

Société Française de Médecine Générale

n° 63
Juin 2006

Groupe de Pairs

3^e Symposium National

***DOCUMENTS
DE RECHERCHES
EN MÉDECINE GÉNÉRALE***

SFMG

Le plaisir de comprendre



sanofi aventis

L'essentiel c'est la santé.

Directeur de Publication : Bernard GAVID

Rédacteur en chef : Didier DUHOT

Comité de rédaction : Pascal CLERC, Didier DUHOT, Rémy DURAND,
Elisabeth GRIOT, Luc MARTINEZ

Relecture du document : Rosemonde MOHN, Catherine MARTIN

Mise en page : Micro Paddy (Courriel : macpaddy@free.fr) / Impression : Pralon Graphic

N° ISSN 0767-1407 • Dépôt légal : Juin 2006

TABLE DES MATIÈRES

Éditorial	5
La démarche décisionnelle du médecin en soins primaires	7
Analyse du parcours et de la coordination des soins	11
Évaluation des pratiques professionnelles	13
Gestion d'un Groupe de Pairs	15
Groupes de Pairs: mises en scène de soi, représentations, répétitions et entractes	19
D'où viennent les savoirs mobilisés dans une analyse de pratiques?	23
L'analyse de pratiques en « Groupes de Pairs »: un outil développant la professionnalité	35

Dernière minute... Dernière minute... Dernière

La Société Française de Médecine Générale a eu l'honneur d'être parmi les premiers organismes d'Évaluation des Pratiques Professionnelles reconnus officiellement par la Haute Autorité de Santé le 18 juillet 2005. Désormais les médecins libéraux et salariés qui le souhaitent pourront valider leur obligation d'évaluation des pratiques professionnelles en participant à un Groupe de Pairs® labellisé par la Société Française de Médecine Générale.

Labellisation du groupe.

Chaque mois le groupe adressera les grilles de présentation des cas, les comptes rendus et les feuilles d'émargement de chaque séance au département Groupes de Pairs de la SFMG. Chaque groupe, **une fois par an**, adressera sa demande de labellisation.

S'il répond aux critères de qualité de cette méthode de formation et d'évaluation de la pratique médicale que constituent les Groupes de Pairs, **la SFMG adressera une attestation de labellisation au Groupe.**

Validation individuelle de l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles

- le médecin d'un groupe labellisé SFMG devra adresser à la SFMG une demande écrite de validation de sa démarche d'évaluation des pratiques professionnelles,
- Pour que cette demande soit examinée, le médecin devra être à jour de sa cotisation annuelle de membre de la SFMG.
- Cette demande sera alors examinée par les responsables du département Groupes de Pairs®, qui, au vu des documents adressés mensuellement par le groupe (notamment la grille de présentation de cas et le compte rendu de la séance) valideront ou non la démarche.
- Le médecin aura acquitté les frais de dossier et de gestion.
- Quand la démarche aura été validée, le médecin recevra un certificat pour faire valoir ce que de droit auprès des conseils régionaux ad hoc.

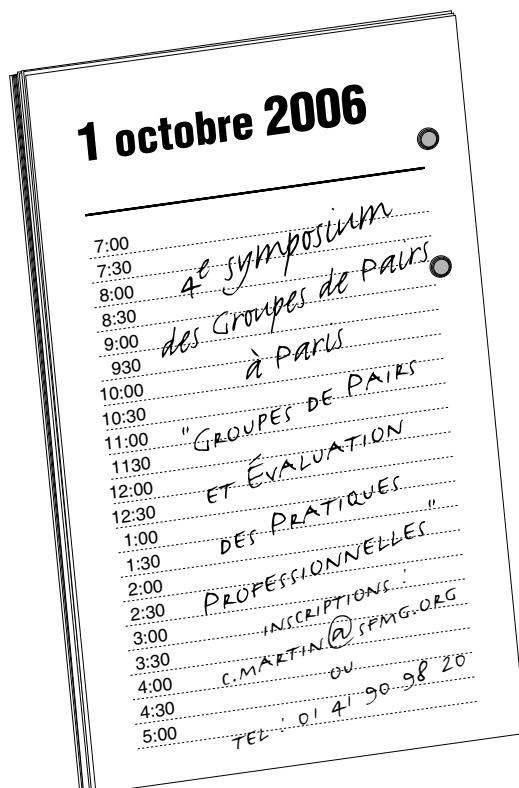
Quels sont les critères de labellisation d'un Groupe de Pairs®

- Le groupe se réunit au moins 8 fois dans l'année.
- Le groupe est constitué exclusivement de médecins de même exercice et de même discipline (de 5 à 12).
- Lors de chaque réunion du groupe, à tour de rôle un des participants exerce la fonction de modérateur.
- Les participants signent la liste d'émargement à chaque séance.
- Les réponses aux questions non résolues lors d'une séance sont apportées et discutées à la séance suivante.
- Un compte rendu de séance est rédigé systématiquement.

- Les comptes rendus, les grilles de recueil, les listes d'émargement de toutes les séances sont adressés mensuellement.
- les trois temps de la réunion sont respectés :
 - les cas présentés au premier temps sont tirés au sort,
 - le deuxième temps de la réunion est consacré à l'amélioration du parcours et de la coordination des soins,
 - le troisième temps de la réunion pouvant être consacré :
 - au thème prioritaire défini pour l'année : définition du thème, discussion des recommandations, réflexion sur les cas relevant de ce thème et posant problème,
 - à la lecture critique des résultats et commentaires des recherches bibliographiques demandés à la séance précédente,
 - à la discussion d'un cas complexe,
 - etc.

Les éléments incontournables de l'évaluation

- Utiliser les grilles de présentation (soit la grille standard, soit la grille en rapport avec la thématique choisie pour l'année par le groupe si la pathologie du patient s'y rapporte).
- Noter les références bibliographiques, leur niveau de preuve quand il existe et la date.



Éditorial

Le Groupe de Pairs en médecine générale (titre déposé) est une méthodologie élaborée, mise en place et défendue par la SFMG depuis de nombreuses années. En perpétuelle évolution, cette méthodologie diffuse désormais largement au sein de la communauté médicale toutes spécialités confondues.

Le premier symposium en 2001

- a validé la méthodologie des groupes de pairs et ses trois temps distincts,
- a confirmé la faisabilité et l'acceptabilité du concept par les médecins, étape indispensable à une diffusion large dans la profession,
- a mis en place le label SFMG qui atteste de la démarche qualité des Groupes de Pairs.

Le deuxième symposium des Groupes de Pairs en 2003 a affiné la méthodologie en engageant les Groupes de Pairs dans la médecine factuelle. Il s'agit désormais, lors de l'exposé des cas cliniques, de confronter aussi sa pratique aux données probantes de la science à l'aide d'une démarche scientifique, la démarche EBM :

- formuler le problème posé par une question claire,
- réaliser une recherche documentée pour recenser les éventuelles réponses pertinentes,
- apprécier la qualité des données trouvées (niveaux de preuve, soins primaires, typologie des patients concordante, organisation des soins...),
- s'assurer de la faisabilité et de l'acceptabilité pour le patient concerné.

Ce troisième symposium, témoigne des apports de l'institutionnalisation des groupes au sein de la SFMG :

- Il propose que les sciences humaines trouvent progressivement une plus juste place dans la méthodologie des Groupes de Pairs. Il s'agit bien de prolonger logiquement l'argumentation scientifique de l'analyse réflexive des pratiques pour aboutir à une structuration plus équilibrée de celle-ci entre le bio-médical et le psycho-socio-médical (pour commencer). Loin de renier l'importance du recours aux données de la science, ce troisième symposium élargit le champ de la réflexion pédagogique, scientifique et professionnelle et ce d'autant que les ateliers ont pointé du doigt la pertinence, la faisabilité et l'acceptabilité souvent limitées des recommandations de pratique en soins primaires. Reste à recenser, formaliser et diffuser dans les années à venir les savoirs « d'action », les « savoirs faire » et les « outils » utilisés par la profession dans la pratique quotidienne.
- Il s'intéresse aussi à la place du médecin traitant dans la coordination des soins en proposant que le deuxième temps de la méthode se développe autour de l'amélioration de la trajectoire du patient dans un système de distribution des soins nouvellement redéfini. S'agissant d'une réforme récente, la réflexion est encore à ses débuts, mais nul doute que là encore il faudra recenser, formaliser et diffuser dans les années à venir les savoirs « d'action », les « savoirs faire » et les « outils » utilisés par la profession dans ce but.

Ainsi les Groupes de Pairs trouvent ainsi naturellement leur place dans l'évaluation des pratiques professionnelles. La SFMG doit envisager avec la Haute Autorité en Santé comment ils peuvent s'inscrire dans une évaluation institutionnelle et le risque d'engorgement administratif qu'il comporte pour notre structure, d'autant qu'au moment de la parution de document, les questions de financement de l'EPP ne sont pas réglées. Quoiqu'il en soit le programme est vaste pour les 2 années à venir et toutes les contributions seront les bienvenues.

La SFMG



la lettre

de la médecine générale

Juillet 1998

documents de recherches en médecine générale

Pour un Référentiel Métier du Médecin Généraliste

*Rénover l'Enseignement de la
Médecine Générale*

Édité en partenariat avec
le Collège de Basse Normandie
des Généralistes Enseignants

Société Française Médecine Générale *Société Savante*

141, avenue de Verdun - 92130 Issy Les Moulineaux
Tél 01 41 90 98 20 - Fax 01 41 90 07 82

<http://www.sfmfg.org>

O.N.G. agréée auprès de l'O.M.S.
représentant la France à la WONCA

documents de recherches en médecine générale n° 51 juillet 1998

Étant donné la forte demande, la SFMG a décidé de rééditer le *Document de Recherches en Médecine Générale N°51 "Référentiel Métier du Médecin Généraliste - Rénover l'Enseignement de la Médecine Générale, Collège de Basse Normandie des Généralistes Enseignants (Samuelson M, Goriaux JL, Maulme JM, Née E, Vandebosche S)*.

Il est disponible sur demande auprès de la SFMG au coût de 15 euros (tel : 01 41 90 98 20 ou email : sfmfg@sfmg.org)

Bibliothèque scientifique Payot



Robert N. Braun

Pratique, critique et enseignement de la médecine générale



**Disponible sur
commande à la
SFMG**

DÉMARCHE DÉCISIONNELLE

La démarche décisionnelle du médecin en soins primaires

François Raineri, Michel Arnould, Pascale Arnould

Les Groupes de Pairs reposent sur l'analyse réflexive de la pratique à partir de cas cliniques issus de l'exercice quotidien des participants. Ces cas sont choisis de façon aléatoire par tirage au sort. L'objet de la réflexion individuelle et collective est donc issu de la pratique réelle. Cette analyse se fait à distance de l'action, alors que le professionnel ne pourra plus revenir sur sa décision. Une fois son travail d'analyse et d'évaluation individuelle réalisé, le médecin sera prêt à justifier, expliciter et argumenter sa démarche décisionnelle en la confrontant aux pratiques de ses Pairs et aux données de la science.

A partir des plaintes de son patient, des données de l'anamnèse, des données biomédicales, des éléments contextuels, mais aussi de sa formation initiale, de son expérience et de ses propres craintes ou attentes, le médecin élabore une représentation du ou des problèmes présentés de façon explicite ou implicite par le patient. Il active consciemment et inconsciemment des connaissances et des expériences¹ organisées et élaborées pour ne finalement retenir « en premier » que le ou les tableaux sémiologiques les plus probables, gardant toujours à l'esprit les risques pouvant être évoqués.

Description propre aux soins primaires des problèmes pris en charge

Pour débattre du cas, le médecin doit décrire à ses pairs de façon précise et discriminative le ou les problèmes pris en charge au cours de la consultation. L'utilisation du Résultat de Consultation² permet de mieux décrire le tableau sémiologique observé et de préciser le degré de certitude qui le caractérise: symptôme, syndrome, tableau de maladie, diagnostic certifié.

L'identification et la prise en compte des positions diagnostiques dites « ouvertes », qui ont un potentiel évolutif risque évolutif, que sont les symptômes et syndromes conduisent le médecin à maintenir une vigilance plus grande pour la gestion du risque. Elles lui évitent de recourir « par excès », du fait de sa formation initiale hospitalière, à une position de « tableau de maladie » (nosologiquement bien définie) ou de « diagnostic certifié » (agent causal bien identifié ou avec résultat anatomo-pathologique).

Dictionnaire des résultats

Choix par classe

Résultats

DOULEUR NON CARACTERISTIQUE
DOULEUR PELVIENNE

DOULEUR NON CARACTERISTIQUE
R52.9

Ce RC permet de relever les phénomènes douloureux dont se plaint le malade, pour lesquels, malgré un examen clinique soigneux, il n'est pas possible de déterminer l'origine de la douleur. La douleur est alors le seul élément de certitude qu'a le médecin en fin de séance. (A noter que selon les relevés à notre disposition, ce RC sera révisé dans au moins un cas sur 10).

MANIFESTATION DOULOUREUSE

- 1 localisée (localisation à préciser en commentaire)
- 1 localisations multiples, diffuses (à préciser en commentaire)

SANS SYMPTOME OU SIGNE CARACTERISTIQUE D'UN AUTRE RC

- + - gêne
- + - brûlure
- + - pesanteur
- + - élancement
- + - autre (à préciser en commentaire)
- + - spontanée
- + - à la palpation
- + - à la mobilisation
- + - à l'effort
- + - irradiation (à préciser en commentaire)
- + - évoluant par crises paroxystiques
- + - avec périodicité régulière
- + - nocturne
- + - diurne
- + - permanente
- + - calmée par les antalgiques de niveau 1
- + - localisation
- 1 membres supérieurs

Position

A : Il ne peut s'agir ici que d'un symptôme.

Suivi

N
 P
 R

Sortir

Voir Aussi

DOULEUR PELVIENNE
ALGODYSTROPHIE
ANXIETE - ANGOISSE
ARTHROPATHIE PERIARTHROPATHIE
CEPHALEE
CERVICALGIE
COCCYDYNIE
CONTUSION
DORSALGIE
DYSMENORRHEE

DOULEUR NON CARACTERISTIQUE

Référence aux données probantes de la science

La première étape de la médecine factuelle est *l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves (littératures scientifiques, recommandations...)* actuelles dans la prise en charge personnalisée du patient. Cette recommandation figure également dans le code de déontologie: « *Le médecin s'engage à assurer au patient des soins fondés sur les dernières données acquises de la science.* »

La démarche décisionnelle impose, une fois le tableau sémiologique précisé, la recherche des références scientifiques. Celles-ci sont plus ou moins nombreuses, plus ou moins issues de la médecine générale, plus ou moins en rapport avec l'organisation du système de soin national, plus ou moins en rapport avec la typologie des patients concernés. Le médecin tiendra compte de ces éléments pour évaluer son écart à « une pratique recommandée » et expliciter, justifier et argumenter la hiérarchisation, la personnalisation et la contextualisation des éléments de sa décision.

Déterminants liés au patient

La décision médicale est indissociable du patient avec lequel, « à l'évidence en soins primaires », elle se construit, que celui-ci s'implique de façon active ou pas dans l'alliance thérapeutique. L'histoire familiale, les éléments biographiques, la culture, les conditions de vie et de travail, les représentations, craintes et attentes de chaque individu construisent une relation particulière au médecin et différente pour chaque intervenant. Les éléments de l'anamnèse et donc de la décision médicale sont influencés par ces déterminants qui méritent donc d'être objectivés par le médecin (grille de recueil des cas) et discutés par le groupe.

Déterminants liés au système de soins

La décision médicale est également indissociable de la diversité des offres de soins loco- régionales et de leur qualité: disponibilité des ressources de soins primaires (infirmiers, aide soignants, kinésithérapeutes, structure d'aide à domicile), disponibilité des médecins consultants, accessibilité aux centres d'imagerie plus ou moins équipés, proximité de centres hospitaliers.

Déterminants liés au soutien social

Dans la décision médicale intervient également et notamment pour les personnes âgées ou les patients en soins palliatifs, la notion de soutien social: y a-t-il une famille présente? est-elle aidante? y a-t-il un voisinage? est-il disponible et coopératif?

Déterminants liés au médecin

Le médecin est lui même porteur de représentations de craintes et d'attentes. Ses valeurs, son histoire, ses réticences et ses préférences, gagnent à être identifiées de façon explicite, tant pour lui-même que pour le groupe, si chacun veut en comprendre le poids dans sa démarche décisionnelle.

Déterminants liés à la gestion de la consultation

Les conditions du travail du généraliste en France se traduisent par des contraintes fortes en terme d'organisation du cabinet et de gestion de l'activité professionnelle. « Burn out » ou pas, le généraliste doit optimiser son temps de travail et cette question de la gestion du temps disponible, du stress ressenti, de la fatigue encourue, doit être reconnue par les professionnels eux mêmes comme un élément non négligeable de leur décision.

Cette liste des déterminants de la décision figurant dans la grille d'exposition des cas n'est pas exhaustive. Des travaux de recherche ultérieurs devraient permettre d'objectiver d'autres éléments décisionnels qui seraient susceptibles de figurer dans la grille.

Espace de liberté

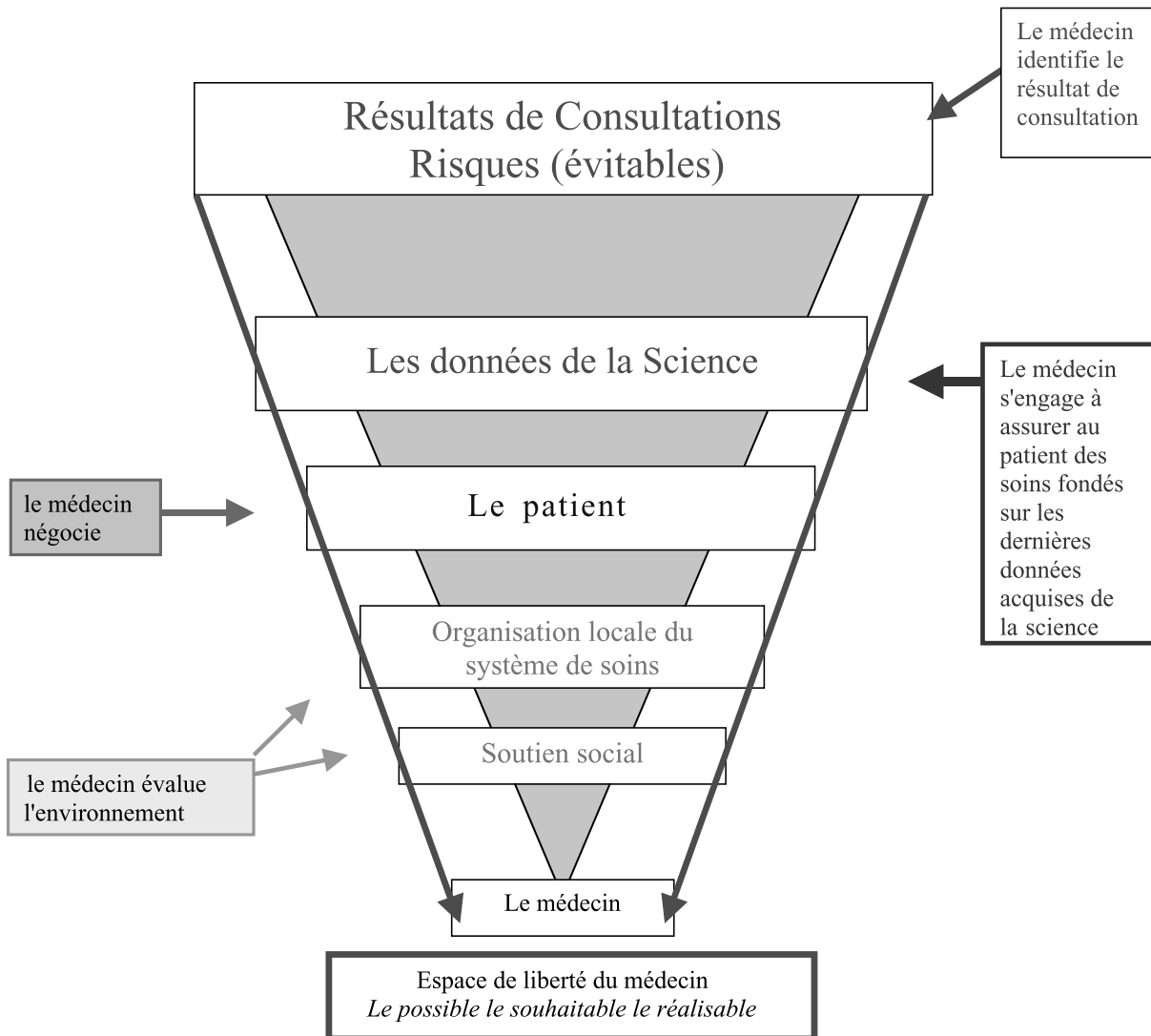
Une fois les Résultats de Consultation posés et les Risques envisagés graves, et après avoir consulté les données de la science issues des soins primaires (lorsqu'elles existent), pris en compte les éléments se rapportant au patient et à son contexte, pris en considération l'offre de soin locale, le médecin dispose d'un espace de liberté décisionnelle. Cet espace est plus ou moins réduit ou plus ou moins large en fonction des Résultats de Consultation posés et des autres déterminants.

Discussion sur la nécessité d'une grille

L'utilisation de la grille de présentation des cas proposée par la SFMG est ressentie par certains pairs comme une contrainte soit du fait de sa complexité soit du fait de la formalisation de la présentation.

Si cette grille est évolutive et n'a pas connu sa dernière version, la formalisation du travail des pairs est cependant inévitable si ceux-ci souhaitent s'engager dans une démarche « observable » de recherche, d'évaluation et d'amélioration de leur pratique. La question de « l'objectivation » se pose à tous les groupes professionnels ayant pour objet l'analyse des pratiques. La SFMG propose pour sa part, dans la première partie de la méthodologie des groupes de pairs, un outil d'analyse et de réflexion qui vise à mettre en évidence au sein

Le chemin décisionnel



d'un groupe de professionnels de même exercice les déterminants majeurs repérables des décisions que ceux ci sont amenés à prendre. En remplissant sa grille de recueil, tranquillement, chez lui, à distance de l'action, le médecin analyse rétrospectivement sa pratique en « prenant en conscience » nombre d'éléments du cheminement de la décision et dont il fera in fine le récit aux autres. Il est alors capable de mieux justifier et argumenter ses choix, en particulier s'ils ne correspondent pas aux pratiques recommandées.

La structuration de la consultation, résultat de l'utilisation de la grille, évite par ailleurs le dérapage de la discussion sur les seules préférences des uns

ou des autres par exemple et facilite la rédaction du compte rendu de séance, autre élément essentiel de l'EPP institutionnelle.

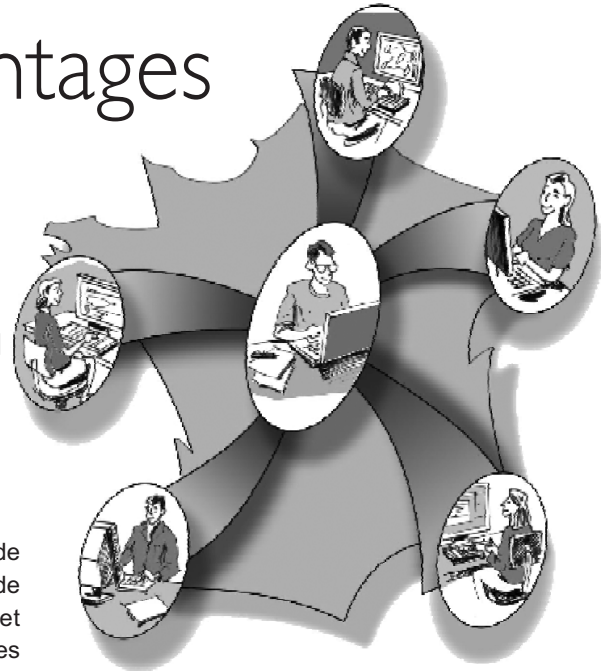
En définitive, l'utilisation de cet outil permet une meilleure efficacité du premier temps des groupes de Pairs.

¹ Décision médicale ou la quête de l'explicite Alain F. Junod M. & H p. 20

² DRMG dictionnaire des résultats de consultation N° 55/56/57

Sanofi-aventis france confirme son engagement à accompagner les Professionnels de Santé dans leur Formation Médicale Continue à travers des programmes de formation médicale ou professionnelle construits en réponse aux besoins des praticiens ou conformément à des objectifs de Santé Publique.

Principe et avantages de la netFMC



Principe

La *netFMC* permet à tous les professionnels de santé, partout en France (DOM TOM inclus), de participer, grâce à une connexion Internet associée à une conférence téléphonique, à des sessions de formation médicale continue, sans se déplacer.

Ce mode de formation innovant, dispensé par un expert régional ou national, donne la possibilité à tous les participants d'intervenir et de partager en direct leurs expériences et leurs points de vue avec l'expert e-animateur, mais également avec leurs confrères (8 à 10 participants au maximum simultanément).

Avantages

Simplicité, souplesse, gain de temps, interactivité, convivialité...

✓ Une réponse adaptée aux besoins de formation et d'information des professionnels de santé.

Les thèmes disponibles actuellement

L'essentiel pour mieux comprendre les essais cliniques... (en 4 modules)

Douleur et cancer

Diabète de type II chez la femme

Corticothérapie (animé par des membres de la SFMG)

Ces NET FMC sont proposées tout au long de l'année avec **un calendrier réactualisé**
L'inscription se fait de manière instantanée selon votre choix pour un ou plusieurs thèmes en téléphonant au :

0800 052 053

netfmc

ANALYSE DU PARCOURS ET DE LA COORDINATION

Analyse du parcours et de la coordination des soins

François Raineri, Michel Arnould, Pascale Arnould

Pourquoi analyser le parcours du patient et la coordination des soins en Groupes de Pairs ?

Le 2^e temps de la méthodologie des Groupes de Pairs de la SFMG est destiné à l'analyse du parcours du patient dans le système de santé, et à l'amélioration de la coordination des soins. Cette fonction implicite du médecin généraliste a été clairement énoncée au congrès de la Wonca 2002 « *Le médecin généraliste utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.* ». Elle est désormais clairement reconnue par la loi d'août 2004, dans son article 8, qui assigne la mission de coordination des soins au médecin traitant.

Cependant, aux yeux de nombreux médecins généralistes, la coordination des soins semble être une tâche difficile et peu attractive. Parmi les raisons évoquées, on retrouve un questionnement sur la définition exacte de la mission, un manque de savoir-faire probable, un déficit certain en moyens organisationnels, surtout pour coordonner le travail d'une équipe pluridisciplinaire. Dans ces conditions, les généralistes concèdent volontiers qu'ils trouvent cette tâche peu intéressante, et déplorent la grande quantité de temps requise quand ils en manquent déjà pour le soin et la prévention.

Quel contenu attribuer au 2^e temps de la réunion du Groupes de Pairs ?

L'atelier propose quatre objectifs assignés à cette seconde partie de la réunion :

- *Appréhender la place du médecin traitant dans un système de santé organisé*
 - savoir adresser le patient au professionnel (ou à la structure) le plus approprié au problème de santé présenté quand le recours à un tiers est nécessaire,
 - transmettre les informations nécessaires et suffisantes à une prise en charge de qualité du patient,

- synthétiser les informations transmises par les correspondants, dans une vision systémique du patient, appréhendant ce dernier dans toutes ses dimensions bio-médicales, socio-professionnelles, familiales, etc. Certains disent pour faire court mais exhaustif « bio-psycho-sociales ».

- *Étudier les ressources locales disponibles*

- recenser les créations, les disparitions, les changements des structures de soins primaires, secondaires ou tertiaires : spécialistes nouvellement installés, fermetures de cabinets secondaires, ouverture de consultations spécialisées des centres hospitaliers proches. Chaque pair, disposant d'informations rarement exhaustives pourra enrichir et mettre à jour son carnet d'adresses grâce à ces échanges d'informations,
- évaluer le fonctionnement de ces structures : qualité de l'accueil, qualité des soins, qualité de l'information au patient, qualité de l'information donnée au médecin traitant et capacité du professionnel à s'intégrer à une équipe.

- *Améliorer les relations avec les autres acteurs du système de santé*

- qualité et fluidité de la circulation de l'information : quelles informations transmettre au correspondant pour que la prise en charge du patient soit optimale ? Le médecin traitant a-t-il formulé clairement ce qu'il attendait de son consultant ? L'information en retour répondait-elle à la demande ? Ce travail devrait prendre pour base les courriers adressés et reçus,
- respect des compétences et de la place de chacun dans le système. Chaque professionnel a une représentation de ses fonctions et de la place qu'il occupe dans le système de santé. Cette représentation, différente de celle des autres, peut être source de conflits mais toujours préjudiciables au patient. Ces représentations et leurs implications dans la coordination des soins devraient être critiquées au sein du groupe.

- *Améliorer les procédures de soin*

- le 2^e temps du Groupes de Pairs peut être mis à profit pour élaborer, en commun des protocoles

de soins inspirés des données actualisées de la science quand elles existent.

- il permet d'intégrer dans ces protocoles les retours d'informations des correspondants et des patients.

Outils proposés

Pour faciliter leur travail d'analyse au cours du 1^{er} temps, les médecins disposent d'une grille de recueil permettant de structurer leur observation et mettant en exergue les éléments sur lesquels ils ont appuyé leurs décisions. Les pairs ont exprimé le désir assez fort de disposer d'outils similaires pour structurer le 2^e temps, ou, à défaut de lignes de conduite permettant d'assurer un déroulement fluide et efficace de la séance.

Carnet d'adresses

Construction, au fil des séances, d'un carnet d'adresses recensant les généralistes, les médecins spécialistes, les structures de soins, les travailleurs sociaux, les paramédicaux et listant, pour chacun d'entre eux, les services qu'ils sont susceptibles de rendre en pratique. Ce carnet d'adresses pourrait se présenter sous la forme d'un fichier informatique mis à la disposition du groupe soit sur un cédérom, soit téléchargeable sur un site, ou encore sous la forme d'un agenda partagé sur internet.

Analyse des cas complexes

L'analyse d'un cas complexe, présenté au cours du 1^{er} temps ou à l'initiative d'un des médecins du groupe, pourrait servir de base à la discussion de cette partie de la réunion. Une grille spécifique de recueil pourrait être construite.

On procéderait alors :

- à l'analyse des procédures de soins,
- éventuellement à l'analyse des procédures sociales dont plusieurs études de bon niveau de preuve montrent que les médecins ne sont pas, loin s'en faut, les plus compétents dans cette tâche,
- à l'écriture de procédures adaptées à la gestion de cas complexes, qui pourraient être mutualisées entre les différents Groupes de Pairs.

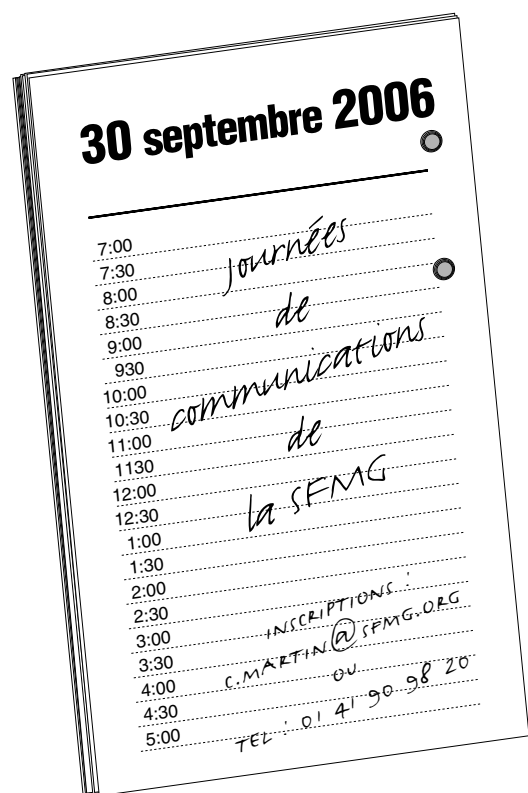
Mutualisation des expériences favorables

L'exposition au groupe des solutions pertinentes mises en œuvre dans la gestion de cas complexes antérieurs, permettrait, en complément du carnet d'adresse, d'établir une « banque d'astuces » pouvant être mises en œuvre dans des cas similaires.

Il s'agirait, en quelque sorte, d'une mutualisation d'expériences bénéfiques dans la gestion de cas complexes.

Analyse des courriers

La présentation au groupe de courriers adressés aux correspondants, ou reçus des correspondants pourrait également constituer une base de discussion fructueuse permettant de répondre aux objectifs précédemment assignés d'améliorer les relations entre les divers professionnels et d'améliorer la coordination des soins.



ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

François Raineri, Michel Arnould, Pascale Arnould

L'Évaluation des pratiques professionnelles, inscrite dans le code de déontologie est devenue une obligation légale depuis la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie. Il ne s'agit donc plus seulement, pour le médecin, d'attester qu'il se forme assidûment, il doit aussi s'engager dans une démarche d'évaluation de sa pratique professionnelle. À cela près que c'est la Haute Autorité en Santé (HAS) qui définit l'Évaluation en santé et agréé les organismes effecteurs auprès des médecins.

Selon l'HAS « Évaluer, c'est apprécier objectivement l'efficacité de telle ou telle stratégie pour permettre un meilleur choix pour le malade. C'est mettre en place les procédures permettant d'en vérifier la bonne réalisation, détecter et quantifier les écarts, imaginer et fournir les éléments pour mettre en place les éléments de correction. L'évaluation médicale est l'intermédiaire entre la production scientifique et la pratique médicale. Les méthodes de l'évaluation doivent permettre de transformer et diffuser la production scientifique pour la rendre acceptable par les praticiens ».

Le travail en Groupes de Pairs labellisé peut-il constituer un moyen simple et peu coûteux de répondre à l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles ?

C'est ce qu'a dit le représentant de l'HAS au 3^e Symposium des Groupes de Pairs (juin 2005), le Professeur Jean-Michel Chabot. Celui-ci a en effet annoncé que les Groupes de Pairs pourraient être une des modalités de validation de l'EPP sous réserve que les organismes promoteurs de la méthodologie respectent au moins les trois points suivants :

- articuler la discussion des cas autour de recommandations,
- produire des résultats objectivables en terme d'évolution des pratiques,
- accepter le principe du regard externe.

Les Groupes de Pairs sont-ils déjà une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles ?

L'analyse réflexive de la pratique

Au cours de chacun des trois temps de la réunion, les participants sont invités à réfléchir en permanence aux déterminants appuyant ou justifiant leurs décisions.

L'analyse réflexive de la pratique à la lumière de la grille de présentation de cas permet une prise de conscience des déterminants de la démarche décisionnelle, et un regard distancié et critique sur la pratique. Ce processus est en lui-même facilitateur de changements.

La confrontation aux pairs

Au cours du 1^{er} temps, chaque médecin à son tour expose sa pratique au regard critique de ses pairs, non pour être jugé, mais bien dans un souci d'enrichissement mutuel. L'expertise est alors au grou-

pe. Les discussions s'appuient sur le « savoir procédural » cumulé en termes de données de la science et l'expérience cumulée des « savoirs d'actions ». Dans la moitié des cas, un consensus est trouvé. Quand ce n'est pas le cas, des solutions doivent être recherchées ailleurs et rapportées à la rencontre suivante.

Au cours des 2^e et 3^e temps, les discussions permettront également d'échanger, d'enrichir et d'appréhender ce qui dans la pratique relève de « la science », des « représentations » ou de « l'expertise collective ».

La confrontation aux données de la science

En Groupe de Pairs, lorsqu'un consensus documenté n'a pu être trouvé lors de la discussion d'un cas clinique ou lors de l'élaboration d'un protocole de soins, une recherche documentaire est réalisée. Le groupe peut en faire une « lecture critique » et surtout discuter de sa faisabilité (implémentation) et de son acceptabilité par le patient concerné.

Par ailleurs, en cas d'écart constaté avec un référentiel existant, le médecin expose les raisons de cet écart lors de la présentation du cas.

Ces confrontations répétées aux référentiels applicables en médecine générale pour des populations analogues permettent aux médecins de prendre conscience de ce que les données scientifiques recommandent de faire (pratique idéale) de ce qu'ils font effectivement (pratique observée) et des raisons expliquant ces « écarts ».

Modalités de mise en œuvre de l'évaluation des pratiques en Groupe de Pairs et critères permettant d'en montrer la pertinence.

Les médecins ayant participé à l'atelier, ont proposé trois outils jugés acceptables et permettant

de mieux répondre à l'obligation d'EPP et au cahier des charges de l'HAS :

- La grille de présentation des cas et le compte rendu de séance.

De nombreux critères présents sur la grille de présentation des cas et les comptes rendus de séance sont faciles à étudier par un regard externe comme « indicateurs » d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles.

On peut citer :

- Le nombre de Résultats de Consultations (diagnostics) étudiés sur un an : plus ils seront nombreux, plus grand sera le champ de la discipline soumis au regard critique. Par ailleurs leur présence sur la grille reflète leur mention dans le dossier médical (critère HAS de bonne tenue du dossier).
- La démarche décisionnelle : le référencement aux données de la science y est en bonne place, mais à sa juste place, tout comme la démarche EBM, qui rend au patient son rôle central.
- La tenue du dossier médical (un grand nombre de critères de bonne tenue du dossier médical figurent sur la grille).
- L'évaluation du recours à la documentation scientifique, avec les références bibliographiques, leurs dates, leur niveau de preuve s'ils existent, la population étudiée, la notification d'écarts significatifs de la pratique par rapport aux données de la science dans les mêmes populations et les moyens à mettre en œuvre s'ils sont réalisables. Plus ces recherches seront nombreuses et leurs résultats notés voire publiés, plus elles feront la preuve que les médecins prennent connaissance et effectuent une lecture critique des référentiels.
- Le nombre de problèmes résolus, avec des solutions pertinentes, appuyées par des documents de bon niveau de preuve attestera des progrès du groupe.
- La réflexion du groupe sur l'amélioration du parcours et de la coordination des soins.

- La réalisation d'audits de pratique et de leurs comptes rendus

Les audits, reprenant la méthodologie proposée par les URML à partir du travail commun avec l'HAS, pourraient être mis en œuvre au cours du troisième temps. Un premier tour d'audit permet aux médecins de mesurer l'écart entre leur pratique et la pratique recommandée par l'HAS. Les moyens à mettre en œuvre pour réduire les écarts sont proposés par le groupe. Un second tour d'audit quelques mois plus tard sera nécessaire pour évaluer les progrès accomplis. Un compte rendu de ces audits et

de leurs suivis sera produit par le groupe et adressé à la SFMG.

Conclusion

Le Groupe de Pairs témoigne d'un engagement réel, méthodique et documenté dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles. Pour devenir un processus institutionnellement reconnu de l'EPP, il doit s'adapter aux trois demandes de la HAS. Ceci suppose que la SFMG « porte » la charge administrative en rapport avec cette obligation et que les médecins acceptent la « procédurisation » inévitable d'une démarche jusque-là volontaire.

Jusqu'à présent, les participants actuels semblent s'accorder sur le principe d'une évaluation extérieure qui porterait sur le travail et la production du groupe à partir des documents produits (comptes rendus de séances, grille de présentation des cas, feuille d'émargement, compte rendu et suivi des audits) et s'assurant :

- du respect de la méthodologie (modérateur, compte rendu, émargement),
- de la réelle articulation des discussions sur les recommandations,
- du nombre de recherches documentaires effectuées,
- du nombre de problèmes cliniques résolus,
- du nombre de référentiels étudiés.

De même l'introduction d'audits thématiques au cours du 3^e temps pour les groupes le souhaitant pourrait permettre de répondre « sur site » à l'évaluation ponctuelle des pratiques professionnelles.

Mais les pairs souhaiteraient également participer à l'élaboration d'un projet d'amélioration des référentiels en portant un regard critique sur les référentiels « au moment de l'action » et en adressant un « feed-back » collectif de cette mise en pratique à leurs promoteurs, avec l'idée intéressante d'adapter au mieux ces recommandations à la pratique en soins primaires quand cela s'avère nécessaire. Les difficultés d'accès à l'information, le coût des abonnements, la nécessité de formations à la recherche documentaire, à la lecture critique, la fréquente inadaptation de ces données à la pratique quotidienne en médecine générale en terme de populations concernées par exemple figurent parmi les nombreuses raisons avancées par les pairs pour expliquer cet état de fait. Une nécessaire réflexion de la part des institutionnels serait souhaitable concernant la diffusion des référentiels et leur accessibilité.

GESTION D'UN GROUPE DE PAIRS

Gestion d'un Groupe de Pairs

François Raineri, Michel Arnould, Pascale Arnould

Le Groupe de Pairs se déroule suivant une méthode proposée par la SFMG et dont le respect permet la labellisation du groupe. La gestion tant immédiate que dans le temps du Groupe de Pairs a été l'objet d'un atelier au cours duquel ont été évoquées les difficultés rencontrées ou redoutées par les participants et proposées des réponses issues de l'expérience accumulée.

Difficultés recensées

Les difficultés recensées se divisent en 6 chapitres : respect de la méthodologie, rôle du modérateur, convivialité, respect mutuel des participants, présence de « leader », le financement.

Le respect de la méthodologie

Le premier temps des Groupes de Pairs, consacré à l'analyse des cas, est source de nombreuses difficultés, consistant principalement en des exposés de cas cliniques trop longs avec une tendance à diverger sur les histoires vécues par chacun.

Le deuxième temps, consacré à l'amélioration du parcours et de la coordination des soins au patient se résume trop souvent à un échange d'adresses.

Le troisième temps, temps libre de discussion d'un cas difficile, de recherche documentaire voire d'audit thématique, mériterait d'être mieux défini et met en évidence les améliorations possibles des capacités à mener à bien les recherches documentaires. Ces difficultés sont susceptibles de provoquer un certain découragement ou désintérêt s'installant progressivement au fil des séances.

Le rôle de modérateur

La plupart des participants expriment la difficulté et la frustration de ne pas participer aux débats lorsqu'ils assument cette fonction en réalité assez mal connue.

L'engagement des participants

Il s'agit là d'une notion nouvelle, développée au cours de l'atelier et peut être en rapport avec l'expansion rapide de la méthode : les pairs se doivent un respect mutuel, indispen-

sable à la relation entre les pairs et le bon fonctionnement du groupe. En cas d'absence, le participant devrait prévenir ses pairs.

L'émergence d'un « leader »

L'émergence d'un « leader » est perçue très différemment d'un groupe à l'autre : pour certains le groupe ne peut fonctionner sans un « leader » si sa principale fonction est de stimuler les autres. A l'opposé, d'autres le perçoivent comme un danger pour le groupe, limitant la libre expression de chacun et la productivité du groupe.

La convivialité

Les Groupes de Pairs se réunissant sur la base du volontariat, une faible convivialité nuit au bon fonctionnement d'un Groupe de Pairs et met en péril sa pérennité. Les groupes semblent mieux fonctionner s'il existe des affinités entre les membres. La production du groupe est limitée en l'absence de plaisir.

L'absence de financement

L'absence de financement est citée de façon récurrente comme une difficulté non négligeable quand les Groupes de Pairs formalisent leur travail pour répondre aux normes de l'EPP et de la Formation Médicale Continue. L'évaluation des pratiques professionnelles, devenue obligatoire depuis la loi d'août 2004, ne fait ce jour l'objet d'aucune indemnisation des médecins pour le temps consacré à ce travail. Même si le fonctionnement d'un Groupe de Pairs est de faible coût pour les participants, il génère des frais de structure non négligeables que « quelqu'un » devra bien assumer. A chacun de voir le type d'évaluation qu'il lui convient de pratiquer.

Discussion et propositions

Quelle dynamique dans un Groupe de Pairs ?

Un Groupe de Pairs répond aux principes de fonctionnement et à la dynamique des groupes restreints (D. Anzieu, J-Y Martin) : quand de nombreux échanges interindividuels peuvent avoir lieu au sein du groupe, chaque participant développe une perception individualisée de chacun des autres et peut être perçu réciproquement par les autres. Les membres de ce groupe poursuivent en commun et de façon active les mêmes buts. Rapidement des relations affectives (sympathies, antipathies...) se créent, cependant il existe une forte indépendance des membres. Un sentiment de solidarité lie le groupe. Peu à peu des normes propres au groupe se constituent.

Un groupe restreint vit dans un système de tensions contraires :

- tension positive en relation avec la progression du groupe vers ses objectifs,
- tension négative en relation avec le mécanisme de fonctionnement du groupe et avec ses efforts pour améliorer les relations interpersonnelles entre ses membres, indispensables à l'entretien et à la survie du groupe.

Il possède par ailleurs une énergie latente et une énergie utilisable.

Pour une efficacité optimale du fonctionnement du groupe, on s'attachera à réduire le plus possible les énergies latentes en favorisant l'expression de chacun et en libérant les talents particuliers.

L'énergie utilisable est attribuée d'une part à la fonction de production du groupe (énergie de production), d'autre part au maintien de cohésion du groupe (énergie d'entretien). Pour être efficace un groupe doit avoir une énergie de production plus importante que l'énergie d'entretien : plus un groupe dépense son énergie à maintenir sa cohésion, moins il produit.

Créer un groupe en fonction des affinités des membres, de leurs objectifs communs permet d'assurer au départ une cohésion réduisant l'énergie nécessaire à l'entretien du groupe.

La qualité du travail progresse avec la qualité de la communication : créer son groupe à partir des affinités, des amitiés, des objectifs professionnels des futurs membres réduit les obstacles à la communication (cadre de référence, statut socioprofessionnel...).

La production d'un groupe est d'autant plus efficiente que l'ambiance au sein de ce groupe est conviviale et que chacun trouve du plaisir à participer.

L'intégration d'un nouveau membre à un groupe préexistant déstabilise la cohésion du groupe limitant sa productivité, et nécessite un nouvel effort de communication. Ces 2 difficultés peuvent expliquer les craintes à modifier la composition d'un groupe préexistant fonctionnant correctement.

La fonction de modérateur

Le modérateur a une fonction indispensable au bon déroulement de la réunion. Il veille aux horaires et à l'expression de chacun, gère les conflits, assure la cohésion du groupe. Il reformule, à la fin de chaque exposé, les problèmes soulevés et les recherches documentaires à effectuer si nécessaire. Pour assurer cette fonction, il ne doit pas prendre part au débat.

Quelle méthode ?

Les difficultés ressenties par les pairs sont essentiellement dues à l'absence de respect de la méthodologie.

La séance se déroule en 3 temps qui sont tous d'importance, à défaut de durée égale. Le premier temps est un temps d'analyse, de comparaison et de confrontation des pratiques ; il a également une fonction cathartique qu'il faut cependant savoir modérer. L'analyse des pratiques est plus efficiente quand les participants utilisent la grille de recueil du cas proposée par la SFMG. Le pair qui l'a remplie avant la réunion a pris un temps pour réfléchir aux déterminants de ses décisions. Il a structuré sa présentation et l'a en règle centrée sur l'essentiel : quel est le problème posé ? Le

temps consacré à chaque cas ne devrait « idéalement » pas dépasser 10 à 15 minutes. Ce respect de la méthode permet :

- de rester dans la cadre de l'analyse et de l'évaluation des pratiques,
- d'éviter les discussions sans fin sur les préférences et histoires personnelles,
- d'aboutir, avec l'aide du modérateur, à la formulation des problèmes à résoudre avant de lancer une recherche documentaire.

Les 2^e et 3^e temps ne sont en général pas respectés en raison, d'une part, du manque de temps, et d'autre part de la méconnaissance du contenu et de la forme de ces autres parties de la réunion. Deux ateliers du 3^e symposium des Groupes de Pairs ont été consacrés à cette réflexion.

L'application d'une méthode rigoureuse et la présence d'un modérateur sont indispensables au bon déroulement des réunions. L'absence de méthode aboutit rapidement à l'absence de résultats et à la lassitude des pairs, mettant le groupe en péril.

Peut-on et doit-on éviter les meneurs de groupe, les « leaders » ?

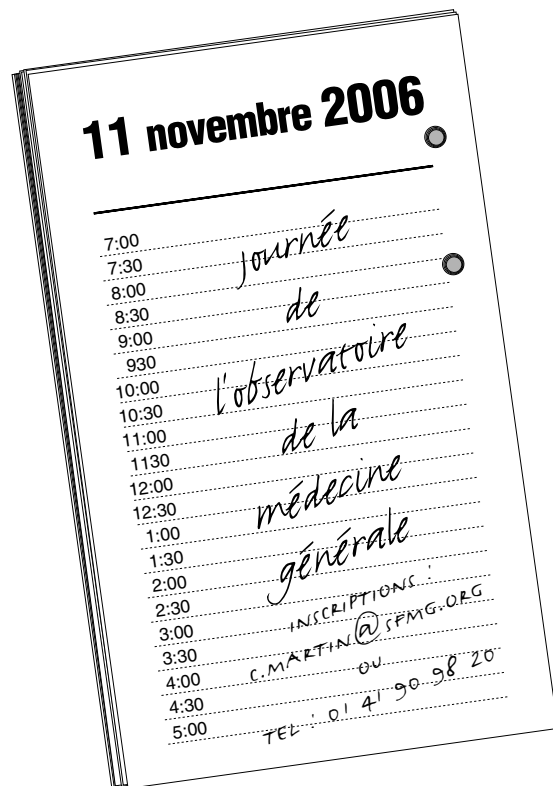
Un des critères fondamentaux de la méthodologie des Groupes de Pairs est l'absence de relations professionnelles hiérarchiques au sein du groupe, raison du choix de la parité. Le modérateur, fonction tournante à chaque réunion, n'est en aucun cas un leader : il ne fait que veiller au bon déroulement de la séance, maintenir le cap. Dans le cadre de la méthode, la position de « leader » ne pourrait que renvoyer à un savoir que les autres n'auraient pas. Or la loi de répartition des cas amène le groupe à appréhender toutes les facettes du métier, et chaque pair, dans les domaines dans lesquels il est à l'aise pourra donc, à son tour jouer un éphémère rôle de leader.

Quelle pérennité pour un groupe ?

Deux écueils ont été relevés : l'absence de suivi de la méthode peut mettre en difficulté

un Groupe de Pairs en limitant la qualité de son travail, en diminuant la satisfaction de ses membres et en générant des relations conflictuelles durables - elles peuvent néanmoins exister en elles-mêmes - qui vont menacer l'existence du groupe, l'énergie mobilisée à maintenir la cohésion de ce dernier grevant l'énergie consacrée à sa production.

Le vécu des groupes existant depuis plus de 10 ans révèle que l'entente, la convivialité, la productivité du groupe peuvent être également altérées par une trop grande complicité entre pairs, les solutions aux problèmes les plus courants et les réactions de chacun étant parfaitement connues. Peut-être ces groupes « vétérans » devront-ils se scinder en de nouveaux groupes ou songer à se renouveler en introduisant de nouveaux membres ?



Éléments clefs de la méthodologie des Groupes de Pairs

(mise à jour janvier 2006)

Critères de qualité :

- 5 à 10 médecins de même discipline et de même exercice par réunion
- Absence de hiérarchie
- Le groupe se réunit au moins 8 fois par an
- Chaque médecin participe à 6 réunions minimum par an
- Un secrétaire et un modérateur désignés à chaque séance
- Un compte rendu à chaque séance rendant compte du contenu du travail
- Une feuille d'émargement à chaque séance
- Le respect des 3 temps des Groupes de Pairs

Répondre à l'évaluation des pratiques professionnelles

- Accepter le regard extérieur une fois par an
- Nécessité d'appuyer les discussions sur les recommandations
- Nécessité de produire des résultats en terme d'évaluation des pratiques.

Les 3 temps des Groupes de Pairs

- Analyse des cas
- Analyse du parcours et de la coordination des soins
- 3^{ème} temps, introduction d'audit

Analyse des cas

- Analyser sa pratique
- Confronter sa pratique aux pairs
- Confronter sa pratique aux données de la science

Groupes de Pairs : Mots clefs

- Convivialité
- Absence de hiérarchie
- Qualité
- Méthode de formation
- Méthode d'évaluation des pratiques professionnelles

MISES EN SCÈNE DE SOI

Groupes de Pairs : mises en scène de soi, représentations, répétitions et entractes.

Jean Luc Gallais

Au delà de ses fonctions de confrontations et d'analyses structurées des pratiques des professionnels, le Groupe de Pairs est l'occasion d'une mise en scène de soi. La construction et re-construction de chaque récit permet de découvrir dans l'interaction avec ses pairs, la façon de chacun d'être et de jouer son rôle d'acteur médecin. En plus de la conscientisation accrue des pratiques, le projecteur du Groupe de Pairs vient éclairer des éléments de la personnalité indispensables à la compréhension des stratégies et comportements des professionnels.

Les groupes de Pairs en médecine générale se sont construits et se sont développés autour du principe de mise en commun d'expériences professionnelles à partir d'histoires vécues : des récits successifs et en alternance pour chaque médecin participant volontaire.

Les déterminants de cette méthode sont nombreux, allant par exemple de la volonté explicite de ne pas rester isolé, à celle plus ou moins implicite de développer son identité professionnelle. A la crise identitaire des années 1970 ayant abouti à la construction d'une identité spécifique en médecine générale succède depuis les années 1990 une crise au sein du système de santé. Cette dernière conduit à la différenciation identitaire en cours sur la place et rôle de la médecine générale, comme spécialité des soins primaires.

En tant que groupes centrés sur l'analyse des pratiques, le dispositif des Groupes de Pairs apparaît comme un levier transversal possible et souhaitable au carrefour de nombreuses thématiques en vogue, notamment la formation initiale et permanente, l'évaluation des pratiques professionnelles, l'assurance qualité voire l'accréditation. Ils répondent aussi à la nécessité d'un lieu cathartique, où s'exprime l'acceptation de la transgression de nombre d'injonctions issues des référentiels professionnels.

La médecine n'est pas le seul secteur concerné par ces préoccupations. Elles sont partagées par les métiers qui « traitent de l'humain » et « de la relation » comme dans l'enseignement ou le secteur social. C'est donc bien de sa pratique que l'on parle. C'est à dire des interactions de soi confronté en tant que professionnel à l'autre et aux autres dans des situations propres à son métier.

Mises en scène de soi

Cette mise en commun au sein de son groupe disciplinaire est d'abord une mise en scène de soi. Une double mise en scène, à la fois dans le grou-

pe d'analyse des pratiques et dans sa pratique professionnelle au travers du vécu rétrospectif de sa pratique vécue. Le terme de groupe d'analyse des pratiques renvoie aux discours sur les situations professionnelles, il ne s'agit pas de pratiques observées par des tiers. C'est surtout un discours subjectif sur sa pratique par le praticien lui-même.

C'est le témoignage de ce généraliste *là, ici et maintenant* faisant face à ce patient identifié sur une situation sélectionnée selon des méthodes diverses. Que les modalités de sélection soient aléatoires (N^{ième} consultant du jour J1) ou thématiques (premier diabétique à partir du jour J2) ou qu'il s'agisse d'une situation exposée pour les questionnements qu'elle induit, c'est toujours par un récit que tout commence. « *Il était une fois...* ». Chaque praticien expose une histoire ou plutôt un moment d'une histoire. Une histoire dans laquelle il est acteur et dont il « re-construit » le déroulement. Une histoire à épisodes dont le devenir du scénario et des rôles de chacun peuvent évoluer dans des directions totalement différentes.

La médecine est et reste une pratique professionnelle sous incertitudes. Incertitude variable sur la demande du patient, sur la pertinence du problème médicalement retenu par le médecin, sur l'observance ultérieure, sur l'effet du traitement ou du devenir du patient lui-même mais aussi du rôle joué par le médecin lui-même.

Nous sommes dans une pièce, avec ses acteurs, son décor, avec un récit en cours d'élaboration, un scénario soulignant la temporalité. Que les antécédents soit vécus en commun par le MG et le patient ou simplement rapportés par le patient, c'est à partir d'hier qu'aujourd'hui, au sein du Groupe de Pairs, l'acte est relaté et l'histoire reconstruite. Il s'agit bien d'une reconstruction avec ses biais multiples. Biais de sélection et de mémorisation cognitifs, émotionnels et d'intérêts. Scotomes, résistances et défenses des uns et des autres sont logiquement au rendez-vous.

Les analogies entre la consultation médicale et le théâtre sont souvent évoquées. Acte médical ou séquence d'une pièce? Présentation ou re-présentation par le patient de signes et symptômes récurrents pour lesquels le médecin est témoin et pris à témoin. Vision côté scène et vision côté jardin quand l'intimité et la connaissance des protagonistes permettent un face à face dans lequel l'essentiel est le registre allusif ou non verbal, peu lisible pour des tiers extérieurs.

Mais c'est une pièce dans laquelle le texte n'est pas écrit, donc non appris par cœur au préalable. C'est une forme de match, d'improvisation dans lequel le spectacle se construit au gré des répliques des intervenants. Le médecin, le consultant mais aussi les tiers présents physiquement ou symboliquement. C'est ce jeu des interactions qui conduit ce jour à la fin de cette histoire ou à sa simple suspension jusqu'à un acte ultérieur.

Représentations et répétitions

Le fonctionnement d'un Groupe de Pairs implique un investissement dans la durée. Les quelques 6 à 10 réunions annuelles sont l'occasion de nouveaux récits, de nouvelles situations cliniques et de patients différents co-auteurs et co-acteurs mis en scène dans l'absence. Mais dans ces successions de récits distincts, le médecin narrateur est le même.

La répétition chez le patient a du sens. Qu'en est-il chez le médecin? Le peu de variation des troubles chez de nombreux patients renvoie au sens et à la fonction de ces plaintes qui sont aussi des demandes. L'homéostasie est fréquente expliquant pour partie la chronicité ou la chronicisation. Balint a parfaitement illustré ces demandes de relations dans lesquelles le médecin est le premier médicament.

Le fonctionnement du Groupe de Pairs offre aussi l'opportunité d'observer ces mêmes répétitions et régularités (voire rites) en direct chez le médecin lui-même. Chaque participant est, au gré de l'exposition des cas cliniques comme des débats, observateur et observé par les autres médecins.

La mise en scène n'est donc pas uniquement celle du « cas », mais aussi celle de son acteur principal dans son décor. Non seulement il expose les situations le concernant, mais répond également aux interrogations et aux demandes d'informations, d'explications, voire de justifications complémentaires de ses Pairs. Au travers de ces questionnements, réponses, réparties et improvisations,

chaque participant est ainsi en mesure de repérer mais aussi de pointer les éléments constants, les invariants des récits et comportements chez tel ou tel confrère narrateur. Ces mécanismes participent à la conscientisation indissociable de l'analyse des pratiques et la répétition est le facteur clé de la prise de distance dans le temps sur les pratiques de chacun et de tous.

Entre actes

En matière de formation, les savoirs de toute nature ne valent que par leur mise en œuvre effective ultérieure. Côté soignant, les médecins connaissent bien ce temps, cet entre deux ou plus des actes médicaux, au cours duquel le consultant prend conscience, mûrit, renforce, décide dans un processus de changement à court, moyen ou très long terme.

Pour le médecin lui-même, le regard différé via le Groupe de Pairs, la conscientisation accompagnée et soutenue par les autres participants, va le conforter ou le dissuader dans ses choix, l'aider à percevoir, par exemple, les effets de la fonction apostolique...

C'est ce temps qui permet le travail individuel et collectif, conscient ou infra-conscient, qui autorise un cheminement et un ajustement opérationnel des pratiques. Il y alors passage du « savoir dans l'action » au « savoir sur l'action », puis « savoir pour l'action ».

Pour chaque médecin participant à un Groupe de Pairs, c'est l'opportunité d'optimiser son savoir opérationnel.

Le jeu préférentiel de l'acteur médecin

Le temps et la durée sont indissociables des effets des groupes de Pairs sur le groupe lui-même et sur les pratiques individuelles ou collectives. Le médecin tant que personne et professionnel est l'acteur au premier plan. En « direct », sans écran autre que les mécanismes de respect et de protection réciproque liées à l'identité groupale. Contrairement au groupe Balint dans lequel celui qui expose a choisi une situation posant un problème relationnel, le Groupe de Pairs n'est pas focalisé spécifiquement sur cette composante. Il n'est pas moins vrai que cet aspect relationnel sous-tend et éclaire tout acte médical.

Le Groupe de Pairs favorise la mise en jeu et la présentation du style du professionnel. Les répétitions, scotomes de perceptions, interprétations,

processus d'attributions préférentiels ou les ritualisations dessinent les modes respectifs des relations de chacun : ici le Jeu est perçu comme distant ou adapté, là trop proche, voire fusionnel. La question de la « bonne distance » est clairement posée.

Les interventions médicales sont aussi variables selon les sujets traités. Approche très interventionniste, approche minimaliste, ou approche adaptée, voilà le style de chaque acteur qui va apparaître en fonction des thèmes et des patients eux-mêmes. Ici un mode d'interactions induisant une dépendance réciproque, là une logique de facilitation et d'autonomie.

Dans certaines situations modélisantes, les participants du Groupe de Pairs peuvent même anticiper le comportement du collègue qui expose et s'expose. Il est parfois possible de « jouer à la manière de... » ou d'anticiper ses tics d'acteur de la santé.

Le choix est large entre celui qui envahit la scène et l'acteur qui sert le texte. Le même texte, « *Knock* » de Jules romain, prend des couleurs différentes selon Louis Jouvet ou Fabrice Luchini !

Au delà des mots, c'est également le comportement non verbal qui vient confirmer ou infirmer cette façon d'être médecin. A coté de la variabilité inter-médecins, c'est la variabilité intra-médecin en fonction des personnes et des contextes qui devient plus lisible et compréhensible. La supposée relation médicale neutre et asexuée a disparu !

Cette prise de conscience est une étape indissociable de tout changement dans les pratiques professionnelles de chacun.

En tant qu'acteur de santé, chacun joue plus juste et surtout s'ajuste. L'acteur médecin est en situation d'utiliser, d'optimiser le registre, le Jeu préférentiel qui est le sien. Les situations successives d'affrontement, de rapprochement, de comparaisons, de projections et de liens du Groupe de Pairs ont fait leur œuvre.

Cette façon « d'être » ou « de faire le médecin » est d'ailleurs connue de tous, surtout des patients eux-mêmes. La répartition selon les types de personnalités des soignés et des soignants en est une illustration habituelle. L'exercice médical en groupe atteste tous les jours de l'importance de ce mécanisme. C'est un des paramètres qui favorise ou fait obstacle à la construction d'une alliance thérapeutique durable.

Patient en différé et Praticien en direct

Le choix de ce texte est de ne traiter que de « l'acteur médecin » et des effets attendus de sa participation à un Groupe de Pairs pour souligner dans le récit ce qui relève du professionnel conteur. Le Groupe de Pairs est un espace de parole libre possible, contenant, rassurant. Sans le dire, et parce qu'il ne le dit pas, ce dispositif répond de façon implicite à un cadre d'aide aux aidants. Mais cette aide dépasse les savoirs analysés, les référentiels, les circuits de soins ou la recherche documentaire pour une intervention discrète mais significative dans le domaine de l'intimité et de la personnalité du médecin.

Les récits proposés sont aussi des contes : « *il était une fois...* ». Ils mettent en présence dans le temps des faits, des décors, des acteurs et héros pour des histoires inachevées et incertaines.

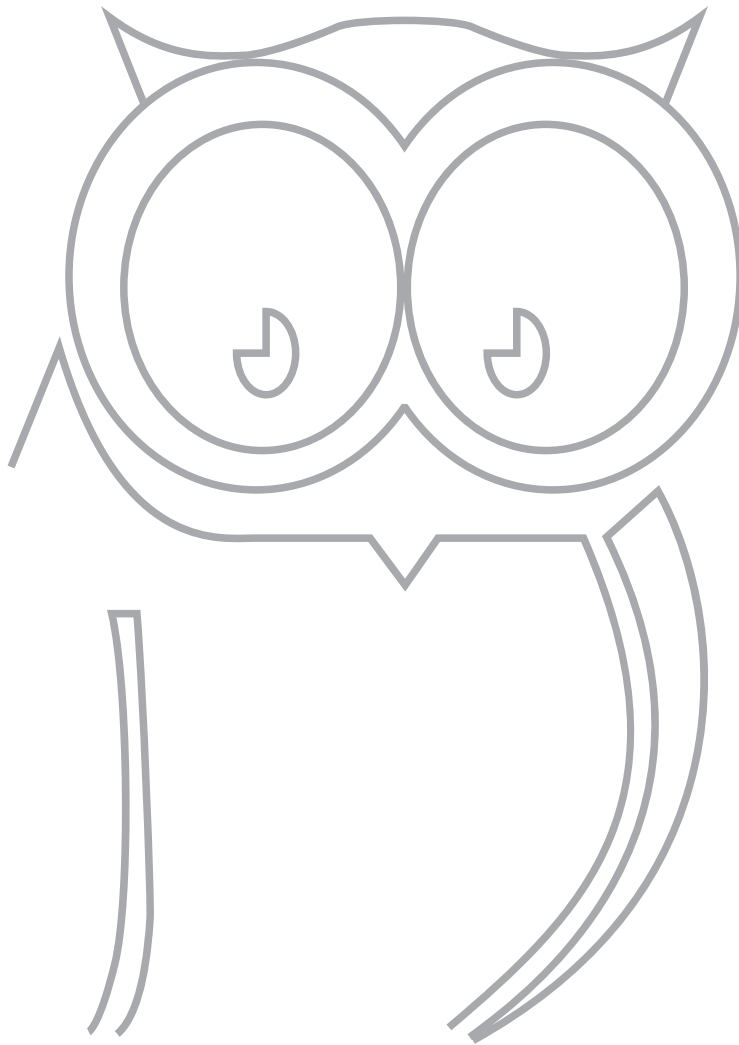
Les médecins jouent un rôle, ou plutôt des rôles successifs, et ils le savent. Mais comme pour les acteurs c'est le regard des tiers qui confirme ce statut. Ils jouent un rôle social prescrit, c'est-à-dire prédéterminé. Tous les jours, tout médecin entre en scène avec des scénarios d'intérêts variables (pour les médecins comme pour les patients) pour donner la réplique à des acteurs-patients non seulement différents mais toujours changeants. Une des fonctions essentielles des Groupes de Pairs est de permettre aux professionnels d'en avoir une meilleure conscience pour en faire le meilleur usage professionnel mais aussi personnel.

C'est par ces allers et retours d'informations et d'implications systématiques entre participants que le mécanisme fonctionne et avance. Le théâtre, les jeux de rôles, la vidéo ou la supervision avec glace sans tain font partie des outils utilisés dans le domaine de la formation. Le Groupe de Pairs dans sa fonction de miroir participe de ce type d'approche avec la construction d'une image de soi et d'une image du groupe professionnel.

Ce rapprochement entre la pratique médicale et théâtre a été souligné par un clin d'œil du calendrier ! La proximité du déroulement du 3^e Symposium des Groupes des Pairs avec l'anniversaire d'un fameux cours de théâtre, le Cours Simon. Acteurs novices ou praticiens se retrouvaient alors réunis autour de principes communs. Le fort mouvement d'adhésion au développement de la dynamique des groupes des Pairs laisse à penser que les professionnels y trouvent leur compte. Les bons contes feraient-ils les bons amis ?

Bibliographie

- Anzieu D. *Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal*. Dunod 1991, 234 pages
- Courtes J. *Introduction à la sémiotique narrative et discursive*. Hachette Université. 1980, 143 pages
- Debris S. *Enjeux de savoir et savoirs en jeu en analyse des pratiques*. DEA. CNAM-UCLouvain-Université Paris 13. 2004, 123 pages
- Delahaye et Col. *L'art d'animer une réunion*. Nathan. 1996, 124 pages
- Gallais J.-L. *Règles du jeu : effets et enjeux des groupes de Pairs comme procédure dans le soins, la formation et la recherche*. Doc Rech Med Gen SFMG, juin 2002 : 59-6-11
- Maisonneuve J. *La dynamique des groupes*. PUF Que sais-je. 1987, 124 pages
- Moscovici S. *Psychologie sociale*. PUF 1992, 593 pages
- Wittorski R. *Enjeux, fonctions et effets de l'analyse des pratiques professionnelles*. Doc Rech Med Gen SFMG, juin 2002 : 59-23-29



D'OÙ VIENNENT LES SAVOIRS MOBILISÉS

D'où viennent les savoirs mobilisés dans une analyse de pratiques ?

Philippe Perrenoud*

Les Groupes de Pairs qui se sont développés en médecine générale peuvent intéresser les sciences humaines et sociales à plus d'un titre.

C'est une pratique instituée, historiquement et sociologiquement située, caractéristique d'un état de la profession, qui manifeste par exemple une rupture avec le scientisme, l'évidence que la pratique n'est pas la simple application déductive de connaissances théoriques ou procédurales homologuées. Schön (1994) écrivait que 80 % des cas qu'un ophtalmologue rencontre dans son cabinet ne figurent pas dans les livres de médecine, qu'il faut non pas oublier les « cas d'école », mais s'aventurer *au-delà*, penser chaque cas clinique dans sa singularité, prendre le risque d'agir sans pouvoir constamment appliquer une règle ou un principe, devoir souvent arbitrer entre des règles ou des principes contradictoires. Là commence la vraie compétence professionnelle, le raisonnement clinique qui fait qu'à partir des mêmes données des professionnels de même niveau et de formation proche ne font pas les mêmes choix. De cette variété naît l'intérêt d'analyser et de confronter les pratiques. Il n'y aurait rien à analyser si les actions étaient entièrement logiques, au sens de déductibles sans coup férir de prémisses établies. La pratique met en œuvre le jugement d'un sujet singulier confronté à une situation singulière, jamais entièrement analysée ni analysable, qui doit penser et faire quelque chose, sachant que ne rien faire, c'est faire et qu'aucun cours de l'action ne mène à une issue certaine.

« Agir dans l'urgence, décider dans l'incertitude » : cette formule, que j'ai utilisée à propos du métier d'enseignant (Perrenoud, 1996), vaut pour d'autres métiers complexes. De fortes bases scientifiques réduisent l'incertitude, elles ne la suppriment pas. Il reste à le reconnaître et ce que font les Groupes de Pairs. On peut soutenir que les métiers à forte composante scientifique n'arrivent à maturité qu'au moment où les praticiens admettent que, de la théorie à la décision, il y a un abîme, que seul un sujet réflexif peut franchir. C'est ce qui distingue la méthode scientifique du scientisme !

Les sciences de la formation et du travail ne peuvent qu'être intéressés par des pratiques et des

dispositifs qui, comme les Groupes de Pairs, mettent en œuvre des convictions relatives au développement de compétences, de connaissances, voire d'une identité à travers l'analyse, et donc en amont la mise en mots, l'explicitation. On sait aujourd'hui que le développement professionnel passe par ce travail d'élucidation des moteurs et des schèmes qui sous-tendent l'activité humaine.

Les Groupes de Pairs témoignent, à travers leurs règles du jeu, d'une excellente compréhension des conditions psychosociologiques de la prise de parole au sein d'un collectif professionnel. Le dispositif fait par exemple preuve d'une grande lucidité en insistant sur l'absence de rapports hiérarchiques au sein des groupes et sur les contrats. Par d'autres voies, les Groupes de Pairs aboutissent aux mêmes conclusions que d'autres dispositifs d'analyse de situations ou de pratiques (cf. par exemple Fumat, Vincens et Étienne, 2003), ce qui indique l'accumulation (encore dispersée) de savoirs d'expérience d'une grande finesse et dont le fonctionnement des dispositifs prouve la validité quand bien même elle n'a pas été « testée en laboratoire ».

C'est un dispositif qui pourrait mobiliser plus méthodiquement les sciences humaines et sociales comme outils d'analyse, grilles de lecture de l'action. Et qui plaide pour une formation plus étendue des médecins dans ce domaine.

Je m'en tiendrai ici à ce dernier aspect, qui donne son titre à mon propos : d'où viennent les savoirs mobilisés dans une analyse de pratiques ? La question peut paraître étrange : *a priori*, une pratique professionnelle appartient au champ étudié par les sciences humaines et sociales. On pourrait donc naïvement imaginer que des scientifiques qui analysent des pratiques s'adosent aux savoirs issus des sciences humaines et sociales. La réalité, on

* Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation
Université de Genève.

Philippe.Perrenoud@pse.unige.ch

<http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/>

Laboratoire Innovation, Formation, Education (LIFE) :

<http://www.unige.ch/fapse/SSE/groups/life/>

s'en doute, est plus complexe, notamment parce que les médecins, comme les biologistes, les chimistes, les physiciens, ont souvent une vision assez dévalorisante des sciences sociales et humaines et accordent autant de poids à leur bon sens qu'à une recherche jugée peu rigoureuse.

Avant d'en venir à ce problème, je me demanderai si ce sont véritablement les pratiques qu'on analyse dans les Groupes de Pairs et j'indiquerai quelques mécanismes qui détournent régulièrement l'analyse de pratique de son objet. Je questionnerai ensuite la nature particulière des savoirs que des professionnels de l'action développent à propos de leur action, de ses conditions et de ses contextes. Je proposerai enfin quelques arguments en faveur d'un usage plus intensif des sciences humaines et sociales comme outils d'analyse de l'action professionnelle, notamment dans les métiers de l'humain. Je conclurai par une question: d'où viendraient ces savoirs s'ils sont absents de la formation initiale des médecins?

Analyse de situations, de problèmes ou de pratiques ?

Les Groupes de Pairs analysent-ils véritablement l'action des praticiens? Cette question se pose quelle que soit la dénomination du dispositif, car de nombreux mécanismes induisent à analyser autre chose que l'action proprement dite. J'en mentionnerai quelques-uns.

Dérive normative et justification

La dérive normative est la plus facile à repérer. La tentation de juger, de normaliser, de donner des conseils renaît constamment chez chacun dans un groupe d'analyse. Il faut une forme d'ascèse pour s'interdire de dire « *Tu n'aurais pas dû...* » ou « *À ta place...* ». Lorsque le modérateur censure les jugements normatifs trop explicites, les acteurs passent dans le registre du non verbal ou du sous-entendu. Si les énoncés appartenaient clairement soit au registre normatif, soit au registre analytique, il serait plus facile de privilégier le second. Hélas, l'ambiguïté est constante et se niche souvent dans des questions en apparence neutres: « *Est-ce que tu pensais vraiment que ta stratégie avait une chance de succès?* » veut dire en clair: « *À mon avis, tu as agi à la légère* ».

Il importe que le dispositif, le contrat et l'action du modérateur se conjuguent pour limiter ces phénomènes, car dès qu'un praticien se sent « exposé » au jugement de ses pairs, il choisit de passer

certain épisodes sous silence ou propose une mise en scène qui justifie d'avance ce qu'il a fait. En exposant sa pratique, au sens d'un exposé, on s'expose, au sens d'une mise en danger. Ce qui peut avoir un effet pervers: n'exposent leurs pratiques que ceux qui savent qu'ils ne présentent pas trop de « failles » et ne courent donc pas de grands risques. Autrement dit, ceux qui en ont le moins besoin! Le dispositif doit limiter ce risque.

Catharsis, solidarité et mur des lamentations

Créant un espace de parole atypique, un groupe, d'analyse de pratique favorise une forme de catharsis bienvenue, en particulier dans les moments de déprime. Mais dans certains climats, cela peut induire un glissement de la conversation vers une forme de solidarité inconditionnelle avec le praticien qui raconte, et contre les institutions hospitalières, les laboratoires, les patients ou les assurances qui lui rendent la vie difficile. La recherche d'un soutien fait partie des raisons d'adhérer à un Groupe de Pairs et passer de l'action à la dénonciation du système qui empêche d'agir simplement et rationnellement est une composante de toute culture professionnelle. Dans un groupe d'analyse, en particulier dans les moments difficiles, solidarité et dénonciation peuvent cependant devenir envahissantes et détourner de l'analyse.

Tentation de généraliser à partir d'anecdotes

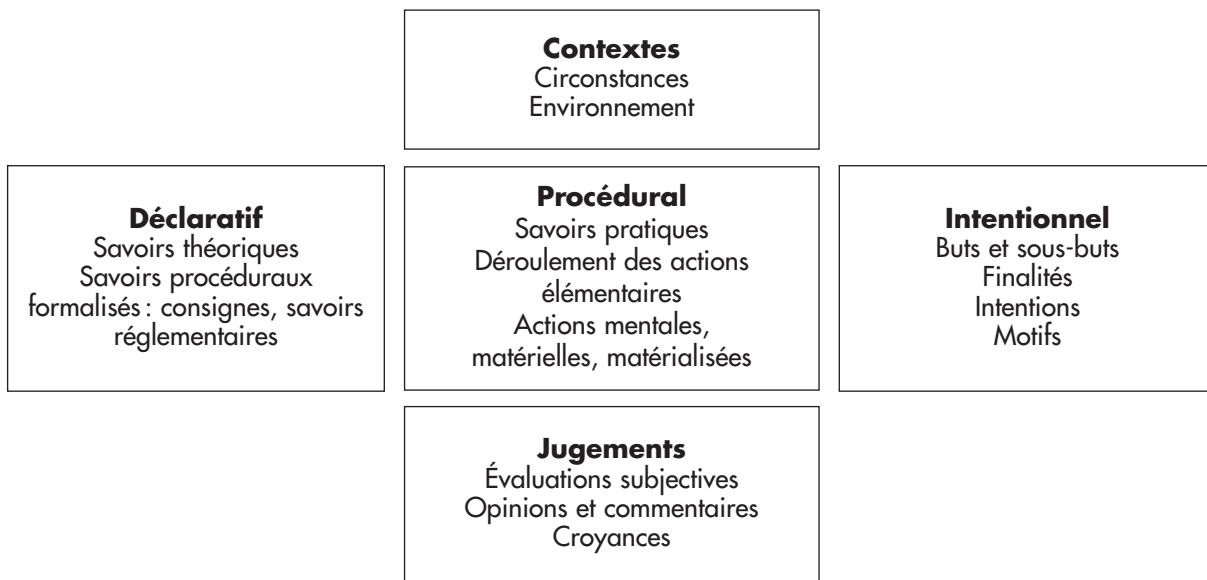
Notre culture intellectuelle valorise la généralisation, nous sommes habitués à prendre prétexte du singulier pour avancer des thèses globales, si possible originales, profondes ou provocantes. Ce qui alimente la conversation ordinaire et lui conserve une certaine légèreté - de l'anecdote aux enseignements à en tirer - doit faire place à une rigueur, sans doute moins ludique, dans un groupe d'analyse de pratiques.

Les scientifiques sont censés avoir le respect des faits et la patience requise pour les établir et les vérifier avant de sauter aux conclusions. Il n'est pas sûr que cette discipline se transpose sans autres aux conduites humaines, plus insaisissables, chargées d'émotions et de valeurs.

Confusion entre l'action et ses satellites

Pierre Vermersch (1994), lorsqu'il veut faire expliciter le comment de l'action, ce qu'il appelle le « procédural », se heurte à diverses lignes de fuite: parler du sens, des intentions, des valeurs, des effets, du contexte, des émotions liées à l'action. Il propose de distinguer l'action de ses satellites:

Satellites de l'action vécue



in Vermersch, P. (1994) *L'entretien d'explicitation*. Paris : ESF, p. 45.

Dans une perspective de recherche sur le procédural, les satellites de l'action sont des distracteurs et l'interviewer s'applique à ramener l'interviewé à ce qu'il a fait, en entrant dans le détail. Dans un groupe d'analyse de pratiques, il est parfaitement légitime de parler des intentions, du sens, des conséquences, des savoirs en jeu, etc. Il importe cependant que ces réalités ne masquent pas l'action sous prétexte de la commenter, de la contextualiser, de l'expliquer, de l'excuser.

Envie d'améliorer les prescriptions ou l'organisation du travail

Parmi les satellites de l'action, l'un mérite une mention particulière : la prescription, les règles que le professionnel est censé suivre, l'état de l'art. Une pratique professionnelle est d'abord un travail, et le travail fait l'objet de prescriptions, établies selon les cas par la corporation, la hiérarchie, des experts, des conférences de consensus ou toute instance habilitée à dire *comment* faire les choses.

Évidemment, la prescription parle de l'action, mais d'une action idéale, rationnelle. Toute analyse du travail met en évidence les limites de la prescription, l'écart toujours recréé entre travail prescrit et travail réel. Un groupe d'analyse, partant d'un cas, est régulièrement tenté de passer de l'analyse de l'action à la critique puis à la réforme de la prescription, dont l'analyse met en évidence la

naïveté ou l'incohérence. Ou, plus largement, de contester puis de proposer d'améliorer l'organisation ou la division du travail. Enjeux bien réels, contraintes effectives de l'action, mais qui détournent de son analyse en mettant l'accent sur son environnement matériel ou symbolique.

Questionnement des savoirs savants ou experts

Dans un métier à forte composante scientifique, toute analyse de pratique met également en évidence les limites ou les contradictions des théories en vigueur. Ce qui induit un débat sur la validité et les fondements des savoirs en jeu.

Ce n'est nullement inutile et c'est certainement formateur, dans le sens d'un partage de connaissances ou d'une prise de conscience de la diversité des rapports au savoir et des convictions intimes, même dans les métiers les plus rationnels.

Ici encore, l'important est de savoir ce que l'on veut analyser. On peut assumer tout à fait lucidement le fait que chaque cas soit l'occasion de revenir sur l'état des savoirs, mais alors il ne faut pas s'étonner que l'action elle-même reste opaque. Cela ne signifie pas que les savoirs sont absents d'une analyse de pratiques, mais que ce sont ceux qu'un praticien ou une équipe, à un moment donné, considèrent comme fondés, à tort ou à raison. Chacun n'agit qu'en fonction de sa vérité et de ses ignorances du moment, et c'est cela qu'il faut analyser. Pour comprendre par

exemple pourquoi certaines connaissances détenues ne sont pas mobilisées dans une situation clinique.

Analyse conjointe de la situation

Dans le même ordre d'idée, un groupe d'analyse est tenter de s'absorber dans l'analyse des situations plutôt que des pratiques. Pour une raison simple et une autre plus subtile.

Toute action est *située*, on ne peut la décrire et encore moins la comprendre sans s'arrêter, parfois longuement, à la situation à laquelle elle prétend « répondre ». Or, une situation est inépuisable, la questionner est un jeu stimulant et un groupe peut s'enfermer dans sa description et son commentaire sans revenir à l'action.

Plus fondamentalement, aucune action n'est analysable sans s'arrêter à *l'analyse de la situation par le praticien au moment de l'action*. On ne peut rapporter ni analyser un acte professionnel sans mettre en évidence les hypothèses, les raisonnements, les aveuglements, les obsessions ou les angoisses du praticien. L'action professionnelle est d'abord *mentale*, même lorsqu'elle aboutit à poser un geste. Elle est d'autant plus liée à des opérations intellectuelles complexes qu'elle s'exerce dans le cadre d'un métier faisant appel à des savoirs formalisés, dont la mobilisation en situation exige un travail de contextualisation. Lorsqu'un praticien rapporte une action, on l'interroge donc à juste titre sur son raisonnement clinique.

Cela fait partie de l'analyse du travail. La dérive se produit lorsque s'installe un forum, une controverse portant sur la qualité du raisonnement clinique ; on la conteste ou on en discute comme si la décision était encore à prendre, on « refait l'histoire », ce qui est tout à fait intéressant et souvent formateur, mais on éloigne de l'analyse de pratiques.

Exercice de résolution de problèmes

Il est rare qu'un praticien raconte une situation qui ne soit pas à certains égards *problématique*, au sens où l'action à mener ne saute pas aux yeux. On présente volontiers une situation assez corsée pour retenir l'attention des pairs, un « joli problème », une situation qui a résisté un moment au praticien sans qu'on puisse pour autant mettre en doute sa compétence. Il est alors bien normal qu'une co-construction d'une solution idéale s'engage. Rien n'est plus stimulant et formateur, sauf qu'on n'analyse plus une pratique, mais le problè-

me lui-même. Sans doute parce qu'il est plus facile de résoudre un problème que d'objectiver la façon dont tel praticien l'a posé et éventuellement résolu.

Il faut une formation et un regard particuliers pour saisir la richesse de situations en apparence insignifiantes, banales. Et une forte discipline pour ne pas mettre en débat la façon dont le problème a été posé et résolu sur le mode « *Moi, à ta place...* ». Ici, le Groupe de Pairs est un handicap : il ne réunit que des gens « du bâtiment », qui se prennent au jeu et ne peuvent s'empêcher de s'impliquer dans le processus de résolution.

Questions éthiques et identitaires

Toute action un peu complexe pose des questions éthiques : infliger une douleur, entrer dans l'intimité, dire une vérité qui fait peur, questionner un mode de vie, heurter des croyances, des pudeurs, réveiller des angoisses, autant de dilemmes du soignant, sans même évoquer des questions lourdes comme l'acharnement thérapeutique, l'euthanasie ou le choix des patients prioritaires. En miroir, des questions identitaires : qui suis-je pour décider ? suis-je capable ? objectif ? désintéressé ?

L'analyse de l'action avive ces questions. Il est bien qu'existent des lieux où les formuler ou en débattre. L'action est alors un point de départ pour passer dans un autre registre. La distinction est à nouveau subtile : toute action a des composantes éthiques. L'analyser consiste notamment à prendre en compte les dilemmes et raisonnements éthiques du praticien, ce jour-là, dans cette situation-là. La dérive consiste à s'éloigner du cas singulier pour débattre de principes éthiques généraux.

De l'inventaire de ces chemins de traverse, ne concluons pas qu'analyser l'action est plus important ou fécond qu'analyser une théorie, une situation, un problème, un dilemme éthique ou le fonctionnement d'une institution. On peut décider que *l'objet* de l'analyse est sans importance, du moment qu'il est pertinent pour les professionnels et leur permet de progresser d'une manière ou d'une autre vers plus de lucidité, de compétence, de connaissances, de confiance.

Cependant, l'analyse pointue et rigoureuse d'une pratique elle-même, y compris de ses composantes mentales, est un passage obligé pour la transformer. Dans ce cas, on combattrait les multiples occasions de se détourner de cet objet prioritaire au fil des échanges. On le fera d'autant mieux qu'on a identifié et conceptualisé les dérives possibles et qu'on a imaginé des parades. Souvent,

l'animateur qui veut revenir à l'action proprement dite est perçu comme un rabat-joie. Il faut que le dispositif de travail et le contrat fondateur de la démarche lui donnent ce droit.

Ce risque de dérive peut mettre en question l'idée qu'un groupe d'analyse de pratiques (au sens strict) peut se suffire d'un simple « modérateur », censé distribuer la parole et veiller au respect du temps et des règles. Cela ne conduit pas nécessairement à introduire un expert ou un formateur dans le Groupe de Pairs, un praticien peut jouer le rôle d'animateur s'il y a été *préparé* et si le groupe accepte qu'il soit davantage qu'un simple gardien du temps et des conditions de l'échange. Un animateur formé à l'analyse de pratiques est à même d'introduire des régulations portant sur l'objet même de l'analyse et de prévenir des dérives, ce que l'on ne peut attendre d'un « simple » modérateur, en particulier si cette fonction tourne au sein du Groupe de Pairs.

Les savoirs des professionnels sur leurs pratiques

Les médecins, comme d'autres professionnels de niveau comparable, sont formés à l'analyse, mais à l'analyse de réalités dont, *a priori*, leur propre pratique ne fait pas partie. Savoir analyser un tableau clinique fait appel à des savoirs médicaux spécifiques, analyser une pratique médicale fait appel à d'autres savoirs, qui portent non sur des phénomènes anatomiques, physiologiques, chimiques, biologiques, pharmacologiques, non sur les pathologies, les douleurs, les symptômes, les besoins de patients, mais *sur l'action du médecin lui-même confronté à cette réalité*.

On pourrait croire que, sachant analyser des données médicales, un médecin peut transférer cette compétence à d'autres objets. Il y a certes, dans toute analyse, des dimensions méthodologiques, des prudences qui conduisent à vérifier et recouper les faits, des techniques de formulation et de vérification d'hypothèses, ce qu'on peut appeler une culture ou un habitus scientifiques. Ne sous-estimons pas cependant la part essentielle de la *connaissance de l'objet* dans toute analyse. Connaissance au sens d'une conceptualisation, d'une modélisation des lois qui ont cours dans une partie de la réalité; et plus fondamentalement encore, concepts et langage qui permettent d'aller au-delà du sens commun, de percevoir et de formuler ce qui échappe au profane ou au novice.

Le sens commun permet à n'importe qui *d'ébau-*

cher l'analyse de n'importe quoi. Il n'est pas indispensable d'être critique d'art pour formuler quelques observations sur un tableau, chroniqueur sportif ou entraîneur pour commenter un match, géologue pour analyser une roche, urbaniste pour analyser un paysage. Entre l'analyse de sens commun et l'analyse d'un expert, il y a une gradation continue allant des béotiens aux professionnels en passant par les amateurs « éclairés », comme on dit. La différence n'est pas d'abord dans la logique, la rigueur, le sérieux de l'observation et de l'analyse. Sans doute tient-elle en partie aux outils mis en œuvre, mais ces derniers, bien avant d'être des technologies, sont des outils *intellectuels*, des concepts et des théories permettant de penser le réel et littéralement de le voir. L'expertise structure le regard et permet notamment de discerner ce qu'un profane et même un novice ne peuvent pas voir, même si, aux yeux de l'expert, cela « crève les yeux ». Il lui est très difficile de faire abstraction de ce qu'il sait et de retrouver le regard « naïf » du profane ou du novice. Raison pour laquelle l'expert n'est pas nécessairement un bon formateur : oubliant le chemin qu'il a parcouru, il ne comprend pas que ce qui « lui saute aux yeux » ne soit pas visible par un stagiaire et met parfois cette cécité sur le compte d'un manque de sérieux ou d'intelligence, alors qu'elle reflète simplement le manque de connaissances pointues de l'objet observé et analysé. Dans une radiographie, les uns voient des formes avec des niveaux de gris, d'autres, parce qu'ils connaissent l'anatomie, la pathologie et la technologie voient des organes, des tissus et des traces ou des indices de processus physiologiques ou de pathologies : c'est l'effet de leur formation, de leur expertise spécifique. Les médecins généralistes respectent celle des radiologues dans l'interprétation des clichés, et inversement les radiologues ne prétendent pas aller au delà d'un certain niveau d'interprétation, limite de ce qu'on peut voir à partir des seules radiographies.

Je ne devrais donc pas avoir à insister sur l'idée qu'on n'analyse de manière approfondie et pertinente que les objets sur lesquels on détient des connaissances pointues, qu'elles viennent de l'enseignement, du partage de savoirs ou de l'expérience personnelle de l'analyste. J'y insiste parce que cette évidence, qui force le respect de l'expertise des autres praticiens dans les métiers techniques, se dilue lorsqu'on prétend analyser l'être humain et ses conduites. Tout se passe comme si, sur cet objet, chacun était expert du seul fait d'être

lui-même un être humain.

Dans une certaine mesure, c'est vrai. On ne peut survivre en société sans devenir un peu psychologue, psychanalyste, sociologue, anthropologue, linguiste, économiste. Dans une espèce où l'individu est très dépendant des autres et de leur action, des besoins élémentaires du nourrisson à l'action collective, nous devons apprendre très vite à exercer une influence sur l'action d'autrui et à nous défendre contre les tentatives d'autrui d'influencer nos propres conduites. Exercice du pouvoir et défense de l'autonomie sont au cœur de la construction d'un sujet humain. La littérature a mis en exergue « l'enfance des chefs », mais les dominés apprennent eux aussi à se défendre et à préserver des espaces d'autonomie. Ces savoirs vont bien au-delà de la stratégie, ils touchent à la violence symbolique, à l'emprise sur les esprits, donc aussi à l'éducation. Chacun comprend assez vite que le comble de l'influence est de faire en sorte que l'autre fasse spontanément ce que j'attends de lui. Une partie de notre action quotidienne consiste à tenter de programmer l'action d'autrui, non pas *hic et nunc*, mais pour qu'à l'avenir, et en dehors de notre présence, il se comporte dans le sens de nos attentes.

Chacun devient en quelque sorte, à son échelle, un « expert » de l'action humaine, de ses mobiles, de ses failles, des apprentissages requis et de la façon de les favoriser. Ces savoirs se renforcent lorsque le sujet tente de prendre le contrôle de lui-même, de se discipliner, de se former, de modifier ses habitudes, de maîtriser ses impulsions, ses obsessions ou ses angoisses. Un être humain développe aussi, pour survivre, des connaissances physiques, chimiques, biologiques élémentaires. Mais elles sont soit incorporées (savoir marcher, nager, aller à bicyclette), soit inscrites dans des procédures qui garantissent la réussite sans qu'il soit nécessaire de comprendre pourquoi cela réussit, à l'exemple d'une mayonnaise. Maîtriser l'action humaine, la sienne ou celle d'autrui, exige un genre de « raisonnement clinique » dès lors que la situation présente une certaine complexité. Il n'y a pas de recettes, la théorie des jeux et la conduite du joueur d'échecs rendent mieux compte du fonctionnement des êtres humains : faire des hypothèses sur les mobiles, les enjeux, les réactions possibles de l'autre à tel ou tel cours possible de mon action, peser les risques et les profits probables de divers scénarios, agir puis réguler, ajuster en permanence son action.

Pour cela, il faut disposer de ce que les sociolo-

gues ont appelé longtemps une sociologie ou une psychologie « spontanée » ou « naïve ». Ces deux qualificatifs me semblent inadéquats. Ces savoirs ne sont pas spontanés, ils sont partiellement transmis et partiellement construits au gré l'expérience. Ils ne sont pas toujours naïfs, certains acteurs - dominés ou dominants - font preuve d'une étonnante compréhension des processus psychosociaux en jeu dans leur milieu.

C'est vrai des gens les plus ordinaires, y compris ceux dont la formation scolaire et professionnelle est de faible niveau ou ne contient aucun élément de sciences sociales et humaines. Ce qu'ils ont appris, ils l'ont appris en tant que sujets humains et acteurs sociaux.

Cette culture psychologique et sociologique est en principe plus étendue et plus formalisée chez les professionnels des métiers de l'humain : soignants, enseignants, éducateurs, travailleurs sociaux, médiateurs, avocats, négociateurs, juges, policiers. Par-delà leurs différences, ces métiers ont en commun de ne pouvoir agir efficacement qu'en mobilisant des personnes ou des groupes. C'est évident pour la médecine lorsqu'il s'agit de psychiatrie, de troubles psychosomatiques, de traitement de la douleur, de soins palliatifs ou de prévention. J'ai l'impression que le traitement des autres pathologies, plus somatiques, fait aujourd'hui une part grandissante au rôle du patient, à sa volonté, à son investissement subjectif dans la lutte contre sa maladie, aux moyens qu'on lui donne et qu'il se donne de comprendre ce qui lui arrive et de participer à sa guérison. Il y a donc des raisons de penser que la médecine et les soins infirmiers sont des métiers de l'humain à part entière, sans pour autant perdre leurs références aux sciences « dures ».

On peut donc avancer l'hypothèse que les médecins ont, dans le domaine de réalité relevant des sciences humaines et sociales, une culture « pragmatique » un peu plus étendue que les ingénieurs, même si ces derniers sont de plus en plus confrontés à des problématiques urbaines, ethniques, culturelles ou relationnelles. Et donc que les médecins, comme les autres professionnels des métiers de l'humain, ont des savoirs d'ordre psychologique, sociologique et anthropologique dont ils se servent ordinairement pour *faire* leur travail, mais qu'ils peuvent également mobiliser pour *analyser* leur travail.

On pourrait objecter que les savoirs qui relèvent des sciences sociales et humaines portent essentiellement sur la relation, le contexte familial ou

professionnel dans lequel vivent les patients, leurs habitudes alimentaires, les conséquences de la pauvreté, de la précarité, de la promiscuité, bref que ces savoirs ne portent pas sur l'action, mais sur des habitudes culturelles, des climats, des conditions de vie. Il est sans doute vrai que l'action des patients ou de leurs proches n'est pas au centre du travail des médecins, ou alors sous la forme de risques : abus de médicaments, d'alcool ou de fumée, mauvaise hygiène, consommation alimentaire peu équilibrée, faible importance des activités physiques, engagement dans des situations créatrices de stress, etc. Le travail du médecin serait alors de prescrire ou de proscrire des conduites plus que de les analyser. On peut cependant se dire qu'une partie des médecins ont compris que les conduites à risques ne peuvent évoluer que si l'on comprend l'enchaînement de gestes et de microdécisions qui conduisent par exemple à prendre un dernier verre ou une cigarette. Si l'on « creuse sa tombe avec ses dents », le fondement de la diététique est évidemment de comprendre comment et pourquoi un sujet fait régulièrement ce qui va à l'encontre de ses intentions et de ses intérêts.

Si l'on se réfère à la place des sciences humaines et sociales dans la formation initiale des médecins, on pourrait conclure trop vite qu'ils ne savent, de l'être, de l'esprit et de l'action des êtres humains, que *ce que tout le monde sait*. Je fais l'hypothèse qu'une pratique clinique confronte à des milieux sociaux et à des conduites qu'il faut comprendre pour soigner et que les médecins, en particulier les médecins généralistes, notamment ceux qui se rendent chez les gens, ou les médecins du travail, construisent au fil des années des savoirs relevant des sciences humaines et sociales et se forment notamment une théorie de l'action.

Que ces savoirs ne soient pas formalisés, ne fassent pas l'objet d'examen ni de références institutionnelles leur donne un statut mineur, privé, celui du savoir d'expérience personnelle, éventuellement partagé avec des collègues proches. Peut-être les Groupes de Pairs contribueront-ils, entre autres apports, à donner aux savoirs relevant des sciences sociales et humaines un statut d'outil de travail aussi respectable que celui qui est accordé aux sciences dures.

Peut-être suis-je trop optimiste. Sans doute y a-t-il, au sein du corps médical, de formidables inégalités, selon les pratiques, mais aussi selon la conception du métier et de la science ? Cet optimisme, même si on peut le tempérer, protège

d'une thèse simpliste, qui consisterait à dire que les médecins analysent leurs pratiques sur la base du seul sens commun, sans aucune connaissance pointue des phénomènes sociaux et humains. Il y a fort à parier, par exemple, que les médecins qui s'engagent dans un Groupe de Pairs ont fait un bout de chemin en direction des sciences humaines et sociales, qu'ils savent, par exemple (Perrenoud, 2004) :

- qu'une action a un but, qui lui donne son sens et mobilise l'énergie du praticien ;
- qu'elle implique une évaluation de la situation et une représentation de la réalité souvent partielle, parfois erronée, parfois orientée par des préjugés ;
- qu'elle procède parfois d'une décision réfléchie, d'un calcul, d'un choix délibéré parmi d'autres cours possibles de l'action ;
- qu'elle est dans d'autres cas de l'ordre de la routine, du préréfléchi, de l'inconscient pratique ;
- que l'on envisage rarement toutes les possibilités, tous les scénarios ;
- qu'il est difficile d'estimer les chances et les risques, qu'on agit souvent dans l'incertitude ;
- que l'action s'accompagne d'émotions, qu'elle peut provoquer du stress ou de l'angoisse ;
- qu'elle demande un pilotage en temps réel, des microrégulations qui tiennent compte des résistances du réel ou des autres acteurs ;
- qu'elle a souvent besoin de la coopération d'autres acteurs, qu'il faut marchander ;
- qu'elle s'exerce, directement ou indirectement, sous le regard et le jugement d'autrui.

Un praticien un tant soit peu réflexif ne peut que (re-) découvrir ces éléments d'une théorie de l'action, parfois seul, parfois au gré d'échanges avec d'autres professionnels, parfois en trouvant de tels savoirs dans la littérature professionnelle, par exemple dans des conseils méthodologiques des études de cas, des évaluations. Toute pratique racontée contient une part d'interprétation qui contient au moins « en creux » une théorie de la décision, de l'hésitation, du calcul, de la raison, de l'émotion, de l'anticipation. Lorsqu'on dit : « *Évidemment, je me suis demandé si la demande de ce patient ne cachait pas autre chose et s'il fallait que je cherche à savoir quoi* », on affirme implicitement « *Tout praticien sait qu'une demande peut en cacher une autre et se trouve donc confronté à un dilemme : entendre la demande telle qu'elle est exprimée, au risque de ne pas répondre à la demande cachée, ou faire expliciter la demande cachée, au risque de faire fuir le*

patient ou de perdre sa confiance ». C'est une des figures de l'incertitude. Beaucoup d'autres sont progressivement identifiées et constituent une partie du savoir d'expérience. Si elles ne sont pas formalisées en termes abstraits, ces connaissances fonctionnent par analogie, une situation en évoquant une autre.

Mais cela ne dispense pas de se poser une question : une culture plus étendue et pointue en sciences humaines et sociales, plus liées à la recherche universitaire, et une plus forte centration sur les théories de l'action, de la cognition et du travail permettraient-elles d'aller plus loin dans l'analyse des pratiques ? Je pense que oui.

Ce qu'apportent les sciences de l'action et du travail

On l'aura compris, je récusé l'idée que seuls les psychologues connaissent le fonctionnement de l'esprit, que seuls les sociologues connaissent le fonctionnement de la société. Les savoirs scientifiques entretiennent des savoirs complexes et divers aux savoirs communs :

- parfois, ils les invalident ; certes, c'est moins spectaculaire que Galilée démontrant que la Terre tourne autour du Soleil alors que tous ses contemporains sont sûrs du contraire, mais certains savoirs issus de la recherche sont clairement en rupture avec les représentations communes ;
- parfois, les sciences humaines et sociales affinent, différencient, complexifient des connaissances communes ou mettent en évidence leurs conditions de validité ;
- parfois, les sciences humaines et sociales se bornent à valider et à formaliser des savoirs communs, sans découvrir grand chose de neuf ; cela n'a rien de choquant ; les êtres humains n'ont pas attendu l'émergence des sciences humaines et sociales pour comprendre la « nature humaine » : les mythes, le sens commun, la sagesse, la philosophie, la littérature et les cultures professionnelles ont mis en évidence des régularités.

S'agissant de l'action humaine, on se trouve plutôt dans le deuxième et le troisième cas de figure. Encore que certaines conceptualisations de phénomènes familiers puissent produire des ruptures. Lorsque Vygotski affirme que l'activité humaine est essentiellement collective, et que chaque individu n'est que porteur d'un fragment, il heurte la vision individualiste de l'être humain qui prévaut dans notre culture. Bourdieu casse notre vision de la liberté du sujet et de la création

lorsqu'il montre qu'un individu *croit* improviser librement son action, mais agit en fait selon son habitus, selon des schèmes produits de son histoire. Lorsque les sociologues affirment que l'action est toujours dépendante de la construction de la situation par un sujet, ils mettent en évidence ce que la pensée commune tend à rejeter : il n'y a pas une réalité. Certes, de Platon à Pirandello, des penseurs et des artistes l'ont compris, mais la pensée commune revient sans cesse à l'idée qu'il existe *une réalité* et que chacun devrait « se rendre à l'évidence », alors que l'évidence est une construction qui varie selon la position occupée par un acteur, ses préjugés, ses projets, ses intérêts, ses valeurs, ses connaissances, sa culture, ses dispositions mentales.

Il serait, au-delà de ces ruptures fondamentales, intéressant de délimiter le corpus des connaissances issues de la recherche en sciences humaines et sociales qui pourraient enrichir l'analyse du travail, voire la porter à un degré de lucidité et de décentration bien supérieur à ce que permettent le sens commun et les savoirs d'expérience.

Je distinguerai très schématiquement quatre sources pertinentes, sans prétendre être exhaustif :

- Les travaux sur l'inconscient pratique.
- Les apports des sciences du travail.
- La psychosociologie des organisations et de l'action collective.
- Les travaux sur la pratique réflexive et l'apprentissage expérientiel.

Les travaux sur l'inconscient pratique

Seul le fou ou l'idiot, croit-on volontiers, « ne sait pas ce qu'il fait ». Un être de raison aime à croire qu'il a une conscience aigüe de ses actes et de leurs mobiles. La psychanalyse nous interdit de croire que nous savons exactement ce qui nous anime à chaque instant, ce que nous voulons. Au moins voudrions-nous croire que nous sommes lucides sur ce que nous *faisons*.

Pour une part, l'inconscient est l'expression d'une censure : pour préserver son image de soi et son narcissisme, chacun a besoin d'embellir un peu ses actes. Nous fonctionnons tous sur le principe du « four à micro-hontes », vite bues, vite oubliées.

Toutefois, l'essentiel tient à ce que Piaget (1974) appelait un *inconscient pratique*, pour le distinguer de l'inconscient Freudien. L'inconscient pratique n'est pas le produit d'un refoulement, mais

de la méconnaissance de nos manières de faire, par oubli ou absence de prise de conscience. Une formatrice en soins infirmiers prescrit, lorsqu'elle enseigne la pose du cathéter veineux périphérique, des gestes qu'elle ne fait pas lorsqu'elle le pose elle-même dans un service de soin. Mais elle ne s'en rend compte que lorsque les étudiants l'interpellent.

Piaget conceptualisait l'action humaine comme la mise en œuvre de schèmes d'action, de structures relativement stables qui permettent d'assimiler le réel au prix de quelques accommodations. Ces schèmes sous-tendent les gestes aussi bien que les opérations mentales. Cette psychologie, comme la sociologie de l'habitus, que Bourdieu définit comme un système de schèmes, propose de rompre avec l'idée que l'action suit toujours des règles. Parfois, il n'y a pas de règles, juste des régularités, dont nous pouvons prendre conscience au prix d'un certain travail. Parfois les règles vivent leur propre vie, dans l'univers du discours, de la justification, de la prescription, sans guider véritablement l'action, qui obéit à des schèmes inconscients tout en se réclamant de règles qu'elle ne suit pas.

Les travaux de Vermersch (1994) sur l'explicitation suggèrent que l'inconscient pratique et le « préréfléchi » ne sont pas inaccessibles, qu'on peut aider le sujet à prendre conscience de ce qu'il fait « vraiment », dans le détail. Dans un groupe d'analyse de pratiques, on ne peut mener un entretien d'explicitation comme dans une recherche, mais on peut s'en inspirer pour que celui qui narre sa pratique fasse un effort pour reconstituer dans le détail le film des événements. C'est souvent à ce niveau qu'un geste en apparence incompréhensible devient intelligible: le travail d'explicitation met en évidence un indice, une alerte, une anticipation dont le sujet n'avait pas gardé le souvenir, mais que peu à peu il « retrouve » enfouie dans sa mémoire. C'est particulièrement important dans les moments où l'action est soit en pilotage automatique, soit appelée par une urgence qui ne laisse pas le temps de réfléchir.

Les apports des sciences du travail

Il s'agit de l'ergonomie, discipline d'intervention qui, en France, est devenue une discipline de recherche, alliée à la psychologie et à la sociologie du travail. Dans un article intitulé « Adosser la pratique réflexive aux sciences sociales, condition

de la professionnalisation » (Perrenoud, 2004), j'ai esquissé une liste des apports mobilisables pour affiner l'analyse de pratiques :

- la conceptualisation et l'explication de l'écart entre travail réel et travail prescrit ;
- la distinction entre la tâche, la représentation de la tâche et l'activité ;
- la réflexion sur les enjeux de l'autonomie au travail ;
- la notion d'intelligence au travail ;
- la notion d'arène de jugement, de reconnaissance, de travail adressé à autrui même lorsqu'il porte en apparence sur des choses ;
- les concepts de genre et de style transposés à l'activité à partir des théories de Bakhtine ;
- l'insistance sur l'investissement subjectif dans le travail et son rôle dans le développement de la personne ;
- la reconnaissance de la souffrance et de la peur au travail, l'élucidation des mécanismes de défense qu'elles suscitent ;
- le développement d'une ergonomie de la pensée, de la décision, de la coopération ;
- l'idée d'une formation par le travail et son analyse clinique ;
- le concept de compétence ;
- l'articulation dans le travail de compétences individuelles et collectives ;
- le poids de l'organisation du travail sur l'activité.

On pourrait ajouter : l'analyse de l'erreur ou de la faute professionnelles, l'élucidation du rapport au temps et à l'espace dans le travail, l'ergonomie de la coopération et du dialogue entre professionnels, les interactions homme-machine, etc. Les travaux de Clot (1995, 1999, 2000), d'Hubault (2001), de Jobert (1999, 2001) permettent d'accéder à une partie du débat contemporain.

La psychosociologie des organisations et de l'action collective

Sans aller jusqu'à faire de l'activité une réalité collective dont l'action individuelle ne serait qu'un fragment, la psychosociologie nous enseigne que l'intelligibilité d'une action est compromise si l'on fait abstraction des rapports sociaux dans lesquels elle s'inscrit. Parfois, le groupe ou l'organisation sont des contextes, une sorte d'écosystème de l'action individuelle, qui en module les contraintes et les ressources. Souvent, l'action s'inscrit dans une action collective, dans un concert, elle suit une orchestration, l'action de chacun ne prenant sens

que si on la situe comme pièce d'un dispositif de travail qui dépasse chaque individu.

Cela ne signifie pas qu'il est le jouet d'un collectif. Son action est au contraire constamment sur le fil du rasoir, entre poursuite de ses propres fins et inscription dans une action collective, de gré et parfois de force ou par pur calcul. Les rapports de l'acteur et du système (Crozier et Friedrich, 1977; Friederich, 1993; Bernoux, 1985; Livian, 2000) sont au cœur de toute pratique et aucune analyse de pratique ne peut faire l'économie de cadres conceptuels d'ordre psychosociologiques. C'est ainsi que la conceptualisation du pouvoir comme maîtrise des zones d'incertitude est une clé de nombre de pratiques en apparence irrationnelles, par exemple une rétention d'information ou un retard à donner l'alerte ou à demander de l'aide.

Les travaux sur la pratique réflexive et l'apprentissage expérientiel

Dewey (1933, 1993) puis Argyris (1995) et Schön (1994, 1996) ont rendu célèbre l'idée de pratique réflexive (Perrenoud, 2001). Au-delà de la réflexion dans l'action, qui a des fonctions de régulation d'une action encore en cours ou qui va se poursuivre, comme un match à la mi-temps, la réflexion dans l'après-coup à un autre sens, à la fois catharsis, liquidation émotionnelle de l'action passée, et construction de « savoirs d'expérience ». L'expertise peut être conçue comme une expérience analysée, le produit d'une réflexion souvent amorcée dans le cours de l'action, interrompue puis reprise « à tête reposée ».

Ces travaux sont pertinents en analyse de pratiques, non seulement parce que la réflexion dans l'action fait partie de l'action, mais parce que la réflexion dans l'après-coup est stimulée et encadrée par les échanges. On pourrait définir l'analyse de pratique comme une *pratique réflexive collectivisée*, par moments plus efficace, à d'autres moments, au contraire, stérilisée par sa dimension collective.

Quelle formation aux sciences humaines et sociales ?

Les études de médecine sont longues, il n'est pas imaginable de leur ajouter une année de sciences sociales et humaines, même en la répartissant au long du cursus. Or, une année de formation universitaire, ce n'est pas grand chose, 60 crédits

européens, entre 500 et 600 heures de travail. Sans vouloir former des psychologues ou des sociologues, c'est bien la dotation en sciences humaines des formations d'enseignants ou de travailleurs sociaux. En soins infirmiers, c'est moins substantiel, mais c'est largement présent.

Une plus forte incorporation des sciences humaines et sociales au curriculum de formation des médecins serait bienvenue, non seulement pour analyser leur action, mais pour étayer aussi bien leur démarche clinique que leur fonctionnement dans les organisations.

Il n'est ni nécessaire ni adéquat de proposer des cours d'introduction à la sociologie ou à la psychologie. Dans les formations scientifiques, ces cours ne sont pas pris au sérieux, ils passent pour une perte de temps, du « bla-bla ». La seule voie prometteuse est d'aborder les sciences humaines et sociales à travers des problématiques médicales, au sens large, à travers des situations cliniques, des études de cas, des projets.

En ce sens, installer durant les études un fonctionnement analogue à celui d'un Groupe de Pairs pourrait présenter un double intérêt :

- initier à cette démarche dès la formation initiale ;
- mettre en évidence le besoin d'outils d'analyse de l'action dépassant le sens commun.

Le développement de l'apprentissage par problèmes va dans le même sens : nombre de problèmes cliniques complexes ont des composantes anthropologiques, psychologiques, sociologiques. Les mettre en évidence pourrait induire une recherche de ressources théoriques pour mieux poser et résoudre le problème clinique proposé, à l'instar de ce qui est préconisé et de plus en plus largement pratiqué pour les connaissances anatomiques, physiologiques, pharmacologiques.

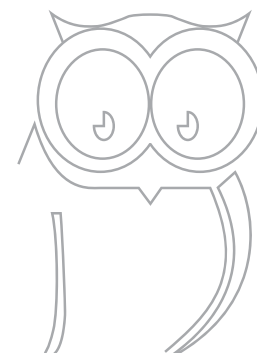
Deux questions se poseraient alors : est-il opportun d'intégrer aux équipes des formateurs issus des sciences sociales et humaines ? Et comment constituer un corpus de connaissances pertinentes, sans obliger les étudiants à se noyer dans une littérature trop abondante ? Il ne s'agit pas nécessairement de manuels, mais d'ouvrages de référence faisant œuvre de synthèse.

À leur manière, les Groupes de Pairs enrichissent la formation continue des médecins, mais ils interrogent aussi leur formation initiale.

Références

Argyris, C. (1995). *Savoir pour agir. Surmonter les obstacles*

- à l'apprentissage organisationnel. Paris: InterÉditions.
- Argyris, C. and Schön, D.A. (1978). *Theory in Practice: Increasing Professional Effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Barbier, J.-M. (dir.) (1996). *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris: PUF.
- Barbier, J.-M. et al. (dir.) (1996). *Situations de travail et formation*. Paris: L'Harmattan.
- Bernoux, Ph. (1985). *La sociologie des organisations. Initiation*. Paris: Seuil.
- Blanchard-Laville, C. et Fablet, D. (dir.) (1996). *L'analyse des pratiques professionnelles*. Paris: L'Harmattan.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris: Ed. de Minuit.
- Bourdieu, P. (1994). *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*. Paris: Seuil.
- Chatzis, K., Mounier, C., Veltz, P. et Zarifian, Ph. (dir.) (1999). *L'autonomie dans les organisations. Quoi de neuf?* Paris: L'Harmattan.
- Clot, Y (1995). *Le travail sans l'homme. Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*. Paris: La Découverte.
- Clot, Y (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris: PUF.
- Clot, Y (2000). La formation par l'analyse du travail: pour une troisième voie. In Maggi, B. (dir.) *Manières de penser, manières d'agir en éducation et en formation*. Paris: PUF, pp. 133-156.
- Clot, Y. (dir.) (2001). « Clinique de l'activité et pouvoir d'agir », *Éducation Permanente*, N° 146.
- Crozier, M. et Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*. Paris: Seuil.
- Dejours, Ch. (1993). *Travail: usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*. Paris: Bayard Éditions.
- Dewey, J. (1933). *How we think? A Restatement of the Relation of Reflective Thinking in the Educational Process*. Chicago: Henry Regnery.
- Dewey, J. (1993). *Logique. Une théorie de l'enquête*. Paris: PUF.
- Friedberg, E. (1993). *Le pouvoir et la règle*. Paris: Seuil.
- Fumat, Y, Vincens, C. et Étienne, R. (2003). *Analyser les situations éducatives*. Paris: ESF.
- Hubault, F. (dir.) (2001). *Comprendre que travailler c'est penser, un enjeu industriel de l'intervention ergonomique*, Toulouse, Octarès Éditions.
- Jobert, G. (1999). L'intelligence au travail. In Carré, P. et Caspar, P. (dir.) *Traité des sciences et des méthodes de l'analyse du travail*. Paris: Dunod, pp. 205-221.
- Jobert, G. (2001). Travailler, est-ce penser? De l'action intelligente à l'intelligence de l'action. In Hubault, F. (dir.) *Comprendre que travailler c'est penser, un enjeu industriel de l'intervention ergonomique*, Toulouse, Octarès Éditions.
- Lahire, B. (1998). *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*. Paris: Nathan.
- Livian, Y. F. (2000). *Introduction à l'Analyse des Organisations*. Paris: Economica, 2^e éd.
- Montmollin, M. de (1996). Savoir travailler. Le point de vue de l'ergonome. In Barbier, J.-M. (dir.) *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris: PUF, pp. 189-199.
- Oddone, I. et al. (1981). *Redécouvrir l'expérience ouvrière, vers une autre psychologie*. Paris: Éditions sociales.
- Perrenoud, Ph. (1996). *Enseigner: agir dans l'urgence, décider dans l'incertitude. Savoirs et compétences dans un métier complexe*. Paris: ESF (2^e éd. 1999).
- Perrenoud, Ph. (1999). Gestion de l'imprévu, analyse de l'action et construction de compétences. *Éducation Permanente*, n° 140, 3, pp. 123-144.
- Perrenoud, Ph. (2001 b). De la pratique réflexive au travail sur l'habitus. *Recherche et Formation*, n° 36, pp. 131-162.
- Perrenoud, Ph. (2001). *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant. Professionnalisation et raison pédagogique*. Paris: ESF (2^e éd. 2003).
- Perrenoud, Ph. (2004). Adosser la pratique réflexive aux sciences sociales, condition de la professionnalisation. *Éducation Permanente*, n° 160, septembre, pp. 35-60.
- Piaget, J. (1974). *Réussir et comprendre*. Paris: PUF.
- Piaget, J. et al. (1974). *La prise de conscience*. Paris: PUF.
- Samurçay, R. et Pastré, P. (1995). La conceptualisation des situations de travail dans la formation des compétences. *Éducation Permanente*, n° 123-2, pp. 13-31.
- Samurçay, R. et Pastré, P. (dir.) (1995). Le développement des compétences. Analyse du travail et didactique professionnelle. *Éducation Permanente*, n° 123-2.
- Schön, D. (1994). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Montréal: Éditions Logiques.
- Schön, D. (1996). À la recherche d'une nouvelle épistémologie de la pratique et de ce qu'elle implique pour l'éducation des adultes. In Barbier, J.-M. (dir.) *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris: PUF, pp. 201-222.
- Schön, D. (dir.) (1996). *Le tournant réflexif. Pratiques éducatives et études de cas*. Montréal: Éditions Logiques.
- Séminaire du Centre de Recherche sur la formation du CNAM (2000). *L'analyse de la singularité de l'action*. Paris: PUF.
- Vergnaud, G. (1995). Quelle théorie pour comprendre les relations entre savoir-faire et savoir? In Bentolila A. (dir.) *Savoirs et savoir-faire* Paris, Nathan, pp. 5-20.
- Vergnaud, G. (1996). Au fond de l'action, la conceptualisation. In Barbier J.-M. (dir.) *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris: PUF, pp. 275-292.
- Vergnaud, G. (1999). Le développement cognitif de l'adulte. In Carré, P. et Caspar, P. (dir.) *Traité des sciences et des méthodes de l'analyse du travail*. Paris: Dunod, pp. 189-203.
- Vermersch, P. (1994). *L'entretien d'explicitation*. Paris: ESF.
- Vermersch, P. et Maurel, M. (dir.) (1997). *Pratiques de l'entretien d'explicitation*. Paris: ESF.
- Werthe, Ch. (1997). Élaboration et formalisation de l'expérience professionnelle: l'instruction au sosie. *Dialogue*, n° 86, pp. 41-42.



Éléments clefs du DRC

Le Résultat de Consultation

- ⇒ Le Résultat de consultation, c'est la conclusion du médecin sur le cas ici et maintenant, qu'il s'agisse ou non d'un diagnostic.

Les positions diagnostiques

- ⇒ Les quatre positions diagnostiques n'ont pas de valeur hiérarchique. Elles sont équivalentes en tant que certitude clinique en fin de séance, parce qu'ils relèvent toutes d'un même processus médicalement raisonné, identifiant l'état non diagnostiqué comme tel.

La loi de répartition régulière des cas

- ⇒ Tout praticien exerçant la médecine générale sous la même latitude, doit s'attendre à retrouver de façon régulière dans toute sa carrière, moins de 300 résultats de consultation.

Le « Risque »

- ⇒ Evoquer le risque c'est s'assurer que les troubles de santé présentés ne sont pas les symptômes d'une maladie grave à évolution péjorative requérant des soins spécialisés urgents.

Correspondance CIM-10

- ⇒ La correspondance de chaque définition du DRC avec la CIM-10 est la garantie d'un langage transversal et international utilisable par toutes les spécialités médicales.

UN OUTIL DÉVELOPPANT

L'analyse de pratiques en « Groupes de Pairs »

Un outil développant la professionnalité

Sylvie Debris*

L'analyse de pratiques a-t-elle une incidence sur la construction de l'expertise professionnelle ? L'étude des discours produits au cours de l'activité d'analyse de pratiques dans un Groupe de Pairs de médecins généralistes permet d'identifier des énoncés de connaissances et de savoirs préexistants à leur énonciation ou construits dans cet espace. Cet article met en évidence le processus de validation de formes de connaissances construites dans des espaces distincts (scientifique ou pratique) jugées par les praticiens comme étant opérationnelles dans leur activité. « Artéfacts cognitifs », ils deviennent potentiellement des outils pour guider des actions futures et influencent la construction du système d'expertise de leurs auteurs-énonciateurs.

De nombreuses recherches récentes dans le champ de la formation des adultes s'intéressent aux nouvelles formes de formations articulées avec les situations de travail. L'analyse des pratiques constitue une de ces formes. Objet d'une valorisation sociale récente dans des champs d'activité variés, elle est souvent mise en lien avec l'intérêt porté aux savoirs détenus par les praticiens.

Certaines méthodologies utilisées en analyse de pratiques visent explicitement l'identification « des savoirs cachés dans l'agir professionnel »¹. Quels sont les types de savoirs cachés dans l'agir professionnel ? Peuvent-ils être énoncés ? Sous quelles formes ? Dans quels espaces ont-ils été construits ? Dans le cadre de la formation ou dans le cadre de l'action ? Peuvent-ils faire l'objet d'un débat au sein des Groupes de Pairs ? Certains de ces savoirs font-ils l'objet d'une validation par les professionnels ? Leur formalisation a-t-elle un effet formateur et une incidence sur l'expertise de leurs auteurs-énonciateurs ? Ces quelques questions ont orienté une démarche de recherche effectuée dans le champ de la pratique médicale². Cet article en restitue les résultats.

Référents théoriques et méthodologie de recherche

Les référents théoriques mobilisés pour l'étude relèvent de la sociologie des professions, de la psychologie du travail et de la psychologie cognitive, de la didactique professionnelle et du courant anglo-saxon de la science action. La démarche s'appuie sur le paradigme socio-constructiviste des opérations cognitives pour interroger les notions de professionnalisation, de savoirs d'action, de connaissances. La recherche repose sur une méthodologie utilisant différents outils de recueil de données : observation et enregistrement intégral de 12 réunions pour les deux groupes de

pairs, entretiens individuels et collectifs auprès des participants, traces de l'activité d'analyse de pratiques³, discours réflexifs des participants sur le matériau produit par la recherche.

Les objectifs étaient multiples :

- étudier les discours produits dans le cadre de l'activité d'analyse de pratiques afin de mettre à jour le processus d'analyse dans sa globalité, d'identifier les énoncés de connaissances jugées opératoires pour la pratique et les énoncés de savoirs d'action puis saisir la démarche de validation collective ;
- repérer dans les entretiens les attentes des participants concernant la méthode, les fonctions des réunions et les effets en terme d'évolution de la professionnalité : renforcement de l'identité professionnelle et incidence sur la construction du système d'expertise des participants.

Un dispositif d'analyse de pratique fondé sur le volontariat et l'auto régulation entre pairs

Créé par des médecins généralistes et s'adressant à des généralistes en exercice, le dispositif « Groupe de Pairs » étudié relève d'une forme construite par des praticiens eux-mêmes hors du champ de la formation continue. Cette activité d'analyse de pratiques est appréhendée par les praticiens qui l'ont conçue et promue comme une des voies possibles de professionnalisation ; elle se veut particulièrement adaptée à leurs préoccupations professionnelles et s'appuie sur leur pratique effective.

* Sylvie Debris doctorante, membre du Centre de Recherche sur la Formation CNAM, assistante sociale et formatrice (courbisdebris@noos.fr).

Forme singulière d'auto formation collective, elle relèverait, selon la définition de Carré, Moisan et Poisson (1997) de l'auto-formation sociale et intégrale dans la mesure où elle s'effectue dans le cadre d'une participation à un groupe social professionnel en dehors de tout lien avec les institutions et agents éducatifs formels. Il s'agit néanmoins d'un dispositif structuré fondé sur l'application d'une méthode et répondant à des règles de fonctionnement. Comme toute activité d'analyse de pratiques elle est soumise à des déterminants multiples : contexte d'émergence, prégnance de la culture professionnelle, enjeux sociaux qui ont influencé sa conception.

En ce sens elle s'inscrit dans la multitude des dispositifs se réclamant de l'expression « analyse de pratiques ».

Éléments caractérisant l'activité d'« analyse de pratiques »

Cette terminologie unique très fréquemment utilisée depuis une quinzaine d'année dans des champs d'activité variés, mutualise une multiplicité d'appellations correspondant à une diversité de méthodes et de dispositifs. Il est néanmoins possible de dégager certaines constantes de cette « réalité plurielle ».

La littérature sur le sujet s'accorde sur le fait que l'activité d'analyse des pratiques repose sur un travail de mise en représentation des actions professionnelles dans un espace-temps différent de celui de l'action, et s'appuie sur une mobilisation mentale rétrospective de l'expérience. Les matériaux utilisés ou les techniques mobilisées (observation directe, vidéo, expression verbale et/ou écrite, langage graphique, traces d'activité...) initient un mode particulier de communication sur l'action qui intègre toujours le témoignage de l'acteur sur sa propre activité. Ce témoignage est adressé à un tiers individuel ou collectif (pair et/ou expert, chercheur). Ainsi l'auto-réflexion exclusive d'un sujet sur sa propre activité ou l'observation seule et en extériorité d'un sujet en activité sont exclus de la terminologie « analyse des pratiques ». La verbalisation écrite et/ou orale adressée semble donc une constante majeure de ces « dispositifs de reconfiguration de l'action ». Cependant ainsi que le précise Yves Clot (2000), elle « n'est pas la mise en mot de l'action passée. C'est une activité langagière à part entière au cours de laquelle le ou les sujets redécouvrent l'activité analysée et la transforment : l'action

*mise en mot est une autre action. »*⁴.

L'analyse des pratiques est à considérer comme une activité autonome et singulière, une praxis ayant pour objet l'analyse d'une autre praxis fondée sur l'acceptation qu'en donne C. Castoriadis (1975) : « *ce faire dans lequel l'autre ou les autres sont visés comme êtres autonomes et considérés comme agent essentiel du développement de leur propre autonomie* »⁵.

Elle est considérée comme étant éloignée de la relation prescriptive dominante dans l'hétéro-formation basée sur les relations hiérarchiques entre experts et novices et questionne les rapports classiques entre la théorie et la pratique.

Afin de saisir l'intentionnalité de cette démarche singulière d'analyse de pratique et les enjeux de savoirs qui la caractérisent, il semble opportun dans un premier temps de spécifier la pratique qui fait l'objet de l'analyse dans le cadre du dispositif.

La spécificité de la pratique du médecin généraliste

L'exercice en médecine générale ou médecine de ville comporte une configuration d'isolement vis à vis des confrères, de dépendance vis à vis de la clientèle dite non captive, c'est à dire libre du choix du thérapeute et de l'observance du traitement ; mais il comporte en contrepartie un degré d'autonomie au niveau de la gestion du temps et de l'organisation du travail. Néanmoins, la prise en charge des soins nécessite de plus en plus un travail de collaboration entre praticiens.

Cette collaboration obligée, souvent empreinte d'enjeux de pouvoir et de savoirs entre les généralistes et les spécialistes, contraint le généraliste à posséder une bonne connaissance des circuits de soin et à s'inscrire dans un « réseau de confrères ». Néanmoins, dans le cadre d'un protocole de soin assuré en collaboration, la responsabilité n'est jamais partagée entre confrères, chaque praticien restant responsable de ses actes professionnels. A l'abri du regard d'autrui, dans la « clôture » du cabinet de consultation, l'activité est essentiellement fondée sur la relation médecin-client. La prise de décision s'effectue dans le cadre de la consultation en interaction avec le patient. Il est rarement envisageable pour les praticiens de différer leur jugement professionnel et de surseoir aux décisions et ce, sans l'appui d'un plateau technique ou la possibilité d'échanger ou de prendre l'avis d'autres professionnels de santé comme peuvent le faire les praticiens hospitaliers.

L'activité à partir et sur du « matériel humain » est vécue comme un exercice complexe et solitaire, elle s'exerce dans l'imprévisibilité de l'interaction. Une partie importante de l'activité soignante réside dans des actions de négociation (convaincre les patients du bien fondé d'un traitement, de l'importance d'un examen complémentaire, de la nécessité d'un changement de comportement pour améliorer l'hygiène de vie), de traduction (transposer en langage commun le langage scientifique et technique employé par les confrères spécialistes), de conseil, d'écoute et de recherche d'informations tant sur un plan somatique que sur le contexte social, économique, culturel et familial du patient.

Cet isolement comporte plusieurs conséquences. Les pratiques sont particulièrement influencées par l'expérience personnelle du médecin (Freidson, 1970).

Une perte des repères, voire des déviations, sont possibles dans la mesure où aucun contrôle ne s'exerce sur leur pratique. Pour certains, ce phénomène produit une déstabilisation et un questionnement sur la validité de leurs actes, en particulier lorsqu'ils ne peuvent s'appuyer sur les recommandations de la profession.

Un autre élément semble déterminant dans l'exercice du métier: le rapport au temps⁶. Il est vécu parfois comme une contrainte majeure dans le cadre de la prise de décision en situation d'incertitude, dans la mesure où, spécialisée en soins primaires, la médecine générale constitue généralement le premier recours du patient juste après le pharmacien. Dans ce contexte, l'établissement du diagnostic, sans possibilité de confirmer des hypothèses en s'appuyant sur un plateau technique, pose problème. Ainsi, la prise de décision est effectuée le plus souvent sur la base de signes cliniques ou de symptômes décrits par le patient ou constatés par le médecin, parfois sur la base d'un syndrome lorsqu'il est possible d'associer plusieurs signes cliniques, voire d'un tableau de maladie dans le cas où cette association a été classifiée, mais rarement sur la base d'un diagnostic certifié. De ce fait le médecin généraliste prend souvent des décisions en situation d'incertitude dans un contexte où il se trouve confronté la plupart du temps à un trouble de la santé et pas à une maladie.

Le temps peut être également ressenti comme un allié dans la prise en charge médicale sur la durée et constituer une aide aux décisions du fait de la connaissance approfondie du patient et de son

mode de vie (antécédents médicaux, contexte de vie, réactions aux traitements...). Il favorise l'établissement de la relation de confiance réciproque. Moins centré sur les types de pathologie, le généraliste semble s'intéresser davantage au malade qu'à sa pathologie et se vit comme « un professionnel-ressource » avec une fonction d'interface. Il doit être en capacité d'informer les patients, de les orienter correctement vers d'autres professionnels et d'autres structures de soin.

Cet aspect relationnel irréductible lié à la singularité des personnes et des situations comporte des éléments « routiniers » qui sont souvent évoqués par les praticiens. Ces éléments portent essentiellement sur les pathologies rencontrées et les procédures utilisées. Les statistiques effectuées montrent que les généralistes voient 300 types différents de syndromes/symptômes et de tableaux de maladie par an. Néanmoins, le champ des pathologies rencontrées demeure potentiellement très vaste et provoque un ressenti d'appréhension: être dans l'incapacité de connaître ou de reconnaître le tableau clinique d'une maladie rare ou celle présentant un risque imminent de morbidité.

Le dilemme entre « rigueur et pertinence »

Comme toute pratique, elle comporte une double dimension: d'une part la gestuelle, l'application de procédure, l'utilisation du langage, et d'autre part les règles, les objectifs, les stratégies qui déterminent les actions mises en œuvre.

Les pratiques professionnelles en général, sont complexes, difficiles à identifier et à formaliser, dans la mesure où elles intègrent:

- « *de l'action consciente, intentionnelle et rationnelle,*
- *de la mise en œuvre de recettes réglées par des normes,*
- *de l'improvisation,*
- *du bricolage en cas de ressources inadéquates,*
- *de la routine pour une économie de fonctionnement,*
- *de la stratégie pour répondre aux enjeux identitaires,*
- *de la tactique utilisant le braconnage et la ruse pour créer »⁷,*

Les praticiens sont souvent seuls, en situation, face aux actes professionnels dans lesquels ils s'engagent. L'évaluation de la situation et les hypothèses diagnostiques, fondement de la prise de décision qui permettra de s'« aventurer dans

l'acte » s'effectuent le plus souvent solitairement. Ce sentiment est renforcé par la conscience du risque pris dans l'acte professionnel. Cette conscience s'appuie plus particulièrement sur deux ressentis :

- le premier repose sur le fait que l'acte échappe pour partie à son auteur, ce qui représente potentiellement un risque d'échec face à la prévision, au projet d'action ;
- le deuxième confère à cette prévision une nature incomplète et imparfaite du fait de l'impossibilité d'envisager, à priori, l'ensemble des conséquences d'un acte (G. Mendel 1998).

Cependant, les professionnels intègrent également, dans la conception de leur pratique, une orientation qui nuance ces ressentis : pour qu'un acte professionnel soit « digne de ce nom », son aboutissement doit être conforme au projet initial construit à priori. Il convient d'en maîtriser l'ensemble des paramètres et des conséquences pour réduire les défaillances et les défauts générateurs d'accidents ou d'incidents. L'idée est de viser le « risque zéro » ou le « zéro défaut », orientation concrétisée par la « démarche qualité ». Les objectifs sont donc de réduire les risques liés au facteur humain et de pallier l'incomplétude de la prévision. La mobilisation par le praticien de règles et de procédures issues de théories construites scientifiquement peut constituer une parade aux risques pressentis.

D.A. Schön introduit à ce sujet, l'idée d'un dilemme pour le praticien entre « rigueur et pertinence » : « ...rester sur les hautes terres et faire un usage efficace des théories et des techniques issues de la recherche, mais en traitant des problèmes sans grande portée sociale ; ou bien descendre jusqu'au marécage où les situations sont des « chaos » techniquement insolubles où il traitera de problèmes épineux de grande importance, mais où il devra accepter de sacrifier la rigueur technique. »⁸ Il estime que ce dilemme est source de souffrance et d'angoisse pour des praticiens.

Les pratiques en médecine générale intègrent-elles l'instabilité et la singularité des situations ? Soumises à de nombreuses variations demandent-elles à l'acteur un travail d'élaboration dans le cours de l'action ? Cette élaboration « in situ » permet-elle de transformer une situation problématique en un problème à résoudre puis le faire coïncider avec des catégories préétablies construites scientifiquement, techniquement, professionnellement ou expérimentalement ?

Plusieurs orientations s'offrent aux praticiens : celle de faire entrer parfois de force la situation dans l'une de ces catégories, celle d'adapter partiellement la règle, celle de mobiliser des connaissances construites dans des espaces hors du champ technique professionnel, celle de s'appuyer sur ses propres connaissances construites empiriquement, celle encore de prendre le risque d'innover in situ... Ce type de fonctionnement cognitif a été spécifié par le terme de *métis* : « *c'est cette connivence avec le réel qui assure son efficacité... La bigarrure, le chatolement de la métis marquent sa parenté avec le monde multiple, divisé, ondoyant, où elle est plongée pour y exercer son action... Sa souplesse, sa malléabilité lui donne la victoire dans des domaines où il n'est pas, pour le succès, de règles toutes faites, de recettes figées, mais où chaque épreuve exige l'invention d'une parade neuve, la découverte d'une issue cachée* »⁹.

L'orientation prise par le professionnel est soumise à de multiples facteurs : l'évaluation du risque, les contraintes de l'organisation du travail, l'appréciation que le praticien a de lui-même en tant que professionnel, son degré d'expérience, le rapport qu'il entretient avec le savoir dans ses dimensions épistémologique et identitaire (B. Charlot 1997).

Ce rapport pour un sujet peut-être envisagé comme des cognitions mettant en concurrence des formes spécifiques du savoir qui vont selon les situations s'harmoniser avec cohérence, mais parfois se confronter voire s'affronter. La force de la cohérence interne d'un savoir scientifique renforcé par son statut peut entrer en concurrence avec la pertinence d'une connaissance jugée opératoire dans la pratique. La valeur que le sujet leur attribue influe sur leur mobilisation et dépend de la stratégie qu'il développe : celle de légitimer sa pratique sur un savoir systématisé ou celle de la valider par un système de connaissances pertinent et efficace. Comme l'explique B. Charlot, la reconnaissance sociale du savoir systématisé légitimant un champ d'activité n'est pas sans conséquence sur les pratiques¹⁰.

La tension générée par ces deux orientations appelle un questionnement : que font les professionnels lorsqu'ils sont confrontés à des problèmes qu'ils ne savent pas résoudre du fait de l'impossibilité à mobiliser dans la situation contextualisée une procédure ou une règle professionnelle ?

Peuvent-ils se permettre de procéder par essais et erreurs ? S'autorisent-ils à transgresser les règles et en inventer d'autres dans une logique pragmatique ? Disposent-ils d'un cadre pour échanger leurs connaissances, leurs « trucs de métier », leurs découvertes astucieuses ? Ces questions peuvent être résumées ainsi : la face cachée de la pratique professionnelle a-t-elle un lieu pour s'exprimer ?

Dans quel cadre cette face cachée - expression des actes et actions réels qui sont parfois très éloignés des règles prescrites par la profession et des procédures issues de la démarche scientifique - est-elle avouable ? C'est en partie pour répondre à ces interrogations, pour réduire la tension créée par cet écart entre rigueur et pertinence que les « Groupes de pairs » ont été conceptualisés.

Contexte d'émergence et enjeux de professionnalisation

Le champ des connaissances à mobiliser dans l'activité est vaste, il est censé être renouvelé constamment dans divers domaines. Compte tenu des découvertes rapides au plan technique et scientifique, de l'évolution des procédures et des protocoles de soin ; les recommandations de la profession et des organismes de financement changent constamment. De plus, un certain nombre de connaissances sont classées hors du champ médical, en particulier celles utilisées en médecine générale dans le domaine relationnel et sociologique.

Partant du constat de l'inadéquation de la formation initiale et des formations continues avec la pratique du médecin généraliste, et pris dans un contexte de perte de légitimité et d'autonomie, des médecins généralistes regroupés au sein d'une société savante, la Société Française de Médecine Générale¹¹, ont réfléchi aux moyens à mettre en œuvre pour revaloriser leur pratique et leur statut. Leur objectif premier était de construire une discipline et un langage spécifiques sur des bases scientifiques en partant de l'observation et de l'analyse méthodique de l'activité du généraliste.

Conception du dispositif « Groupe de Pairs »

S'appuyant sur l'analyse de cas cliniques, les concepteurs avaient pour objectifs de construire un langage et des critères communs, de tester le modèle biomédical officiel, de construire des savoirs spécifiques, de les faire valider par les instances professionnelles et enfin d'introduire dans l'enseignement des disciplines en sciences

humaines non enseignées en médecine : sociologie, psychanalyse, linguistique...

Le développement de la formation médicale continue en Europe pour les généralistes, la référence aux groupes « Balint », la pratique des audits de groupes néerlandais et les travaux de Brown¹² ont permis au docteur Jacot en 1987 de conceptualiser la méthode.

Ainsi, cette méthode faite d'emprunts divers, s'inscrit dans le cadre large de la démarche qualité avec pour objectif l'amélioration des soins en tenant compte de la relation triangulaire client/prescripteur/payeur.

Pour ce segment professionnel, il s'agissait bien de reconquérir un statut et une autonomie, tant au sein de la profession médicale qu'au plan sociétal en développant une rhétorique sur l'amélioration du service rendu, de spécifier et de rendre visible le noyau de compétences et de savoirs propres à la médecine générale afin de faire reconnaître l'activité en tant que discipline autonome au sein de l'université ; le groupe professionnel pouvant ainsi contrôler le processus de formation.

Le dispositif a donc été conçu dans une logique de professionnalisation de l'activité et des acteurs (Wittorski, 2003).

Les résultats de la recherche

L'observation de deux groupes de pairs en région parisienne met en évidence un fonctionnement proche de la méthode conçue par la SFMG. Les groupes sont exclusivement composés de généralistes dont le nombre de participants se situe dans une fourchette de 7 à 10 ; la participation aux réunions est très régulière, voire systématique. La durée moyenne du fonctionnement est de deux ans. Les séances durent trois heures environ, elles ont lieu dans une salle de réunion en soirée, il a été dénombré une dizaine de réunions par an pour chaque groupe soit 30 heures d'analyse de pratique annuelle.

Ces groupes rassemblent des médecins proches géographiquement, tous volontaires. Il n'y a pas de hiérarchie à l'intérieur des groupes. En grande majorité, les médecins participent à d'autres types de formation continue et sont pour un tiers d'entre eux engagés dans des actions de formation (maître de stage et enseignement en faculté). Sur l'ensemble des participants un seul d'entre eux est adhérent à la SFMG, **nous pouvons en conclure que la méthode répond favorablement aux attentes formatives de la part de praticiens qui ne sont**

pas nécessairement empreints de l'orientation conceptuelle promue par la SMFG.

L'observation de ces deux groupes durant un an montre un écart entre le déroulement effectif des réunions et la méthode initialement conçue en trois temps. Nous avons remarqué que l'étude des cas cliniques ou « casuistique » en constitue la part la plus importante 4/5 environ avec respect de la règle du tirage au sort de « cas aléatoires »¹³. L'évaluation des circuits de soins s'effectue la plupart du temps lors de la discussion qui suit la présentation du cas. La revue critique de la presse spécialisée et la recherche documentaire est toujours en lien avec les débats menés à propos du cas clinique. Pour confirmer, infirmer ou compléter leurs hypothèses, les médecins utilisent la documentation qu'ils ont à disposition dans le lieu de réunion où décident d'approfondir la recherche documentaire hors réunion pour en faire état lors de la rencontre suivante.

La recherche met également en évidence un écart entre les préoccupations et les intérêts des participants et ceux des promoteurs. Ces derniers ont construit la méthode dans une logique de professionnalisation de l'activité : construction d'un système d'expertise validé par le segment professionnel dans une logique de transmission des savoirs formalisés. Du point de vue des participants, l'aspect formatif individuel prédomine, leurs attentes se centrent sur la construction de la professionnalité : affirmer leur identité de professionnel, échanger des connaissances et des savoirs jugés opérationnels pour leur pratique. Plusieurs éléments contextuels expliquent cet écart. Au niveau du corps de métier, elle est aujourd'hui reconnue en tant que discipline spécifique et autonome et fait l'objet d'un enseignement universitaire dispensé par des généralistes. Le segment professionnel ayant eu l'opportunité de mener à bien ce processus de professionnalisation par le jeu de négociations sociales dans un contexte favorable, il semble cohérent que les participants ne soient plus pris dans cette logique. Ceci n'est pas sans conséquence sur la forme et la dynamique des énoncés produits au sein des groupes, en particulier sur le processus de validation des savoirs professionnels et sur la modélisation des pratiques.

Caractéristiques et fonctions des énoncés de connaissances et de savoirs

L'étude des énoncés produits par les participants

au cours de l'activité d'analyse de pratiques montre que la casuistique constitue l'aspect prédominant de la méthode. En ce sens, son concepteur s'est appuyé sur un élément prédominant de la formation des médecins : l'étude de cas cliniques. Les staffs hospitaliers et les discussions entre professionnels confirmés, les novices et les étudiants « au lit du patient » reposent sur ce principe. De ce point de vue, la méthode est familière aux participants. Cependant, les discussions sur l'étude de cas ne se limitent pas aux hypothèses diagnostiques, au traitement approprié et au pronostic d'évolution de la morbidité, comme c'est le cas dans les instances évoquées ci-dessus.

La pratique effective du médecin est questionnée dans sa globalité : son implication dans la relation au patient, son attitude de soignant, son orientation au niveau des choix effectués, sa sélection des déterminants de son action, ses affects, ses gestes professionnels...

Les échanges prennent les formes de récits d'expérience, de questionnements, de débats, de jugements et de conseils.

Le contenu des échanges porte préférentiellement sur l'évaluation des gestes du métier : l'acte de prescription et d'orientation, l'attitude relationnelle face aux patients et aux confrères. Certains gestes sont rarement discutés, notamment l'examen clinique et le diagnostic établi. Par contre, la démarche présidant à l'établissement du diagnostic et l'attitude adoptée dans le suivi médical sont deux axes particulièrement travaillés. A cette occasion, les déterminants de l'action sont systématiquement évoqués avec une prédominance des énoncés donnant accès aux satellites de l'action (Vermersch, 1994) : contexte de l'exercice, aspect relationnel, règles du métier, savoirs validés par la profession, savoirs de sens commun, les intentions, les buts, les jugements... Néanmoins, un nombre significatif de questionnement portant sur le « comment » donne accès au « procédural » (Vermersch, 1994) : connaissances d'expérience, savoirs d'action, éléments de l'activité cognitive, protocoles de soin...

Enoncés de connaissances et processus de validation

Les connaissances, dans leur dimension fortement subjective, sont issues de constructions opérées dans des espaces divers et sont au service de l'argumentation lors des débats :

- dans le cadre même de l'activité : il s'agit de

connaissances liées à l'expérience professionnelle, elles portent sur le fonctionnement des patients, sur l'appréhension que le professionnel a de son propre fonctionnement, sur les ressources du contexte, sur le fonctionnement du système de santé, sur l'efficacité et les effets indésirables des traitements et des examens, sur l'évolution de la morbidité,

- dans le cadre de la formation professionnelle initiale ou continue: il s'agit plus particulièrement de connaissances qui s'appuient sur des savoirs construits scientifiquement, techniquement ou professionnellement. Elles portent plus particulièrement sur les traitements (posologie et examen recommandés pour un type de pathologie), la classification des maladies, le fonctionnement biologique. Ces connaissances constituent une preuve clinique extérieure disponible (Abbott 1988),
- dans la vie en général: elles font référence à des informations recueillies dans l'espace privé ou public (presse non spécialisée, média, échanges avec des personnes appartenant à la sphère privée...) et à des expériences personnelles. Elles s'apparentent aux connaissances de « sens commun ».

Ces énoncés ont diverses fonctions: justification de l'action, construction de sens, mise en évidence d'un rapport aux savoirs, d'un rapport au soi professionnel et d'un rapport à la situation.

Dans le débat, les connaissances construites empiriquement sont mises en concurrence avec les recommandations et les règles professionnelles issues de savoirs construits scientifiquement. Nous retrouvons à cette étape le dilemme décrit par Schön, (1996) entre rigueur et pertinence. Deux formes de connaissances sont prioritairement débattues, celles correspondant « aux savoirs du métier » construites empiriquement et celles liées « aux savoirs professionnels » à forte dominante intellectuelle. Certains participants s'appuient sur les règles et recommandations issues de la recherche scientifique, qui leur servent de régulateur dans la gestion du risque. D'autres s'y conforment dans la mesure où elles leur semblent pertinentes pour le traitement du problème, d'autres les confrontent systématiquement aux connaissances construites au cours de leur expérience.

Ces éléments permettent de saisir des logiques différentes dans la construction de l'expertise des participants.

Au terme du débat, certaines recommandations

ou règles professionnelles sont validées si les praticiens jugent qu'elles sont adaptées aux situations rencontrées: « testées » au cours de l'exercice professionnel, ils valident leur fonction opérationnelle pour la résolution du problème identifié. D'autres sont écartées, jugées non pertinentes ou inadaptées à la pratique, la validation porte alors sur les connaissances empiriques. Les praticiens interrogent dans ce cas l'écart entre les recommandations nommées « savoirs procéduraux » dans la littérature (registre du normatif) et l'action effective qui diffère du prescrit.

L'énonciation de savoirs d'action

A partir des énoncés il a été également possible d'identifier des « savoirs d'action » en référence à la définition proposée dans l'ouvrage « les savoirs d'action » (2004)¹⁴. Ils portent sur la composante relationnelle de la pratique, sur la prise en compte du mode de vie du patient dans la prescription, sur l'implication du médecin dans la prise en charge, sur la nécessité d'une alliance thérapeutique pour gérer des suivis à haut risque de morbidité, sur les gestes professionnels techniques, sur le positionnement professionnel dans le suivi de certaines catégories de patients.

Exemple d'un savoir d'action¹⁵

Méd. A (énoncé du cas): J'ai vu une petite fille d'un an et demi qui a été amenée par sa maman, la petite touse, elle a le nez qui coule, pas de fièvre. La mère me demande une ordonnance d'antibiotique. Je n'ai pas prescrit l'antibiotique mais des trucs habituels pour une rhino.

Méd. B: Il y a une étude qui montre que l'avis du patient n'est jamais pris en compte dans la prescription d'antibiotique

Méd. C: Moi je les teste

Méd. A: Quoi!

Méd. C: Oui, je leur demande leur avis sur la question, alors il y en a toujours qui répondent « c'est vous le docteur, c'est vous qui savez ». Mais de plus en plus, il y en a qui donnent leur avis. Ils argumentent, ils disent comment ils réagissent. Je me rends compte qu'ils se connaissent bien. Alors ça fait une base pour discuter. Parfois on négocie. Parfois je leur fais une ordonnance en disant « prenez d'abord ça et s'il n'y a pas d'amélioration au bout de cinq six jours alors rappelez-moi ». J'ai observé que de toute façon le

fait de prendre leur avis sur le traitement, ça les implique, il est mieux accepté et mieux suivi.

J'ai aussi remarqué que les attitudes divergent selon les communautés. Par exemple dans la communauté malienne les parents ne sont pas demandeurs de traitement pour leurs enfants alors que dans la communauté maghrébine ils le sont davantage.

Méd. D: Oui j'ai remarqué la même chose, c'est culturel le rapport aux médicaments

Analyse de l'énonciation du savoir d'action

- Le contexte de l'énonciation :

L'énonciation de la séquence d'action fait suite à un énoncé de portée très générale qui s'appuie sur une étude scientifique. Le médecin prend la parole pour s'inscrire en faux par rapport aux résultats de la recherche.

- L'efficacité du savoir d'action est reconnu par son auteur-énonciateur, l'emploi du « je » et du « moi je » l'atteste, il manifeste sa conviction personnelle et son engagement dans cette prise de position. La justification de son efficacité s'appuie sur l'observation des incidences au niveau de l'observance du traitement.

Il y a volonté de la part du médecin de construire un échange : « discuter, négocier ». L'emploi de l'impératif « prenez d'abord ça, achetez les antibiotiques, prenez-les » montre que le médecin garde, malgré l'implication du patient, la maîtrise sur l'acte de prescription.

- La portée du savoir d'action

Il généralise ce savoir d'action à l'ensemble des prescriptions médicales « de toute façon, le fait de » en le reliant à d'autres observations générales sur le rapport entre demande de traitement et appartenance culturelle.

Cet énoncé de savoir d'action montre que le praticien s'est construit une représentation fonctionnelle¹⁶ de ce type de situation fréquemment rencontrée dans sa pratique :

Certains patients demandent des prescriptions d'antibiotiques non justifiées au regard de leur pathologie. Pour faire accepter la prescription, le praticien juge nécessaire de recueillir des éléments sur la représentation que se font les patients de la nécessité d'un traitement.

L'action est jugée pertinente au regard de la situation :

Les patients ont une représentation personnelle de l'efficacité du traitement qui est liée à leur culture. Ils ont également des connaissances sur leur

façon de réagir face à la maladie et au traitement. Le médecin estime qu'il est nécessaire de s'appuyer sur ces éléments pour adapter ses actes de prescription.

La prise en compte du point de vue du patient permet de l'impliquer dans la démarche de soin, l'acte de prescription gagnant ainsi en efficacité : l'observance du traitement est accrue (rappelons que la question de l'observance d'un traitement est récurrente dans le champ de la médecine de ville, le patient étant non captif).

L'énoncé permet de saisir le positionnement professionnel au regard de la situation (valeurs, attitudes, implication) :

Le médecin ne se présente pas comme un expert imposant son savoir. S'il est détenteur d'un type de savoir qui lui permet de poser le diagnostic et de prescrire, il reconnaît aussi aux patients des compétences sur leur propre fonctionnement.

Ce savoir d'action est centré sur l'aspect relationnel de la pratique : il s'appuie sur l'exploration de la conception du patient face à la prescription de médicament et sur une action de négociation pour l'adaptation du traitement. Il est représentatif de la pratique en soin primaire de la médecine de ville qui doit tenir compte d'un accord à minima du patient « non captif » pour l'observance de son traitement.

L'énonciation de ce type de séquences actionnelles dans un Groupe de Pairs qui « joue le rôle d'un tiers formalisant », permet la transformation des « représentations fonctionnelles de l'action » en « représentations discursives formalisantes de l'action, ce qui correspond à un processus de transformation des pratiques [...] en savoirs d'action » (Wittorski, 2004).

La construction d'un système d'expertise fondé sur la pratique en médecine générale

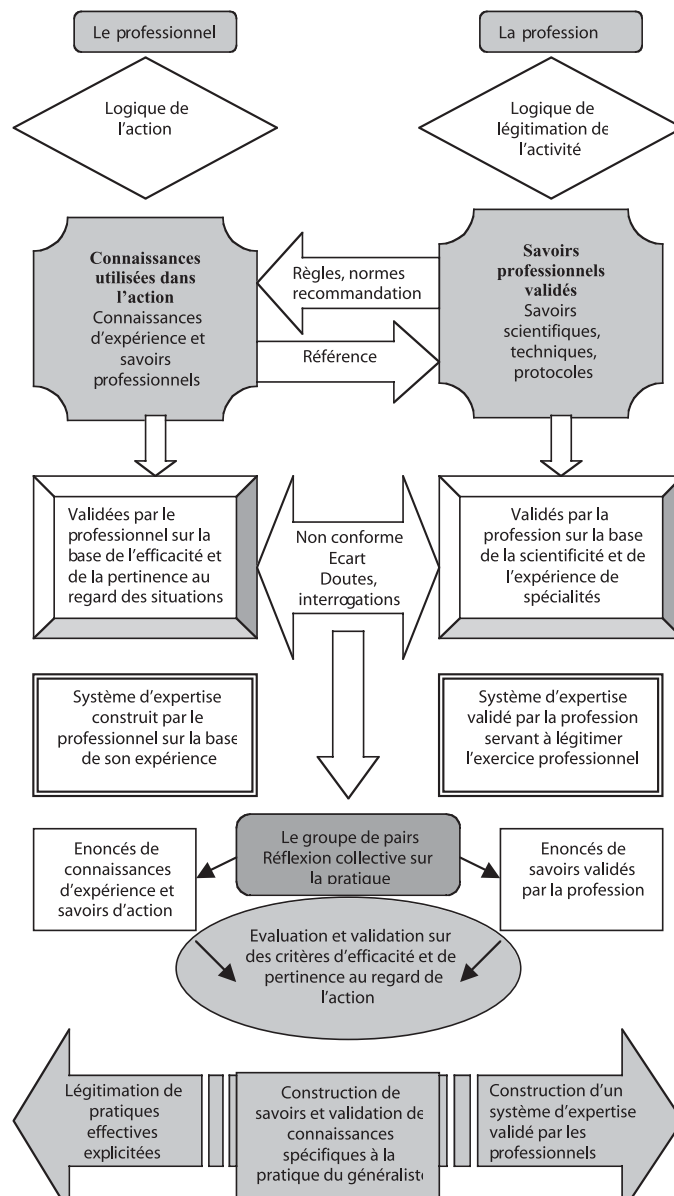
Les résultats montrent que l'analyse de pratiques effectuée dans ce cadre permet la validation collective de connaissances opératoires pour la pratique quel que soit le domaine auquel elles se réfèrent (expérientiel ou scientifique) et favorise l'énonciation de savoirs d'action. Ils mettent également en évidence l'absence d'énoncés de « savoirs professionnels » au regard de la définition construite pour la recherche¹⁷.

Ce constat s'explique en partie par les éléments décrits précédemment : pour les participants, les enjeux de ces réunions sont différents de ceux des

promoteurs sur la production de savoirs spécifiques et la modélisation des pratiques. En ce sens, les résultats de cette recherche sont en adéquation avec ceux produits par le « Groupe savoirs d'action » du CNAM sur les contextes d'énonciation et de production des savoirs : « *Dans tous les cas, les énoncés de savoirs d'action supposent un cadre défini par d'autres acteurs que les sujets supposés pouvoir les formuler. S'il en va ainsi, c'est probablement [...] que l'énonciation est une exigence non de la dynamique pragmatique [...] mais de la dynamique sociale structurant le dispositif* » (Astier P., 2004).

La démarche de conceptualisation des pratiques n'engage pas nécessairement une activité de formalisation des savoirs, les logiques sont distinctes.

La question de valoriser la pratique professionnelle ou l'activité d'analyse de pratique en formalisant des savoirs ne se pose pas dans les groupes de pairs. Ce type de formalisation demande un travail spécifique qui nécessite des étapes de construction conceptuelle outillée. La méthode utilisée ne permet pas ce travail d'élaboration. Ce qui intéresse les praticiens dans ce cadre n'est pas le savoir en soi mais son horizon (Beillerot J., 2002), c'est à dire sa finalité et son efficacité : les enjeux se situent au niveau de l'utilité et de l'opérationnalité des savoirs et des connaissances énoncés. Quels que soient les espaces dans lesquels ils ont été construits, ils ne prennent leur valeur qu'en tant qu'artéfact au service de l'activité et deviennent de nouveaux outils potentiels pour agir. Pris dans



Processus de construction d'un système d'expertise validé en analyse de pratiques¹⁸

la logique de l'action, les participants travaillent à optimiser leur efficacité en construisant un système de référencement pertinent au regard de leur activité autrement dit, un système d'expertise construit sur la base de leur pratique en médecine générale.

Autres fonctions et effets de l'analyse de pratiques

L'analyse des discours produits par les participants sur les traces de l'activité d'analyse de pratiques restituées par la recherche permet de mettre en évidence certaines fonctions et effets identifiés par les participants.

Prise de conscience et mise en objet de l'activité

Le cadre du dispositif permet une confrontation des points de vue sur les situations analysées et sur l'orientation donnée à l'activité. En ce sens, l'analyse devient un instrument d'action interpsychologique et social productrice de dissonances (Y. Clot, 2000), d'accords et de désaccords. Ces dissonances, utilisées comme ressources et non comme jugement évaluatif sur la pratique des pairs, permettent de saisir la dimension générique de l'activité (référence aux codifications partagées dans une communauté de pratique) et d'appréhender des manifestations de style (signature personnelle du médecin garantissant l'efficacité de l'activité, elle s'inscrit selon Y. Clot (1999) dans le registre de « la face cachée du travail »). En cela, l'activité de confrontation des pratiques permet aux participants d'accéder à leur propre fonctionnement et à ceux de leurs pairs. Ce qui intéresse les praticiens, c'est moins le résultat de l'action que le raisonnement mis en œuvre pour y aboutir. (P. Falzon 1989). L'adressage du discours est un déterminant majeur pour la production de sens et l'émergence de conflits cognitifs conçus comme occasion de développement (Y. Clot, 2000). Il permet l'analyse de la situation avec mise à jour des éléments qui la caractérisent et donne ainsi accès à la compréhension de l'activité. Il favorise également l'analyse de l'activité qui permet de saisir les éléments qui font sens pour le sujet (Pastré P., 1999). Cet adressage a pour incidence une mise à distance du sujet par rapport à lui-même et à son objet, et engage une prise de conscience par le retour réflexif sur l'action « conscience avant/conscience après » (Vygotski, 1925).

La prise de conscience peut être également attri-

buée à la mise à jour d'éléments routiniers dans les pratiques jugées efficaces par l'acteur (Y. Clot, 2000). Cette mise à distance et prise de conscience n'est pas sans effet sur l'évolution des pratiques. Ce processus est rendu possible par un travail collectif d'analyse du traitement des cas présentés qui permet :

- l'identification des pratiques effectives,
- la mise à jour des déterminants de l'action (contexte, positionnement professionnel, connaissances mobilisées, démarche diagnostique, affects...),
- le repérage de déviations possibles dues à l'exercice solitaire de l'activité,
- l'autoévaluation des méthodes et des méthodologies utilisées,
- la construction collective et individuelle du sens de l'action,
- le questionnement de certitudes construites sur la base de l'expérimentation et des mécanismes routiniers,
- la résolution de problèmes,
- l'échange d'informations, d'« astuces » ou de connaissances utilisables sans transposition,
- l'évaluation et la validation, sur des critères d'efficacité et de pertinence au regard de l'action, des énoncés de connaissances et de savoirs d'action construits au cours de l'expérience professionnelle et des énoncés de savoirs validés par la profession.

Evolution des pratiques

Sachant que d'une part il est très difficile de faire évoluer les pratiques par des injonctions et des recommandations même si elles sont basées sur des critères légitimés par la science ou par des logiques économiques et que d'autre part, il est compliqué de saisir les fondements qui président à cette évolution tant du point de vue des professionnels que des chercheurs, il a été possible au cours de cette recherche d'identifier l'intégration de connaissances ou de savoirs d'action dans le système de référencement des participants. Cette intégration atteste de la mise en œuvre d'une nouvelle façon d'agir, elle repose sur la validation collective ou individuelle de ces savoirs fondée sur des critères d'efficacité et de pertinence au regard de l'action comme l'atteste le discours de ce médecin : « *Par exemple pour les angines, il y a les directives du ministère et de la CNAM, elles reposent sur des critères économiques et scientifiques, elles visent à faire évoluer le comporte-*

ment des médecins. On en a parlé entre nous, on n'avait pas la même attitude. Moi, j'étais réticent. Mais le fait d'en discuter dans le groupe, que les collègues m'expliquent comment ils s'y prennent et les résultats qu'ils ont, moi je sais que j'ai évolué, ils m'ont convaincu, j'ai considérablement réduit mes prescriptions d'antibiotiques ». Il montre que les praticiens valorisent l'expérience des pairs et créditent leur argumentaire dans la mesure où il est fondé sur l'explicitation de la pratique et sur le jugement d'efficacité.

Effets en terme de construction de la professionnalité

La participation à ces groupes permet :

- le développement d'une attitude réflexive (développement de la capacité à communiquer sur les actes professionnels et de la capacité d'analyse en cours d'action et en rétrospection),
- le renforcement de la personnalité professionnelle (amélioration de la confiance en soi permettant un engagement dans des actions inédites pour l'acteur, d'où un élargissement du champ d'activité),
- l'accroissement du niveau d'expertise (intégration individuelle des connaissances et des savoirs validés par le groupe pour leur potentialité opératoire).

Aux dires des participants, ces effets sur la construction du « soi professionnel » sont liés à divers éléments. Ils estiment que les discussions leur permettent d'accéder à une meilleure connaissance de leurs comportements en mettant en évidence leur positionnement dans la démarche de soin, qu'ils peuvent parfois réviser à cette occasion. Le fait d'explicitier sa pratique, de mettre à jour les déterminants de l'action, de justifier leurs choix et leurs orientations est source de cohérence interne. Ce processus s'inscrit dans le registre de l'autoévaluation nécessaire pour se situer dans une communauté de pratique. La référence aux pairs dans la construction du soi professionnel est indispensable. Le renforcement de ce sentiment d'appartenance n'est pas sans conséquence sur les attitudes professionnelles des médecins. La référence aux pairs influence l'activité, elle fonctionne comme un tiers symbolique et à un effet de régulation dans l'espace de la pratique : « suis-je capable de défendre mon attitude face au groupe? ». L'autoévaluation porte également sur le niveau de connaissances à mobiliser face au traitement d'une situation. Lors des débats et des échanges

de connaissances les praticiens prennent conscience de leur degré de compétence et de leur niveau de connaissance sur le sujet abordé.

Pour conclure

La démarche d'analyse collective de l'activité du médecin généraliste produit une intelligibilité sur la pratique qui dépasse l'analyse du résultat des actions. Elle va au-delà de l'aspect descriptif du discours sur l'action, et surtout des modes prescriptifs et évaluatifs qui fondent généralement celles de l'analyse du travail ou des formations « classiques » proposées par les organismes de formation continue. Ce processus formatif est producteur d'incidences sur la pratique. Il s'agit donc d'une activité permettant une transformation conjointe des sujets et des pratiques professionnelles.

Ce dispositif d'auto formation collective dans le champ de la pratique médicale illustre « la face cachée de l'iceberg » de l'activité d'analyse de pratique. Nombreux sont les praticiens qui dans des domaines d'activité divers¹⁹ élaborent des méthodologies et des dispositifs en extériorité du champ éducatif au sens strict. Fortement intégrés aux milieux du travail, ils sont empreints du caractère central des rapports sociaux, de la culture professionnelle et des logiques de professionnalisation dans lesquels sont engagés certains secteurs d'activité.

Bibliographie

- ABBOTT 1988 *The System of Professions*, University of Chicago Press
- ASTIER P. Dans J.-M. Barbier, O Galatanu.2004. *Les savoirs d'action : une mise en mot des compétences?* Paris, L'Harmattan
- BARBIER J.-M. et GALATANU O. (dir. publ.). 2004. *Les savoirs d'action : une mise en mot des compétences?* Paris, L'Harmattan
- BEILLEROT J. 2002. « Le savoir, une notion nécessaire », dans N. Mosconi, J. Beillerot, C. Blanchard-Laville (Dir. publ.) *Formes et formation du rapport au savoir*, Paris, PUF
- BERNADOU, A.1996. « Savoirs théoriques et savoirs pratiques. L'exemple médical », dans J.-M. Barbier. (dir. publ.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, Paris, PUF
- BLIN J.-F. 1997. *Représentation, pratiques et identité professionnelle*, Paris : L'Harmattan
- CARRE P. MOISAN A. POISSON D. 1997. *L'autoformation. Psychopédagogie, ingénierie, sociologie*. Paris, PUF
- CASTORIADIS C. 1975 *L'institution imaginaire de la société*, Paris, Seuil
- CHARLOT B. 1997. *Du rapport au savoir; éléments pour une théorie*, Poche éducation, Paris, Antropos
- CLOT Y. 2000. « Analyse psychologique du travail et singu-

larité de l'action », dans J.-M. Barbier (dir. publ.). *L'analyse de la singularité de l'action*, séminaire du CRF CNAM. Paris. PUF

DEBRIS S. 2001. « Professionnalisation et analyse des pratiques en service social » dans *Forum, recherche en travail social*. N° 97 pp. 5-48

DEBRIS S. 2002. « Identification et construction des savoirs professionnels par l'analyse des pratiques » dans *Forum, recherche en travail social*. N° 100 pp. 13-20

DEBRIS S. 2004 « L'analyse de pratiques en médecine générale. Enjeux de savoirs et savoirs en jeu » *Education permanente* N° 161

Analyser la « face cachée des pratiques professionnelles » : auto-formation collective chez les travailleurs sociaux et les médecins généralistes, *De l'analyse des pratiques professionnelles en formation, Education-santé- travail social*, Paris, Seli Arslan

FALZON P. 1998. *Ergonomie cognitive du dialogue* Grenoble, PUG

FREIDSON E. 1970. Trad. Fr. 1984. *La profession médicale*. Paris, Payot, coll. Médecine et société

MENDEL G. 1998, *L'acte est une aventure*, Paris La Découverte

PASTRE P. 1999. « La conceptualisation dans l'action, bilan et nouvelles perspectives ». *Education permanente*, N° 139

SCHON D.A. 1994. *le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal. Editions Logiques

SCHON D.A. 1996 « A la recherche d'une nouvelle épistémologie de la pratique et de ce qu'elle implique pour l'éducation des adultes ». Dans J.-M. Barbier (dir. publ.). *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris, PUF, p. 201-222

VERMERSCH, P. 1994. *L'entretien d'explicitation*. Paris, ESF

VYGOTSKI L.S. 1925-1985. *Pensée et langage*. Paris, Editions sociales

WITORSKI R. 2003. « Analyse de pratiques et professionnalisation ». Dans C. Blanchard-Laville, D. Fablet (Dir. publ.). Paris, L'Harmattan, pp.69-89

WITORSKI R. 2004 « les rapports théorie-pratique dans la conduite des dispositifs d'analyse de pratiques ». *Education permanente*. N° 160, pp.61-70

Notes

¹ Titre de l'avant propos de l'ouvrage *Le Praticien réflexif* D.A. Schön, p11.

² Recherche effectuée dans le cadre d'un DEA « Formation des adultes » au CNAM (2002-2004)

³ Grilles d'exposition du cas clinique Groupe de Pairs SFMG complétées au cours des réunions par les participants

⁴ Y. Clot, « analyse psychologique du travail et singularité de l'action », in l'analyse de la singularité de l'action, séminaire du CRF CNAM, Puf, 2000

⁵ C. Castorians, *l'institution imaginaire de la société*, Paris, Seuil, 1975, p. 103

⁶ « Il faut ajouter à cela que le médecin clinicien travaille avec et contre le temps » A. Bernadou, 1996, p. 33

⁷ J.-F. Blin, (1997), *Représentations, pratiques et identités professionnelles*, Paris, L'Harmattan

⁸ D.A. Schön, (1996), « A la recherche d'une nouvelle épistémologie de la pratique et de ce qu'elle implique pour l'édu-

cation des adultes » in J.-M. Barbier, *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, PUF, pp. 201-222

⁹ M. Detienne, J.-P. Vernant, (1989), *les ruses de l'intelligence. La métis chez les grecs*, Paris, Poche Champ Flammarion, p 44

¹⁰ B. Charlot, *Education permanente*, N° 47, p. 13

¹¹ La Société Française de Médecine Générale, société savante à statut associatif dont les membres sont des médecins généralistes exerçant dans le cadre libéral ou salarié. Reconnue par le conseil de l'ordre, elle recense actuellement près de 500 adhérents. Elle entretient un travail de partenariat avec différentes instances officielles : INSERM (Institut National de Santé Publique), RNSP (Réseau National de Santé Publique), la MIRE (Mission Inter-ministérielle pour la Recherche et l'Expérimentation), la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés)

¹² R.N. Braun, épistémologue autrichien exerçant la médecine générale dans les années 50, qui à partir de sa propre pratique a construit une théorie professionnelle : la reproductibilité des fréquences de répartition des cas cliniques en quatre classes d'états morbides identifiés, le symptôme, le syndrome, les tableaux de maladie et le diagnostic certifié

¹³ Il ne s'agit pas de situations choisies et porteuses a priori de sens pour les sujets comme c'est le cas dans certaines méthodologies proposées en analyse de pratiques, le traitement des situations analysées est donc moins marqué de charges affectives et de résonances identitaires

¹⁴ « énoncés relatifs à la génération de séquences actionnelles construites et considérées comme efficaces par leurs auteurs-énonciateurs eux-mêmes. » p.

¹⁵ Ce « savoir d'action » a été analysé en référence à la grille construite dans l'ouvrage cité

¹⁶ La représentation fonctionnelle est constituée des liens que le praticien effectue entre l'*arena* (la situation en soi) et le *setting* (la signification que le praticien accorde à la situation) qui fondent son engagement dans l'action. (R. Wittorski, 2004)

¹⁷ Définition du savoir professionnel : Enoncé propositionnel, exprimé sous forme de jugement porté en terme d'efficacité, de pertinence, de cohérence sur des connaissances construites au cours de l'activité professionnelle, ces dernières ayant fait l'objet d'une configuration et d'une validation par leurs auteurs-énonciateurs à partir de la mise en relation des représentations de règles professionnelles stabilisées avec des représentations de la singularité des situations et des actes professionnels

Cet énoncé revêt un caractère de généralisation et prend la configuration de règles, de normes, de recommandations et de conduites à tenir pour une et/ou des classes de situation

Il est validé par un groupe professionnel dans un contexte et à une époque donnés, il dépend de ce fait de la rhétorique et de la stratégie de professionnalisation du groupe

¹⁸ Schéma construit sur la base des résultats de la recherche novembre 2004 (S. Debris)

¹⁹ A l'occasion de recherches précédentes (voir publications revue Forum) dans le champ du travail social portant sur un dispositif similaire nous avons eu connaissance d'autres types de dispositif conçus par des enseignants, des psychologues du travail, des orthophonistes, des psychomotriciens, des psychiatres, des directeurs d'établissement, des bibliothécaires...

BULLETIN D'ADHÉSION À LA SFMG

Nom : Prénom :
Adresse :
.....
Code Postal : Ville :
Tél : Fax : eMail :

Adhère à la SFMG en qualité de :

- | | |
|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Membre Titulaire* | soit 150 € |
| <input type="checkbox"/> Membre Associé | soit 60 € |
| <input type="checkbox"/> Étudiant** | soit 30 € |
| <input type="checkbox"/> Retraité | soit 60 € |
| <input type="checkbox"/> Membre correspondant*** | soit 60 € |

Le montant comprend l'adhésion et l'abonnement aux publications de la SFMG et de l'OMG

Joindre une photocopie de la carte professionnelle pour la première adhésion (sauf membre correspondant)

- Je joins un seul chèque de : . . . €, pour l'année en cours.
- J'autorise la SFMG à prélever le montant de ma cotisation annuelle et je remplis une autorisation de prélèvement****.

Date : / /

Signature (et cachet)

SFMG
141, avenue de Verdun - 92130 Issy Les Moulineaux
Tél. : 01 41 90 98 20 - Fax : 01 41 90 07 82

* En 1993, l'Ordre National des Médecins a reconnu la mention « Membre Titulaire de la Société Française de Médecine Générale » comme une mention autorisée sur les ordonnances médicales, au titre de l'appartenance à une société savante. Si vous voulez devenir membre titulaire de la SFMG, contactez la SFMG ou rendez-vous sur son site.

** Joindre une photocopie de la carte d'étudiant de l'année en cours.

*** Les membres correspondant sont des personnes non médecin généraliste, dont l'adhésion est soumise à accord de la SFMG selon les statuts.

**** Un exemplaire d'autorisation de prélèvement peut être téléchargé sur le site internet de la SFMG, à l'adresse suivante : http://www.sfmfg.org/liens_contacts/bulletin_adhesion2004.doc



Société Française de Médecine Générale
Société Savante

141, avenue de Verdun - 92130 Issy Les Moulineaux
Tél. : 01 41 90 98 20 - Fax : 01 41 90 07 82
e-mail : [sfmg@sfmg.org](mailto:sfm@sfmg.org) • <http://www.sfm.org>

O.N.G. agréée auprès de l'O.M.S.

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