justement une solution d'alterner peut être une consultation choisie, enfin choisie parce qu'elle nous a posé problème et puis euh une consultation ...

Mais je trouve que c'est important de temps en temps de garder une consultation prise au hasard , car ce qui paraît anodin, ou on a l'impression qu'on voyait pas trop comment on aurait ou faire différemment et puis finalement en en discutant avec les autres, on s'aperçoit que (rires) y a plein d'autres méthodes.

M1 : La question c'est bien qu'est-ce qu'on pourrait imaginer de faire autrement ?

A : par exemple ?

M1 : Ben moi je suis assez d'accord, c'est bien de prendre à la fois au hasard et puis euh, sur une consult très récente euh de dire, nos difficultés qu'on a eu.

Après une autre manière de faire, c'est de mixer aussi avec des thèmes, pourquoi pas le deuil ou une annonce diagnostique difficile ? Bon voilà on va parler de ça aujourd'hui euh, y en a ben une qui t'arrive en tête, ou le refus de soins ou le conflit entre personnes, soit directement avec le médecin ou enter famille, enfin ça peut être aussi une possibilité, pourquoi pas ?

A : Qui veut ... M2

M2 : euh oui dans le même sens enfin c'est mon avis que la première partie c'est pas mal ça reste vraiment sur quelque chose d'aléatoire, parce que je trouve que c'est le côté important, intéressant du groupe de pairs.

Mais c'est vrai que, que ce soit après, euh ce qu'on fait dans la salle ou ce que j'ai fait après, le deuxième temps où on est censé justement parler parfois de consultations difficiles ,

souvent lui il est peut être mis un peu de côté, et on avait moins de temps pour en parler parce que la première partie avait pris du temps et c'est peut être ça qui fait que des fois on a envie de parler de quelque chose qui nous a réellement posé problème et euh on a pas le temps et on approfondit pas. Mais si on choisit nos consultations ça risque de , de perdre un grand champ en fait , de .. du coté intéressant, je trouve qui touche à tout et des choses qu'on pense savoir bien faire, se rendre compte que c'est vraiment pas le cas du tout, qu'on aurait pas si on choisit, enfin je pense que ...

En tout cas je trouve ce domaine-là hyper important, mais après cette deuxième partie où on est censés parler de nos problèmes, des consultations qui nous ont posées soucis, on avait peut-être rarement le temps de bien le faire, je pense que c'est plus ça moi qui me (.) j'ai trouvé.

A : M4

M4 : nous on n'avait absolument pas de temps défini, enfin déterminé {M2 acquiesce} pour faire la partie questions euh qui nous venaient à l'esprit, ou des consultations difficiles, c'était pas du tout défini {ouais de M2, comprenant cela}, on n'avait pas ça dans (.) mais c'est vrai que c'est bien.

M5 : C'était pareil nous, c'était que des consultations prédéfinies, mais on a jamais eu le temps de parler, alors que on en avait tous en tête hein des consultations qui nous ont posé soucis, euh souvent c'est sur des problèmes relationnels, ou bien des annonces un peu difficiles, mais ça on a jamais eu ce temps-là.

Mais je pense que les 2 sont importants en fait, comme disait M2, c'est que , avoir une consultation tout venant pour se rendre compte qu'on a tous des pratiques différentes même pour un sujet très simple, et après un temps pour discuter des choses difficiles, je pense que ce serait intéressant. Ça manquait peut être cela.

A : M8

M8 : Nous on a eu le temps de voir justement sur les quelques séances de faire à la fin, enfin on avait tous eu des consults quelque part assez rapides où on avait établi des questions à rechercher et du coup on a eu le temps de discuter de quelques questions éventuellement, enfin le modérateur a demandé est ce que quelqu'un a eu un cas difficile dernièrement ou des questions qu'il se pose. Et du coup c'était intéressant d'avoir ça, enfin ce temps-là je trouve.

A : Est-ce que quelqu'un veut encore rajouter quelque chose au niveau de cette première question qui était déjà très large ?

M1 : Oui ce que je rajoute ; c'est vrai que ce qu'est important dans ces groupes de pairs c'est vraiment la, le côté récent. Parce qu'on oublie très vite des détails de qui peuvent jouer en fait dans une consultation, donc c'est vrai que (.) Donc c'est vrai que le désavantage de parler d'un sujet euh bateau comme ça qu'on va aborder, c'est peut être euh, c'est ce défaut-là d'avoir oublié beaucoup comment ça s'est réellement passé quoi (.) tout ce qu'a pu se dire , tout ce qui a pu se faire.

A : M7

M7 : Je vais juste rajouter aussi quelque chose, je pense que si les groupes d'échanges de parole, c'est bien quand on est en petit nombre, parce que parfois quand il y avait des groupes où il manquait des personnes, on se surajoutait et quand on devient un petit trop gros, ben on a pas le temps de parler, on a pas le temps de s'arrêter sur les choses, donc on a moins d'échanges et c'est beaucoup moins intéressant. Donc je pense que c'est vraiment important de rester dans un petit groupe restreint.

A : Alors, on rappelle ça revient toujours d'être toujours le même groupe, quel est pour vous le nombre idéal par exemple ?

M ... : 5

M2 : Oui c'est ce que j'allais dire : 5 ou 6

A : **Q2 Bien, on va passer à la 2eme question, quelles ont été les apports de ce groupes d'échanges de pratique sur votre pratique quotidienne et ces groupes d'échanges durant le saspas vous ont-ils donné envie de poursuivre cette démarche dans votre exercice futur et si oui pourquoi ?** Donc on va commencer par M4

M4 : alors euh le début de la question c'était quoi déjà ?

A : C'est qu'est-ce que ça t'a apporté dans ta pratique quotidienne, ta vraie vie ?

M4 : Ben l'envie de faire des recherches sur des questions de, peut-être plus théoriques (.) et d'avoir envie de les partager. Donc euh j'aimerais me réinscrire dans une formation de groupe d'échanges de pratiques {rires} c'est pas encore fait, ce le sera sans doute dans un second ... enfin dans projet ...

Et puis ça m'a bien montré à quel point j'avais besoin de, me poser des questions et d'avoir des retours sur ce que je faisais. Donc ça n'a fait que confirmer mais le saspas était déjà (.) la dedans, dans cette démarche là. Et du coup je pense que comme il y avait déjà le saspas avec les débriefings euh, ça me euh j'avais pas l'impression de découvrir l'échange euh le retour euh positif, enfin j'avais pas l'impression que c'était une découverte, ça faisait que confirmer le fait que je trouvais cela intéressant et important, d'échanger avec des confrères quoi, voilà.

A : M5

M5 : Euh moi je me suis rendu compte du BIEN que ça faisait de parler de situations qui enfin (.) d'échanger en fait sur quelque chose qui m'a posé soucis ou quelque chose qui une fois que le patient est parti je me dis j'aurais peur être du faire autrement. Et en fait, le fait d'en parler, de se rendre compte du bien et du retour, en fait de se rendre compte qu'on est tous un peu en galère parfois et que ça fait du bien d'avoir des retours un peu équivalents et de se dire un peu bon ben je suis pas tout seul à faire comme ça et en fait ça fait du bien de se rendre compte qu'on est pas tout seul quoi. Et c'est surtout ça qui m'a fait du bien.

Et puis aussi se rendre compte des habitudes de chacun pour aller chercher des informations, y a des endroits où j'allais pas forcément chercher parce que je ne savais pas que ça existait ou parce que j'avais pas ces habitudes-là. Et du coup euh de savoir comment les autres font, j'ai copié euh sur certains et du coup j'ai découvert des outils que je ne connaissais pas forcément donc euh qui du coup m'ont aidé après, à la suite. Voilà.

A : M6

M6 : Euh est ce qu'on peut redonner la question euh

A : Alors, euh quelles ont été les apports de ces groupes dans ta pratique quotidienne et est-ce que tu serais enthousiaste pour le poursuivre dans ta vie professionnelle future, et si oui pourquoi.

M6 : alors sur les apports, c'est vraiment de pouvoir continuer ce questionnement, de se rendre compte ben qu'il n'y a pas qu'une seule façon de faire, que euh à la fin de la journée, c'est bien quand même de se poser des questions sur ce qu'on a fait, pourquoi euh, d'où ça vient un peu les .. parce que ... euh on se rend compte aussi qu'il y a aussi des choses qui nous paraissent euh juste, qui nous paraissent acquises et puis finalement en fait non c'est pas comme ça. Alors soit parce que la reco a changé ou parce que finalement ce n'est pas adapté

etc... Vraiment de ... de réfléchir à ce qu'on fait quoi. Et donc et puis après d'aller chercher des infos ouais, c'était quand même une bonne aide de voir où les autres vont piocher parce que ça élargit le panel des outils à notre disposition.

A : M7

M7 : Alors bah euh oui, c'est ce qu'on a dit euh après dans ma pratique même ça m'a aidé parce que quand on a parlé d'une situation, et que finalement on l'a retrouvé quelques jours après, et ben voilà, alors elle fait comme ça, euh par rapport à cette recherche, y a eu ça donc c'est vrai que, ça aide beaucoup.

C'est vrai que moi parfois je suis très nul pour rechercher du coup, les GEP, ça me forçait aussi à faire des recherches, où justement à voir d'autres personnes qui cherchaient, qui apportaient des nouvelles recommandations, parce que parfois je ne regarde pas tout le temps les recommandations, euh voila

Ben après sur le fait de parler, euh ben dans ma pratique j'étais déjà tout le temps en train d'appeler mes copines donc j'aimais bien savoir discuter, d'avoir les rapports, les ressentis des autres gens. Et puis justement nous du coup, ben là j'ai fini mon internat et on continue à faire des groupes d'échanges de parole, alors bon pour l'instant on en a fait 2 sessions {rires} mais on essaie de faire ça 1 fois par mois, euh à 5 ou 6, mais justement je pense que dans notre groupe on est un peu trop nombreux, nous on essaie du coup de s'imposer une date tous les mois et de refaire ça entre nous , parce que en effet je trouve ça très important, et très positif Donc peut être là où je remplace je m'inscrirai peut être.

A : M8

M8 : Oui donc moi je pense que ça m'a apporté le fait d'aller chercher l'information, parce que mine de rien pendant l'internat quand on est en stage hospitalier, quand on sait pas , on demande à notre senior, et puis ben il nous dit fait ça donc on fait ça, en gros c'est à peu près ça, enfin même si on a les bases théoriques etc... Et c'est vrai que là en saspas, j'ai découvert le fait de voilà, d'aller chercher l'information et c'est vrai des que, des que j'ai une question, dès qu'il y a un patient qui me pose une question que je ne sais pas, je me le note dans un coin de ma tête ou quelque part et je ferai la recherche des que j'ai le temps quoi. Je sais pas si je l'aurais fait, enfin je l'aurais peut-être fait autrement mais enfin du coup j'ai découvert cette façon de faire plus rapidement que si je n'avais pas fait de groupes de pairs.

Donc ça c'est quand même très important, après moi j'ai pas continué de « groupes de pairs » mais c'est vrai que dans les cabinets de groupe, enfin et puis là je démarre une collaboration, c'est vrai qu'on échange pas mal quand même sur les cas cliniques euh et sur les cas compliqués donc je pense que c'est déjà pas mal alors après effectivement d'avoir en plus un groupe de pairs je pense que c'est encore mieux. Donc euh effectivement c'est intéressant de poursuivre cela.

A : M1

M1 : Euh moi je trouve que sur la pratique ça (.) évite la routine, le côté « plan plan », oui justement ce qu'on met dans les acquis : ça je m'en occupe plus, ça prend la poussière {rires du groupe} euh donc oui c'est vraiment une dynamique moi je trouve, c'est une remise en question.

Après ça systématise un petit peu d'avoir un rythme, de se dire ben on essaie de se voir tous les mois, parce que c'est vrai que, euh parfois quand on se rencontre, même avec des amis, on va boire un café, on parle, on va dire ben tiens là j'ai vu ça, mais c'est peut-être plus là ce qui sort vraiment, euh c'est plus exceptionnel quoi, on va parler de la énième maman, enfin qui voulait absolument l'antibiotique euh pour (.) enfin ce qui me paraît un peu commun.

Ensuite bon le côté recherche, je suis d'accord, voilà.

Et puis donc là moi j'essaie de poursuivre aussi le GEP euh, mais ça a permis de me renseigner sur d'autres choses, notamment, les groupes Balint. Ça je n'ai pas encore fait le pas, j'en ai parlé un petit peu n'ai des amis qui l'ont fait dans d'autres villes, dans leur cursus d'internat même et euh je me m'interroge et donc peut être.

A : Merci M2

M2 : Ben comme ce qui a déjà été dit, ce qui a changé dans ma pratique, c'est les différents outils utilisés en cas de recherches. Euh et puis la remise en question un petit peu, même des fois seul en consultation, les questions qu'on se poserait pas, ce qu'on fait, tiens ben dans le fond je fais ça mais est-ce que c'est ça que je dois faire, est-ce que ça n'a pas changé ? Et puis ça pousse aussi, euh voilà à une remise en question même plus fréquente.

Euh, après ça a changé d'autres choses, en tout cas ça m'a montré le plaisir de partager, d'échanger, et de me dire que dans ma pratique future, c'était ce que je voulais donc euh, déjà d'être dans un cabinet de groupe : après une consultation difficile, on peut en parler

rapidement pour dédramatiser, pour voir même en rire. Et euh puis d'avoir envie de continuer les groupes de pairs.

Alors juste après l'internat, j'en ai fait entre co internes, et puis c'est tombé un peu à l'eau. Et puis là du coup dans le cabinet où je travaille, on a relancé ça. Du coup c'est un cabinet de groupe où on est 7, on fait des groupes de pairs 1 fois par mois. Donc ça a l'avantage comme c'est au sein du cabinet, que dans la 2^e partie, on peut parler du cabinet, des choses autres, donc c'est pas mal, enfin voilà .

A : Merci M3

M3 : Euh hmm, ben moi ça m'a permis de me rendre compte que c'est quelque chose que je voudrais continuer, alors j'en avais fait un petit peu après l'internat mais dans un groupe qu'était trop grand, enfin je m'y retrouvais pas, mais c'est quelque chose que je voudrais continuer par la suite.

Je trouve que c'est vraiment très important de pouvoir échanger, je trouve que, enfin j'aime beaucoup la médecine générale et parfois ça peut être un univers un peu solitaire. Je trouve que c'est vraiment important de pouvoir échanger. Moi je travaille dans un cabinet de groupe où c'est important de pouvoir aller toquer à la porte d'à côté, ou d'appeler ou même pendant une consultation, quand il y a besoin donc euh voilà ça c'est vraiment fondamental.

Et puis même quand on a la capacité de se remettre en question, je trouve que de le faire avec le regard d'autres gens, ça permet de soulever des problématiques qu'on n'aurait pas soulevées seul par exemple. Je trouve que c'est vraiment très important quoi.

A : Est-ce que quelqu'un veut rajouter quelque chose ?

M4 : ben moi je trouve que c'était aussi , un lieu et un moment où on peut parler enfin, des consultations, enfin par rapport à rencontrer une copine collègue et de parler pendant le café ou une soirée , des patients de la journée ; finalement ben c'est bien mais c'est aussi euh ça va quand on se voit régulièrement ou enfin pour les autres ça peut être vite pénible et pour soi aussi donc c'est bien aussi d'avoir un lieu où on sait que c'est le moment où on peut le faire, ça empêche pas les autres fois à coté mais euh au moins ça peut aussi ne pas parasiter les consultations, les moments où on se retrouve en dehors quoi.

A : Qui veut rajouter quelque chose ?

A : Est-ce que vous avez traduit un petit peu que c'était agréable d'être entre personnes euh entre pairs, que ça permettait, on l'a souligné plusieurs fois beaucoup de réassurance, est ce que vous voulez rajouter quelque chose la dessus sur le soutien psychologique que ça peut ajouter ?

M4 : Ben peut être que là pour le coup il fait être en groupe qui se connaît depuis euh enfin qui se suit en tout cas, peut être sur la durée en tout cas. Parce que moi dans mon groupe, on n'était pas là-dedans, on était moins dans le relationnel et dans le soutien de pratiques et je pense que c'était d'autant plus fait qu'il y avait un débriefing avec les sasas. On voyait bien la différence avec ceux qui débriefaient sur tous les plans avec leur médecin référent et ceux qui justement restaient avec des questionnements euh aussi de cet ordre-là, enfin moi je voyais bien la différence en tout cas.

M2 : Oui et puis ça me rappelle aussi dans les, un peu le point la réassurance , quelqu'un qui raconte sa consultation et de se dire : tiens il fait comme moi, rien que de se dire ça des fois c'est , ça remet en confiance, tiens je m'étais jamais posé la question si c'était bien ou pas mais il fait pareil. Et ça c'est intéressant aussi, ça permet de se mettre en confiance et de se dire bon on a tous un peu des défauts, des choses qu'on fait bien et puis euh , après c'est important de connaître un peu, en tout cas vite sentir qu'on est en confiance parce que si euh je pense que , à partir du moment où on sent qu'il y a un jugement ou quelque chose , ça anéantit un peu tout l'effet bénéfique.

M7 : Du coup bah je suis d'accord avec M2, dans notre formation, on est un peu tout seuls, on nous pose pas réellement, on nous pose jamais les questions d'est ce qu'on se sent à l'aise, de nos peurs et tout (.) surtout à l'hôpital, on est là, externe, on sait même pas qui on est {rires} et on reste avec nos angoisses tout seul, parfois on peut pleurer chez soi tout seul et on a personne à qui parler {rires M7}. Et du coup, je trouve que ces GEP justement ça permet aussi parfois de vraiment dire nos ressentis sans être jugé et on a enfin l'impression d'être écouté et bon en effet parler de tout ce qu'on veut mais faut en effet , que le groupe, on se sente à l'aise.

A : M5

M5 : Et puis surtout l'intérêt de parler de son ressenti à des groupes de pairs, c'est qu'on parle à des gens qui comprennent ce qu'on vit, ce qu'on vit. Parce qu'on a beau en parler à la maison, quand on rentre, notre conjoint, nos parents, enfin, pour ma part, ils ne comprennent

pas forcément ce qu'on peut vivre en cabinet. Et du coup en parler à des gens qui vivent la même chose, euh au quotidien, euh c'est plus facile en fait d'en parler et de « se lâcher », parce qu'on a quelqu'un en face qui comprend ce qu'on peut ressentir quoi. Mais pareil, j'insiste faut vraiment que le groupe soit déjà restreint, pour pas que euh qu'n puisse parler assez longuement chacun et que ça soit souvent les mêmes personnes pour qu'on puisse se sentir à l'aise au bout de 4, 5 séances quoi, parce que si on change de groupes à chaque fois euh on recommence le processus à zéro et on perd l'effet bénéfique de la fois d'avant quoi.

M3 : Moi justement, pour les groupes de pairs pendant le saspas, moi j'ai pas du tout retrouvé cette capacité de pouvoir parler de choses, plus de l'ordre du ressenti, enfin moi je trouve que c'est ce que je disais tout à l'heure, c'est très collé, très scolaire, très collé au bio médical et euh, j'ai pas senti, euh j'avais plus cette place pour parler de mon ressenti en débriefing avec les médecins pendant mon saspas que aux groupes de pairs. Donc j'ai plus vécu ça comme une initiation aux groupes de pairs. {rires}

M2 : Ca n'a rien à voir mais je viens aussi de penser dans les points positifs, aussi en sortant du bio médical, comment font les autres sur les réseaux, sur le travail avec les spécialistes, surtout dans le domaine de la psychiatrie où des fois c'est compliqué, et ça c'est pas mal, partager sa façon de faire dans euh sur l'environnement, ben ça on apprend beaucoup aussi. Tiens il fait ça dans ce domaine, là c'est pas bête, il gagne du temps, c'est plus pratique, avec qui il travaille et pourquoi. Ça aussi c'est intéressant.

A : M5

M5 : On apprend aussi les réseaux qui existent (.) {Groupe acquiesce}

A : Est-ce qui aurait d'autres ? Quelqu'un veut intervenir ?

A : Q3 On passe à la question 3 {rires du groupe}, on y va, seriez-vous intéressés par des groupes d'échanges de pratique entre internes pendant le stage prat ou les autres stages hospitaliers et si oui sous quelle forme ? On va commencer par M7.

M7 : Alors bah c'est comme ce qu'on disait au début euh, ben c'est bien je trouve de le faire quand on est en saspas parce qu'on est autonomisé, euh parce que quand on est en prat 1, euh bah déjà on doit découvrir la médecine de ville parce qu'on a toujours été en mode hospitalier donc euh ça fait déjà beaucoup de choses à apprendre rien euh des consultations donc je pense

qu'en effet, on a pas encore trop de questionnements pour faire un GEP, parce que c'est plus dans le relationnel ce qu'on découvre. Et c'est pareil si on fait pendant nos stages hospitaliers euh vu qu'on a un cursus hospitalier, je pense qu'on va rester que sur des groupes d'échanges de parole vraiment très théoriques, sur les maladies, les diagnostics et ça va pas être au-delà : sur notre ressenti, comment aborder les gens, enfin donc je pense que c'est bien de le faire en saspas et de laisser ça comme ça.

A : M8

M8 : Moi je pense qu'effectivement oui en stage prat, euh pas, enfin je vois pas, enfin faudrait que ce soit sous une autre forme mais peut être plus effectivement, enfin en stage prat effectivement, on a pas le euh ça reste quand même euh toujours, on est toujours dans le bio médical, dans l'hospitalier mine de rien enfin, on est pas encore autonome pour pouvoir, je trouve effectivement se poser les mêmes questions que quand on est en saspas.

Euh après, c'est vrai que dans le cadre des stages hospitaliers, euh c'est vrai que discuter entre internes, en dehors justement de l'hôpital, enfin en dehors enfin du service, de peut-être certains cas qui nous ont paru difficiles, compliqués, ou enfin des questions qu'on s'est posées par rapport à justement des, je sais pas des prises en charge, ça pourrait peut être intéressant mais ça resterait pour moi du bio médical je pense à ce stade-là, plus mais il pourrait y avoir des échanges effectivement plus dans le relationnel aussi euh par rapport à des prises en charge difficiles parce que parfois en hospitalier on voit des fins de vie, on voit des choses difficiles qui peuvent effectivement être intéressantes aussi à discuter mais bon là aussi faut s'entendre avec les internes en question avec qui on est quoi. Mais ça pourrait être plus dans ce cadre-là mais rester quand même du bio médical avec peut être un « soutien psychologique » {rires M8} avec d'autres co-internes mais c'est vrai que ce serait plus dans ce cadre-là je pense, ce serait pas du groupe d'échanges de pratique comme on l'entend dans le saspas.

M1 : Moi je trouve pareil que c'est pas adapté d'avoir euh ce système de groupe d'échanges de pairs avant le saspas, euh après euh finalement notre demande un peu à tous, euh, qu'on arrive à retrouver dans le groupe d'échanges de pairs, c'est euh la communication avec le patient et moi je trouve que en fait, faudrait que ce soit plus enseigné, c'est effectivement le mode d'apprentissage est pas adapté plus tôt mais ce serait bien qu'on soit plus formés sur la communication, ça c'est clair.

Parce que là en fait nous, on passe directement à une pratique qu'on fait avec les outils qu'on a, la sensibilité qu'on a et puis c'est vrai que les groupes d'échanges de pairs permet euh , c'est notre moyen, essayer de comparer, de justement d'apprendre plus mais y a quand même un minimum de théorie , alors tout s'apprend pas dans les livres je suis d'accord mais y a quand même des techniques de communication qui existent euh et qui pourraient être enseignées à mon sens. C'est vrai que pourquoi pas envisager, que malgré tout à l'hôpital, on puisse, peut-être pas entre internes, mais au moins entre internes du même service avec le chef ou pourquoi pas mais le problème c'est que c'est pas le mode de fonctionnement enfin universitaire hospitalier en tout cas, donc euh voilà

Mais c'est vrai qu'en termes d'autonomie en stage prat 1, ça ne justifie pas à mon sens le groupe d'échanges de pairs à ce moment-là. Mais dans ce cas, pourquoi pas là aussi quelques cours théoriques sur euh la communication qu'on pourra mettre en pratique en saspas {rires M1}, c'est une idée.

A : M2

M2 : Alors ben je suis un peu partagé parce que j'avais plus noté l'avis de ce qui a été dit de tant qu'on n'est pas en autonomie on se pose pas les mêmes questions et on est assez bio médical mais dans le fond on a déjà besoin d'échanges je pense à ce moment-là. Alors on l'a avec le médecin avec qui on est en stage prat, mais si il y a une possibilité d'en avoir avec d'autres, avec des collègues, avec d'autres internes je pense ça sera toujours intéressant mais ce serait peut-être sur une forme un peu différente du groupe de pairs ou peut être plus du coup sur les problèmes, une consultation difficile pour nous apprendre à travailler sur là où on a des difficultés mais euh c'est envisageable.

Alors à l'hôpital c'est vrai que c'est un peu différent mais après dans le fond pourquoi est-ce que à l'hôpital on a tendance à , quand on a une question, on la pose au médecin et puis euh on suit ce qui nous dit, on réfléchit toujours mais euh on va pas trop chercher ou mettre en doute, y en a qui ont fait ça , pourquoi ? ce qu'on fait après quand on est en groupe de pairs, alors est ce que ce serait pas intéressant de, bah tiens on a fait ça, de prendre « des patients » au hasard, et puis dire il est venu pour ça, on a fait ça , tiens pourquoi on a fait ça , est ce que c'est ce qu'il faut faire, euh tiens c'est vrai que sur ce patient la , il y a eu telle difficulté, comment y remédier, ça pourrait être intéressant, après ça s'éloigne peut être de la pratique qu'on aura plus tard parce que c'est plus hospitalier mais (.)

C'est peut-être pas la même forme qu'il faudrait mais sur une forme différente c'est toujours intéressant, d'échanger, de se remettre en question, euh après en stage hospitalier quand moi je faisais mes stages, entre les gardes, les horaires, en saspas on a l'avantage d'être un peu plus cool, donc euh d'avoir le temps, alors en stage hospitalier si on en plus y a un soir par mois où faut faire ça c'est peut-être plus difficile aussi au niveau timing, euh voilà.

A : Merci M3

M3 : Ben euh je suis pas trop d'accord avec ce qui a été dit précédemment, je vais peut-être me répéter mais euh moi je serais assez partante de commencer plus tôt, enfin moi je sais que j'ai eu un stage prat où j'ai été assez vite autonomisé aussi alors peut être que c'était un besoin (.) mais je trouve qu'on peut toujours réfléchir sur sa façon de faire même si on travaille avec un autre médecin, bon c'est sûr c'est un exercice complètement différent mais ça empêche pas de réfléchir sur la façon dont on a travaillé même si c'est à deux ou à plusieurs si c'est dans une équipe hospitalière.

Mais euh je sais plus ce que je voulais dire en fait, j'ai perdu le fil de ma pensée. Euh moi c'est un exercice, de le faire peut être plus tôt ça permettrait, c'est ce que je disais tout à l'heure c'est toujours très collé au bio médical et de le commencer plus tôt, de s'habituer à cet exercice, ça permettrait de mieux s'approprier cet outil et de se dégager justement du côté bio médical et de se poser d'autres questions par la suite quand euh en continuant pendant le saspas.

Et puis c'est vrai que pendant les stages hospitaliers c'est vrai que je me suis jamais trop poser la question, mais j'aurais été partisan de pouvoir se dégager du système de réflexion hospitalier mais c'est vraiment euh. Si c'est fait pendant les stages hospitaliers, je pense que c'est pas le, l'hôpital est sûrement pas le lieu pour le faire, je sais pas.

A : pourquoi ?

M3 : ben ça peut très bien être fait de la même manière qu'on le fait par la fac, ben que ce soit un, oui, euh ailleurs que dans l'hôpital, effectivement parce que le faire avec les médecins hospitaliers(,),je sais pas.

A : M4

M4 : ben moi je le verrais, euh je pense qu'en tant qu'externe, y a plein de moments où je , je restais avec des questionnements, alors sans doute beaucoup moins théoriques et beaucoup

plus dans le relationnel , et beaucoup plus dans des émotions fortes de rencontres, enfin de de (.) voilà avec de la souffrance, avec la mort, avec les (.) relations médecin-patient que je trouvais , enfin qui me choquait ou qui me posait question en tout cas. Et euh je me dis que ça peut être fait sous forme d'ED ou sous forme de (.) alors voilà c'est toujours pareil, ça dépend de la demande, et comment on le met en place. Mais il y avait des services en palliatifs par exemple où ils faisaient des « staffs » où ils parlent de patients, euh de prise en charge qui sont compliquées pour l'équipe, qui sont compliquées pour les médecins, qui sont compliquées pour les infirmières enfin l'équipe médicale en général et on dit toujours que c'est mis en place dans ces services là parce qu'on est en confrontation avec des situations douloureuses et difficiles mais y en a quand même dans tous les services .

Après sans doute que c'est pas fait sur tel patient euh qu'on a vu, euh dans tel ordre de la journée mais ça peut être l'occasion de s'initier au fait de se poser des questions, et puis au fait d'avoir un lieu où on peut en parler en fait, après peut être que c'est pas les mêmes recherches, c'est peut-être pas les mêmes euh, mais ça peut être une façon de se former aussi à avoir un regard sur sa pratique quoi

A : M5

M5 : Moi je pense que quand on commence l'internat, on commence de toute façon par des stages hospitaliers et que spontanément quand il y a une situation qui nous choqué ou une prise en charge euh, on en parle spontanément entre internes en fait, donc je pense qu'il y a déjà un besoin dès le début de l'internat en fait de de parler de ce qui nous a posé problèmes. Après est ce qu'il faut le faire sous forme de groupe de pairs, ça me semble euh enfin comme on fait dans le saspa, ça me semble peut être pas forcément la meilleure manière de de faire mais je pense que le besoin est là, parce que en tant qu'interne dès le début enfin même tant qu'externe moi quand il y a quelque chose qui me convenait pas, spontanément j'allais voir mes co-internes et je leur disais : ouais je suis pas trop d'accord avec ce qui s'est passé donc je pense qu'on a un besoin de d'en parler.

Après le faire, oui sous forme du groupe de pairs comme on fait en saspa, je sais pas si c'est la meilleure façon de faire, enfin y aura un besoin dès le début sans parler d'être euh même si on découvre , parce que quand on est un 1^{er} stage d'interne euh on découvre un peu le truc , on sort de notre cours, on a beaucoup de connaissances théoriques et à la limite pas beaucoup de connaissances relationnelles mais je pense que , qu'on est humain avant tout et qu'on a ce

besoin quand même dès le début. Donc euh, sous quelle forme j'ai pas vraiment d'idées, mais je pense que dès le début moi ça me semble important d'en parler.

Alors est ce que ça peut être sous forme de cours à la fac ? Juste pour euh j'en sais rien (.) mais moi je pense que ça m'aurait pas déplu au contraire.

A : alors sous quelle forme, tu peux expliciter, vous parlez d'échanges, tu parles de cours

M5 : Alors non pas forcément, pas de cours mais peut être euh (.) dès le début en fait, quand on est en stages hospitaliers, faire ça sur une forme peut être plus magistrale, c'est-à-dire se retrouver à la fac, avec un médecin, avec un prof et puis on en parle, voilà, on peut décrire ce qu'on a ressenti mais DES les stages hospitaliers, je pense que ça pourrait être du positif en tout cas.

A : M6

M6 : bah, je rejoins M5 sur le besoin de de discuter des choses qui nous posent question, enfin j'ai , j'ai fait plusieurs stages où j'étais en internat, et finalement, quand on se retrouve à manger tous ensemble, y a toujours un moment où euh quelqu'un a eu quelque chose qui l'a embêté et on reparle de ce qui s'est passé, ça peut être une question bio médicale ou une question relationnelle avec un patient qui a posé problème enfin euh le besoin il est là. Donc je pense que ce serait intéressant dès les stages hospitaliers.

Par contre je pense qu'on a tous dit un peu la même chose où quand on quand on se retrouve à faire un groupe d'échanges de pratique avec 1 personne un peu en position euh presque d'expert quoi, ça ça nuit au bon déroulement de l'échange donc euh de sortir de l'hôpital, que ce soit pas le médecin du service qui, parce que en plus ça peut être la personne avec qui on était pas forcément d'accord, ça peut être des désaccords de cet ordre là donc je pense que ça (.) Pouvoir sortir de l'hôpital, discuter entre personnes qui soient pas forcément dans le même service, qu'y aient pas forcément les mêmes problèmes au même moment mais euh je pense qu'on se rejoint sur les problèmes.

L'autre chose en fait euh moi je me dis on a tous eu la chance de pouvoir faire un saspas, c'est déjà une chance, on a eu la chance de découvrir ces groupes d'échanges qu'on ne connaissait pas forcément auparavant. Finalement ceux qu'on pas cette chance là ils passent à cote de cela, c'est vraiment dommage, donc peut-être se dire qu'en dernier semestre, tout le monde aurait des groupes d'échanges de pratiques, euh qui auraient lieu à la fac et euh on (.) enfin ce

serait des petits groupes de 6 et on discuterait euh alors je sais pas euh ce serait pas euh la première consultation du matin, et euh mais il y aurait des choses à discuter.

A : Merci, est ce que vous voulez rajouter des choses la dessus? Oui M7

M7 : Oui et ben quand on parlait par exemple de trouver le moyen de discuter quand on était en période hospitalière ou pendant l'externat, je sais que y a des facs à Paris où il faisait des cours de théâtre où par exemple le thème c'était par exemple : annonce d'un diagnostic, que quand on est internes c'est vrai que ,ou quand par exemple suivre quelqu'un et par exemple y a des cours de théâtre où y avait un professionnel qui imitait un patient et puis euh, du coup ça pourrait peut-être être une idée de mettre un peu des choses comme ça en place, des sortes de jeux de rôle, où ben le thème serait annonce diagnostique et euh on est par petits groupes et y a un modérateur qui nous donnent les techniques de communication ou des choses comme ça.

A : M3

M3 : Toi tu disais que c'était euh nous, à Nantes, on faisait ça pendant notre externat, euh en stage de cancérologie, on avait euh des jeux de rôle mais euh c'était fait à Nantes.

A : M2

M2 : Ben pareil en fait , nous à Lille c'était aussi à l'externat, et alors en fait y avait beaucoup qu'aimaient pas parce que bon , après y a aussi des gens timides et faire devant tout le monde, de faire justement, devoir jouer et ça fait que y a plein de gens qui n'allaient pas en cours du fait de ce côté théâtre, justement , c'est aussi le retour de... faut vraiment être en petit groupe.

A : M3

M3 : Nous c'était fait en petit comité, on était l'acteur euh nous et on était filmés et on en discutait avec une psychologue après, c'était pas du tout le même euh.

A : M5

M5 : Après ça peut peut-être être fait plus simplement, en début d'année, définir un groupe de 4 à 5 personnes et de se retrouver une fois tous les mois ou tous les 2 mois, même pendant les stages hospitaliers en fait, d'aménager une plage de 3 heures où là on parlerait de ce qui nous a posé problèmes ou de euh voilà mais pendant les stages hein, après on est pas obligé non plus de théâtraliser toute la séance, tout simplement parler, je pense que des fois ça peut être aussi plus simple à mettre en place et peut être plus accessible à tout le monde parce que euh

les gens timides enfin mais euh moi par exemple, je me serais pas vu jouer un jeu de rôle, enfin voilà je me serais pas retrouvé là dedans et je suis pas sûr que j'aurais parlé aussi facilement que autour d'une table.

A : M8

M8 : Alors c'est vrai que c'est important par contre de d'apprendre, enfin je pense qu'il y a des techniques de communication à apprendre et c'est vrai que moi, j'ai jamais fait de jeux de rôle ou euh appris à faire justement une annonce de diagnostique par exemple ou une annonce de de euh enfin de enfin même une annonce de décès par exemple, quand il y a la famille à côté, des choses comme ça, c'est vrai que ça me paraît super important et j'ai jamais appris à le faire. Donc c'est vrai que euh, d'avoir euh je sais que ça existe, {rires M8} des personnes qui justement apprennent à faire ça, enfin je sais pas si c'est exactement des, des choses de théâtre mais il y a des techniques de communication qui existent, et parfois mêmes les entreprises ont des choses comme ça parfois, euh d'organiser et , ben pourquoi pas nous pour les choses importantes comme ça quoi

A : Quelqu'un veut rajouter, M3 ?

M3 : Enfin après euh d'avoir des cours, on est plus du tout dans des, euh dans un système d'échanges. Moi je pense que ce qui est important, c'est de pouvoir avoir un temps de parole tout simplement, mais un cours magistral, je pense que c'est important mais , c'est une autre technique, c'est quand même mieux si on peut échanger.

A : est-ce que vous connaissez s'il ya justement des groupes qui s'occupent un peu des échanges, de la communication, du relationnel ...

M4 : des formations euh ?

A : Si ça existe ? Des groupes qui pourraient (.) M1

M1 : oui j'ai vu ce mois-ci c'était au DMG, qu'il y avait des cours l'année dernière, euh c'était limité, il y avait 6 ou 8 personnes et je crois qu'il y avait 3 cours, je crois que c'était avec le Dr G., j'en suis plus certaine, il y avait 2 personnes, il fallait s'inscrire, j'ai vu ça.

A : Parce que, euh vous avez beaucoup souligné groupes d'échanges de pratiques, on est un peu trop c'est vrai dans le bio médical, c'est un petit peu l'écueil que vous relevez. Vous relevez beaucoup que vous avez un besoin de parler, de vos problèmes de communication de

relation médecin patient, qui ne sont pas forcément abordés au travers de ces groupes d'échanges de pratiques, est ce que vous imaginez quelque chose qui pourrait combler un peu ce manque ? Oui M4

M4 : Vous voulez dire 2 groupes différents ? Ou d'avoir quelque chose qui soit complémentaire ?

A : Je ne sais pas, je vous pose la question, il faut (.)

M4 : Moi j'ai l'impression euh, enfin la première chose qui me vient, c'est un groupe Balint, en complément, après ça veut dire 2 formations différentes et euh ...

A : Donc est ce que cette forme de Balint plus axé sur la communication, la relation vous paraît aussi important à mettre sur pieds dans vos études de DES ? Qui veut prendre la parole ? M2

M2 : Eh oui, ça me paraît très important, c'est vrai, euh on l'évoque un peu dans les groupes de pairs mais c'est très léger, et c'est , c'est une partie tellement pour moi importante de la consultation que euh , après ça dépend aussi des euh, surtout en saspas, moi ça été beaucoup évoqué par mon maître de stage en saspas, qui travaillait beaucoup la dedans, mais c'est vrai qu'on peut sinon passer complètement euh « à côté » pendant les études , pendant notre formation et c'est dommage. Donc oui, d'avoir un peu un moment, euh un peu comme le groupe de pairs où y a un groupe d'échanges sur la communication, sur ces choses-là, oui ça peut être intéressant à mettre en place.

A : M1

M1 : Enfin moi, il me semble qu'un minimum de théorie, même si on fait un groupe Balint, si j'ai bien compris il y a une psychologue qui est là et qui peut, qui analyse avec toi ce qui s'est passé. Mais il y a un minimum je pense de, de vocabulaire à avoir, qu'est-ce que c'est que l'ambivalence, la résistance, enfin et en ça faut un minimum de théorie quoi.

C'est, c'est pour ça qu'il faut à mon sens quelques cours quand même.

A : donc ça pourrait être fait au travers des groupes de pairs ? Avec des recherches appropriées ?

M1 : Non pour moi, ça doit être fait avant les groupes de pairs, pour qu'on est tous les mêmes connaissances, euh pour aborder les groupes d'échanges de pairs. Puis c'est un petit peu

dommage de le découvrir à ce moment-là, en fait, alors qu'on est en fin de formation, et euh qu'on est censés avoir passé tout ce qui était théorie quoi.

A : Qui veut ? M7

M7 : C'est vrai que comme disait M8, y a plein de de d'autres métiers où ils ont des formations sur les techniques de communication et je pense que nous on est quand même beaucoup dans le relationnel et la communication et on en parle jamais {plusieurs médecins acquiescent}. On est vraiment que sur le médical, après rien que de dire : Bonjour, en début de consultation, comment on se présente, bah on l'a tous un peu appris au feeling avec notre personnalité. Alors est ce qu'il faut être les bras ouverts enfin, rien que même des postures, on en parle jamais et du coup c'est vrai que dans d'autres métiers, ils ont des cours la dessus et je pense que comme M1, ce serait important qu'on est en effet quelques cours théoriques mais bien avant, fin d'externat ou début d'internat, même à l'hôpital hein, pour notre pratique dès le début, quand on arrive, avec nos petites blouses, : Bonjour je suis l'externe ! {rires M7 et du groupe}

Je pense que ce serait important.

A : Qui veut rajouter des choses sur ce sujet ? M5

M5 : Je suis assez d'accord sur le fait que d'avoir des cours théoriques ça peut être bénéfique mais euh enfin des cours théoriques ça peut aussi avoir un côté un peu euh, très magistral et donc je suis pas sûr que les étudiants en début d'internat ou pendant l'externat soit très euh soit très réceptif à ce genre de, enfin moi je vois bien comment ça se passait quand on était externe, quand on avait des cours à la fac, euh, sur les techniques ou les trucs qui nous paraissent très abstraites, parce qu'on est encore à l'hôpital, et qu'on est encore avec nos blouses, et qu'on écoute ce que le médecin dit, on est pas réceptif à ce genre de , de cours.

Et un cours magistral très théorique sur des techniques qui existent, en début d'internat sans savoir vraiment ce que c'est qu'une consultation euh dans le soin primaire, enfin je ne vois pas trop comment on peut mettre ça en place avant quoi.

A : M4

M4 : Nous juste, quand on était passés en cancéro, justement il y avait euh il y avait l'annonce diagnostique, euh d'un cancer ou d'une récurrence, et en fait ils se servaient de, en fait c'était la consultation filmée, où après on en reparlait avec la psychologue. Et au début on avait des

cours théoriques, enfin il y avait un rappel théorique, enfin théorique, un rappel ou des cours tout simplement sur les phases du deuil et sur les différentes postures et c'était fait euh des exemples de médecins, qui étaient filmés avec différentes attitudes quoi et, après on débriefait sur euh comment est ce médecin-là, qu'est-ce qu'il met en avant, est ce qu'il est ouvert, est ce qu'il est fermé, comment il, quelle position il a, quelle attitude il a, et quel euh , quel moyen défensif il met en avant aussi, euh, qu'est-ce qu'il renvoie au patient ? et euh c'était intéressant et euh voilà euh là c'était sur l'annonce diagnostique, mais ça servait, enfin pour toutes les consultations quoi.

A : On va faire M1.

M1 : Oui j'allais rejoindre euh oui ton avis, euh les cours théoriques c'est barbant si on te relie pas à la pratique, si pour toi, euh, ben écoute j'ai appris un nouveau mot de vocabulaire, euh, c'est quoi en vrai euh. C'est vrai que si c'est illustré, euh la théorie c'est très intéressant

M ...: Ah oui ouioui

M1 : Mais euh, voilà après c'est vrai qu'il faut un intervenant qui donne des exemples à chaque fois, etc ... et si t'as eu la chance de voir des vidéos, c'est bien.

M5 : Alors je suis d'accord qu'on apprend des choses mais euh enfin, nous on a eu ce genre de cours essentiellement sur le stage cancéro, et après tous les autres modules de stage, on a plus jamais rien eu par rapport à cela et du coup. Oui j'ai quelques souvenirs certes, mais enfin voilà ça reste, euh c'est abstrait quoi et c'est un peu dommage.

A : M6

M6 : Je pense que faire le début, milieu du stage prat, c'est quelque chose qui pourrait être envisageable, de remettre de la théorie, parce que, enfin de pouvoir avoir quelques éléments de de justement de théorie, d'autres pour voir un peu comment se comporte le le maitre de stage quoi, on le regarde travailler enfin aussi, parce que je pense qu'on a tous eu des situations un petit peu plus compliquées euh , quand on était spectateur et finalement ben, justement notre rôle c'est de regarder, d'analyser, d'essayer de comprendre et peut être que(.) , peut-être ce serait le bon moment et que cela nous intéresserait plus euh globalement et qu'on mettrait plus en pratique donc euh, on arriverait à en tirer profit.

A : qui veut rajouter des choses ? (.)

A : alors y a un point que vous n'avez pas souligné, est-ce que par exemple euh si on mélangeait les internes euh de DES, de différentes années, à différents niveaux, est ce que ça vous paraîtrait un chose intéressante ou pas ? Voilà votre point de vue, est ce que c'est mieux tous dans la même année ou euh, un stage particulier ou euh un melting pot dès le premier stage ? Oui M2

M2 : Euh de mélanger c'est peut-être un peu, c'est mieux quoi je pense, c'est un peu comme dans les groupes de pairs, où y a des médecins plus âgés, plus jeunes, plus on diversifie, plus c'est intéressant, après faut pas que ça soit des problématiques trop différentes entre euh , mais je pense que sur les 3 années de l'internat, les stages on peut les faire euh dans les différentes années, à part le saspas où c'est toujours à la fin.

Et donc je pense que les problématiques de quelqu'un en 2^e année d'internes pourrait être les mêmes chez un premier ou un troisième. Donc euh je serais plutôt d'avis de mélanger.

A : Y avait M7 je crois.

M7 : {rires M7} Moi j'aurais dit euh, je n'aurais pas mélangé les gens, parce que je ne pense pas qu'on ait les mêmes problématiques en fin d'internat et en début euh d'internat. Euh surtout si on a pas fait euh, rien que les stages chez le médecin généraliste, euh c'est pas du tout les mêmes médecines et en plus, je pense qu'en mélangeant trop les années, euh ça va être un petit euh, genre le dernier semestre va donner un peu comment faut faire au premier semestre , qui euh découvre trop de choses, euh je pense qu'au tout début d'un internat, on découvre un peu tout notre métier, on a déjà trop de responsabilités, on a déjà beaucoup de mal à tout gérer, alors si en plus on est mélangés avec des années supérieures, euh je pense que ça va pas être forcément enrichissant pour les premières années et puis les 6emes années vont avoir moins d'échanges parce que, euh bah euh le autres vont avoir moins d'expériences alors que quand on est tous la même année, ce qui est bien c'est qu'on est à peu près tous au même niveau, et du coup on a justement à peu près les mêmes questions : on se rend compte que ah ben ouais il a les mêmes difficultés que moi ah ben

A : M1

M1 : Eh oui moi je suis d'accord au début d'internat, on a pas du tout les mêmes questions, je me souviens mes premières gardes aux urgences, j'étais sur mon guide thérapeutique à chercher toutes les doses, euh c'est dur que si on m'avait posé des questions sur euh, ou je devais réfléchir à quelles étaient les difficultés de mon quotidien, j'aurais pas cherché à à voir

au-dessus quoi. Et pareil quand je reprends le premier RSCA et le dernier que j'ai fait, c'est euh Et euh je pense qu'on oublie tous un petit peu euh qu'est-ce qu'on savait à quel moment et euh je pense malheureusement, en dernier semestre, on se souvient de lorsqu'on était en premier et euh, effectivement ça peut créer de l'incompréhension euh peut être, et euh il y aurait moins euh la bienveillance peut être qu'on souhaite tous avoir en groupes d'échanges de pairs.

A : M4

M4 : ben moi je, quand on faisait les ED, euh de de formation de médecine générale à Nantes, euh quand on était pour des cours de pédiatrie par exemple et qu'on était en train de parler d'un cas, enfin d'un cas clinique, le fait qu'il y est des internes de différents niveaux, je trouvais ça intéressant, justement d'avoir l'avis de ceux qui étaient déjà passés chez les prat, ou qu'avaient fait leur saspas, et de voir la différence qu'on avait de pratiques ou les questionnements qu'on avait et je trouve qu'aussi des fois ça initie des questionnements qu'on aurait pas eu et que ça viennent de d'autres c'est pas la même chose que ce soit , euh amené par le professeur où justement ben là on est peut-être plus dans un échange, ah bah oui, comment c'était dans tel stage et qu'est-ce qu'on y faisait, et ça permet aussi de discuter des terrains de stage, par exemple.

Donc je me dis que, là ça peut être aussi l'occasion de se rappeler de la démarche qu'on a pu avoir et de se poser des questions, qu'on se posent plus forcément en vieillissant et qui pourtant sont toujours importantes.

Après que oui sans doute, il y a des niveaux différents sur euh, où il faut peut être ok, d'accord, à reparler de choses qui nous intéressent peut-être moins à un moment donné et que les autres soient prêts à entendre aussi, des aspects relationnels qu'ils sont peut-être moins prêts à entendre, enfin c'est ce qu'on s'imagine euh, à ce moment-là quoi.

A : Est-ce que quelqu'un veut ajouter quelque chose ? M3

M3 : Oui euh ça va reprendre un peu ce que tu disais (regardant M4) mais , euh d'avoir des problématiques euh, moi je serais pour le mélange , euh des années et de se , de pouvoir justement, euh même si on a des problématiques très bio médicales, très matérielles en premier semestre, d'avoir des gens qui se posent des questions, qui euh nous font voir les choses différemment et de se dégager un peu de ça et de se poser des questions, euh (.) justement on est parfois tellement préoccupé par le problème bio médical, de voir comment il

était sur le plan relationnel avec le patient, enfin notamment aux urgences je pense, ça des questionnements vis-à-vis de ça, on se revoit tous avoir fait des choses parce qu'on était trop préoccupé par le biomédical, et donc des trucs bizarres sur le plan relationnel ou avoir un peu oublié le patient, je trouve que c'est important de discuter, euh ouais, d'avoir toujours voilà, euh quelqu'un qui nous voit un peu de l'extérieur, euh (rires M3) de notre façon de faire c'est surtout ça moi je trouve.

A : M1

M1 : alors moi je suis d'accord, mais y quand même euh, faudra quand même peut être euh trouver un point commun sur les sujets abordés parce que, euh par exemple c'est vrai que d'avoir un, un refus, ou quelqu'un qui veut absolument un antibiotique, ça tu l'auras pas franchement à l'hôpital, alors le refus des soins, il existe à l'hôpital mais par contre quand tu prescrites un antibiotique tu sais qu'il va être administré, enfin probablement. Donc c'est vrai qu'on a moins ces problématiques-là. Faudrait peut-être que ce soit plus, euh je sais pas, aux urgences par exemple, l'agressivité des patients, comment je le gère, euh, bon bah oui un jour faudra que t'annonce une mauvaise nouvelle, comment faire ? C'est peut être effectivement cibler les sujets. Parce qu'on n'aura pas tous le même intérêt.

A : M7

M7 : Mais c'est vrai que, déjà en stage on est souvent mélangés parce qu'on est avec des internes euh souvent plus vieux que nous donc je trouve que le mélange il se fait déjà toute la journée où on voit ce qui savent, on leur pose des questions. Après si on fait des groupes d'échanges tous mélangés, je ne suis pas sûr que ça apporte euh enfin que ça apporte plus du coup.

M3 : J'ai pas fait de stages où on était vraiment mélangés, quand j'étais aux urgences, on était que des internes de 1^{er} semestre, on était tous en 1^{er} semestre et le soutien oui, il s'est pas fait, il n'y avait pas d'internes sénior {rires M3}, euh j'ai pas retrouvé ça moi dans mon parcours en tout cas.

A : Sous quelle forme vous les verriez ces groupes d'échanges ? On a vu, euh petit groupe, combien de fois, en parlant par semestre puisque on a quand même cette obligation, de changement en semestre.

M3 : Ca peut être progressif, une fois par trimestre au début et puis euh {rires M3}. Effectivement, y des stages où c'est peut-être plus important, ouais euh le stage saspas, d'en faire 1 fois par mois, ça me paraît important, euh.

A : D'autres idées un peu sur le mode d'organisation ?

M8 : Je pense que la fait que ce soit en dehors en tout cas du, enfin que ce soit à la fac, en dehors du service hospitalier, ou en dehors des stages prat, ça c'est important.

Après euh, pour revenir sur le fait de mêler les années, ça peut être intéressant mais euh, dans ce cas-là, faut vraiment cibler des thèmes particuliers qui peuvent être intéressants pour tout le monde comme disait M1. Je pense que c'est pas possible, enfin en 1ere année on est quand même plus cibler bio médical, et ça va être compliqué de parler de la gestion du cabinet ou de effectivement de cas particuliers de relation médecin malades.

A : M7

M7 : Si ça se mettait en place, c'est vrai que pour l'organisation, quand on est en stage hospitalier, on a déjà beaucoup de mal à aller rien que aux cours obligatoires, pare que, je sais pas vous, mais bien souvent, bah euh, le médecin refuse, on manque d'internes.

On a déjà beaucoup de mal à faire les cours obligatoires donc si en plus il fallait rajouter ces cours là, je pense que ça va être difficile à mettre en place.

Pareil si on et des cours du soir, en dehors des périodes de stage, c'est vrai qu'en début d'internat, entre les gardes, les astreintes euh, si en plus ça, je pense que ça va être lourd pour les étudiants surtout que, en plus dans les premiers semestres, on connaît pas forcément même la ville parce qu'on a changé, donc ça peut être un petit peu euh, contraignant.

A : M4

M4 : Ben moi je me disais que justement que ça pouvait être fait sous forme de cours obligatoires, enfin au moins sur une introduction ou sur euh, justement que ça puisse être le moment où euh bah ça ça, enfin, nous il y avait un nombre à respecter et puis des points à avoir enfin je sais pas comment c'est maintenant, mais ça peut aussi rentrer là-dedans quoi.

A : D'autres euh, idées, réflexions ? (.) Et on revient sur le rôle de « l'enseignant », ou le responsable, est ce qu'il en faut un ? Est ce qu'il faut apprendre à être en groupe autonome ? Est-ce que, qu'est-ce que vous en pensez la dessus ? Oui M3

M3 : Ben c'est ce que je disais tout à l'heure, qu'il y en est un au départ, et puis une sorte d'autonomisation des internes par la suite, que ça puisse être fait, euh par exemple, après euh pendant le saspas, ou pas du saspas parce qu'il y en a qui n'en font pas mais euh, de, qui est plus de « professeur » et que ce soit géré par les internes qui sont autonomes.

A : M5

M5 : Je pense que c'est important que si on mettait en place ce genre de groupes au début de l'internat, qu'il y est quand même un professeur au départ qui explique comment ça fonctionne, qui chapote un peu le truc et puis après progressivement, une fois qu'on a compris comment ça fonctionnait, qu'on est à l'aise avec les gens avec qui on était, pourquoi pas de ne plus avoir de de d'enseignant.

A : M7

M7 : ben moi du coup euh, je pense que c'est bien qu'il y est un médecin senior avec plus d'expériences, mais même en dehors de la faculté, c'est bien que dans les GEP, qu'il y est des gens qui ont plus d'expériences que nous, parce que parfois on a les mêmes interrogations et euh on sait pas trop répondre et avoir quelqu'un qui a plus d'expérience, je pense que c'est très important, c'est très enrichissant d'avoir justement des personnes euh plus , plus âgées et qui ont plus d'expériences, donc même si on le faisait en dehors, je trouve que c'est bien d'avoir différents niveaux , parce que souvent les jeunes on a plus euh de connaissances théoriques parce qu'on sort de la faculté et euh puis les seniors ont plus d'expériences de la médecine au quotidien donc je pense que c'est bien, je trouve qu'en effet que c'est bien qu'on soit pas tous du même niveau, que ce soit mélangés.

A : Qui veut rajouter quelque chose ?, M1

M1 : Ben moi je pense qu'il faudrait un médecin sénior, même tout le temps, pour euh avoir un avis extérieur pour avoir un avis extérieur et puis relancer le débat si il faut, plus de ce rôle-là en fait, pour gérer le temps, ou pour donner son expérience parce que moi c'est ce que j'ai apprécié en tout cas du rôle de ce médecin, de donner son vécu aussi.

M4 : Moi je trouve que dans l'idéal, ça aurait été bien que ce soit pas un seul, et que ce soit justement plus équilibré entre jeunes médecins et médecins avec plus d'expériences et qu'il n'y en est pas qu'un seul qui du coup va peut-être, euh ça peut vite des fois devenir la

personne référente quoi, peut-être qu'il y est 3 et 3 ou 2 et 3, ça faciliterait peut être le fait qu'il y est des échanges plus équilibrés.

Après en pratique je sais pas si c'est facile à organiser.

A : D'autres réflexions ? est-ce que tu as une question Nicolas

O : est-ce que je peux juste demander une synthèse pour la forme qu'il aimerait avoir sur euh, ça va pas être long.

O : Juste si j'ai bien compris, les groupes d'échanges de pratiques, très bien pendant le saspas, pas mal voudrait aussi pendant le stage prat peut-être pas forcément, ça c'est à revoir et ce que vous attendrez de nouveau, à priori ce serait un besoin de de groupes de parole dès le début de l'internat, je crois qu'on est d'accord la dessus, enfin de pouvoir échanger sur euh, le relationnel, les difficultés et aussi peut être euh avoir des communication et euh en tout cas voilà, qu'il y est, enfin les 2 nouvelles choses que je voudrais demander, ce serait à priori abord le coté communication et aussi pouvoir échanger sur le relationnel dès le début de l'internat, est-ce c'est à peu près résumer ou pas du tout, sur euh, es 2 choses nouvelles que vous attendriez c'est échanger sur le relationnel et avoir de la communication en plus ? J'ai l'impression que c'est ce qu'il en ressort mais euh.

M1 : En fait moi ce dont j'ai l'impression, c'est que en début d'internat, ce serait des cours de communication et euh après en début d'internat, aussi d'avoir un soutien psychologique parce que, on a pas tellement d'autonomie sur le plan de soins du patient, enfin en début d'internat, moi j'ai, c'est pas tant un échange sur les pratiques parce qu'on a pas de pratiques propres en fait en début d'internat.

A : Quelqu'un veut rajouter quelque chose ? Nicolas, tu n'auras rien de plus {rires}

{rires du groupe}

ANNEXE 12 : Découpage en US du Verbatim du FG des internes

Donc on va commencer ce groupe, ce focus groupe qui porte donc sur les groupes d'échanges de pratiques, que vous avez suivis au cours de votre saspas. Je rappelle un peu les règles, vous aviez une réunion en principe, une fois par mois, le soir, avec un groupe d'internes et des MSU, qui faisaient partis du groupe. Vous aviez en général, une consultation qui était désignée à l'avance et que vous deviez exposer. On est bien d'accord, on part la dessus, donc je commence ma première question.

A : Q1 : Quels sont les points positifs ou négatifs que vous retenir de ces groupes d'échanges de pratiques ? Que souhaiteriez-vous modifier ? Est-ce que c'est clair pour tout le monde ? On commence par M1

1 M1 : euh (.), alors les points positifs, c'est vraiment le (.) c'est vraiment le ressenti

1b puis effectivement (.) les échanges, c'est bien trouvé comme nom, ça désigne bien le type de réunions.

2 Et de se rendre compte de la difficulté que chacun a, et de se rendre compte que parfois on a bien les mêmes.

3 Mais aussi, dans d'autres cas, où effectivement, l'un apporte à l'autre son expérience et puis sa vision, euh ça c'est vraiment euh pour moi le gros point positif, d'apprendre ben ce qu'on ne peut pas apprendre dans les livres, parfois aussi les façons de faire, euh voilà.

4 Et notamment quand, en saspas, vu qu'on est en autonomie, on commence à prendre un peu ses habitudes de faire des prescriptions et je trouve que c'est bien aussi de commencer à se rendre compte que chacun fait un peu différemment et euh de pouvoir partager ça en fait.

5 Après les points négatifs, euh (.) euh ben ce qu'est important, c'est le fait de pas être jugé, de pas juger,

6 euh moi en fait j'ai eu 2 groupes. En fait j'avais commencé par un premier groupe et puis qu'il y a eu des absences, j'ai changé ensuite et euh c'est vrai que le deuxième groupe était plus euh, je me sentais beaucoup plus à l'aise. Donc c'est vrai que c'est important.

7 Après c'est vrai que par rapport aux intervenants, enfin le médecin qui était plus là pour modérer, pareil des fois, ils étaient plus à partager leur expérience, parfois une attitude, je dirai profs-élèves, un peu plus à annoncer comme si c'était une réalité, enfin une vérité qui pouvait pas être modulée

8 C'était rien de, de méchant ni rien

9 mais c'est que parfois il y avait un décalage entre le groupe d'internes et le médecin,

10 et je trouve que c'était mieux de se sentir tous sur le même pied d'égalité même si on a moins d'expériences etc... donc euh voilà.

11 Les choses à modifier, non (.), le modèle, je ne pense pas qu'il y ait des choses à modifier, je ne vois pas.

12 A : Merci, M2

13 M2 : Alors ben euh, tout d'abord comme point positif, c'est faire découvrir ce que c'est l'échange de pratique

14 parce que moi j'avais jamais entendu parler avant

15 et j'y serais jamais venu je pense sans cette expérience.

16 Après, ben comme ça a été, dit, moi j'ai beaucoup aimé,

17 et je trouve que euh, le cote très pratique, c'est qu'il y a pas de préparations, pratiquement, c'est très facile d'accès, Ça c'est les gros points positifs

18 et euh qu'on s'enrichit en peu de temps avec l'expérience de chacun. Ça c'est les gros points positifs

19 et donc ça permet ben de se remettre en question, sans vraiment le chercher, juste en discutant. Ça c'est très bien,

20 après y en a plein d'autres. Euh, on a parlé des échanges,

21 de confronter sa pratique,

22 la remise en question,

23 euh (.) après, euh je rebondis la dessus euh (.) ah oui c'est vrai, alors, oui peut être plus sur les points négatifs, sur, euh lors de mon stage, ça avait commencé tard, ça c'était fait que les 2 derniers mois ou les 3 derniers mois, y avait eu un couac,

24 M2 donc c'était dommage mais ça c'était plus le côté d'organisation

25 A Après j'avais un peu senti aussi du fait qu'il y avait un décalage entre les internes et des médecins plus âgés,

25 B dans certains groupes, ça dépendait des médecins et de leur expérience des saspas, une différence un peu.

25 C C'était pas voilà, y avait un peu une démarcation, pas tellement ceux qui savent et ceux qui savent pas mais des fois ça en était pas loin.

26 Donc ça c'était un peu peut être à retravailler,

27 mais sinon moi j'ai trouvé cela super

28 d'ailleurs je continue à en faire.

29 Je trouve que c'est vraiment une manière très FACILE de de se remettre en question,

30 Je trouve que c'est vraiment une manière très FACILE d'avancer

31 Je trouve que c'est vraiment une manière très FACILE de relativiser par rapport à certaines recommandations qui sortent brutes et là c'est vraiment travailler dans notre expérience, comment tu fais ? Comment je fais et de chercher la meilleure manière de faire, c'est (.) mettre un peu toutes les expériences pour arriver au mieux,

32 non c'est (.) que du plus.

33 A : Merci, M3

34 M3 : alors euh, les points positifs, c'est aussi de faire découvrir ce qu'était un groupe d'échanges de pairs, un groupe d'échanges de pratiques,

35 après euh vraiment le fait de prendre UNE consultation prédéfinie et pas de la choisir, ça permet de discuter, même une consultation qui paraissait banale, euh puis de voir des choses, qu'on aurait pu faire autrement même sur le plan relationnel avec le patient, ça je trouve que c'est vraiment un des gros points positifs dans le GEP.

36 Après moi, le point négatif des GEP pendant le saspa, ça a été justement, des fois, de me sentir un peu jugée

37 et justement la différence, j'ai trouvé qu'avec certains médecins, y avait vraiment un gros décalage entre (.) ben un médecin qui se positionnait comme oui, un peu enseignant, et moi je me revois une fois avoir été questionnée comme si je passais l'internat, enfin des questions très, très scolaires, j'avais pas euh, je trouvais que c'était pas le but de ce GEP, j'ai pas retrouvé des fois, la relation d'échange euh (.) entre pairs.

38 Et euh dans les choses à modifier, moi je verrai bien peut être de le faire plus tôt pendant l'internat, pendant nos stages chez le prat

39 et peut être que qu'on soit en autonomie entre internes,

40 on peut le faire après, je sais pas,

41 je verrai bien quelque chose comme ça, moi en tout cas, qu'il n'y est plus cette différence justement avec des médecins

42 qui sont censés bon, donner un cadre, je pense pour nous apprendre à faire nos GEP

43 mais pas de euh de questions différentielles enseignant-élève.

44 A : Merci, M4

45 M4 : Alors dans les points positifs, euh ouais je trouve que c'est intéressant de le présenter en tant qu'internes pour justement découvrir comment on peut se former

46 et euh effectivement c'est une formation qui est assez facile,

47 parce que en proximité,

48 parce que il y a un groupe de créer,

49 et que ça puisse s'inscrire dans le temps sans que ce soit trop lourd et une fois par mois je trouve que c'est, c'est pas mal comme rythme.

50 Après, je trouvais cela intéressant, d'avoir justement différentes pratiques

51 et puis euh de rechercher, le côté recherches après le groupe, je trouvais cela assez intéressant en fait de la faire par rapport aux questions qu'on s'était posées

52 sur euh bon bah en théorie voilà les recommandations, en pratique, qu'est-ce qu'on en fait, 53 mais en même temps on les recherche quand même et du coup ça permet aussi de revoir de la théorie associée à la pratique, je trouvais que c'était bien.

54 Et après dans les points négatifs, ben il y avait le problème de pas forcément être toujours en nombre, ce qui était parfois un peu difficile de regrouper, d'avoir un groupe qui se suit.

55 Et puis après effectivement en fonction des intervenants, il y avait des médecins qui étaient complètement au même niveau dans l'échange et dans le (.) les différentes pratiques et de l'expérience

56 et puis y en a où effectivement c'était plus de remettre la théorie plus que de l'expérience pratique quoi.

57 Et après, ben après y avait le côté organisation, fin de consult, fin de journée où c'est un peu la course quoi

58 mais bon ça je pense que c'est propre de chaque formation, et de voir comment on l'organise mais (.) bon.

59 Après pour les modifier, ben euh, c'est vrai que peut être que de le commencer plus tôt,

60 ça peut introduire euh (.) sur le temps, enfin dans la durée en tout cas, ça peut peut-être aider, à à le poursuivre aussi après.

61 A : Merci M5

62 M5 : Euh, du coup concernant les points positifs je suis euh assez d'accord avec ce qui a été dit précédemment, c'est vrai que c'est une sup... très bonne expérience. J'ai beaucoup aimé, j'ai trouvé que c'était très enrichissant.

63 Euh je trouvais, en fait on définissait toujours la séance précédente pour la suivante, quelle consultation on allait exposer, donc par exemple, la première de la journée ou la première de l'après-midi donc c'est vrai qu'on choisissait pas une consultation, c'était vraiment (.) et donc

ça arrivait que parfois c' était des consultations qui pouvaient paraître très banales euh, un motif de consultation très simple et on apprenait quand même beaucoup de choses même sur quelque chose de très simple, enfin qui paraissait en fait très simple et en échangeant avec tout le monde, on se rend compte que personne n'aurait vraiment fait de la même manière et c'est cela qui est enrichissant.

64 Je trouvais qu'on apprenait des choses sans vraiment s'en rendre compte, l'apprentissage assez facile.

65 Euh, concernant les points négatifs, moi j'ai été un peu déçu parce qu'en fait j'avais rarement le même groupe, en fonction de séances.

66 Certains séances, j'avais des groupes avec lesquels on échangeait énormément,

66 b et les enseignants qui se mettaient vraiment au même niveau que nous et qui présentaient une consultation X de leur journée,

67 mais euh voilà, on avait vraiment l'impression d'être au même niveau,

68 ils n'étaient pas là pour juger mais plus pour discuter vraiment.

69 Et d'autres séances, comme les autres (.), y avait vraiment le professeur qui critiquait un peu notre manière de faire sur telle ou telle situation,

70 et ça c'était un peu dommage, je pense que c'était pas le but du groupe.

71 Euh après au niveau de l'organisation, j'ai été déçue parce qu'on n'avait pas toujours le même groupe, donc euh je trouve qu'au bout d'un moment c'est bien d'avoir toujours les mêmes têtes parce qu'on est plus à l'aise et parle plus facilement, quand on change et bien c'est un peu plus difficile.

72 Euh au niveau de l'organisation, c'était en fin de journée,

73 des fois c'était un peu tard,

74 c'est vrai que quand on n'habite pas sur Nantes, des fois (.)

75 c'est difficile

76 A : Merci, M6

77 M6 : Bah du coup, j'ai pas grand-chose de nouveau à apporter je pense, enfin moi moi ce qui m'avait,

78 ce que je retiens de positif, et qui m'avait étonné au début c'est vraiment tout ce qu'on peut tirer d'une consultation qui effectivement peut paraître banale, euh la première de l'après-midi, bon ben voilà, c'est pas forcément celle dont on aurait pensé parlé, et puis quand on y réfléchit, quand on se questionne tous ensemble, eh bien on en fait quelque chose d'intéressant quoi.

79 Euh, et après je me suis un peu heurté aux mêmes difficultés que les autres, j'ai eu aussi le souci de changement de groupes,

80 euh et c'est vrai que d'un groupe à l'autre, euh en fonction des personnes et puis aussi du médecin traitant, la dynamique est quand même vraiment différente,

81 on réfléchit plus ou moins,

82 on se sent plus à l'aise ou pas, enfin voilà.

83 A : Est-ce que tu souhaites des modifications ?

84 M6 : euh non, c'était pas mal tel quel, bon après y a des problèmes d'horaires, etc...

85 mais je pense que ça reste posé quoiqu'on fasse.

86 A : Merci, M7

87 M7 : Alors moi bah pour les positifs, ben c'est comme tout le monde a dit, c'est très enrichissant

87 b et c'est vrai que, enfin du coup, on ose parler de nos peurs aussi,

88 parce que c'est vrai que parfois on a des difficultés et on pense qu'on est tout seul à avoir ce genre de difficultés, et on se rend compte qu'en fait en parlant, (.) on est tous internes

89 même si il y a un senior, souvent il nous met à l'aise du coup

90 on peut dire : eh ben j'avais peur, je savais pas, vous auriez fait quoi

90 b et on se rend compte finalement qu'on n'est pas tout seul à avoir les mêmes difficultés. Donc bien souvent, on a à peu près tous les mêmes difficultés souvent au même endroit donc c'est un petit peu rassurant.

91 Euh parce que bien souvent je pense que parfois on manque de confiance en soi et là ça permet de voir que on est un peu tous pareils)

92 et qu'on arrive du coup à trouver des solutions et que finalement on est pas tous seuls en médecine, et qu'on peut toujours appeler un collègue aussi. Enfin je trouve ça apporte (.) c'est bien quoi. {rires M7}

93 Et puis bah pareil, c'est hyper enrichissant de voir les expériences des autres

94 Et en effet c'est hyper enrichissant on apprend sans apprendre, du coup ce n'est pas contraignant,

95 à part l'horaire,

96 mais pff du coup on y va, avec notre consultation, on la raconte juste et après c'est juste un échange comme ça.

97 Euh au niveau des points négatifs, c'est vrai que nous l'organisation, on a appris cela 3 jours avant qu'on avait un GEP,

98 on ne savait pas ce que c'était,

99 on a reçu un texto à minuit {rires M7}, faut aller un GEP,

99 b du coup, on l'a pas forcément très bien pris parce que on avait l'impression qu'on était encore, enfin vu que c'est ça, on était l'interne, et on était obligé de faire quelque chose encore

100 et du coup on ne savait pas ce que c'était,

101 On n'était pas très (.)

102 surtout que ben voilà, y avait des sessions où y avait pas eu de GEP donc en fait on était pas du tout informés de ce que c'était

103 donc je pense effectivement que ce serait bien peut être de plus informer, que en SASPAS, enfin au niveau des choix de stage que y a des GEP et expliqués à ce moment-là ce que c'est.

104 Après le faire avant, personnellement je pense que c'est bien de le faire en saspas

105 parce que avant on est en prat 1 et on n'est pas, enfin ça dépend des gens mais des gens qui ne sont pas du tout autonomisés dans le prat 1 et donc du coup je pense qu'on ne peut pas trop discuter quand on n'est pas vraiment autonomes.

106 L'avantage du GEP c'est vraiment quand on est seul face au patient, qu'on est avec nos difficultés. Si on a le médecin juste à côté ou qu'il nous surveille, ben c'est un petit peu biaisé pour faire les échanges de parole, enfin c'est ce que je pense.

107 Voilà donc à modifier ce serait peut être juste d'informer qu'on aura ça

107 b et peut être donner un planning un petit peu avant,

108 parce que c'est toujours pareil, quand on nous donne 2 jours avant, bah parfois on avait des choses de prévu ou y a des gens qu'ont des gardes enfin du coup c'est pas forcément simple, voilà.

109 A : Ok merci beaucoup, M8

110 M8 : Alors pour les points positifs, bah pour du coup, je trouve que c'est effectivement intéressant de le découvrir,

111 moi je ne connaissais pas avant ce qu'était un groupe de pairs

112 donc c'était intéressant de le découvrir à l'occasion du saspas.

113 M8 Euh effectivement je ne pense pas que ce soit utile quelque part avant,

113 b parce que en stage prat, on n'est pas effectivement encore autonome

114 mais euh c'est bien effectivement de le découvrir

115 et puis peut être effectivement ; enfin là je passe peut être sur les améliorations , mais de le faire effectivement progressivement et peut être effectivement au début d'être avec un modérateur et puis petit à petit faire peut être que en groupe d'internes pour voir

effectivement, pour découvrir ce que c'est aussi qu'avec des internes, enfin c'est une proposition.

116 Mais euh après donc pour les points positifs, c'est vrai que c'est très enrichissant, ça permet de voir différentes façons d'envisager une prise en charge par rapport à un cas de patient et de voir qu'il n'y a pas qu'une façon de faire effectivement pour un cas particulier.

117 Pour les autres points positifs effectivement les recherches, qu'il y a à faire après les questions qu'on s'est posées, sont très importantes aussi, et puis c'est là qu'on apprend aussi des choses.

118 Euh et euh par rapport à ça, alors moi je sais que, on avait, enfin je pense que c'est pour tout le monde pareil, on devait effectivement parler d'une consultation prise au hasard dans la journée. Alors nous on n'avait pas, pareil c'est peut-être pas toujours le même groupe à chaque fois, on n'avait pas forcément dit avant laquelle des consultations il fallait retenir, donc c'était un peu une consultation prise au hasard.

119 Et euh ensuite c'est vrai qu'on devait parler des consultations qui nous avait posé problème, si on avait le temps ou des choses, des questions éventuelles qu'on avait.

120 Et ce temps-là était un petit peu, raccourci très souvent

121 alors que je pense que c'était intéressant aussi de pouvoir parler de certaines choses dont on n'avait pas forcément l'occasion de parler en saspas, de questions qu'on avait ou plus précises

122 Et puis dernière chose, c'est vrai que par rapport au modérateur, effectivement parfois il avait peut-être plus tendance à faire la conclusion quelque part en disant, enfin comme ce qui a été dit en peu, en disant bah euh non là c'est comme ça

123 alors que peut être que effectivement parfois y avait des personnes qui étaient pas forcément d'accord entre elles et il aurait peut-être plus fallu, peut être dire faut faire une recherche la dessus plus tôt que enfin (.) peut être après euh.

124 Sinon au niveau des points négatifs, j'en vois pas d'autres sinon.

125 Je pense qu'effectivement, pour les horaires, y a pas trop d'autres choix quand on est en saspas de faire cela tard de toute façon.

126 Et puis après pour les choses à améliorer, c'est peut-être plus euh dans l'évolution peut être du groupe de pairs peut être sur 6 mois même si c'est compliqué d'avoir tout le monde à chaque fois, à chaque séance,

127 et qu'il y est un suivi par contre avec les mêmes personnes, parce que ça c'est important, on avait tout le temps des modérateurs différents et du coup, on ne reparlait pas par exemple quand il y avait eu des choses, des recherches à faire ou des suivis de patients aussi. Il y a eu des fois où y avait des patients qui euh, voilà on attendait de savoir la suite, l'interne devait nous raconter la suite, ce qui c'était passé au final et du coup, on n'avait pas forcément la suite la fois d'après, enfin la « fin de l'histoire » entre guillemets. Donc euh voilà c'est tout ce que j'ai à dire.

128 A : Ok merci beaucoup, est ce que quelqu'un veut rajouter quelque chose là ? Oui M2

129 M2 : oui une chose aussi que j'ai trouvé intéressante, c'est sur les recherches, justement enfin, pour apprendre où rechercher

130 Justement on en parlait après, où est ce que t'as trouvé l'information ? Sur quels sites ? Dans quoi ? Et c'était intéressant de se dire, tiens il recherche là-bas, c'est pas mal ou sur les recos de l'HAS,

130 b ou euh ça donne pas mal de pistes et une aide justement quand on est après seul, où aller chercher des informations, ça j'avais trouvé que c'était aussi un point positif.

131 Euh voilà c'était ça que je voulais rajouter, alors après je sais pas si c'est le moment d'en parler mais euh sur est ce qu'il faut faire le GEP avant ou pas ?

132 A : On va peut-être en parler dans la suite enfin mais tu peux dire ton opinion.

133 M2 : ben, je rejoins un peu l'avis (.), c'est vrai que les problématiques de quelqu'un qui est encore en formation, en stage prat niveau 1 sont pas les mêmes, je pense que quelqu'un qui est en fin de cursus ou d'un médecin qui travaille. Et moi je pense que j'ai plus des questions en tant que stage prat niveau 1 ou en début de, de pathologies, de diagnostics plus que de l'environnement de la consultation, comment ça s'est passé, euh autres qui sont plus peut être les problèmes dans le fond qu'on retrouve après. Je pense que pas que ce soit moins enrichissant.

A : M4

134 M4 : Ben justement moi je me dis que ça peut être aussi l'occasion d'aborder différents points et de revoir des problèmes diagnostiques qui sont des fois des reproches qui sont fait , à priori, enfin aux cours qui sont fait en tant qu'internes on est plus dans l'échange de, enfin plus sur le relationnel et les problèmes de de comportement ou de, comment on communique avec des patients, et euh que peut être ça pourrait être l'occasion de refaire des bases peut être plus théoriques qui nous manquent à certains moments

134 b et aussi d'introduire les échanges relationnels et les difficultés relationnelles qu'on a

135 mais à la limite c'est pas forcément que avec le stage prat, je trouve que en stages hospitaliers je trouve que, enfin ça peut être aussi fait avant

136 dans le fait qu'on se questionne sur une pratique

137 et euh que ben après ce sera peut-être des questions plus « théoriques » hospitalières entre guillemets mais sur le questionnement de ce qu'on fait et sur la relation qu'on a avec les patients, à la limite moi je pense que y a pas forcément besoin que ce soit en tant que médecin généraliste quoi mais euh c'est peut-être plus dur à organiser.

138 A : M3

139 M3 : Oui moi je suis assez d'accord avec ce que dit M4, je proposais de le faire plus tôt

140 dans le sens où justement pendant le saspas, j'ai trouvé cela, il y avait un côté un peu, hum un peu trop scolaire, on était encore trop près, trop besoin de voir si on était bien avec les recommandations, euh les discussions avaient du mal à se dégager de ça

141 et moi j'avais parfois des problématiques de, relationnel avec les patients,

142 je sais que ça faisait beaucoup parti moi de mes débriefings, pendant le saspas, c'était euh, avec mon maitre de stage,

143 et du coup j'étais parfois un peu frustré des groupes d'échanges de pratique, où ça voulait vraiment savoir si on avait bien suivi les recommandations, des fois j'avais un peu cette sensation-là.

144 Ca répondait pas toujours à mes problématiques moi de savoir au niveau relationnel comment j'aurai pu aborder les choses autrement, comment (.) , des choses pratiques sur

comment , des choses pratiques je sais pas moi sur le fonctionnement d'un cabinet ou enfin voilà,

144 b c'était très collé au bio médical.

145 A : M7

146 M7 : alors moi ça a pas de rapport mais c'est vrai que pendant les GEP, on doit faire un compte rendu après, ça on en a en a pas parlé, c'est vrai que nous dans notre groupe, on le faisait pas tout le temps, et du coup, ce compte rendu là, apparemment c'est pour prouver après pour notre formation mais c'est vrai que en GEP , entre nous à la fac je sais pas si c'est vraiment très utile de le faire parce que, en plus c'est vrai qu'on change de groupe à chaque fois, donc euh y a pas vraiment de suivi.

147 A : M3

148 M3 : Les, les enfin ce qu'on faisait après c'était par rapport aux recherches à faire, et comme on savait qu'on n'allait pas forcément se retrouver dans le même groupe, c'était aussi pour euh communiquer {M7 acquiesce} sur les recherches qu'il y avait à faire.

149 A : M5

150 M5 : c'est vrai qu'il fallait qu'on fasse un résumé de notre GEP, donc il y avait un rédacteur qui était désigné à chaque fois.

151 Donc moi je me souviens l'avoir fait une fois, on résumait chaque situation qui était exposée et les questions de recherche qui en découlait et on devait envoyer cet écrit au médecin qui modérait le GEP.

152 Mais moi j'ai jamais eu de retour des autres groupes en fait, où même des retours en fait de ce que nous on avait fait, du coup je voyais pas vraiment l'intérêt parce que certes je donnais, enfin j'envoyais le résumé du groupe mais après j'avais vraiment, enfin on a eu tous aucun retour des différents groupes ou même des recherches qu'on avait fait donc du coup je ne voyais pas quel était trop l'intérêt de faire ça.

153 A : M6

154 M6 : Pour effectivement aller sur l'écrit, ça aurait pu une bonne base de départ euh enfin sur le groupe suivant, ou peut-être ou sur la partie de fin de de la séance suivante

155 quand euh quand euh tu disais ben ouais on aurait bien aimé avoir la suite, euh d'une situation dont on avait discuté tous ensemble, et euh on émet des hypothèses sur comment avancer

156 et euh finalement c'est intéressant aussi de savoir euh si l'hypothèse a apporté quelque chose et euh dans quelle mesure c'était euh enfin judicieux ou pas pour avancer la dessus..

157 A : M4

158 M4 : Nous justement dans notre groupe, c'était quand même pas mal suivi et du coup c'était intéressant de reprendre en début de groupe la fin de, des différentes recherches qu'on avait faites et ça, c'est pour ça que je trouvais ça intéressant

159 parce que effectivement si il n'y a pas de suite, je pense que c'est(.) et si on a pas participé au groupe qui s'est posé la question de recherche {M2 et M5 acquiescent} et qu'on reçoit les résultats des autres enfin moi je crois que c'est arrivé finalement une ou 2 fois où j'avais participé mais j'avais reçu parce que (.) bon bref et en fait je les avais pas lu quoi parce que c'est intéressant quand on s'est posé la question de voir quelle réponse on a trouvé mais ...

160 Ça c'était une bonne méthode, c'était bien ce côté-là, de se retrouver.

161 A : Qui veut dire encore un mot sur le plan justement du travail demandé, des recherches, et de l'intérêt que cela peut avoir ? , M8

162 M8 : Ben oui moi je pense que c'était intéressant effectivement ce travail de recherche, enfin nous à chaque fois on avait quand même quasiment le même groupe à chaque fois, donc on avait les recherches de tout le monde qu'on recevait être chaque euh chaque séance et c'était quand même intéressant quand on est dans le groupe effectivement et qu'on se pose la question , du coup c'est intéressant d'avoir les résultats, et effectivement on est plus intéressé à les lire du coup

163 à lire les recherches de tout le monde à ce moment-là et je trouve que quelque part c'est ça le, c'est là où on apprend aussi beaucoup,

164 même si en échangeant effectivement on apprend aussi les pratiques des autres

165 mais c'est en faisant les recherches aussi qu'on avance et qu'on apprend des choses.

166 A : Qui veut rajouter quelque chose, M4 ?

167 M4 : Oui je voulais juste, euh je rebondis sur ce que disait M3. Par rapport à au débriefing qu'il y avait avec le saspas, moi justement y avait pas mal de débriefing sur le relationnel et du coup, qu'il y est moins de relationnel dans l'échange de pratique le gênait moins parce que en fait j'avais déjà débriefé certaines consultations,

168 mais c'est vrai que finalement y des fois où ça restait quand même plus dans la pratique bio-médicales,

168 b mais en soi je me disais que ça faisait aussi parti de la formation

169 et que après des fois on peut aussi trouver, euh le débriefing relationnel dans d'autres formes de (.) formations,

170 mais si on peut tout faire c'est beaucoup mieux mais (.)

171 A : Quoi par exemple comme (.)

172 M4 : ben le Balint par exemple,

173 où d'en parler avec un médecin, peut-être plus sur le relationnel, je sais pas, peut-être qu'il y a des cabinets où on peut en parler, enfin en groupe quoi.

174 A : M3

175 M3 : Oui ben après c'est aussi par rapport aux, à un groupe de pairs, que je connais , enfin de médecins qui en faisaient partie, que ce soit des médecins avec qui j'ai été chez le prat ou en saspas, c'était des gens qui se connaissaient, qui « s'étaient choisis » pour former leur groupe de pairs, donc,

176 alors que nous c'était imposé, du coup y a des gens avec qui on est plus ou moins à l'aise

177 alors, je sais pas si c'est forcément mieux de for... de connaître les gens mais euh je sais pas y des affinités qui sont différentes et on peut se sentir plus libre de parler de certaines choses, moi en tout cas.

178 A : est-ce que sur ce sujet des recherches, de leur intérêt, on arrête là ? (.)

179 Y a un autre sujet que vous abordez, c'est le rôle du modérateur, du msu, est ce que quelqu'un veut revenir la dessus ? Vous avez tous souligné que c'était important qu'il y ait

des échanges d'égal à égal, qui y avait de la réassurance, que c'était plus difficile la communication entre vous quand il y avait le rôle enseignant/élève, est ce que vous voulez rajouter quelque chose ? M4

180 M4 : Nous dans notre groupe en fait on tournait, le modérateur c'était pas forcément le médecin installé quoi

181 donc euh ouais ils prenaient en fonction de, alors des fois y en avait deux donc euh ça dépendait

182 mais euh celui qui a le plus fait dans notre groupe en tout cas il était pas du tout en position de modérateur qui donnait le ton dans le groupe.

183 A : M2

184 M2 : Oui juste pour rebondir la dessus, je crois que le rôle du modérateur était très bien, c'était bien qu'il y est quelqu'un qui drive un peu les choses, qui disait, bon ben là on s'arrête on passe à autre chose parce que ça c'est important que ça parte pas n'importe où.

185 Mais après oui le problème, le côté un peu professeur/étudiant c'était pas tellement le côté modérateur c'était des fois des médecins installés, qui parfois justement peut être à juste titre mais prenait leur avis plus comme quelque chose qu'il faut suivre,

186 qu'est pas tellement l'objectif des groupes de pairs, où on donne chacun notre avis puis on essaie de tirer une sorte de, conclusion ensemble, c'est plus dans ce sens-là.

187 A : M3

188 M3 : Oui ben je suis assez d'accord,

189 en plus je trouve que c'est important qu'il y est des médecins installés qui avaient un peu, qui venaient quand même pour faire partager leur expérience et puis je trouve que c'est bien qu'il y est des gens de génération différentes

190 mais euh parfois ils peuvent avoir des avis un peu tranchés sur euh il fait faire comme ça et euh c'est là que (.) que moi en tout cas ça m'avait mis mal à l'aise

191 Donc garder quand même ce côté d'avoir des médecins qui encadrent, qui soient là aussi pour nous apprendre la méthode du groupe de pairs mais sans (.)

192 A : M7 puis après M5.

193 M7 : c'est vrai qu'on avait eu un modérateur qui euh dès le début de la séance prenait la parole tout de suite et euh en fait nous exposait son cas clinique et c'était un petit un questionnement comme à l'internat, euh tu penses à quel diagnostics ? et euh, c'est vrai qu'on l'a eu 2 fois et du coup enfin elle parlait tout le temps et on a pas du tout échangé, on avait l'impression qu'on faisait des cas cliniques d'internat et je pense que c'était pas le but

194 Donc c'est vrai que le modérateur est très important

195 puis c'est vrai je reviens, comme mes collègues, c'est vrai que ça aurait été bien d'avoir un peu le même,

196 peut-être pas tout le temps, parce que si on a un modérateur, on n'est pas à l'aise, c'est vrai que si on l'a pendant 6 fois (.)

197mais au moins 2 séances d'affilé, au moins 2 à 3 fois.

198 A : M5

199 M5 : nous en fait le modérateur ça n'a jamais été le MSU, c'était nous en fait entre internes, on se désignait chacun notre tour et on chronométrait, on disait voilà, on passe la parole à un autre mais le médecin installé n'a jamais été le modérateur, enfin dans mes souvenirs.

200 C'était plus, il commentait à chaque fois la situation et c'était dans ces commentaires qui semblait être, qui avait plus son rôle d'enseignant par rapport à nous, c'est là où il donnait sa conduite, comment lui il aurait fait et que c'était un peu l'exemple à suivre, c'était plus cela qui nous gênait

201 mais par contre ça n'a jamais été lui qui modérait les entretiens, c'était toujours nous en tant qu'internes.

202 A : D'autres commentaires à ce sujet ? On a vu que dans votre mode de fonctionnement c'était un sujet, enfin une consultation prédéterminée, est ce que vous voyez, d'autres méthodes qui pourraient s'appliquer à ces groupes de pairs dans le choix de la consultation.

M7

203 M7 : Oui c'est vrai que parfois, du coup, ben on avait pas travaillé les semaines d'avant , avant le GEP et du coup on avait pas de consultation donc bien souvent on se rappelait , enfin pas en inventer, mais on prenait une consultation qui nous avait posé vraiment problème donc euh je sais pas si ça pouvait un peu biaisé les choses.

204 C'est vrai que nous dans notre groupe, y avait enfin c'était rare quand on avait tous fait la même consultation, parce que y avait toujours des gens qui n'avait pas été là, ou comme en saspas on travaille pas tous les jours bah des fois c'était le mardi donc euh depuis le vendredi on avait pas vu de cas donc euh, je sais pas si parfois, (.)

205 je ne sais pas comment on pourrait améliorer cela mais du coup bien souvent dans notre groupe, on n'avait pas tous la même consultation désignée, souvent on parlait que de la consultation qui nous avait posé un peu problème que l'on se rappelait bien mais par exemple euh, la consultation du rhume, de la rhinopharyngite, ben on en a rarement parlé alors que ça aurait pu être du coup être la consultation numéro 4.

206 M3 : Oui mais ça pourrait être justement une solution d'alterner peut être une consultation choisie, enfin choisie parce qu'elle nous a posé problème et puis euh une consultation ...

207 Mais je trouve que c'est important de temps en temps de garder une consultation prise au hasard , car ce qui paraît anodin, ou on a l'impression qu'on voyait pas trop comment on aurait ou faire différemment et puis finalement en en discutant avec les autres, on s'aperçoit que (rires) y a plein d'autres méthodes.

208 M1 : La question c'est bien qu'est-ce qu'on pourrait imaginer de faire autrement ?

209 A : par exemple

210 M1 : Ben moi je suis assez d'accord, c'est bien de prendre à la fois au hasard et puis euh, sur une consult très récente euh de dire, nos difficultés qu'on a eu.

211 Après une autre manière de faire, c'est de mixer aussi avec des thèmes, pourquoi pas le deuil ou une annonce diagnostique difficile ? Bon voilà on va parler de ça aujourd'hui euh, y en a ben une qui t'arrive en tête, ou le refus de soins ou le conflit entre personnes, soit directement avec le médecin ou entre famille, enfin ça peut être aussi une possibilité, pourquoi pas ?

212 A : Qui veut ... M2

213 M2 : euh oui dans le même sens enfin c'est mon avis que la première partie c'est pas mal ça reste vraiment sur quelque chose d'aléatoire, parce que je trouve que c'est le côté important, intéressant du groupe de pairs.

214 Mais c'est vrai que, que ce soit après, euh ce qu'on fait dans la salle ou ce que j'ai fait après, le deuxième temps où on est censé justement parler parfois de consultations difficiles, souvent lui il est peut être mis un peu de côté, et on avait moins de temps pour en parler parce que la première partie avait pris du temps

215 et c'est peut être ça qui fait que des fois on a envie de parler de quelque chose qui nous a réellement posé problème et euh on n'a pas le temps et on n'approfondit pas.

216 Mais si on choisit nos consultations ça risque de, de perdre un grand champ en fait, de ... du côté intéressant, je trouve qui touche à tout et des choses qu'on pense savoir bien faire, se rendre compte que c'est vraiment pas le cas du tout, qu'on aurait pas si on choisit, enfin je pense que ... En tout cas je trouve ce domaine-là hyper important,

217 mais après cette deuxième partie où on est censés parler de nos problèmes, des consultations qui nous ont posées soucis, on avait peut-être rarement le temps de bien le faire, je pense que c'est plus ça moi qui me (.) j'ai trouvé.

218 A : M4

219 M4 : nous on n'avait absolument pas de temps défini, enfin déterminé {M2 acquiesce} pour faire la partie questions euh qui nous venaient à l'esprit, ou des consultations difficiles, c'était pas du tout défini {« oui » de M2, comprenant cela}, on n'avait pas ça dans (.)

220 mais c'est vrai que c'est bien.

221 M5 : C'était pareil nous, c'était que des consultations prédéfinies, mais on a jamais eu le temps de parler, alors que on en avait tous en tête hein des consultations qui nous ont posé soucis, euh souvent c'est sur des problèmes relationnels, ou bien des annonces un peu difficiles, mais ça on a jamais eu ce temps-là.

222 Mais je pense que les 2 sont importants en fait,

222 b comme disait M2, c'est que , avoir une consultation tout venant pour se rendre compte qu'on a tous des pratiques différentes même pour un sujet très simple,

222 c et après un temps pour discuter des choses difficiles, je pense que ce serait intéressant.

223 Ca manquait peut être cela.

224 A : M8

225 M8 : Nous on a eu le temps de voir justement sur les quelques séances de faire à la fin, enfin on avait tous eu des consults quelque part assez rapides où on avait établi des questions à rechercher et du coup on a eu le temps de discuter de quelques questions éventuellement, enfin le modérateur a demandé est ce que quelqu'un a eu un cas difficile dernièrement ou des questions qu'il se pose. Et du coup c'était intéressant d'avoir ça, enfin ce temps-là je trouve.)

226 A : Est-ce que quelqu'un veut encore rajouter quelque chose au niveau de cette première question qui était déjà très large ?

227 M1 : Oui ce que je rajoute ; c'est vrai que ce qu'est important dans ces groupes de pairs c'est vraiment la, le côté récent. Parce qu'on oublie très vite des détails de qui peuvent jouer en fait dans une consultation, donc c'est vrai que (.)

228 Donc c'est vrai que le désavantage de parler d'un sujet euh bateau comme ça qu'on va aborder, c'est peut être euh, c'est ce défaut-là d'avoir oublié beaucoup comment ça s'est réellement passé quoi (.) tout ce qu'a pu se dire , tout ce qui a pu se faire.

229 A : M7

230 M7 : Je vais juste rajouter aussi quelque chose, je pense que si les groupes d'échanges de parole, c'est bien quand on est en petit nombre,

231 parce que parfois quand il y avait des groupes où il manquait des personnes, on se surajoutait et quand on devient un petit trop gros, ben on a pas le temps de parler, on a pas le temps de s'arrêter sur les choses, donc on a moins d'échanges et c'est beaucoup moins intéressant.

232 c je pense que c'est vraiment important de rester dans un petit groupe restreint.

233 A : Alors, on rappelle ça revient toujours d'être toujours le même groupe, quel est pour vous le nombre idéal par exemple ?

234 M... : 5

235 M2 : Oui c'est ce que j'allais dire : 5 ou 6

236 A : **Q2** Bien, on va passer à la 2eme question, **quelles ont été les apports de ce groupes d'échanges de pratique sur votre pratique quotidienne et ces groupes d'échanges durant le saspas vous ont-ils donné envie de poursuivre cette démarche dans votre exercice futur et si oui pourquoi ?** Donc on va commencer par M4

237 M4 : alors euh le début de la question c'était quoi déjà ?

238 A : C'est qu'est-ce que ça t'a apporté dans ta pratique quotidienne, ta vraie vie ?

239 M4 : Ben l'envie de faire des recherches sur des questions de, peut-être plus théoriques (.) et d'avoir envie de les partager.

240 Donc euh j'aimerais me réinscrire dans une formation de groupe d'échanges de pratiques {rires} c'est pas encore fait, ce le sera sans doute dans un second ... enfin dans un projet ...

241 Et puis ça m'a bien montré à quel point j'avais besoin de, me poser des questions et d'avoir des retours sur ce que je faisais.

242 Donc ça n'a fait que confirmer mais le saspas était déjà (.) la dedans, dans cette démarche là. Et du coup je pense que comme il y avait déjà le saspas avec les débriefings euh, ça me euh j'avais pas l'impression de découvrir l'échange euh le retour euh positif,

243 enfin j'avais pas l'impression que c'était une découverte, ça faisait que confirmer le fait que je trouvais cela intéressant et important, d'échanger avec des confrères quoi, voilà.

244 A : M5

245 M5 : Euh moi je me suis rendu compte du BIEN que ça faisait de parler de situations qui enfin (.) d'échanger en fait sur quelque chose qui m'a posé soucis ou quelque chose qui une fois que le patient est parti je me dis j'aurais peur être dû faire autrement.

246 Et en fait, le fait d'en parler, de se rendre compte du bien et du retour,

247 en fait de se rendre compte qu'on est tous un peu en galère parfois et que ça fait du bien d'avoir des retours un peu équivalents

247 b et de se dire un peu bon ben je suis pas tout seul à faire comme ça et en fait ça fait du bien de se rendre compte qu'on n'est pas tout seul quoi. Et c'est surtout ça qui m'a fait du bien.

248 Et puis euh aussi se rendre compte des habitudes de chacun pour aller chercher des informations, y a des endroits où j'allais pas forcément chercher parce que je ne savais pas que ça existait ou parce que je n'avais pas ces habitudes-là.

249 Et du coup euh de savoir comment les autres font, j'ai copié euh sur certains et du coup j'ai découvert des outils que je ne connaissais pas forcément donc euh qui du coup m'ont aidé après, à la suite. Voilà.

250 A : M6

251 M6 : Euh est ce qu'on peut redonner la question euh

252 A : Alors, euh quelles ont été les apports de ce groupes dans ta pratique quotidienne et est-ce que tu serais enthousiaste pour le poursuivre dans ta vie professionnelle future, et si oui pourquoi.

253 M6 : alors sur les apports, c'est vraiment de pouvoir continuer ce questionnement,

254 de se rendre compte ben qu'il n'y a pas qu'une seule façon de faire,

255 que euh à la fin de la journée, c'est bien quand même de se poser des questions sur ce qu'on a fait, pourquoi euh, d'où ça vient un peu les les ..parce que ... euh on se rend compte aussi qu'il y a aussi des choses qui nous paraissent euh juste, qui nous paraissent acquises et puis finalement en fait non c'est pas comme ça. Alors soit parce que la reco a changé ou parce que finalement c'est pas adapté etc... Vraiment de ... de réfléchir à ce qu'on fait quoi

256 Et donc et puis après d'aller chercher des infos ouais, c'était quand même une bonne aide de voir où les autres vont piocher parce que ça élargit le panel des outils à notre disposition.

257 A : M7

258 M7 : Alors bah euh oui, c'est ce qu'on a dit euh après dans ma pratique même ça m'a aidé parce que quand on a parlé d'une situation, et que finalement on l'a retrouvé quelques jours après, et ben voilà, alors elle fait comme ça, euh par rapport à cette recherche, y a eu ça donc c'est vrai que, ça aide beaucoup.

259 C'est vrai que moi parfois je suis très nulle pour rechercher du coup, les GEP, ça me forçait aussi à faire des recherches,

259 b ou justement à voir d'autres personnes qui cherchaient, qui apportaient des nouvelles recommandations, parce que parfois je regarde pas tout le temps les recommandations, euh voilà

260 Ben après sur le fait de parler, euh ben dans ma pratique j'étais déjà tout le temps en train d'appeler mes copines donc j'aimais bien savoir discuter, d'avoir les rapports, les ressentis des autres gens.

261 Et puis justement nous du coup, ben là j'ai fini mon internat et on continue à faire des groupes d'échanges de parole, alors bon pour l'instant on en a fait 2 sessions {rires} mais on essaie de faire ça 1 fois par mois, euh à 5 ou 6,

262 mais justement je pense que dans notre groupe on est un peu trop nombreux, nous on essaie du coup de s'imposer une date tous les mois et de refaire ça entre nous

263 parce que en effet je trouve ça très important, et très positif.

264 Donc peut être là où je remplace je m'inscrirai peut être.

265 A : M8

266 M8 : Oui donc moi je pense que ça m'a apporté le fait d'aller chercher l'information,

267 parce que mine de rien pendant l'internat quand on est en stage hospitalier, quand on sait pas , on demande à notre senior, et puis ben il nous dit fait ça donc on fait ça, en gros c'est à peu près ça, enfin même si on a les bases théoriques etc...

268 Et c'est vrai que là en saspas, j'ai découvert le fait de voilà, d'aller chercher l'information

269 et c'est vrai des que, dès que j'ai une question, dès qu'il y a un patient qui me pose une question que je ne sais pas, je me le note dans un coin de ma tête ou quelque part et je ferai la recherche des que j'ai le temps quoi.

270 Je sais pas si je l'aurais fait, enfin je l'aurais peut-être fait autrement mais enfin du coup j'ai découvert cette façon de faire plus rapidement que si je n'avais pas fait de groupes de pairs. Donc ça c'est quand même très important,

271 après moi je n'ai pas continué de « groupes de pairs »

272 mais c'est vrai que dans les cabinets de groupe, enfin et puis là je démarre une collaboration, c'est vrai qu'on échange pas mal quand même sur les cas cliniques euh et sur les cas compliqués donc je pense que c'est déjà pas mal

272 b alors après effectivement d'avoir en plus un groupe de pairs je pense que c'est encore mieux.

272 c Donc euh effectivement c'est intéressant de poursuivre cela.

273 A : M1

274 M1 : Euh moi je trouve que sur le pratique ça (.) évite la routine, le cote « plan plan », oui justement ce qu'on met dans le acquis : ça je m'en occupe plus, ça prend la poussière {rires du groupe} euh donc oui c'est vraiment une dynamique moi je trouve, c'est c'est une remise en question.

275 Après ça systématise un petit peu d'avoir un rythme, de se dire ben on essaie de se voir tous les mois,

276 parce que c'est vrai que, euh parfois quand on se rencontre, même avec des amis, on va boire un café, on parle, on va dire ben tiens là j'ai vu ça , mais c'est peut-être plus là ce qui sort vraiment, euh c'est plus exceptionnel quoi, on va parler de la énième maman , enfin qui voulait absolument l'antibiotique euh pour (.) enfin ce qui me paraît un peu commun.

277 M1 Ensuite bon le coté recherche, je suis d'accord, voilà.

278 Et puis donc là moi j'essaie de poursuivre aussi le GEP euh,

279 mais ça a permis de me renseigner sur d'autres choses, notamment, les groupes Balint.

280 et ça je n'ai pas encore fait le pas, j'en ai parlé un petit peu, j'ai des amis qui l'ont fait dans d'autres villes, dans leur cursus d'internat même et euh je je m'interroge et donc peut être.

281 A : Merci M2

282 M2 : Ben comme ce qui a déjà été dit, ce qui a changé dans ma pratique, c'est les différents outils utilisés en cas de recherches.

283 Euh et puis la remise en question un petit peu, même des fois seul en consultation, les questions qu'on se poserait pas, ce qu'on fait, tiens ben dans le fond je fais ça mais est-ce que c'est ça que je dois faire, est ce que ça n'a pas changé ? Et puis ça pousse aussi, euh voilà à une remise en question même plus fréquente.

284 Euh, après ça a changé d'autres choses, en tout cas ça m'a montré le plaisir de partager, d'échanger,

285 et de me dire que dans ma pratique future, c'était ce que je voulais

286 donc euh, déjà d'être dans un cabinet de groupe : après une consultation difficile, on peut en parler rapidement pour dédramatiser, pour voir même en rire.

287 Et euh puis d'avoir envie de continuer les groupes de pairs.

288 Alors juste après l'internat, j'en ai fait entre co post internes, et puis c'est tombé un peu à l'eau.

288 b Et puis là du coup dans le cabinet où je travaille, on a relancé ça. Du coup c'est un cabinet de groupe où on est 7, on fait des groupes de pairs 1 fois par mois.

289 Donc ça a l'avantage comme c'est au sein du cabinet, que dans la 2^e partie, on peut parler du cabinet, des choses autres, donc c'est pas mal, enfin voilà .

290 A : Merci M3

291 M3 : Euh hmm, ben moi ça m'a permis de me rendre compte que c'est quelque chose que je voudrais continuer,

292 alors j'en avais fait un petit peu après l'internat mais dans un groupe qu'était trop grand, enfin je m'y retrouvais pas,

293 mais c'est quelque chose que je voudrais continuer par la suite.

294 Je trouve que c'est vraiment très important de pouvoir échanger, je trouve que, enfin j'aime beaucoup la médecine générale et parfois ça peut être un univers un peu solitaire. Je trouve que c'est vraiment important de pouvoir échanger. Moi je travaille dans un cabinet de groupe où c'est important de pouvoir aller toquer à la porte d'à côté, ou d'appeler ou même pendant une consultation, quand il y a besoin donc euh euh voilà ça c'est vraiment fondamental.

295 Et puis même quand on a la capacité de se remettre en question, je trouve que de le faire avec le regard d'autres gens, ça permet de soulever des problématiques qu'on n'aurait pas soulevées seul par exemple. Je trouve que c'est vraiment très important quoi.

296 A : Est-ce que quelqu'un veut rajouter quelque chose ?

297 M4 : ben moi je trouve que c'était aussi, un lieu et un moment où on peut parler enfin, des consultations,

298 enfin par rapport à rencontrer une copine collègue et de parler pendant le café ou une soirée, des patients de la journée ; finalement ben c'est bien mais c'est aussi euh ça va quand on se voit régulièrement ou enfin pour les autres ça peut être vite pénible et pour soi aussi

299 donc c'est bien aussi d'avoir un lieu où on sait que c'est le moment où on peut le faire,

300 ça empêche pas les autres fois à coté mais euh au moins ça peut aussi ne pas parasiter les consultations, les moments où on se retrouve en dehors quoi.

301 A : Qui veut rajouter quelque chose ?

302 A : Est-ce que, vous avez traduit un petit peu que c'était agréable d'être entre personnes euh entre pairs, que ça permettait, on l'a souligné plusieurs fois beaucoup de réassurance, est ce que vous voulez rajouter quelque chose la dessus sur le soutien psychologique que ça peut ajouter ?

303 M4 : Ben peut être que là pour le coup il faut être en groupe qui se connaît depuis euh enfin qui se suit en tout cas, peut être sur la durée en tout cas.

304 Parce que moi dans mon groupe, on n'était pas là-dedans, on était moins dans le relationnel et dans le soutien de pratiques

305 et je pense que c'était d'autant plus fait qu'il y avait un débriefing avec les saspas. On voyait bien la différence avec ceux qui débriefaient sur tous les plans avec leur médecin référent et ceux qui justement restaient avec des questionnements euh aussi de cet ordre-là, enfin moi je voyais bien la différence en tout cas.

306 M2 : Oui et puis ça me rappelle aussi dans les , un peu le point la réassurance , quelqu'un qui raconte sa consultation et de se dire : tiens il fait comme moi, rien que de se dire ça des

fois c'est , ça remet en confiance, tiens je m'étais jamais posé la question si c'était bien ou pas mais il fait pareil.

307 Et ça c'est intéressant aussi, ça permet de se mettre en confiance et de se dire bon on a tous un peu des défauts, des choses qu'on fait bien et puis euh,

308 après c'est important de connaître un peu, en tout cas vite sentir qu'on est en confiance parce que si euh je pense qu'à partir du moment où on sent qu'il y a un jugement ou quelque chose, ça anéantit un peu tout l'effet bénéfique.

309 M7 : Du coup bah je suis d'accord avec M2, dans notre formation, on est un peu tout seuls, on nous pose pas réellement, on nous pose jamais les questions d'est ce qu'on se sent à l'aise, de nos peurs et tout (.) surtout à l'hôpital, on est là, externe, on sait même pas qui on est {rires} et on reste avec nos angoisses tout seul, parfois on peut pleurer chez soi tout seul et on a personne à qui parler {rires M7}.

310 Et du coup, je trouve que ces GEP justement ça permet aussi parfois de vraiment dire nos ressentis sans être jugé

311 Et on a enfin l'impression d'être écouté

312 et bon en effet parler de tout ce qu'on veut

313 mais faut en effet, que le groupe, on se sente à l'aise.

314 A : M5

315 M5 : Et puis surtout l'intérêt de parler de son ressenti à des groupes de pairs, c'est qu'on parle à des gens qui comprennent ce qu'on vit.

316 Parce que on a beau en parler à la maison, quand on rentre, notre conjoint, nos parents, enfin, pour ma part, ils ne comprennent pas forcément ce qu'on peut vivre en cabinet.

317 Et du coup en parler à des gens qui vivent la même chose, euh au quotidien, euh c'est plus facile en fait d'en parler et de « se lâcher », parce qu'on a quelqu'un en face qui comprend ce qu'on peut ressentir quoi.

318 Mais pareil, j'insiste faut vraiment que le groupe soit déjà restreint, pour pas que euh qu'n puisse parler assez longuement chacun

319 et que ça soit souvent les mêmes personnes pour qu'on puisse se sentir à l'aise au bout de 4, 5 séances quoi, parce que si on change de groupes à chaque fois euh on recommence le processus à zéro et on perd l'effet bénéfique de la fois d'avant quoi.

320 M3 : Moi justement, pour les groupes de pairs pendant le saspas, moi j'ai pas du tout retrouvé cette capacité de pouvoir parler de choses, plus de l'ordre du ressenti, enfin moi je trouve que c'est ce que je disais tout à l'heure, c'est très collé, très scolaire, très collé au bio médical et euh,

321 J'ai pas senti, euh j'avais plus cette place pour parler de mon ressenti en débriefing avec les médecins pendant mon saspas que aux groupes de pairs.

322 Donc j'ai plus vécu ça comme une initiation aux groupes de pairs. {rires}

323 M2 : Ca n'a rien à voir mais je viens aussi de penser dans les points positifs, aussi en sortant du bio médical, comment font les autres sur les réseaux, sur le travail avec les spécialistes, surtout dans le domaine de la psychiatrie où des fois c'est compliqué, et ça c'est pas mal,

324 partager sa façon de faire dans euh sur l'environnement, ben ça on apprend beaucoup aussi.

325 Tiens il fait ça dans ce domaine, là c'est pas bête, il gagne du temps, c'est plus pratique, avec qui il travaille et pourquoi. Ça aussi c'est intéressant.

326 A : M5

327 M5 : On apprend aussi les réseaux qui existent (.) {Groupe acquiesce}

328 A : Est-ce qui aurait d'autres ? Quelqu'un veut intervenir ?

329 A : On passe à la **question 3** {rires du groupe}, **on y va, seriez-vous intéressés par des groupes d'échanges de pratique entre internes pendant le stage prat ou les autres stages hospitaliers et si oui sous quelle forme**? On va commencer par M7

330 M7 : Alors bah c'est comme ce qu'on disait au début euh, ben c'est bien je trouve de le faire quand on est en saspas parce qu'on est autonomisé,

331 euh parce que quand on est en prat 1, euh bah déjà on doit découvrir la médecine de ville parce qu'on a toujours été en mode hospitalier donc euh ça fait déjà beaucoup de choses à apprendre rien euh des consultations

332 donc je pense qu'en effet, on n'a pas encore trop de questionnements pour faire un GEP, parce que c'est plus dans le relationnel ce qu'on découvre.

333 Et c'est pareil si on fait pendant nos stages hospitaliers euh vu qu'on a un cursus hospitalier, je pense qu'on va rester que sur des groupes d'échanges de parole vraiment très théoriques, sur les maladies, les diagnostics et ça va pas être au-delà : sur notre ressenti , comment aborder les gens,

334 enfin donc je pense que c'est bien de le faire en saspas et de laisser ça comme ça.

335 A : M8

336 M8 : Moi je pense qu'effectivement oui en stage prat, euh pas, enfin je vois pas, enfin faudrait que ce soit sous une autre forme mais peut être plus effectivement, enfin en stage prat effectivement, on a pas le euh ça reste quand même euh toujours, on est toujours dans le bio médical, dans l'hospitalier mine de rien enfin, on n'est pas encore autonome pour pouvoir, je trouve effectivement se poser les mêmes questions que quand on est en saspas.

337 Euh après, c'est vrai que dans le cadre des stages hospitaliers, euh c'est vrai que discuter entre internes, en dehors justement de l'hôpital, enfin en dehors enfin du service , de peut-être certains cas qui nous ont paru difficiles, compliqués, ou enfin des questions qu'on s'est posées par rapport à justement des, je sais pas des prises en charge, ça pourrait peut être intéressant mais ça resterait pour moi du bio médical je pense à ce stade-là, plus

338 mais il pourrait y avoir des échanges effectivement plus dans le relationnel aussi euh par rapport à des prises en charge difficiles parce que parfois en hospitalier on voit des fins de vie, on voit des choses difficiles qui peuvent effectivement être intéressantes aussi à discuter

339 mais bon là aussi faut s'entendre avec les internes en question avec qui on est quoi.

340 Mais ça pourrait être plus dans ce cadre-là mais rester quand même du bio médical avec peut être un « soutien psychologique »

341 {rires M8} avec d'autres co-internes mais c'est vrai que ce serait plus dans ce cadre-là je pense, ce serait pas du groupe d'échanges de pratique comme on l'entend dans le saspas.

342 M1 : Moi je trouve pareil que c'est pas adapté d'avoir euh ce système de groupe d'échanges de pairs avant le saspa,

343 euh après euh finalement notre demande un peu à tous, euh, qu'on arrive à retrouver dans le groupe d'échanges de pairs, c'est euh la communication avec le patient et moi je trouve que en fait, faudrait que ce soit plus enseigné, c'est effectivement le mode d'apprentissage est pas adapté plus tôt mais ce serait bien qu'on soit plus formés sur la communication, ça c'est clair.

344 Parce que là en fait, nous, on passe directement à une pratique qu'on fait avec les outils qu'on a, la sensibilité qu'on a

345 et puis c'est vrai que les groupes d'échanges de pairs permet euh, c'est notre moyen, essayer de comparer, de justement d'apprendre plus

346 mais y a quand même un minimum de théorie, alors tout s'apprend pas dans les livres je suis d'accord mais y a quand même des techniques de communication qui existent euh et qui pourraient être enseignées à mon sens.

347 C'est vrai que pourquoi pas envisager, que malgré tout à l'hôpital, on puisse, peut-être pas entre internes, mais au moins entre internes du même service avec le chef ou pourquoi pas

348 mais le problème c'est que ce n'est pas le mode de fonctionnement enfin universitaire hospitalier en tout cas, donc euh voilà.

349 Mais c'est vrai qu'en termes d'autonomie en stage prat 1, ça ne justifie pas à mon sens le groupe d'échanges de pairs à ce moment-là.

350 Mais dans ce cas, pourquoi pas là aussi quelques cours théoriques sur euh la communication qu'on pourra mettre en pratique en saspa {rires M1}, c'est une idée

351 A : M2

352 M2 : Alors ben je suis un peu partagé parce que j'avais plus noté l'avis de ce qui a été dit de tant qu'on n'est pas en autonomie on se pose pas les mêmes questions et on est assez bio médical

353 mais dans le fond on a déjà besoin d'échanges je pense à ce moment là.

354 Alors on l'a avec le médecin avec qui on est en stage prat,

355 mais si il y a une possibilité d'en avoir avec d'autres, avec des collègues, avec d'autres internes je pense ça sera toujours intéressant

356 mais ce serait peut-être sur une forme un peu différente du groupe de pairs ou peut être plus du coup sur les problèmes, une consultation difficile pour nous apprendre à travailler sur là où on a des difficultés mais euh c'est envisageable.

357 Alors à l'hôpital c'est vrai que c'est un peu différent mais après dans le fond pourquoi est-ce que à l'hôpital on a tendance à, quand on a une question, on la pose au médecin et puis euh on suit ce que nous dit, on réfléchit toujours

358 mais euh on va pas trop chercher ou mettre en doute, y en a qui ont fait ça, pourquoi ? ce qu'on fait après quand on est en groupe de pairs

359 alors est ce que ce serait pas intéressant de, bah tiens on a fait ça, de prendre « des patients » au hasard, et puis dire il est venu pour ça, on a fait ça, tiens pourquoi on a fait ça , est ce que c'est ce qu'il faut faire, euh tiens c'est vrai que sur ce patient la , il y a eu telle difficulté, comment y remédier, ça pourrait être intéressant,

360 après ça s'éloigne peut être de la pratique qu'on aura plus tard parce que c'est plus hospitalier mais (.)

361 C'est peut-être pas la même forme qu'il faudrait mais sur une forme différente c'est toujours intéressant, d'échanger, de se remettre en question,

362 euh après en stage hospitalier quand moi je faisais mes stages, entre les gardes, les horaires,

363 en saspas on a l'avantage d'être un peu plus cool, donc euh d'avoir le temps,

364 alors en stage hospitalier si on en plus y a un soir par mois où faut faire ça c'est peut-être plus difficile aussi au niveau timing, euh voilà.

365 A : Merci M3

366 M3 : Ben euh je ne suis pas trop d'accord avec ce qui a été dit précédemment, je vais peut-être me répéter mais euh moi je serais assez partante de commencer plus tôt,

367 enfin moi je sais que j'ai eu un stage prat où j'ai été assez vite autonomisé aussi alors peut être que c'était un besoin (.)

368 mais je trouve qu'on peut toujours réfléchir sur sa façon de faire même si on travaille avec un autre médecin, bon c'est sûr c'est un exercice complètement différent mais ça empêche pas de réfléchir sur la façon dont on a travaillé même si c'est à deux ou à plusieurs si c'est dans une équipe hospitalière.

369 Mais euh je sais plus ce que je voulais dire en fait, j'ai perdu le fil de ma pensée. Euh moi c'est un exercice, de le faire peut être plus tôt ça permettrait,

370 c'est ce que je disais tout à l'heure c'est toujours très collé au bio médical

371 et de le commencer plus tôt, de s'habituer à cet exercice, ça permettrait de mieux s'approprier cet outil et de se dégager justement du côté bio médical et de se poser d'autres questions par la suite quand euh en continuant pendant le saspas.

372 Et puis c'est vrai que pendant les stages hospitaliers c'est vrai que je me suis jamais trop posé la question, mais j'aurais été partisan de pouvoir se dégager du système de réflexion hospitalier mais c'est vraiment euh.

373 Si c'est fait pendant les stages hospitaliers, je pense que ce n'est pas le, l'hôpital est sûrement pas le lieu pour le faire, je ne sais pas.

374 A : pourquoi ?

375 M3 : ben ça peut très bien être fait de la même manière qu'on le fait par la fac, ben que ce soit un, oui, euh ailleurs que dans l'hôpital, effectivement parce que le faire avec les médecins hospitaliers(,),je sais pas.

376 A : M4

377 M4 : ben moi je le verrais, euh je pense qu'en tant qu'externe, y a plein de moments où je, je restais avec des questionnements, alors sans doute beaucoup moins théoriques et beaucoup plus dans le relationnel, et beaucoup plus dans des émotions fortes de rencontres, enfin de de (.) voilà avec de la souffrance, avec la mort, avec les (.) relations médecin-patient que je trouvais, enfin qui me choquait ou qui me posait question en tout cas.

378 Et euh je me dis que ça peut être fait sous forme d'ED ou sous forme de (.) alors voilà c'est toujours pareil, ça dépend de la demande, et comment on le met en place.

379 Mais il y avait des services en palliatifs par exemple où ils faisaient des « staffs » où ils parlent de patients, euh de prise en charge qui sont compliquées pour l'équipe, qui sont compliquées pour les médecins, qui sont compliquées pour les infirmières enfin l'équipe médicale en général et on dit toujours que c'est mis en place dans ces services là parce qu'on est en confrontation avec des situations douloureuses et difficiles mais y en a quand même dans tous les services .

380 Après sans doute que c'est pas fait sur tel patient euh qu'on a vu, euh dans tel ordre de la journée

381 mais ça peut être l'occasion de s'initier au fait de se poser des questions,

382 et puis au fait d'avoir un lieu où on peut en parler en fait,

383 après peut être que c'est pas les mêmes recherches, c'est peut-être pas les mêmes euh,

384 mais ça peut être une façon de se former aussi à avoir un regard sur sa pratique quoi

385 A : M5

386 M5 : Moi je pense que quand on commence l'internat, on commence de toute façon par des stages hospitaliers et que spontanément quand il y a une situation qui nous choque ou une prise en charge euh, on en parle spontanément entre internes en fait, donc je pense qu'il y a déjà un besoin dès le début de l'internat en fait de parler de ce qui nous a posé problèmes.

387 Après est ce qu'il faut le faire sous forme de groupe de pairs, ça me semble euh enfin comme on fait dans le saspa, ça me semble peut être pas forcément la meilleure manière

388 de de faire mais je pense que le besoin est là, parce que en tant qu'interne dès le début enfin même tant qu'externe moi quand il y a quelque chose qui me convenait pas, spontanément j'allais voir mes co-internes et je leur disais : ouais je ne suis pas trop d'accord avec ce qui s'est passé donc je pense qu'on a un besoin de d'en parler.

389 Après le faire, oui sous forme du groupe de pairs comme on fait en saspa, je sais pas si c'est la meilleure façon de faire, (idem plus haut)

390 enfin y aura un besoin dès le début sans parler d'être euh même si on découvre, parce que quand on est un 1^{er} stage d'interne euh on découvre un peu le truc, on sort de notre cours, on a beaucoup de connaissances théoriques et à la limite pas beaucoup de connaissances

relationnelles mais je pense que, qu'on est humain avant tout et qu'on a ce besoin quand même dès le début.

391 Donc euh, sous quelle forme j'ai pas vraiment d'idées,

392 mais je pense que dès le début moi ça me semble important d'en parler.

393 Alors est ce que ça peut être sous forme de cours à la fac ? Juste pour euh j'en sais rien (.) mais moi je pense que ça m'aurait pas déplu au contraire.

394 A : alors sous quelle forme, tu peux expliciter, vous parlez d'échanges, tu parles de cours

395 M5 : Alors non pas forcément, pas de cours mais peut être euh (.)

396 dès le début en fait, quand on est en stages hospitaliers, faire ça sur une forme peut être plus magistrale, c'est-à-dire se retrouver à la fac, avec un médecin, avec un prof et puis on en parle, voilà, on peut décrire ce qu'on a ressenti mais DES les stages hospitaliers, je pense que ça pourrait être du positif en tout cas.

397 A : M6

398 M6 : bah, je rejoins M5 sur le besoin de de discuter des choses qui nous posent question,

399 enfin j'ai fait plusieurs stages où j'étais en internat, et finalement, quand on se retrouve à manger tous ensemble, y a toujours un moment où euh quelqu'un a eu quelque chose qui l'a embêté et on reparle de ce qui s'est passé, ça peut être une question bio médicale ou une question relationnelle avec un patient qui a posé problème

400 enfin euh le besoin il est là.

401 Donc je pense que ce serait intéressant dès les stages hospitaliers.

402 Par contre je pense qu'on a tous dit un peu la même chose où quand on quand on se retrouve à faire un groupe d'échanges de pratique avec 1 personne un peu en position euh presque d'expert quoi, ça nuit au bon déroulement de l'échange fctt des GEP : horizontalité, pas experts

403 donc euh de sortir de l'hôpital, que ce ne soit pas le médecin du service qui, parce que en plus ça peut être la personne avec qui on n'était pas forcément d'accord, ça peut être des désaccords de cet ordre là donc je pense que ça (.)

404 Pouvoir sortir de l'hôpital, discuter entre personnes qui soient pas forcément dans le même service, qu'y aient pas forcément les mêmes problèmes au même moment mais euh je pense qu'on se rejoint sur les problèmes.

405 L'autre chose en fait euh moi je me dis on a tous eu la chance de pouvoir faire un sas pas, c'est déjà une chance, on a eu la chance de découvrir ces groupes d'échanges qu'on ne connaissait pas forcément auparavant.

406 Finalement ceux qu'on pas cette chance là ils passent à cote de cela, c'est vraiment dommage,

407 donc peut-être se dire qu'en dernier semestre, tout le monde aurait des groupes d'échanges de pratiques, euh qui auraient lieu à la fac et euh on (.) enfin ce serait des petits groupes de 6 et on discuterait euh alors je sais pas euh ce serait pas euh la première consultation du matin, et euh mais il y aurait des choses à discuter.

408 A : Merci, est ce que vous voulez rajouter des choses la dessus? Oui M7

409 M7 : Oui et ben quand on parlait par exemple de trouver le moyen de discuter quand on était en période hospitalière ou pendant l'externat,

410 je sais que y a des facs à Paris où il faisait des cours de théâtre où par exemple le thème c'était par exemple : annonce d'un diagnostic, que quand on est internes c'est vrai que ,ou quand par exemple suivre quelqu'un et par exemple y a des cours de théâtre où y avait un professionnel qui imitait un patient et puis euh,

411 du coup ça pourrait peut-être être une idée de mettre un peu des choses comme ça en place, des sortes de jeux de rôle,

412 où ben le thème serait annonce diagnostique et euh on est par petits groupes et y a un modérateur qui nous donne les techniques de communication ou des choses comme ça.

413 A : M3

414 M3 : Toi tu disais que c'était euh nous, à Nantes, on faisait ça pendant notre externat, euh en stage de cancérologie, on avait euh des jeux de rôle mais euh c'était fait à Nantes.

415 A : M2

416 M2 : Ben pareil en fait, nous à Lille c'était aussi à l'externat,

417 et alors en fait y avait beaucoup qu'aimaient pas parce que bon, après y a aussi des gens timides et faire devant tout le monde, de faire justement, devoir jouer et ça fait que y a plein de gens qui n'allaient pas en cours du fait de ce côté théâtre, justement , c'est aussi le retour de...

418 faut vraiment être en petit groupe.

419 A : M3

420 M3 : Nous c'était fait en petit comité, on était l'acteur euh nous et on était filmés et on en discutait avec une psychologue après, c'était pas du tout le même euh.

421 A : M5

422 M5 : Après ça peut peut-être être fait plus simplement, en début d'année, définir un groupe de 4 à 5 personnes et de se retrouver une fois tous les mois ou tous les 2 mois, même pendant les stages hospitaliers en fait, d'aménager une plage de 3 heures où là on parlerait de ce qui nous a posé problèmes ou de euh voilà mais pendant les stages hein,

423 après on n'est pas obligé non plus de théâtraliser toute la séance,

424 tout simplement parler,

425 je pense que des fois ça peut être aussi plus simple à mettre en place

426 et peut être plus accessible à tout le monde parce que euh les gens timides enfin mais euh moi par exemple, je me serais pas vu jouer un jeu de rôle, enfin voilà je me serais pas retrouvé la dedans

427 et je ne suis pas sûr que j'aurais parlé aussi facilement que autour d'une table.

428 A : M8

429 M8 : Alors c'est vrai que c'est important par contre de d'apprendre, enfin je pense qu'il y a des techniques de communication à apprendre

430 et c'est vrai que moi, j'ai jamais fait de jeux de rôle ou euh appris à faire justement une annonce de diagnostique par exemple ou une annonce de de euh enfin de enfin même une annonce de décès par exemple, quand il y a la famille à côté, des choses comme ça, c'est vrai que ça me paraît super important et j'ai jamais appris à le faire.

431 Donc c'est vrai que euh, d'avoir euh je sais que ça existe, {rires M8} des personnes qui justement apprennent à faire ça, enfin je ne sais pas si c'est exactement des, des choses de théâtre mais il y a des techniques de communication qui existent, et parfois mêmes les entreprises ont des choses comme ça parfois, l

432 euh d'organiser et, ben pourquoi pas nous pour les choses importantes comme ça quoi

433 A : Quelqu'un veut rajouter, M3 ?

434 M3 : Enfin après euh d'avoir des cours, on est plus du tout dans des, euh dans un système d'échanges. Moi je pense que ce qui est important, c'est de pouvoir avoir un temps de parole tout simplement,

435 mais un cours magistral, je pense que c'est important mais, c'est une autre technique,

436 c'est quand même mieux si on peut échanger.

437 A : est-ce que vous connaissez s'il y a justement des groupes qui s'occupent un peu des échanges, de la communication, du relationnel ...

438 M4 : des formations euh ?

439 A : Si ça existe ? Des groupes qui pourraient (.) M1

440 M1 : oui j'ai vu ce mois-ci c'était au DMG, qu'il y avait des cours l'année dernière, euh c'était limité, il y avait 6 ou 8 personnes et je crois qu'il y avait 3 cours, je crois que c'était avec le Dr G., j'en suis plus certaine, il y avait 2 personnes, il fallait s'inscrire, j'ai vu ça.

441 A : Parce que, euh vous avez beaucoup souligné groupes d'échanges de pratiques, on est un peu trop c'est vrai dans le bio médical, c'est un petit peu l'écueil que vous relevez. Vous relevez beaucoup que vous avez un besoin de parler, de vos problèmes de communication de relation médecin patient, qui ne sont pas forcément abordés au travers de ces groupes d'échanges de pratiques, est ce que vous imaginez quelque chose qui pourrait combler un peu ce manque ? Oui M4

442 M4 : Vous voulez dire 2 groupes différents ? Ou d'avoir quelque chose qui soit complémentaire ?

443 A : Je ne sais pas, je vous pose la question, il faut (.)

444 M4 : Moi j'ai l'impression euh, enfin la première chose qui me vient, c'est un groupe Balint, en complément, après ça veut dire 2 formations différentes et euh ...

445 A : Donc est ce que cette forme de Balint plus axé sur la communication, la relation vous paraît aussi important à mettre sur pieds dans vos études de DES ? Qui veut prendre la parole ? M2

446 M2 : Eh oui, ça me paraît très important,

446 c'est vrai, euh on l'évoque un peu dans les groupes de pairs mais c'est très léger,

447 et c'est, c'est une partie tellement pour moi importante de la consultation que euh,

448 après ça dépend aussi des euh, surtout en saspas, moi ça été beaucoup évoqué par mon maître de stage en saspas, qui travaillait beaucoup la dedans,

449 mais c'est vrai qu'on peut sinon passer complètement euh « à côté » pendant les études, pendant notre formation et c'est dommage.

450 Donc oui, d'avoir un peu un moment, euh un peu comme le groupe de pairs où y a un groupe d'échanges sur la communication, sur ces choses-là, oui ça peut être intéressant à mettre en place.

451 A : M1

452 M1 : Enfin moi, il me semble qu'un minimum de théorie, même si on fait un groupe Balint, si j'ai bien compris il y a une psychologue qui est là et qui peut, qui analyse avec toi ce qui s'est passé. Mais il y a un minimum je pense de, de vocabulaire à avoir, qu'est-ce que c'est que l'ambivalence, la résistance, enfin et en ça faut un minimum de théorie quoi.

453 C'est, c'est pour ça qu'il faut à mon sens quelques cours quand même.

454 A : donc ça pourrait être fait au travers des groupes de pairs ? Avec des recherches appropriées ?

455 M1 : Non pour moi, ça doit être fait avant les groupes de pairs, pour qu'on est tous les mêmes connaissances, euh pour aborder les groupes d'échanges de pairs.

456 Puis c'est un petit peu dommage de le découvrir à ce moment-là, en fait, alors qu'on est en fin de formation, et euh qu'on est censés avoir passé tout ce qui était théorie quoi.

457 A : Qui veut ? M7

458 M7 : C'est vrai que comme disait M8, y a plein de de d'autres métiers où ils ont des formations sur les techniques de communication et je pense que nous on est quand même beaucoup dans le relationnel et la communication et on en parle jamais {plusieurs membres du groupe acquiescent}.

459 On est vraiment que sur le médical,

460 après rien que de dire : Bonjour, en début de consultation, comment on se présente, bah on l'a tous un peu appris au feeling avec notre personnalité.

461 Alors est ce qu'il faut être les bras ouverts enfin, rien que même des postures, on en parle jamais

462 et du coup c'est vrai que dans d'autres métiers, ils ont des cours la dessus

463 et je pense que comme M1, ce serait important qu'on est en effet quelques cours théoriques mais bien avant, fin d'externat ou début d'internat, même à l'hôpital hein, pour notre pratique dès le début, quand on arrive, avec nos petites blouses, : Bonjour je suis l'externe ! {rires M7 et du groupe}

464 Je pense que ce serait important.

465 A : Qui veut rajouter des choses sur ce sujet ? M5

466 M5 : Je suis assez d'accord sur le fait que d'avoir des cours théoriques ça peut être bénéfique

467 mais euh enfin des cours théoriques ça peut aussi avoir un côté un peu euh, très magistral et donc je suis pas sûr que les étudiants en début d'internat ou pendant l'externat soit très euh soit très réceptif à ce genre de, enfin moi je vois bien comment ça se passait quand on était externe, quand on avait des cours à la fac, euh, sur les techniques ou les trucs qui nous paraissent très abstraites, parce qu'on est encore à l'hôpital, et qu'on est encore avec nos blouses, et qu'on écoute ce que le médecin dit, on est pas réceptif à ce genre de , de cours.

468 Et un cours magistral très théorique sur des techniques qui existent, en début d'internat sans savoir vraiment ce que c'est qu'une consultation euh dans le soin primaire, enfin je vois pas trop comment on peut mettre ça en place avant quoi.

469 A : M4

470 M4 : Nous juste, quand on était passés en cancéro, justement il y avait euh il y avait l'annonce diagnostique, euh d'un cancer ou d'une récurrence, et en fait ils se servaient de, en fait c'était la consultation filmée, où après on en reparlait avec la psychologue. Et au début on avait des cours théoriques, enfin il y avait un rappel théorique, enfin théorique, un rappel ou ou des cours tout simplement sur les phases du deuil et sur euh les différentes postures et c'était fait euh des exemples de médecins, qui étaient filmés avec différentes attitudes quoi et, après on débriefait sur euh comment est ce médecin-là, qu'est-ce qu'il met en avant, est ce qu'il est ouvert, est ce qu'il est fermé, comment il, quelle position il a, quelle attitude il a, et quel euh, quel moyen défensif il met en avant aussi, euh, qu'est-ce qu'il renvoie au patient ? et euh c'était intéressant et euh voilà euh là c'était sur l'annonce diagnostique, mais ça servait, enfin pour toutes les consultations quoi.

471 A : On va faire M1.

472 M1 : Oui j'allais rejoindre euh oui ton avis, euh les cours théoriques c'est barbant si on te relie pas à la pratique,

473 si pour toi, euh, ben écoute j'ai appris un nouveau mot de vocabulaire, euh, c'est quoi en vrai euh. C'est vrai que si c'est illustré, euh la théorie c'est très intéressant

474 M ...: Ah oui ouioui

475 M1 : Mais euh, voilà après c'est vrai qu'il faut un intervenant qui donne des exemples à chaque fois, etc ...

476 et si t'as eu la chance de voir des vidéos, c'est bien.

477 M5 : Alors je suis d'accord qu'on apprend des choses mais euh enfin

478 nous on a eu ce genre de cours essentiellement sur le stage cancéro, et après tous les autres modules de stage, on a plus jamais rien eu par rapport à cela et du coup. Oui j'ai quelques souvenirs certes, mais enfin voilà ça reste, euh c'est abstrait quoi et c'est un peu dommage.

479 A : M6

480 M6 : Je pense que faire le début, milieu du stage prat, c'est quelque chose qui pourrait être envisageable, de remettre de la théorie,

481 parce que, enfin de pouvoir avoir quelques éléments de de justement de théorie, d'autres pour voir un peu comment se comporte le maître de stage quoi, on le regarde travailler enfin aussi, parce que je pense qu'on a tous eu des situations un petit peu plus compliquées euh, quand on était spectateur et finalement ben, justement notre rôle c'est de regarder, d'analyser, d'essayer de comprendre et peut être que(.) ,

482 peut-être ce serait le bon moment et que cela nous intéresserait plus euh globalement et qu'on mettrait plus en pratique donc euh, on arriverait à en tirer profit.

483 A : qui veut rajouter des choses ? (.)

484 A : alors y a un point que vous n'avez pas souligné, **est-ce que par exemple euh si on mélangeait les internes euh de DES, de différentes années, à différents niveaux, est ce que ça vous paraîtrait une chose intéressante ou pas ?** Voilà votre point de vue, est ce que c'est mieux tous dans la même année ou euh, un stage particulier ou euh un melting pot dès le premier stage ? Oui M2

485 M2 : Euh de mélanger c'est peut-être un peu, c'est mieux quoi je pense, c'est un peu comme dans les groupes de pairs, où y a des médecins plus âgés, plus jeunes, plus on diversifie, plus c'est intéressant,

486 après faut pas que ça soit des problématiques trop différentes entre euh,

487 mais je pense que sur les 3 années de l'internat, les stages on peut les faire euh dans les différentes années, à part le saspas où c'est toujours à la fin.

488 Et donc je pense que les problématiques de quelqu'un en 2^e année d'internes pourrait être les mêmes chez un premier ou un troisième.

489 Donc euh je serais plutôt d'avis de mélanger.

490 A : Y avait M7 je crois.

491 M7 : {rires M7} Moi j'aurais dit euh, j'aurais pas mélangé les gens, parce que je pense pas qu'on ait les mêmes problématiques en fin d'internat et en début euh d'internat.

492 Euh surtout si on n'a pas fait euh, rien que les stages chez le médecin généraliste, euh c'est pas du tout les mêmes médecines et en plus,

493 je pense qu'en mélangeant trop les années, euh ça va être un petit euh, genre le dernier semestre va donner un peu comment faut faire au premier semestre,

494 qui euh découvre trop de choses, euh je pense qu'au tout début d'un internat, on découvre un peu tout notre métier, on a déjà trop de responsabilités, on a déjà beaucoup de mal à tout gérer

495 alors si en plus on est mélangés avec des années supérieures, euh je pense que ça va pas être forcément enrichissant pour les premières années et puis les 6èmes années vont avoir moins d'échanges parce que, euh bah euh les autres vont avoir moins d'expériences

496 alors que quand on est tous la même année, ce qui est bien c'est qu'on est à peu près tous au même niveau, et du coup on a justement à peu près les mêmes questions : on se rend compte que ah ben ouais il a les mêmes difficultés que moi ah ben

497 A : M1

498 M1 : Eh oui moi je suis d'accord au début d'internat, on a pas du tout les mêmes questions, je me souviens mes premières gardes aux urgences, j'étais sur mon guide thérapeutique à chercher toutes les doses,

499 euh c'est dur que si on m'avait posé des questions sur euh, ou je devais réfléchir à quelles étaient les difficultés de mon quotidien, j'aurais pas cherché à voir au-dessus quoi avec

500 Et pareil quand je reprends le premier RSCA et le dernier que j'ai fait, c'est euh

501 Et euh je pense qu'on oublie tous un petit peu euh qu'est ce qu'on savait à quel moment et euh je pense malheureusement, en dernier semestre, on se souvient de lorsqu'on était en premier et euh, effectivement ça peut créer de l'incompréhension euh peut être,

502 et euh il y aurait moins euh la bienveillance peut être qu'on souhaite tous avoir en groupes d'échanges de pairs.

503 A : M4

504 M4 : ben moi je, quand on faisait les ED, euh de de formation de médecine générale à Nantes, euh quand on était pour des cours de pédiatrie par exemple et qu'on était en train de parler d'un cas, enfin d'un cas clinique, le fait qu'il y est des internes de différents niveaux, je trouvais ça intéressant, justement d'avoir l'avis de ceux qui étaient déjà passés chez les prat, ou qu'avaient fait leur saspas, et de voir la différence qu'on avait de pratiques ou les questionnements qu'on avait

505 et je trouve qu'aussi des fois ça initie des questionnements qu'on n'aurait pas eu

506 et que ça viennent de d'autres ce n'est pas la même chose que ce soit, euh amené par le professeur où justement ben là on est peut-être plus dans un échange, ah bah oui, comment c'était dans tel stage et qu'est-ce qu'on y faisait

507 et ça permet aussi de discuter des terrains de stage, par exemple.

508 Donc je me dis que, là ça peut être aussi l'occasion de se rappeler de la démarche qu'on a pu avoir et de se reposer des questions, qu'on se posent plus forcément en vieillissant et qui pourtant sont toujours importantes.

509 Apres que oui sans doute, il y a des niveaux différents sur euh, où il faut peut-être ok, d'accord, à reparler de choses qui nous intéressent peut-être moins à un moment donné et que les autres soient prêts à entendre aussi, des aspects relationnels qu'ils sont peut-être moins prêts à entendre, enfin c'est ce qu'on s'imagine euh, à ce moment-là quoi.

510 A : Est-ce que quelqu'un veut ajouter quelque chose ? M3

511 M3 : Oui euh ça va reprendre un peu ce que tu disais (regardant M4) mais, euh d'avoir des problématiques euh, moi je serais pour le mélange ,

512 euh des années et de se , de pouvoir justement, euh même si on a des problématiques très bio médicales, très matérielles en premier semestre, d'avoir des gens qui se posent des questions, qui euh nous font voir les choses différemment et de se dégager un peu de ça et de se poser des questions,

513 euh (.) justement on est parfois tellement préoccupé par le problème bio médical, de voir comment il était sur le plan relationnel avec le patient, enfin notamment aux urgences je pense, ça des questionnements vis-à-vis de ça, on se revoit tous avoir fait des choses parce qu'on était trop préoccupé par le biomédical, et donc des trucs bizarres sur le plan relationnel

ou avoir un peu oublié le patient, je trouve que c'est important de discuter, euh ouais, d'avoir toujours voilà, euh quelqu'un qui nous voit un peu de l'extérieur, euh (rires M3) de notre façon de faire c'est surtout ça moi je trouve.

514 A : M1

515 M1 : alors moi je suis d'accord, (OK pour mélange)

516 mais y quand même euh, faudra quand même peut être euh trouver un point commun sur les sujets abordés parce que,

517 euh par exemple c'est vrai que d'avoir un, un refus, ou quelqu'un qui veut absolument un antibiotique, ça tu l'auras pas franchement à l'hôpital, alors le refus des soins, il existe à l'hôpital mais par contre quand tu prescris un antibiotique tu sais qu'il va être administré, enfin probablement. Donc c'est vrai qu'on a moins ces problématiques-là.

518 Faudrait peut-être que ce soit plus, euh je ne sais pas, aux urgences par exemple, l'agressivité des patients, comment je le gère, euh, bon bah oui un jour faudra que t'annonce une mauvaise nouvelle, comment faire ? C'est peut être effectivement cibler les sujets.

519 Parce qu'on n'aura pas tous le même intérêt.

520 A : M7

521 M7 : Mais c'est vrai que, déjà en stage on est souvent mélangés parce qu'on est avec des internes euh souvent plus vieux que nous donc je trouve que le mélange il se fait déjà toute la journée où on voit ce qui savent, on leur pose des questions. Après si on fait des groupes d'échanges tous mélangés, je ne suis pas sûr que ça apporte euh enfin que ça apporte plus du coup.

522 M3 : J'ai pas fait de stages où on était vraiment mélangés, quand j'étais aux urgences, on était que des internes de 1^{er} semestre, on était tous en 1^{er} semestre

523 et le soutien oui, il s'est pas fait, il n'y avait pas d'internes sénior {rires M3}, euh j'ai pas retrouvé ça moi dans mon parcours en tout cas.

524 A : Sous quelle forme vous les verriez ces groupes d'échanges ? On a vu, euh petit groupe, combien de fois, en parlant par semestre puisque on a quand même cette obligation, de changement en semestre.

525 M3 : Ca peut être progressif, une fois par trimestre au début et puis euh {rires M3}.

525 b M3 Effectivement, y des stages où c'est peut-être plus important, ouais euh le stage saspas, d'en faire 1 fois par mois, ça me paraît important, euh.

526 A : D'autres idées un peu sur le mode d'organisation ?

527 M8 : Je pense que la fait que ce soit en dehors en tout cas du, enfin que ce soit à la fac,

528 en dehors du service hospitalier, ou en dehors des stages prat, ça c'est important.

529 Après euh, pour revenir sur le fait de mêler les années, ça peut être intéressant

530 mais euh, dans ce cas-là, faut vraiment cibler des thèmes particuliers qui peuvent être intéressants pour tout le monde comme disait M1.

531 Je pense que c'est pas possible, enfin en 1ere année on est quand même plus cibler bio médical, et ça va être compliqué de parler de la gestion du cabinet ou de effectivement de cas particuliers de relation médecin malades.

532 A : M7

533 M7 : Si ça se mettait en place, c'est vrai que pour l'organisation, quand on est en stage hospitalier, on a déjà beaucoup de mal à aller rien que aux cours obligatoires, parce que, je ne sais pas vous, mais bien souvent, bah euh, le médecin refuse, on manque d'internes.

533 b On a déjà beaucoup de mal à faire les cours obligatoires donc si en plus il fallait rajouter ces cours là, je pense que ça va être difficile à mettre en place.

534 Pareil si on et des cours du soir, en dehors des périodes de stage, c'est vrai qu'en début d'internat, entre les gardes, les astreintes euh, si en plus ça, je pense que ça va être lourd pour les étudiants

535 surtout que, en plus dans les premiers semestres, on ne connaît pas forcément même la ville parce qu'on a changé, donc ça peut être un petit peu euh, contraignant.

536 A : M4

537 M4 : Ben moi je me disais que justement que ça pouvait être fait sous forme de cours obligatoires, enfin au moins sur une introduction

538 ou sur euh, justement que ça puisse être le moment où euh bah ça, enfin, nous il y avait un nombre à respecter et puis des points à avoir enfin je sais pas comment c'est maintenant, mais ça peut aussi rentrer là-dedans quoi.

A : D'autres euh, idées, réflexions ? (.) Et on revient sur le rôle de « l'enseignant », ou le responsable, est ce qu'il en faut un ? Est ce qu'il faut apprendre à être en groupe autonome ? Est-ce que, qu'est-ce que vous en pensez la dessus ? oui M3

539 M3 : Ben c'est ce que je disais tout à l'heure, qu'il y en est un au départ, et puis une sorte d'autonomisation des internes par la suite,

540 que ça puisse être fait, euh par exemple, après euh pendant le saspas, ou pas du saspas parce qu'il y en a qui n'en font pas mais euh, de, qui est plus de « professeur »

541 et que ce soit géré par les internes qui sont autonomes.

A : M5

542 M5 : Je pense que c'est important que si on mettait en place ce genre de groupes au début de l'internat, qu'il y est quand même un professeur au départ qui explique comment ça fonctionne, qui chapote un peu le truc et puis après progressivement, une fois qu'on a compris comment ça fonctionnait, qu'on est à l'aise avec les gens avec qui on était, pourquoi pas de ne plus avoir de de d'enseignant.

A : M7

543 M7 : ben moi du coup euh, je pense que c'est bien qu'il y est un médecin senior avec plus d'expériences, mais même en dehors de la faculté, c'est bien que dans les GEP, qu'il y est des gens qui ont plus d'expériences que nous, parce que parfois on a les mêmes interrogations et euh on sait pas trop répondre et avoir quelqu'un qui a plus d'expérience, je pense que c'est très important, c'est très enrichissant d'avoir justement des personnes euh plus , plus âgées et qui ont plus d'expériences, donc même si on le faisait en dehors, je trouve que c'est bien d'avoir différents niveaux ,

544 parce que souvent les jeunes on a plus euh de connaissances théoriques parce qu'on sort de la faculté et euh puis les seniors ont plus d'expériences de la médecine au quotidien donc je pense que c'est bien, je trouve qu'en effet que c'est bien qu'on ne soit pas tous du même niveau, que ce soit mélangés.

A : Qui veut rajouter quelque chose ?, M1

545 M1 : Ben moi je pense qu'il faudrait un médecin sénior, même tout le temps, pour euh avoir un avis extérieur pour avoir un avis extérieur

546 et puis relancer le débat si il faut, plus de ce rôle-là en fait,

547 pour gérer le temps,

548 ou pour donner son expérience parce que moi c'est ce que j'ai apprécié en tout cas du rôle de ce médecin, de donner son vécu aussi.

549 M4 : Moi je trouve que dans l'idéal, ça aurait été bien que ce soit pas un seul, et que ce soit justement plus équilibré entre jeunes médecins et médecins avec plus d'expériences et qu'il n'y en est pas qu'un seul qui du coup va peut-être, euh ça peut vite des fois devenir la personne référente quoi, peut-être qu'il y est 3 et 3 ou 2 et 3, ça faciliterait peut être le fait qu'il y est des échanges plus équilibrés.

550 Apres en pratique je ne sais pas si c'est facile à organiser

A : D'autres réflexions ? Est-ce que tu as une question Nicolas

O : est-ce que je peux juste demander une synthèse pour la forme qu'il aimerait avoir sur euh, ça va pas être long.

O : Juste si j'ai bien compris, les groupes d'échanges de pratiques, très bien pendant le sas pas, pas mal voudrait aussi pendant le stage prat peut-être pas forcément , ça c'est à revoir et ce que vous attendrez de nouveau, à priori ce serait un besoin de de groupes de parole dès le début de l'internat, je crois qu'on est d'accord la dessus, enfin de pouvoir échanger sur euh, le relationnel, les difficultés et aussi peut être euh avoir des communication et euh en tout cas voilà, qu'il y est, enfin les 2 nouvelles choses que je voudrais demander, ce serait à priori abord le coté communication et aussi pouvoir échanger sur le relationnel dès le début de l'internat, est-ce c'est à peu près résumer ou pas du tout, sur euh, es 2 choses nouvelles que vous attendriez c'est échanger sur le relationnel et avoir de la communication en plus ? J'ai l'impression que c'est ce qu'il en ressort mais euh.

551 M1 : En fait moi ce dont j'ai l'impression, c'est que en début d'internat, ce serait des cours de communication

552 et euh après en début d'internat, aussi d'avoir un soutien psychologique parce que , on a pas tellement d'autonomie sur le plan de soins du patient, enfin en début d'internat, moi j'ai,

553 ce n'est pas tant un échange sur les pratiques parce qu'on n'a pas de pratiques propres en fait en début d'internat.

SERMENT MÉDICAL

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

Titre de Thèse : Les groupes d'échanges de pratiques dans la formation médicale continue et la formation médicale initiale des médecins généralistes

Enquête qualitative à partir de 2 Focus Groups

RÉSUMÉ

Objectif principal : Évaluer les groupes d'échanges de pratiques (GEP) réalisés d'une part, par des médecins généralistes, et d'autre part, par des internes de médecine générale (IMG) lors de leur SASPAS. **Objectif secondaire** : recueillir l'opinion des internes, concernant l'extension de ces groupes aux autres stages de la maquette du DES de Médecine Générale.

Méthode : Enquête qualitative à partir de 2 Focus Groups. Le premier réunissait 8 médecins généralistes installés (MGI) en Loire Atlantique, pratiquant des GEP régulièrement. Le deuxième était constitué de 8 anciens IMG de la Faculté de Nantes, ayant réalisé des GEP, encadrés par un maître de stage universitaire (MSU), durant leur SASPAS.

Résultats : Le GEP était une formation accessible, conviviale et interactive, permettant d'analyser sa pratique en la confrontant à celle de ses pairs et aux données de la science. Elle a été très largement plébiscitée par les MGI et par les internes. L'horizontalité et l'absence de jugement entre les participants, non respectées par certains MSU, étaient considérées comme des piliers de cette méthode. Le GEP permettait aux MGI et aux internes d'améliorer leurs compétences (savoir, savoir-faire et savoir-être) et leur apportait un soutien psychologique (réassurance, valorisation). Pour certains MGI, le GEP représentait même un outil anti « burn-out ». Réaliser des GEP en SASPAS permettait aux internes de découvrir cette méthode et leur donnait goût à l'analyse de pratique. Les internes, ressentant le besoin d'échanger sur de nombreuses problématiques médicales dès le début de l'internat, accueillait positivement pour la plupart, l'idée de faire des GEP dès les stages hospitaliers.

Conclusion : Le GEP apparaît comme une méthode à développer au plan national, dans la formation médicale initiale comme dans la formation médicale continue. Mettre en place ces GEP lors du stage obligatoire chez le praticien, ce qui est déjà réalisé dans plusieurs facultés françaises, permettrait de faire découvrir cette méthode à tous les internes en formation. Pour les généralistes installés, nous pourrions imaginer la diffusion par la HAS ou l'OGDPC d'un document de présentation et d'information sur ces GEP.

MOTS-CLÉS : Groupes d'échanges de pratiques, FMI, FMC, Médecine Générale, étude qualitative, Focus group