

La liste des abréviations

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ARS : Agence régionale de santé

CISMEF : Catalogue et index des sites médicaux de langue française

CNFMC : Conseils nationaux de la formation médicale continue

CRAT : Centre de référence sur les agents tératogènes

DIU : Diplôme inter-universitaire

DMS : Durée moyenne de séjour

DPC : Développement professionnel continu

DU : Diplôme universitaire

EPU : Enseignement post-universitaire

EPP : Evaluation des pratiques professionnelles

FMC : Formation médicale continue

GEAP : Groupes d'échange et d'évaluation des pratiques

GEP : Groupes d'évaluation des pratiques.

GP : Groupes de pairs

GQ : Groupes qualité

HAS : Haute autorité de santé

IEC : Inhibiteur de l'enzyme de conversion

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

OGDPC : Organisme gestionnaire du développement professionnel continu

SFMG : Société française de médecine générale

UNAFORMEC : Union nationale des associations de formation médicale continue

PLAN:

①-INTRODUCTION- HISTORIQUE.....	10
②-METHODE ET MATERIEL.....	12
➤ Méthode qualitative.....	12
➤ Entretiens semi-dirigés.....	12
③-POPULATION ET ECHANTILLON.....	12
➤ Le mode d'échantillonnage.....	12
➤ Le mode d'accès aux interviewés.....	13
④-ELABORATION DES QUESTIONS.....	13
⑤-DEROULEMENT DES ENTRETIENS.....	14
⑥-L'ENREGISTREMENT.....	15
⑦-LA RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS.....	15
⑧-ANALYSE DES ENTRETIENS.....	15
⑨-RESULTATS.....	16
➤ Les médecins interrogés.....	16

➤ Les résultats des entretiens.....	17
• Modalités pédagogiques.....	17
• Critères de choix.....	21
Raisons de se former.....	21
Déterminants positifs.....	23
Obstacles à la formation.....	27
• Connaissance du DPC.....	31
⑩-DISCUSSION.....	32
➤ Méthode qualitative.....	32
➤ Les entretiens.....	32
➤ Modalités pédagogiques.....	33
• Groupes de pairs.....	33
• Journées de formation sur un thème précis.....	36
• Maitrise de stage.....	41
• La visite médicale.....	42
• Internet	43
• Formations diplômantes.....	44
• Les correspondances.....	46
• La presse médicale.....	47
➤ Obligation du DPC.....	48
➤ Accréditation	49
➤ Difficulté de mise en place du PDC.....	49
⑪-CONCLUSION-PROPOSITIONS.....	50
⑫-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	51

① INTRODUCTION – HISTORIQUE

La formation médicale continue(FMC) après un long cursus d'études universitaire semble un impératif devant les progrès réalisés par la science, dans toutes les disciplines, d'une année sur l'autre.

J'ai particulièrement été marqué par la phrase d'un enseignant avait prononcé à la faculté, durant les cours de 2^{ième} cycle ; il disait : « *qu'un tiers de vos connaissances ne seront plus valides quand vous aurez fini votre formation universitaire* ». Un tiers, plus ou moins quoi qu'il en soit la question mérite d'être posée.

Nous sommes à l'aube d'un nouveau changement concernant la formation médicale continue depuis la publication d'un décret dans le journal officiel en date du 1er janvier 2012 [1].

Ce décret relate la nouvelle tendance relative à l'organisation et au contrôle de l'obligation individuelle de développement professionnel continu des médecins.

La préoccupation de mise à jour des connaissances n'est pas récente, il s'agit d'un concept initié aux états unis à la fin des années 20 suite à la reconnaissance de l'insuffisance de la formation des praticiens. Ainsi le premier programme obligatoire a été instauré en urologie puis généralisé à la fin des années 60 avec une réglementation variable d'un état à un autre [2].

En France dans les années 30, les premières propositions ont vu le jour, elles étaient universitaires sous le nom d'enseignement post universitaire(EPU). Un exemple des plus célèbres, les entretiens de Bichat en 1947.

Plusieurs modèles du genre lui ont succédé dans l'hexagone. Elles restaient cependant liées à une expertise hospitalière centrée sur l'acquisition des connaissances.

Des adaptations ont été proposées par des associations de professionnels dans les années 70 pour permettre un entretien et une actualisation des connaissances, mais aussi un accompagnement et une proximité des acteurs locaux, créant de ce fait un deuxième modèle de formation médicale continue en parallèle du modèle universitaire.

Cependant ce nouveau modèle de formation s'est vu porté par plusieurs associations qui s'opposaient. Cette opposition a pris fin sous la pression de l'ancienne ministre de la santé (S. Veil) qui a accepté d'investir dans la FMC à condition de n'avoir qu'un interlocuteur. L'union nationale des associations de formation médicale continue (UNAFORMEC) est née en 1978, projetant des objectifs communs pour la FMC [3].

L'histoire de la FMC a pris un tournant dans les années 90 avec l'ordonnance du 24 avril 1996 qui rend obligatoire la formation médicale continue.

A fait suite à cette décision, un décret en 1999 prévoyant un cadre unique pour l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) à partir de guides d'évaluations rédigés par l'agence national d'évaluation des pratiques en santé (ANAES= HAS actuellement).

Il faut attendre 2005 pour que l'EPP fasse partie de la FMC. Les professionnels de santé et particulièrement les médecins avaient une obligation légale de valider un nombre de points réparti entre FMC et EPP sur une période de 5 ans. Les médecins devaient ainsi justifier de leurs participations auprès de structures agréées par le comité régional de FMC (CNFMC) après avis de l'ANAES [4] [5].

Une nouvelle étape est franchie en 2011, posant un cadre unique intégrant la formation médicale continue et l'EPP. Le développement professionnel continu(DPC) est désormais une obligation annuelle, individuelle et permanente. L'objectif de cette nouvelle formule est d'améliorer la formation des praticiens tout au long de leurs carrières et d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Dans des programmes de formation, d'évaluation des pratiques et le renforcement des connaissances avec également une mesure d'impact du programme.

Par ailleurs chaque professionnel a l'obligation de valider un programme annuel de DPC dont l'inscription devra se faire auprès d'un organisme enregistré au titre de DPC. Les thématiques de formations doivent être conformes aux orientations nationales ou régionales de santé, définies par le ministère de la santé et les agences régionales de santé (ARS).

L'acquisition et la mise à jour des connaissances et des compétences tout au long d'une carrière professionnelle s'appuie sur divers outils : à savoir la lecture d'ouvrages, l'inscription à des congrès, journées de formations, groupes de travail, internet...

La question principale posée avant cette étude faisait suite à une journée de formation médicale continue en compagnie de mon maitre de stage sur l'utilisation des anticoagulants et antiagrégants plaquettaires en cardiologie et en neurologie.

Les participants étaient répartis en deux groupes d'une dizaine de personnes, chaque groupe devait réfléchir de son coté à des questions pratiques avant l'intervention du spécialiste en la matière. Les réponses étaient par la suite écrites sur un tableau reprenant les réponses des deux groupes séparément.

Les réponses données par les différents participants étaient proches pour certaines et étonnantes pour d'autres. Les questions qu'on se poserait naturellement, c'est pourquoi certaines réponses sont meilleures que d'autres ? Quelles sont les raisons de cette disparité entre les médecins ? Comment se forment-ils ? On pense alors à

sa carrière de futur médecin. Et après réflexion on se demande comment on peut organiser sa carrière et comment on peut organiser sa formation ?

Ce travail tentera d'éclairer à partir de la réalité et du vécu de professionnels actifs sur le terrain, **les différents critères de choix et obstacles que rencontrent des médecins généralistes de Mayenne, Sarthe et Maine et Loire pour satisfaire leurs obligations de formation.**

Il pourra également servir d'un point de départ à une réflexion personnelle pour un médecin à la recherche de repères. Mais aussi pour une prise en compte de ces critères par les différents acteurs de la formation médicale sous toutes ses formes.

②-METHODES ET MATERIEL [6] :

1-Méthode qualitative

Utilisée en sciences sociales, la méthode qualitative permet de répondre aux interrogations en rapport avec les motivations des individus et les déterminants de leurs actions.

Le choix de l'étude qualitative semble correspondre à la question posée pour cette recherche. Puisque l'étude qualitative permet de répondre au « *pourquoi* » du « *comment* » ?

2-Entretien semi dirigé

L'entretien semi dirigé a été utilisé pour ce travail pour permettre à l'interviewé de laisser libre cours à son discours sur le thème choisi en réponse à des questions ouvertes. L'objectif était d'obtenir un champ de réponses le plus varié possible.

③-POPULATION ET ECHANTILLON

1-Le mode de l'échantillonnage

Plusieurs critères ont été pris en compte dans le choix de l'échantillon afin d'exploiter différentes typologies de médecins :

- L'âge des médecins en considérant que chaque tranche d'âge aurait ses propres besoins de formation et ses contraintes.

- Le sexe du médecin, les femmes médecins auraient des contraintes et des prédispositions qui seraient à prendre en compte. A priori on n'exercerait pas la médecine de la même façon qu'on soit un homme ou une femme.
- La formation d'origine influencerait la façon de se former des médecins.
- La zone géographique d'exercice, étant donné que les trois départements le 53,72 et 49 comportent des contraintes différentes en terme d'exercice.
- Les activités d'enseignements, le médecin choisi pour un entretien devait indiquer s'il avait une activité de maître de stage, de formateur ou ne faisant pas parti de l'encadrement de la formation.
- Le type d'exercice en groupe ou non ; si le médecin exerce seul cela aurait t'il une quelconque influence sur la façon de se former ?
- Le médecin interviewé devait également indiquer s'il avait un secrétariat.

2- Le mode d'accès aux interviewés

Le recrutement s'est fait en boule de neige à partir d'informations recueillies auprès d'autres confrères ou par connaissance. Certaines précisions étaient demandées au secrétariat lors de la prise du rendez-vous afin de correspondre aux critères de choix de la population permettant de retenir ou non un médecin.

Le premier contact avec le potentiel futur interviewé se faisait soit directement, soit par téléphone après avoir fixé un rendez- vous.

Le médecin était libre d'accepter l'entretien et était informé qu'il serait enregistré pour permettre la retranscription, les données recueillies étaient anonymisées.

Le déplacement vers le lieu du rendez-vous se faisait par véhicule personnel.

La rencontre était prévue à la pause du midi. Seuls 2 médecins ont accepté de faire l'entretien en dehors du cabinet.

④-**ELABORATION DES QUESTIONS :**

Avant de commencer les entretiens une série de questions a été réfléchié et travaillée. La formulation des questions ouvertes permettait un discours spontané avec le moins de biais inductif pour ne pas influencer le contenu des réponses dans la mesure du possible.

Les questions ont permis d'ouvrir plusieurs champs qui ont été analysés par la suite :

- Est-ce que vous participez aux actions de formation médicale continue ?
- Quels types de formation faites-vous ?
- Comment participez-vous aux actions de formation ?
- Qu'est-ce qui fait que vous participez aux actions de formation ?
- Qu'est-ce qui fait que vous ne participez pas aux actions de formation ?
- Que savez-vous à propos du DPC ?

Le guide d'entretien s'est enrichi au fur et à mesure des interviews notamment en ce qui concerne la question du DPC.

⑤- DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Un rappel sur les objectifs de la thèse était fait avant l'entretien, un travail à propos « des critères de choix de la formation médicale continue des médecins généralistes du 53,72 et 49 ». L'objectif était d'améliorer la formation des praticiens.

Afin de faciliter le dialogue l'enquêteur commençait parfois l'entretien en lui demandant de raconter sa dernière expérience de formation continue.

Les thèmes abordés tout au long de l'entretien portaient sur les grands axes du guide, cependant l'ordre des questions a été tributaire du déroulement de l'entretien. Si les thèmes étaient abordés avant que la question ne soit posée, l'interrogation était quand même émise afin de faire surgir d'autres éléments.

Par exemple à la question « *Est-ce que vous participez aux actions de formation médicale continue ?* » l'interviewé développait une série de réponse en rapport avec un type de formation. Quand l'interviewé avait fini de répondre, une question semblable lui était à nouveau posée, par exemple « *est-ce le seul type de formation que vous faites ?* »

Lorsqu'il hésitait à se dévoiler sur des éléments à exploiter, une relance plus rassurante permettait des réponses plus libres, « *vous savez, vous n'êtes pas le seul médecin à me dire cela, pouvez-vous m'en dire plus sur ce point ?* » ou « *qu'est-ce que vous voulez dire par là ?* » ou encore « *pour quelles raisons ?* »

La question de relance était prise en note afin de laisser au médecin interrogé le temps de finir son raisonnement, puis posée par la suite elle portait sur un mot ou un sujet abordé par le médecin :

- Le type de formation : Groupe de pairs, revue, laboratoire...
- Les éléments facilitateurs
- Les obstacles à la formation.
- Connaissances à propos des nouveautés en matière de formation.
- Les entreprises en ce sens.

Le nombre d'entretiens avait été fixé au préalable entre 15 et 30, ce jusqu'à saturation des données.

⑥- L'ENREGISTREMENT

L'ensemble des entretiens ont été réalisés sur bande magnétique à l'aide d'un enregistreur-dictaphone. Un téléphone portable avec fonction d'enregistrement était prévu en réserve.

⑦- LA RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS

Les enregistrements ont été écrits et sauvegardés sur un support numérique à l'aide d'un ordinateur portable en utilisant un logiciel de traitement de texte (Word 2007), l'écoute des entretiens s'est faite avec des écouteurs.

Plusieurs écoutes ont parfois été nécessaires à cause de bruits de fonds gênants l'enregistrement ou de l'usure de la bande.

⑧-ANALYSE DES ENTRETIENS

L'analyse des entretiens s'est faite dans un premier temps après plusieurs lectures avec une prise de note. Les items informatifs sur la thématique ont été relevés d'abord de façon systématique sans classement préalable par méthode inductive.

Le premier codage a été relevé dans un premier fichier Excel avant tout classement.

Une fois le codage effectué les occurrences ont été regroupés par thèmes et sous thèmes

Des réarrangements des sous-groupes dans d'autres thèmes ont parfois été nécessaires pour mieux répondre à la question de l'étude.

Ces éléments ont été classés à l'aide d'un deuxième tableau Excel en 4 grands groupes :

- Types de formation
- Eléments facilitateurs
- Obstacles à la formation.
- Connaissances sur la nouvelle formule DPC.

Chaque occurrence a été illustrée par une phrase corroborant les éléments cités.

⑨-RESULTATS :

A- Les médecins interrogés :

Plus de 40 médecins ont été contactés pour des entretiens. Les praticiens qui ont refusés l'interview ont argumentés ce refus par le manque de temps, certains ont répondu qu'ils ne faisaient pas de formations.

Quinze entretiens ont été réalisés dont un n'a pas été exploité suite à un dysfonctionnement informatique

- Département de la Mayenne :

8 médecins ont été interrogés, 6 hommes et 2 femmes.

5 médecins exerçaient en milieu rural et 3 en milieu semi rural.

1 des médecins interrogé exerçait seul et sans secrétaire.

2 médecins avaient entre 30 et 40 ans.

2 avaient entre 40 et 50 ans

3 entre 50 et 60 ans.

1 avait plus de 60 ans.

7 des médecins ont effectués leurs formations à la faculté d'Angers, 1 a étudié à Versailles.

1 animateur de groupes de formations.

2 maitres de stages.

- Département du Maine et Loire :

4 médecins ont été interrogés 3 hommes et une femme.

1 exerçait seul avec un secrétariat téléphonique.

Les 4 médecins interrogés exerçaient en zone urbaine ou à proximité d'Angers.

1 médecin avait entre 30 et 40 ans.

2 entre 40 et 50 ans.

1 avait plus de 60 ans.

1 maitre de stage.

- Département de la Sarthe :

2 médecins interrogés un homme et une femme.

Les 2 médecins exercent en groupe avec secrétaire.

1 en milieu rural.

1 en milieu urbain.

1 maitre de stage.

1 de plus de 60 ans

1 avait entre 50 et 60 ans.

B-Résultats des entretiens

Les médecins ont dit se former en se basant sur plusieurs critères de choix.

1-Modalités pédagogiques

- Groupes de pairs

Les praticiens interrogés participaient aux groupes de pairs soit en tant que participant ou en tant qu'animateur.

- En tant que participant :

E1 « *C'est le plus important, puisque le plus régulier on va dire on est dix médecins et chacun ramène un cas clinique qu'il présente au groupe* »

- En tant qu'animateur :

E3 « *j'anime encore de temps à autres des groupes de FMC en lien avec la SFMG , elle a un programme qui s'appelle le clinicien et le praticien par exemple qui validait des UV ou des points de FMC avec des réunions le soir sur deux à trois heures un peu comme les groupes qualité c'est à dire qu'on avait une trame de question, un spécialiste présente et un médecin généraliste qui anime* » .

- Des Weekend de formation par divers organismes

Un médecin avait certains besoins de participer à des weekends de formations.

E1 « *L'an dernier j'ai fait pour la deuxième fois le week-end de formation diabète qui se passe sur un samedi et un dimanche avec des intervenants diabétologues* ».

- La maîtrise de stage

Des médecins ont dit se former en participant en formant des internes.

E1 « *avec les internes c'est aussi un élément stimulant, c'est aussi une forme de formation, tu donnes mais tu reçois aussi* ».

- La visite médicale

Certains médecins interrogés ont dit recevoir les visiteurs médicaux et d'autres ne pas les recevoir.

Pour certains la visite médicale était considéré comme de la formation parce qu'elle apportait quelque chose.

D'autres médecins ne considéraient pas la visite médicale comme faisant partie de la formation médicale mais du marketing.

- Ceux qui les recevaient :

E6 « *Je trouve qu'ils nous apportent quelque chose sur les nouveaux produits, après c'est mon avis je sais que certains de mes collègues refusent de les recevoir mais je crois qu'il y a toujours quelque chose à prendre* ».

- Ceux qui ne les reçoivent pas :

E5 « *D'abord je ne considère pas que ça fait partie de la formation et je les ai toujours écouté avec une oreille distraite et puis je ne vois pas qu'est-ce que quelqu'un qui a fait une formation de commercial peut m'apprendre dans mon boulot* ».

- Lecture de la presse médicale

La plupart des médecins interrogés ont déclaré lire ou recevoir la presse médicale :

- Les abonnements :

Les médecins étaient abonnés à des revues différentes. Gratuite, le quotidien du médecin ou payantes prescrire, panorama du médecin et la revue du praticien.

- Un médecin n'a pas choisi d'être abonné au quotidien du médecin mais la recevait.
E1 « *je reçois aussi le quotidien du médecin tous les jours, j'ai été abonné c'était pour passer une annonce chez eux mais on le reçoit même sans abonnement...* »

- Certains médecins disaient lire quand ils avaient le temps.

E4 « *La presse, les journaux que je reçois quand j'ai le temps de les lire...* »

- Un médecin a dit survoler les journaux et ne retenir que ce qui l'intéressait.

E8 « *je reçois le Quotidien du médecin, Panorama que je survole et celui- là que j'ai mis de côté parce qu'il y'a un arbre décisionnel qui m'intéresse* ».

- Un médecin a dit lire la presse médicale sans choisir le thème au préalable ce qui lui permettait de se poser des questions auxquelles il n'avait pas pensé.

E14 « *Ce qui est préférable dans la version papier c'est que tu peux tomber sur un article que tu ne cherchais pas.... parce que tu ne sais jamais ce que tu ne sais pas, tu te dis tiens, je ne me suis jamais posé la question de cette façon sur cette pathologie là..* ».

- Internet

Les médecins interrogés avaient tous accès à internet et y allaient pour certains régulièrement et plus rarement pour d'autres.

E2 « *Il est vrai qu'il m'arrive d'aller chercher l'information plutôt sur internet* ».

- Un médecin a dit n'aller que sur des sites de référence qui lui inspirait confiance.

E10 « *Je peux même faire une recherche sur Google et si j'ai un site par exemple un CHU j'ai tendance à faire confiance, tiens là j'ai le site de Rouen, prescrire, le CRAT c'est le site des médicaments contre indiqué pendant la grossesse, comme je fais beaucoup de gynécologie. J'ai aussi CISMEF* ».

- Un praticien a dit utiliser le moteur de recherche de la revue prescrire pour un sujet donné à cause de la simplicité d'utilisation.

E14 « *Internet, j'y vais dans deux cas, avec la revue du praticien, par exemple tu peux rechercher très facilement tous les articles en rapport avec le fibrome...* »

❖ e-Learning :

Des médecins ont dit être abonnés à des sites interactifs.

E5 « *C'est interactif, il faut se connecter sur l'ordinateur plusieurs fois, participer eh... je ne sais pas si ça va me convenir. Alors tous les 4 du mois, je ne sais pas si tu connais les thématiques prescrire? Tu reçois un petit dossier et puis tu valides ton truc en validant un QCM, je fais ça depuis 4 ou 5 ans* ».

- Des soirées organisées par des laboratoires

- Des médecins interrogés ont dit participer à des soirées proposées par des laboratoires quand un spécialiste intervient.

E2 « *Pour la plupart c'est des formations proposées par des laboratoires avec l'intervention soit des spécialistes locaux voire des fois des spécialistes de Paris* ».

Un médecin a déclaré n'y aller que s'il connaît l'intervenant et souligner l'aspect convivial de ces soirées et le côté pratique.

E14 « *... Toujours l'aspect convivial, avec le cardiologue le Dr R. qui est un cardiologue de ville et qui se met vraiment à la place du médecin généraliste, les formations et les informations qu'il nous donne rentre dans ta pratique quotidienne, ce n'est pas le dosage de troponine à l'hôpital. C'est toujours pratique...* ».

- Journées de formation à la faculté d'Angers

Des médecins des 3 départements ont dit participer à des journées de formations proposées par la faculté d'Angers.

E2 « *J'ai aussi participé à une FMC de gynécologie à Angers, c'était sous forme d'intervention d'un quart d'heure* ».

- Les courriers

Un médecin a dit se former en lisant les courriers de ses confrères.

E4 « *On apprend aussi par l'intermédiaire des courriers des spécialistes, c'est une autre forme d'échange mais là c'est un échange encore plus intéressant parce que c'est un échange de dossier souvent et on voit si ce qu'on fait dans notre pratique est conforme ?* ».

- Formations diplômantes

Certains médecins ont dit s'être inscrit à une capacité ou autres DIU.

E5 « *La capacité de gériatrie, j'en ai tiré pas mal c'était super* ».

- Partages d'informations entre professionnelles

Des médecins interrogés ont déclarés bénéficier des discussions avec des collègues de travail.

E8 « *Je suis clairement contente aussi d'avoir des collègues plus âgés, à côté de moi et pour eux je pense, ça permet de relativiser* ».

2-Critères de choix

Plusieurs critères de choix ont été notés lors des entretiens, certains favorisaient la formation et d'autres au contraire étaient négatifs.

Les médecins interrogés ont évoqués également plusieurs raisons pour se former.

2-1-Raisons de se former

- Critères déontologiques

Des médecins ont déclaré se former par obligation morale.

E1 « *On en a envie parce qu'aujourd'hui on n'a aucune obligation, même si on a une obligation morale* ».

- Critères pratiques

Ce critère a été abordé par différents angles de la part des médecins.

- Des médecins interrogés ont mentionné la pratique quotidienne dans la formation.

E14 « *C'est une discussion entre médecins généralistes du coup on est dans la pratique quotidienne* ».

- D'autres médecins ont dit vouloir améliorer leurs pratiques.

E5 « ...*Et espère améliorer sa pratique...* ».

- Un médecin a déclaré se former pour changer sa pratique.

E1 « *L'idéal c'est de changer le comportement mais si ta pratique est conforme complètement à ce qu'on retient de la formation mais bon il en va de soi que dans 95% des cas ça te fait poser des questionnements sur ta pratique, puis ça te réveille* ».

.

- Un autre médecin interrogé a dit se former pour comparer sa pratique à la pratique de ses pairs.

E 2 « *C'est des réunions intéressantes qui permettent de prendre du recul par rapport aux patients et de voir ce que font les collègues et de se dire si on n'est pas à côté de la plaque* ».

- Réassurance

-Un médecin a dit se former afin de s'assurer que sa pratique est conforme.

E2 « *c'est des réunions intéressantes qui permettent de prendre du recul par rapport aux patients et de voir ce que font les collègues et de se dire si on n'est pas à côté de la plaque* ».

- L'acquisition de nouvelles connaissances

-Un médecin a dit participer à la formation médicale pour réactualiser et acquérir de nouvelles connaissances.

E5 «... *Actualiser ma connaissance et tout simplement juste les acquérir parce que je ne les ai pas...* ».

- Obligation de la formation

-Un médecin a déclaré aller se former en raison du caractère obligatoire.

E6 «...*Il y a aussi le côté obligatoire qui nous pousse à y participer* ».

- Les contrôles

-Un médecin a déclaré qu'il se formerait plus s'il était contrôlé.

E12 « *c'est vrai que c'est obligatoire mais ce n'est pas contrôlé et je pense que ça doit l'être, ça nous poussera un petit peu à effectuer réellement les formations* ».

2-2-Déterminants positifs

Déterminants positifs liés aux médecins :

- Le jugement :

-Un médecin a dit aller aux formations en groupe quand il ne se sent pas jugé par ses pairs.

E1 « *aujourd'hui on n'hésite pas à se rapprocher et pour échanger sans le jugement, c'est vraiment le principe médical* ».

-Un autre médecin a dit ne pas prendre en compte ce critère.

E5 « *...et ça ne me gêne pas d'être évalué que quand je suis moins à l'aise* ».

- Tri de l'offre

-Un médecin a déclaré faire le tri des offres de formations qu'il reçoit

E2 « *...Ceux de la fac d'Angers ils sont très bien, je fais le tri* ».

- Le sexe

-Un médecin femme a déclaré se former à la gynécologie plus que ses confrères hommes.

E6 « *...j'en ai un peu plus dans ma clientèle et il faut bien que j'y aille, les garçons n'y vont pas de toute façon ou ils en font moins* ».

- Attachement à la faculté d'origine

-Un médecin au Mans a dit être attaché à sa faculté d'origine.

E9 « *Par contre à Angers je n'y vais jamais, bon Tours c'est ma fac d'origine, on est souvent attaché à sa faculté d'origine* ».

- Apporter des réponses aux patients

-Un médecin a dit se former pour répondre aux interrogations des patients.

E9 « *pour pouvoir un peu expliquer aux gens, on est en première ligne, on nous pose des questions et on ne peut pas toujours répondre, on ne peut pas leur dire c'est un truc super spécialisé* ».

- Intérêt personnel

-Un praticien a dit se former à la prise en charge de l'asthme par intérêt personnel.

E9 « *j'ai un fils de 28 ans qui a fait une fois un état de mal asthmatique, donc c'est vrai que c'est des domaines où je me suis formé par intérêt personnel un petit peu plus que pour le reste* ».

- La rémunération

-Un médecin a dit que la rémunération peut faciliter la formation.

E10 « *Ça peut aider à aller plus facilement si on n'est pas remplacé sur deux jours, ça participe je pense quand même* ».

- L'autoévaluation :

-Un praticien a dit s'interroger sur sa pratique et se remettre en question.

E14 « *La remise en cause de ce que tu sais et de ce que tu crois savoir et finalement tu te retrouves avec un changement dans tes prescriptions comme pour les IPP...* ».

Déterminants positifs liés à la formation :

- La convivialité :

Des médecins interrogés ont dit être attiré par la convivialité.

E14 « *Alors je trouve ça convivial, c'est un attrait premier, pour pouvoir y participer il faut que ça soit convivial* ».

- L'interactivité :

-Certains médecins ont déclaré préférer des formations interactives.

E3 « *on a le plus souvent des FMC plutôt où on réfléchit ensemble, qui sont beaucoup plus efficaces et beaucoup plus sympathiques* ».

- Le thème :

- Des médecins ont dit choisir leurs formations en fonction du thème.

E4 « *cette année c'était moyen, et pour moi c'est plus le sujet qui guide mes choix* ».

- Un médecin a déclaré qu'elle a assisté à la formation sur les violences conjugales à cause des difficultés qu'elle rencontrait pour leurs prises en charge.

E10 « *L'exemple sur les violences conjugales, je suis plus à l'aise avec certaines patientes où je suspectais quelque chose mais je ne savais pas l'aborder et du coup j'ose plus facilement...* ».

- Organismes de formations :

-Un médecin a dit faire confiance à certains organismes de formation.

E10 « *Après il faut que la formation m'inspire déjà confiance, le fait que ce soit à la faculté par exemple. Quelques fois certaines formations où je suis allé, on se demande ce que l'on fait là quoi?* ».

- L'indépendance de l'organisme de formation :

Un médecin a déclaré aller aux formations indépendantes.

E8 « *à la rigueur si ça permet qu'il n'y a pas trop de labo là-dedans même au contraire. C'est important que les formations soient relativement indépendantes* ».

- Sollicitation des organismes de formations

-Des praticiens interrogés ont dit recevoir des offres de formations de différents organismes.

E2 « *Je ne vais pas forcément chercher on a beaucoup de sollicitations d'organismes qui proposent ...* ».

- Gratuité des revues

-Des médecins disent recevoir uniquement des revues médicales gratuites.

E2 « *Je reçois certaines revues gratuites, le quotidien du médecin, je n'ai pas d'abonnement pour l'instant* ».

- La médiatisation :

-Un médecin a dit se former pour répondre aux questions des patients émanant des médias.

E4 « *Parce qu'on est de plus en plus concerné tout simplement et de plus en plus médiatisé dans ce genre de choses donc en fait on doit savoir répondre un peu mieux à une demande et une réclamation ce qui est de plus en plus fréquent* ».

- La qualité de l'intervenant :

-Un médecin qui organise des formations médicales a dit que la qualité de l'intervenant présente un critère de choix pour la formation.

E12 « *C'est souvent la qualité de l'intervenant même s'ils ne connaissent pas trop...* ».

Déterminants positifs liés à la logistique :

- Le lieu :

-Certains médecins ont dit vouloir se former à proximité de leur lieu de vie.

E4 « *Si le sujet m'intéresse ça ne me dérangera pas mais en restant en périphérie* ».

- La possibilité de se faire remplacer :

-Un médecin qui exerce en groupe a dit pouvoir se former parce qu'il est remplacé par ses confrères ou par un remplaçant.

E11 « *Si je dois passer du temps pour le faire je le ferais je suis en maison médicale, je ne suis plus tout seul, si je ne suis pas là l'un de mes confrères fera mon travail ou un remplaçant on n'arrive plus ou moins à s'organiser* ».

2-3 les obstacles à la formation :

Déterminants négatifs liés aux médecins :

- Vie privée :

-Un médecin n'a pas participé aux journées nationales de cardiologie auxquelles il avait l'habitude de participer à cause de ses vacances.

E1 « *...Ces cinq dernières années je vais aux journées nationale de cardiologie...là je n'ai pas regardé la documentation parce que c'est le moment où je vais en vacance donc je ne vais pas y aller l'année prochaine...* ».

- Idéologie :

-Un médecin ne participait pas aux formations organisées par MG France pour des raisons politiques.

E1 « *On va dire au plan organisationnel et au plan politique entre guillemets politique médicale, en d'autres termes j'évite les formations MG France* ».

- Deux médecins ont abandonné la revue prescrire, le premier considérait qu'elle n'évoluait pas, le deuxième les trouvait donneur de leçon.

E1 « *prescrire qui malgré tout reste un bon moyen, alors moi j'étais abonné à prescrire pendant quinze ans et puis j'ai arrêté parce à un moment donné là...je les trouve un peu donneur de leçon* ».

E4 « *Je reçois le quotidien du médecin et la revue prescrire. J'ai été longtemps abonné et j'ai abandonné depuis deux ans parce que j'en ai marre, tous leurs articles sont intéressant mais leurs articles n'évoluent pas ...*».

- Le sexe :

-Un médecin homme dit faire peu de gynécologie et se demande s'il doit faire une formation de gynécologie.

E5 « *oui je sais qu'il y'a un DIU de gynécologique pour le médecin généraliste, je me tâte, si ça se trouve ça serait pas inintéressant, Après je me dis que je fais très peu de gynécologie. Pour quelle raison? Par ce que j'ai 2 collègues femme ?* ».

-Une femme médecin a dit ne pas avoir le temps pour se former à cause de ses obligations familiales

E9 « *... j'ai encore une gamine de 17 ans à la maison, il y'a encore des trucs qui font que j'ai encore besoin de temps pour moi, la formation fait partie bien sûr mais voilà* ».

- Jugement :

-Un médecin a dit ne pas recevoir d'interne parce qu'il n'aimait pas être observé.

E5 « *Tu m'avais demandé avant l'entretien si j'avais un interne? Non je n'en reçois pas pour la simple raison que je n'aime pas être regardé* ».

- Difficultés informatiques :

-Un médecin a dit ne pas aller sur le site de la revue prescrire à cause de difficultés informatiques.

E13 « *Je travaille beaucoup sur CISMEF, que tu dois connaître, j'essaye d'aller sur le site prescrire mais c'est tellement compliqué que j'abandonne rapidement* ».

Déterminants négatifs liés à la formation :

- Le thème :

-Un médecin a dit ne pas participer aux formations quand le thème est très spécialisé.

E8 « *En gros il ne faut pas que ça soit hyperspécialisé, par exemple l'autre fois il y avait un truc sur les prothèsesen quoi ça peut me servir?* ».

- L'obligation de la formation :

-Un médecin a dit que le caractère obligatoire de la formation médicale l'empêchait de se concentrer sur le contenu de la formation.

E14 « *j'ai bien été là, à compter des points, j'aurai tendance à y aller à reculons et peut être à moins emmagasiné l'information, la contrainte bloque la connaissance je dirai, tu penseras plus à valider ton truc qu'a la recherche de la connaissance* ».

Déterminants négatifs liés à la logistique :

- Charge de travail :

-Plusieurs médecins ont dit que la charge de travail poserait un frein à leurs formations. Un médecin a déclaré aller difficilement aux groupes de pairs à causes de ses heures de travail.

E1 « *L'inconvénient c'est que c'est fait sur la journée de travail et ce n'est pas toujours évident de caser une heure et demi le midi quand on a passé plusieurs heures dans le bureau. Le soir je n'ai pas forcément l'envie ni la curiosité ni le courage de m'y remettre...* ».

- Critères organisationnels

- Plusieurs médecins ont dit ne pas participer à des actions de formation pour des raisons organisationnelles.

-Un médecin a déclaré sa difficulté pour aller se former en faisant revenir un collègue s'il voulait participer à une action de formation en dehors du cabinet.

E5 « *Donc si je m'absente à une action de FMC c'est pareil je fais revenir un collègue sur son jour de repos* ».

- Deux praticiens ont déclaré leurs difficultés pour aller se former parce qu'ils participaient à d'autres activités en dehors du cabinet.

E9 « *...j'ai fait partie du conseil de l'ordre pendant douze ans, je viens de démissionner au bout de douze ans parce que ça me prenais beaucoup de temps, je fais de la régulation au centre 15* ».

E11 « *Donc après s'il fallait prendre 48 heures pour un sujet qui m'intéressait beaucoup je le fais sans problème mais il faut que je prenne en compte mon activité*

de médecin généraliste à plein temps de médecin urgentiste à mi-temps plus médecin de pompier c'est du temps et comme je suis à la fin de ma carrière je me dis que bon ».

Un autre médecin a dit ne pas aller se former parce qu'il ne peut plus aller aux groupes de pairs parce que le jour des réunions ne lui convient plus.

E10 « *j'allais à l'hôpital du Bailleul qui est vraiment pas très loin au début on va dire par proximité et puis le mardi soir ça ne me convient plus, c'est surtout que ça soit le mardi soir que j'ai arrêté ».*

- Le coût

Plusieurs raisons logistiques pouvaient constituer des obstacles à la formation des médecins.

- Un médecin a dit ne pas aller se former pour une raison de coût.

E4 « *Il y'a aussi le fait d'être absent du cabinet est un manque à gagner indirectement, puisque quand on est absent une journée ou deux journées on ne gagne pas d'argent pendant ce temps là, c'est un coût supplémentaire ».*

- Manque de place de rangement

- Un médecin a déclaré ne pas vouloir s'abonner à une revue médicale par manque de place pour le classement.

E2 « *on n'a pas de place pour classer, je passe une grosse partie de mon temps à jeter des choses ».*

- Manque de temps

- Le même médecin a dit ne pas s'être abonné par manque de temps à consacrer à la lecture.

E2 « *... Ce n'est pas que je ne veux pas m'abonner mais on n'a pas le temps de tout lire... ».*

- Lieu

- Un médecin a dit ne pas aller en soirée à des formations pour des raisons de distances.

E6 « *il ne faut pas que ça soit à 200 km, On peut pour un weekend aller à 200 km mais pour un soir... il faut que ça soit à côté il faut retravailler le lendemain...* ».

C-Connaissances sur le DPC :

Les médecins interrogés devaient faire part de leurs connaissances sur la nouvelle formule qu'est le DPC.

-La plupart des médecins n'avait pas une idée précise et attendait d'avoir plus de renseignements pour pouvoir se prononcer.

E11 « *j'attends un peu qu'on me donne un peu les grandes lignes pour voir comment je peux me positionner* ».

- Certains avaient dit attendre à cause des changements que les anciennes formules avaient subis avant de se positionner.

E8 « *... vraiment grosso modo, vu qu'à chaque fois ça change quand on voit la formation Ambroise Paré, ça fait au moins 10 fois qu'on nous annonce des choses puis ça tombe à l'eau. Donc j'attends de voir.* »

- D'autres médecins avaient une idée erronée des modalités de la nouvelle formule.

E12 « *Je sais qu'avec la nouvelle formule, je crois qu'on a quatre journées indemnisées de formation contre huit avant*».

- Certains praticiens souhaitaient que leurs actions de formations médicales auxquels ils étaient habitués valident leur DPC.

Un médecin a parlé des groupes qualité.

E6 « *là c'est encore un peu flou l'histoire du DPC, à priori si les groupes qualité peuvent nous valider notre DPC ou il y a aussi l'option de faire 8 journées par an, je crois* ».

Un autre praticien a évoqué l'enseignement type maitre de stage

E10 « *...et puis à la faculté on m'a dit que peut être le fait d'être maitre de stage peut rentrer dans le DPC* ».

⑩-DISCUSSION

1-Méthode qualitative :

Le choix de la méthode qualitative est bien adapté à la question posée, permettant d'explorer les divers déterminants sans à priori. Toutefois les résultats ne s'appliquent qu'à l'échantillon sans possibilité d'extrapolation. Le but était de comprendre les motifs réels et ressentis, qui influenceraient les médecins sur les choix de formation, que ce soit des déterminants positifs ou négatifs. La bibliographie sur ce sujet en France est pauvre.

En effet, l'échantillon choisi n'était évidemment pas représentatif de la population médicale étant donné que tous les médecins des 3 départements n'ont pas été interrogés, les entretiens avaient pour objectif de faire émerger des hypothèses.

La saturation des données a semblé atteinte au bout du 11^{ième} entretien. La surreprésentation des médecins mayennais dans l'échantillon a pu créer un biais dans les résultats, du fait de l'éloignement de la faculté et de la désertification médicale de ce département. Cette faible démographie a pu créer être des obstacles potentiels à la participation à la formation des médecins Mayennais. En effet, dans l'ordre ont été interrogé 8 médecins en Mayenne, 4 en Maine et Loire et 2 en Sarthe.

Les interviewés ont pu répondre librement à des questions ouvertes laissant libre cours à leur discours permettant d'aborder leurs préoccupations, leurs difficultés, leurs motivations complexes et leurs attentes. Malgré cela et la formulation des questions sous différentes formes afin de dissiper les non-dits, reste le sentiment que certaines choses n'ont pas été abordées du fait de la liberté du discours et de relances non inductives.

Nombre de médecins contactés ont décliné la demande de rendez-vous, invoquant pour la plupart la surcharge de travail, et pour certains l'absence de FMC. Pour ce dernier groupe cela est dommage car il aurait été très intéressant d'explorer les motivations à cette absence de FMC.

On peut se poser la question sur les motifs réels du refus, la charge de travail et l'absence de FMC serait-il des motifs réels ? Cependant, les médecins qui ne participent pas aux FMC n'ont pas précisé les raisons de leur non-participation faisant de ce travail le reflet uniquement des médecins qui participent à se former.

2-Les entretiens:

Les entretiens débutaient pour certains par le récit de la dernière expérience de formation afin de faciliter la prise de parole tout en évitant d'induire des réponses. Un temps de réflexion plus ou moins long et des hésitations ont été observés et/ou ressenti avant la prise de parole chez quelques médecins. L'objectif était d'ouvrir un champ de parole sans que cela ressemble à un interrogatoire. Le médecin pouvait donc parler du type de formation qu'il faisait permettant à l'interviewer de le questionner sur l'intérêt de cette modalité de formation, ses attentes, les problèmes organisationnels et les difficultés.

Il est possible que la peur du jugement sur la façon de se former ait pu orienter le discours bien que les questions aient été ouvertes. L'inexpérience de l'interviewer a pu également limiter l'expression des MG. Les questions du guide d'entretiens étaient ouvertes mais une reformulation a parfois été nécessaire à cause d'une incompréhension de l'interviewé.

3-Les modalités pédagogiques

- Groupes de pairs [7] [8]

Les groupes de pairs ont vu leurs apparitions sous l'influence de la SFMG en 1978 dans un contexte de crise identitaire du médecin généraliste. Le contexte de crise du système de santé dans les années 80 posait plusieurs questionnements sur la médecine générale en tant que discipline de soins primaires.

La logique d'enseignement de la médecine par les GP s'articule au tour d'une médecine théorique et une formation qui repose sur l'observation méthodique de sa pratique.

De nos jours plusieurs modalités de groupes de pairs se sont développés les groupes d'évaluation des pratiques (GEP), groupes d'échange et d'analyse des pratiques (GEAP), Groupe qualité(GQ)

Il s'agit d'un groupe homogène de médecin de même spécialité (des médecins généralistes pour notre étude) qui se réunissent régulièrement, sans notion de hiérarchie, dans un climat de confiance avec une prise de parole libre.

Chaque séance se déroule en 3 temps sur un thème choisi d'avance, parfois le thème est libre. Chaque participant présente un cas clinique issu de sa pratique choisi selon un accord prédéfini (par exemple l'avant dernière consultation).

Un secrétaire de groupe et participant est chargé de la gestion administrative du programme de formation du groupe, et d'adresser la documentation pour une analyse bibliographique avant et après les réunions. A noter que tous les groupes de

pairs ne valident pas le DPC. On peut alors poser la question de la légitimité de groupes ne remplissant pas ce cahier de charge ? Seront-ils amenés à disparaître ?

Cette **activité de recherche bibliographique** et l'intérêt porté par le secrétaire à son groupe ferait de cette activité un critère de choix supplémentaire de se former.

D'après F. BORDUAS «*pendant la période de préparation le formateur prévoit la question du participant, anticipe les questions négatives, prépare des liens avec des renseignements spécifiques et positifs* ».

Le formateur se base ainsi sur **des textes de références** qui peuvent compléter ses connaissances, inclure des algorithmes de diagnostics et de traitement à retenir par les participants [9].

- Un groupe de formation homogène

En effet ces réunions **non hiérarchisées**, organisées par des MG pour des MG constitueraient une méthode particulièrement prisée comme l'ont exprimé plusieurs médecins interrogés. Ceux-ci soulignent l'importance de **l'interactivité** de la prise de parole libre **sans jugement** des pairs.

Une étude sur 16 GEP représentée par 131 médecins, a montré que les participants avaient en majorité amélioré la qualité des soins et leur méthode de travail [10].

Ce même critère qui constitue pour certains, un élément favorisant peut constituer pour d'autres un obstacle. Certains praticiens ont exprimé leur non-participation par **peur du jugement** et « *du regard des autres* ».

On trouve également chez des médecins qui privilégient ce type de formation interactif, ceux qui résistent au modèle d'enseignement didactique dispensé par des médecins universitaires. Ils argumentent leur propos par leur préférence d'un **enseignement pratique** proche de leur quotidien. Ces mêmes médecins continuent tout de même à participer aux formations proposées par la faculté.

On peut considérer qu'ils vont chercher à la faculté un enseignement basé sur la recherche et la mise à jour des connaissances. Les séminaires et congrès tiennent une place importante dans les canaux de FMC utilisés par les médecins généralistes après l'utilisation de la presse médicale et les manuels [11], Un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) de 2008 qui étudie la littérature essentiellement étrangère, montre le peu d'effet direct de l'enseignement didactique traditionnel sur la pratique en comparaison avec le mode de formation interactif plus ancré dans la pratique effective des médecins[12].

- Réunions régulières

Cette régularité qui motiverait certains praticiens à participer serait une **difficulté sur un plan organisationnel** pour d'autres, **la charge de travail et les horaires** constituaient les principaux arguments avancés.

Ainsi la **notion du temps est une constante** chez les médecins généralistes selon P. Le Fur, un médecin généraliste déclare travailler en moyenne 52 à 60 heures par semaine, dont 6 journées par an sont consacrées à la formation médicale continue. Ces horaires de travail plus importants chez l'homme que chez les femmes qui ont plus souvent une activité à temps partiel [13].

De plus la féminisation de la profession ne fera probablement qu'accentuer la tendance. En effet on compte 64% d'étudiantes en médecine en 2012 [14], sans parler de la diminution prochaine du nombre des omnipraticiens, et pourtant certains **arrivent à s'organiser mieux que d'autres** ! Il serait donc logique qu'un médecin qui dit ne pas trouver le temps à consacrer aux différentes actions de formation, fasse une analyse de son activité et de sa pratique.

La **grande variabilité** des études réalisées à l'échelle nationale et régionale sur comment les médecins répartissent leur temps, ne permet pas d'extrapoler ; cependant elles peuvent donner une idée sur comment le temps peut être optimisé [13].

- Plusieurs temps lors des séances

Pendant les séances chaque participant (entre 5 et 12) présente un cas clinique issu de sa pratique. Ces résultats sont soumis à la discussion du groupe. Chaque participant peut donc **analyser et comparer sa pratique à celle de ses pairs** mais également **acquérir des connaissances** en regard **des nouvelles recommandations et données de la science**. Faisant de cet exercice un miroir personnel en regard du groupe, lui permettant de s'évaluer. « *Parce que le soignant ne fait pas toujours ce qu'il devrait faire, car des écarts existent entre ce qu'il doit faire et ce qu'il sait, ce qu'il croit faire et ce qu'il fait et ce qu'il sait devoir faire et ce qu'il fait* ».

Cette comparaison des pratiques permet également aux participants un échange et partage d'expériences ainsi qu'un élargissement des ressources locales utilisées sur les possibles correspondants hospitaliers, sociaux, paramédicaux et spécialistes.

Une grille est remplie à la fin de la séance sur les possibles changements et améliorations à apporter. Les questions des séances précédentes restées sans réponses peuvent être à nouveau débattues.

- Assister aux groupes de pairs pour se réassurer

La comparaison des pratiques évoquée par certains leur sert de moyen de voir « où ils en sont ».

Ainsi l'exercice de la médecine générale est source de plusieurs niveaux d'incertitudes.

Le niveau d'incertitude étudié par Fox comporte 3 niveaux :

Un niveau 1 qui « résulte d'une maîtrise incomplète ou imparfaite du savoir disponible ».

Un niveau 2 qui « dépend des limites propres à la connaissance médicale ».

Le niveau 3 tient à la difficulté du praticien de faire la part des choses entre le niveau 1 et 2.

Tout l'enjeu des formations interactives type DPC tend à faire prendre conscience aux praticiens de leurs capacités et limites. Cette démarche s'inscrit dans une évolution d'amélioration personnelle.

Par ailleurs Fox conclue que « quelque soit l'effort pour augmenter ses connaissances le MG restera toujours celui qui sait un peu de tout » [15].

- Journées de formation sur un thème précis

Parmi les différentes offres de formation proposées pour les médecins par divers organismes, les weekends de formation, auxquelles plusieurs médecins interrogés ont participé.

De nombreux critères de choix ont été relevés à ce sujet. On peut répartir les médecins qui y participent en deux principaux groupes. Un groupe qui **choisissait le thème** à partir d'un **besoin réel ou ressenti** et ceux qui **se soumettaient à l'offre de formation** reçue par courrier, par internet ou suite à la visite d'un représentant médical, sans choisir un thème au préalable.

- Se soumettre à l'offre de formation

Les annonces publicitaires via internet ou par courrier offrent aux médecins une multitude de possibilité de formation. Ce qui peut sembler intéressant pour ceux qui se basent sur cette façon de se former c'est **la diversification des thèmes**.

En effet, cela permet d'aborder des thèmes auxquels ils n'auraient pas participé autrement. Néanmoins ce type de raisonnement pourrait ne pas correspondre aux besoins réels d'une pratique courante. Un exemple est donné par ce médecin qui a participé à une formation sur la mutilation des femmes. Elle a argumenté en disant

que cela pourrait lui servir, bien qu'elle n'ait jamais rencontré cette problématique chez ses patientes. Cependant plusieurs études ont montré l'efficacité des formations sur des thèmes que des médecins n'avaient pas choisis [16].

-Soirées à thème proposées par des laboratoires

Une grande partie des médecins participaient à des soirées que propose l'industrie pharmaceutique. Via la visite médicale ou en recevant des offres par la presse sous forme de publicité. Ainsi on peut s'interroger sur **la fiabilité de ce mode de formation**, financé par l'industrie du médicament et les conflits d'intérêts qu'il en résulte.

Si certains médecins se méfient des visiteurs médicaux, ils assistent tout de même à ces soirées quand **l'intervenant est connu**, un spécialiste qu'ils connaissent en général. Ce croisement entre les différents médias contribue à un certain brouillage des lignes, séparant l'information de la promotion commerciale, portée par des leaders dans leurs domaines, pouvant créer un **effet de confusion** [17] [18].

Cette **séparation d'information** a été exprimée par un médecin qui assistait à ces soirées, et qui intégrait comme critère de choix **la discrétion du laboratoire**.

Lors d'une consultation pendant mes remplacements réguliers, j'ai eu une discussion avec un représentant de laboratoire qui voulait m'inviter à assister à une soirée sur l'insuffisance cardiaque. Le cardiologue qui était chargé de la présentation était le cardiologue référent, je lui ai expliqué le sujet de mon travail et posé une question sur l'intérêt de cette visite.

Evidemment la réponse était de faire connaître les points forts de son antihypertenseur mais également sa réussite auprès de sa hiérarchie résidait dans sa capacité à faire assister les médecins à cette soirée. Il a ajouté qu'il ne parlerait pas de son produit « *que j'avais bien évidemment en tête* ». Il a ajouté, que j'avais également le choix de ne pas participer au repas proposé après la présentation du topo du cardiologue comme le font beaucoup de médecin.

Cet effet de « *confusion stratégique* » poserait **un biais à la formation médicale**. Une analyse médico-économique effectuée par l'HAS publié en 2013, sur le rapport coût-efficacité a montré que des prescriptions de certains antihypertenseurs plus chers présentés comme plus efficaces ne l'étaient pas [19].

A ce jour le financement de l'organisme de gestion du développement professionnel continu (OGDPC) pour les médecins libéraux est assuré par [20]:

- L'assurance maladie.
- L'Etat.
- L'industrie pharmaceutique.

Il est normal que l'industrie du médicament tire un bénéfice pour son financement, il est difficile de se passer de ces fonds ; on le voit bien, il s'agit là d'une des causes du retard pris pour la mise en place du DPC. Alors comment peut-on minimiser l'impact du conflit d'intérêt ? (Réponses: Voir plus bas)

Le thème guide le choix [21] :

Chez beaucoup de médecins, le programme de formation est guidé par le thème proposé, le besoin de se former sur une question précise peut se faire sentir devant **la demande d'un patient** ou lors **d'incidents** et **difficultés retrouvés dans la pratique**. Certains médecins ont également participé à des formations motivées par **la médiatisation** d'affaires de santé. On trouve aussi une demande de formation qui peut émaner **d'un intérêt personnel**.

Ainsi on constate que **le besoin n'est pas toujours réel** mais parfois **subjectif**.

Un même thème peut être proposé par différents organismes et on pourrait s'y perdre !

En vue de cela l'HAS se pose comme garant des méthodes et modalités du DPC. Elle propose une liste des méthodes utilisables dans le cadre du DPC. Cependant elle met le professionnel au centre de cette démarche individuelle qui s'intègre dans un collectif [22] :

Les deux principaux axes de ce programme qui doivent obligatoirement être liés comportent :

1-Une approche **pédagogique** ou **cognitive** :

- Collective par des **formations présentielles** :
Congrès scientifique, journées, ateliers, formations universitaires, revues bibliographiques et analyses d'articles...
- Individuelle par **des formations diplômantes ou certifiantes** mais également à distance (e-Learning, écrit ou numérique...)

2-Une **analyse des pratiques** basées sur plusieurs déterminants :

- La gestion des risques.
- Revus de dossiers et analyses de cas.

- Indicateurs et audit de pratique
- Analyse du parcours de soins (en cours développement).
- Analyse du parcours professionnel par des bilans de compétences.

Ainsi elle laisse aux individus la responsabilité d'identifier les points faibles dans leurs pratiques pour qu'ils puissent les améliorer.

Il serait naïf de croire que cela peut suffire pour combler les vastes besoins d'un médecin généraliste. En dehors du programme « *imposé* », des quelques heures « *obligatoires* » nécessaires à une « *accréditation* », un médecin serait tenté de choisir inconsciemment **des formations où il se sentirait plus à l'aise** comme l'a déclaré un médecin interrogé.

Le nouvel enjeu serait **d'obtenir la motivation** de la part des professionnels afin de réaliser une évaluation des besoins réels. Cependant alors que les grandes lignes du programme de DPC sont désormais effectives, la mise en route a pris du retard.

La plupart des médecins ont dit « **attendre de voir ce qu'il allait se passer** », ils mettaient en avant les nombreuses modifications des règles de la FMC qui ont précédées dans les années passées. D'autres ont ironisé en disant qu'ils seraient à la retraite avant la mise en route du système. Ils n'ont pas tort puisque des études dans d'autres pays ont mis en évidence que ce type de programme pouvait mettre une dizaine d'années à se mettre en place [23].

Evaluer ses besoins à l'échelle individuelle

L'identification de ses besoins pour un médecin généraliste est une étape primordiale vers une amélioration de sa pratique, mais certains médecins n'ont jamais fait d'auto évaluation alors que les moyens pour une telle démarche existaient. Le rapport de l'IGAS 2008 pointe la mauvaise évaluation des besoins par les médecins généralistes [12].

Bilan de compétences :

Ce bilan peut se faire par exemple dans un continuum du modèle utilisé durant les études de 3^{ème} cycle où il est proposé aux étudiants des bilans de compétences, constitué de plusieurs items sous forme d'auto questionnaire faisant l'objet d'un port folio échangé avec un tuteur. Ceci permet à l'étudiant d'identifier les compétences acquises et ce qui lui reste à acquérir [24].

Ce modèle n'est plus vraiment applicable pour des « adultes » en exercice. Mais certains organismes fonctionnent sur ce modèle :

Ainsi l'UNAFORMEC, propose sous forme de questionnaire ou d'auto bilan, des tests présentés de telle façon que le participant découvrent une réponse valide, argumentée et ce, en partant des points critiques de son activité [25].

On peut également citer le dispositif bilan de compétence mis en place par MG form.

Indicateurs :

Il s'agit là d'un autre moyen d'évaluation individuel qui répond à un besoin de santé publique, mis à disposition des praticiens. Il complète par des mesures incitatives le paiement à l'acte. Plusieurs médecins ont déjà utilisé ce dispositif qui donne des moyens d'évaluer leurs pratiques à l'échelle de leur patientèle.

L'objectif de ce dispositif n'est pas d'obtenir des résultats à 100% mais **d'obtenir une réflexion sur la pratique**. Sous réserve de la maîtrise de l'outil informatique, à ce sujet un médecin a dit ne pas remplir les indicateurs à cause de ses **difficultés informatiques** (méconnaissance du logiciel) et le manque d'intervenant de la caisse [26].

D'après le Pr Pierre Atlan [27] :

- *Un indicateur de bonne pratique n'est pas essentiellement différent d'un objectif de formation.*
- *Un professionnel en activité, s'il analyse sa pratique et s'il la compare à celle de ses pairs, est sur le chemin de l'amélioration de sa pratique. Sans indicateur de pratique, pas d'analyse possible, sans analyse de sa pratique, amélioration aléatoire.*
- *Un indicateur (doit bien sûr être validé par les données de la science) ne doit pas être considéré comme une norme intangible, mais comme un repère de bonne pratique à mettre en perspective avec des conditions variables d'environnement individuel et collectif de l'exercice de la médecine.*

On peut supposer que les instances de l'assurance maladie réalisent des bilans pour définir des critères afin d'établir ces indicateurs, et qui répondent à des besoins de santé publique, on ose espérer qu'ils ne répondent pas seulement à une logique comptable mais à un réel besoin de soin.

Ainsi la participation de la caisse d'assurance maladie au financement des OGDPC semble être une bonne chose, pour multiplier les sources d'information pointant par la même occasion les possibles manquements chez les omnipraticiens.

Les moyens pédagogiques ne sont pas accessibles à tous

Sur un plan pratique le médecin généraliste exerçant en ville ou dans une zone rurale, seul ou en groupe ne dispose pas de tous les moyens proposés par l'HAS, en effet il n'est pas toujours facile d'organiser **des staffs multidisciplinaires** ou **des réunions de concertation pluridisciplinaires**. Selon Le fur seul 8% y participent, cette participation serait facilitée par une activité hospitalière annexe (Réponse : voir plus bas).

Pour les autres exerçant en groupes, ils trouvent **les discussions informelles** sur l'un de leurs patients, autour d'un café après l'heure du déjeuner, d'un **apport considérable** même si cela ne rentre pas dans le cadre d'une accréditation. Une étude a montré l'amélioration du suivi des patients chez les médecins faisant parti d'un réseau [28].

- Maitrise de stage [29]

La maitrise de stage est considérée par certains médecins interrogés **comme un critère de choix de la formation**. En effet, le maître de stage transmet sa compétence de savoir-faire et de savoir-être issue de son expérience dans des situations différentes [30].

Il reçoit par l'échange avec ses stagiaires les nouveautés théoriques et parfois pratiques issues des dernières recommandations. Le dialogue entamé lors des supervisions fait appel à une pratique réflexive amenant quand cela est nécessaire à des recherches sur des connaissances, s'apparentant ainsi à la démarche de DPC.

Ainsi un médecin interrogé proche de la retraite a pu ainsi avoir au travers de ces échanges, les outils pour accéder plus facilement à internet pour ses recherches.

On pourra considérer selon Borduas [9] que durant ces discussions, un champ de questionnement peut être ouvert sur différentes pratiques, évoluant vers un besoin de se former sur ces questions afin de les anticiper.

Les effets d'un stage pour l'étudiant sont connus, plusieurs études y ayant été consacrées ; cependant les recherches bibliographiques n'ont pas trouvé de travaux sur les apports des stagiaires pour les médecins.

Il serait instructif de savoir si les facultés sélectionnent les maitres de stages qui assurent eux même leurs formations, selon les critères établis par le conseil de l'ordre [31].

A l'opposé, certains ne se sentaient pas prêt pour accueillir des étudiants présentant **une obligation de modifier leurs organisations**.

Un autre obstacle a été relevé par un jeune médecin à propos de sa **capacité à transmettre**. Certainement, la pédagogie s'apprend, on peut supposer

l'apprentissage de notions nécessaire à l'enseignement pendant les études de médecine faciliterait cette démarche [32].

- La visite médicale

Deux camps s'opposent, des médecins qui ne souhaitent pas recevoir les représentants de laboratoires ou les accueillait « *d'une oreille distraite* » et d'autres pour des raisons diverses, pas toujours scientifique, acceptaient de les rencontrer.

- **Ceux qui acceptent la visite médicale**

Les raisons avancées sont multiples, **pas toujours objectives**. Citons l'exemple du médecin exerçant seul en zone rurale, qui a déclaré l'utilité de la visite médicale en matière de thérapeutique. Selon ses déclarations, il n'aurait pas eu accès à la connaissance des inhibiteurs des enzymes de conversion de l'angiotensine (IEC) qui venaient d'être mis sur le marché sans cette intervention. Cela était peut-être vrai il y a quelques années, en l'absence d'autres moyens d'accès aux informations. Aujourd'hui la visite médicale a rétrogradé au 6^{ième} rang des canaux préférés des médecins en matière de FMC, selon une enquête parue dans le cahier de sociologie et de démographie médicale en 2008[33].

Un autre médecin qui recevait les délégués médicaux se défendait de **ne pas participer à leurs disparitions**. Selon un rapport sur les données de l'emploi réalisé par la direction des affaires industrielles et sociales, le nombre de visiteurs a chuté de 24000 en 2010 à 18300 en 2004 [34].

Les raisons de cette diminution ne sont pas uniquement dues à la baisse d'intérêt que portent les médecins aux canaux de FMC, d'autres facteurs sont en cause :

- La nouvelle politique de dépense de santé.
- L'arrivée des médicaments génériques.
- L'évolution de l'attente des professionnels de santé en termes d'information sur les produits de santé.
- La diversification des sources d'information.

Il est ajouté à cette liste, une charte nécessaire à l'accréditation de la visite médicale exigée par l'HAS [35], l'objectif étant d'assurer une qualité de la visite médicale, l'idée de cette charte semble séduisante mais peut-on parler de qualité quand il y a conflit d'intérêt ? (Réponse : voir plus bas).

- Ceux qui refusent de les recevoir

A l'opposé des médecins ne les recevaient plus « **par peur d'être influencé** », « **parce qu'ils n'apporteraient rien** » ou parce qu'ils cherchaient « **une information indépendante** ».

La charte de la visite médicale, mise en place par l'HAS en 2009 a été l'objet d'un premier bilan. En effet, elle souligne **l'inefficacité de ce dispositif** tant que la visite médicale reste placée **sous l'autorité des responsables marketing** et reste intéressée **au volume des prescriptions** des médecins « visités ». Elle ajoute également que l'impossibilité de contrôle de la visite médicale ne pourrait être sans **contrôle du contenu**.

Au total l'HAS conclue qu'il n'y a pas d'amélioration notée et pointe le caractère illusoire du contrôle de la visite médicale par une charte [36].

Cette utopie de contrôle couplé à la dépendance de l'OGDPC au financement apporté par industrie du médicament est une équation difficile à résoudre. Ne serait-il pas logique d'orienter la réflexion vers la création d'une visite médicale par l'HAS et/ou l'AFSSAPS pour établir un équilibre ? Mais à nouveau se posera la question du financement de ces visiteurs.

- Internet

Tous les médecins qui ont fait partie de cette étude avaient un accès internet. Cependant l'utilisation variait d'une **utilisation ponctuelle** à la **recherche d'une recommandation au décours d'une consultation**. Pouvant aller d'une recherche Google, sur **des sites de vulgarisation** à **des sites considérés fiables mis en favoris**. Les critères de qualité et de certification d'un site internet ont été définis par le HON code, mis à disposition gratuitement pour tous les sites médicaux souhaitant s'inscrire. Cette évaluation apporte une amélioration du contenu des sites selon une enquête réalisée par l'HAS en 2008 [37], d'où l'intérêt de sensibiliser les médecins à l'utilisation d'internet par les organisateurs de FMC.

Certains médecins utilisaient le e-Learning pour se former. Ils répondaient à des questionnaires en ligne.

Par ailleurs, **les difficultés d'utilisations** qu'éprouvaient certains médecins seraient un obstacle à l'utilisation de ce moyen de formation comme a déclaré un médecin interrogé. Pourtant l'inscription, la gestion du programme et le suivi de l'évolution du DPC est personnalisé. Elle se fera exclusivement sur la toile. Il serait logique de diffuser des formations pour les médecins qu'ils le souhaitent [38].

Le e-Learning comme moyen de formation continue [39]

Les sites de formation e-Learning sont constitués d'une plateforme, faite d'un site web accessible via un moteur de recherche qui permet des formations à distance. Cette plateforme est **interactive**, l'utilisateur doit sentir la possibilité de feed-back. Elle comporte en général un espace administration, un espace enseignant et un espace apprenant. Elle offre une **traçabilité** des interventions qui seront probablement **nécessaires aux accréditations** [40].

Peu d'études existent actuellement en Europe .Une étude réalisée aux États-Unis en 2005[39] avec 5621 médecins sur une période de 18 mois, qui portait sur 48 thèmes de formation a montré que la e-FMC était **équivalente à des formations présentiellees pour l'apprentissage immédiat et après quelques semaines**. En effet les médecins qui suivaient des formations par internet prenaient plus souvent des décisions fondées sur des preuves.

Cette nouvelle technologie apporte des avantages certains :

- Accessibilité.
- Autonomie.
- Flexibilité.
- Rythme adapté à chacun.

Quelques avantages cités conviendraient à certains médecins interrogés, en effet plusieurs interviewés participent aux **thématiques prescrire**.

Les inconvénients sont ceux de la technologie :

- Apprentissage de l'outil.
- Qualité du matériel.
- Des lignes d'accès.
- Le coût initial.

Ajouté à cela ceux qui préfèrent la convivialité et l'échange « *à être derrière son ordinateur le soir* ».

- Formations diplômantes

Une multitude de formations sanctionnées par un diplôme sont proposés aux médecins généralistes :

Les capacités de médecine

Considérés comme des diplômes nationaux, elles confèrent un titre et non une qualification auprès de l'ordre des médecins. Elles offrent également certaines compétences supplémentaires dans l'exercice de la médecine générale que pourra justifier le médecin auprès de ses patients, lui permettant **d'étendre son champ d'action** [41].

La capacité de gériatrie qu'ont suivie certains médecins interrogés permettait à l'un d'eux de « **s'adapter** à ses patients qui vieillissait avec lui ».

Ainsi l'inscription à une capacité **orientée selon le type d'exercice**, en dépit des difficultés organisationnelles et du temps nécessaire que cela peut prendre, conférerait aux médecins un avantage certain, **améliorant le suivi de leurs patients**.

Le Dr Warenn [42] a pu démontrer qu'une approche médicale traditionnelle chez une personne âgée, centrée sur la maladie est insuffisante. Il a ainsi proposé une évaluation gériatrique standard.

Cette évaluation se fait en deux temps :

- Une évaluation multicritères (capacités fonctionnelles).
- Intervention : plan de soins médicosocial adapté, rééducation, mise en place d'aides...

L'objectif étant :

- Le maintien de l'autonomie et indépendance.
- Une bonne qualité de vie.

On peut alors considérer qu'une culture gériatrique supplémentaire apporterait un bénéfice sur la durée moyenne de séjours (DMS) et les ré-hospitalisation des personnes âgées [43].

DUI- DU

Il s'agit d'une formation théorique, dispensée sous forme de séminaire de quelques jours espacés sur 2 à 3 ans permettant **un exercice en parallèle** [44].

Les enseignements dispensés lors d'un DUI sont des enseignements suivis simultanément dans plusieurs universités.

Certains médecins exerçaient une activité en dehors du cabinet, par **intérêt scientifique**. En effet, un médecin a dit occuper un poste de médecin légiste, un cinquième du temps, dans un service de médecine légale.

Un autre médecin exerçant à mi-temps en tant qu'urgentiste, trouvait un intérêt en étant à l'hôpital **au contact de ses collègues hospitaliers spécialistes**. Ce mode d'accès au milieu hospitalier ouvrirait des portes pour des staffs multidisciplinaires.

- Les correspondances

Les courriers reçus par les médecins seraient une **source de formation** supplémentaire. Ils permettraient également de constituer un **réseau de correspondants**.

Cependant on peut séparer cette correspondance en :

- Correspondance par lettres

« Pendant longtemps, le courrier d'un généraliste à un spécialiste, par exemple, s'est inscrit dans une relation de l'élève à son maître ou inversement et ... à propos des documents pouvait être l'objet d'une saisie, il s'assimilerait à une reproduction littéraire, propriétaire de son auteur » [45] :

De nos jours les discussions autour du dossier médical sont surtout portées sur le secret et la déontologie médicale.

Considéré comme un outil dans la continuité des soins, il fait partie des nombreuses tâches administratives du médecin généraliste. La lecture des courriers adressés par les médecins hospitaliers a fait l'objet de plusieurs études ; peu d'entre elles se sont intéressées à l'apport en matière de formation continue.

La plupart des études ont été essentiellement centrées sur les courriers des médecins généralistes adressés aux services hospitaliers. Quelques enquêtes et travaux de thèses se sont penchés sur **l'évaluation de la qualité du compte rendu d'hospitalisation**. Une enquête a été réalisée sur un échantillon de 256 omnipraticiens et spécialistes en Isère *« le contenu était jugé bon dans l'ensemble bien que trop exhaustif, les éléments devant y figurer sont le diagnostic, le traitement de sortie, le traitement prodigué durant l'hospitalisation, les résultats complémentaires perturbés... » [46].*

La même enquête a souligné **les longs délais de réception**.

-Correspondance par mail

Elle n'échappe pas aux règles déontologiques [47], des autres moyens de correspondance.

Elle apporterait un **bon compromis** dû aux avantages de l'outil informatique, un **gain de temps et une flexibilité**. Evitant ainsi les communications téléphoniques souvent difficiles à établir entre MG et spécialistes hospitalier et, les longs délais de réception des courriers. Le médecin peut ainsi **obtenir une réponse rapide** par son confrère spécialiste, comme a déclaré un médecin, à propos du délai de l'arrêt d'un traitement antiépileptique après chirurgie d'un méningiome.

- La presse médicale

Tous les médecins interrogés ont déclaré lire la presse médicale. Il s'agit soit d'une lecture de la presse reçue par le biais d'abonnement ou reçue gratuitement. Toujours selon l'enquête parue en 2008 dans le cahier de sociologie et de démographie médicale, la presse médicale et la lecture de manuels tiens un rang privilégié des canaux de formation médicale chez les MG.

Cependant **l'indépendance** des revues est le **critère de fiabilité** qui a été mis en avant par plusieurs médecins. D'autres ont dénoncé l'attitude anti laboratoire de certaines revues et la médiatisation avant de tenir informé les professionnelles.

C'est dans ce climat de suspicion, d'affaires médiatiques et de remise en cause d'institutions « respectables » que la presse médicale n'échappe pas à l'érosion que subit la presse écrite en faveur de la presse numérique[11]. Par ailleurs la presse médicale est toujours à la recherche de financement, parallèlement à la baisse du nombre d'abonnés.

On peut ainsi classer les articles en 3 catégories :

- information : journaux d'information médicale et professionnels.
- formation : Revue de formation médicale continue
- publication : Revue académique de recherche.

Leurs financements sont diverses, périodiques totalement indépendants de la publicité, reposant uniquement sur les abonnements, titres en majorité financés par des recettes commerciales, revues institutionnelles autofinancées et revues en open Access (A la charge de son auteur ou de son institution).

De ce fait, l'HAS a proposé un référentiel de régulation des bonnes pratiques et critères de qualité des revues et de la presse médicale, portant sur 3 grands axes [48] :

- Transparence.
- Indépendance.
- Ethique éditoriale.

Cet éclairage servirait les médecins à mieux faire le tri de leurs lectures. On peut également ajouter la lecture critique d'article qui fait partie du concours de l'ENC depuis 2009, et est proposé également aux médecins généralistes lors de formations. Ce qui rajouterait une dimension supplémentaire dans ce contexte de flou médiatique. Cependant ce n'est peut-être pas les laboratoires qui vont faire la promotion dans ce domaine pour des raisons évidentes. Il serait intéressant de trouver des moyens plus efficaces de diffuser ce type de formation.

4-Obligation du DPC

Historiquement l'obligation de se former a été déontologique jusqu'à l'obligation par la loi de mars 2002.

Cependant le sentiment général lors des entretiens sur la notion d'obligation n'était pas vraiment intégré comme critère de choix sauf pour un médecin. Est-ce un sentiment ou la réalité d'une profession à nouveau en mutation en termes de formation ?

Certains considéraient que ce qu'ils faisaient déjà à tort ou à raison, allait valider leur DPC. Un médecin formateur et un deuxième étaient au courant de l'évolution des choses, cela dit comme leurs confrères disaient « **attendre de voir** ». Cette temporisation viendrait du fait des dispositifs passés de FMC qui ont mis du temps à se mettre en place, avortés pour certains. Il serait intéressant de connaître le nombre de médecins généraliste qui ont validé leurs obligations DPC ces dernières années.

Selon les chiffres communiqués par l'OGDPC, 1/3 des médecins se sont inscrit à des programmes de DPC en 2013, ce chiffre représente l'ensemble des médecins toutes spécialités confondues, cela veut dire que 2/3 des médecins (MG et spécialistes) n'ont pas encore entamés leurs démarches. Les prévisions seraient à la hausse selon les mêmes sources [49].

Cela dit, la plupart des médecins, voyaient d'un bon œil l'obligation de se former et considéraient normal une telle mesure. Ils divergeaient sur l'application de sanctions éventuelles « des mauvais élèves ».

Là encore le rapport de l'inspection générale des affaires sociales souligne qu'il serait préférable d'établir des objectifs d'obligation de résultat (quantifiable), à un objectif de moyen (participer à des formations ou *EPP*), mais « *il est plus souvent préférable de laisser à un acteur le soin de choisir librement les moyens plutôt que de se borner à contrôler et à sanctionner ses résultats* ».

Une obligation de résultats en termes de connaissances cumulées risque de laisser de côté les éléments que la formation continue tente de *développer* « *le savoir-être* » et « *le savoir-faire* » [50].

Les mesures répressives sont perçues négativement dans les professions, peu de pays ont vu ces mesures produire de bons résultats (Belgique, Pays Scandinaves, Allemagne), il ne **s'agit pas là d'un bon critère d'efficacité d'un système** déclarent B. Maillet et H. Maisonneuve. Aux Etats-Unis le seul système qui a montré de bons résultats c'est d'avoir une analyse des actions suivi par les médecins par des mesures incitative et/ ou correctrice, le débat n'est donc pas porté sur un système volontaire ou obligatoire [51].

On peut citer 2 exemples de **méthodes incitatives positives** comme utilisé en Norvège, les honoraires des médecins remplissant leurs obligations sont valorisés de

20% ou le financement de 10 jours de DPC en Irlande. En dépit de l'obligation, un système ou la carotte est mise en valeur serait plus efficace et agréable à vivre qu'un système brandissant le bâton.

5- ACCREDITATION

Depuis l'ordonnance de la FMC, un système de points a été mis en place pour l'évaluer. Aucun des 4 médecins qui en ont parlé, n'y ont prêté une attention particulière durant leurs différentes actions de formation passée.

Le barème de points paru dans le journal officiel en Août 2006 donnait pour chaque type de formation (présentielles, individuelle et à distance, situation de formateur) un nombre de points réparti entre FMC et EPP pour un total de 250 points, le décompte nécessitait une certaine aptitude en mathématique [52] !

La base de volontariat dans le choix du type de formation, serait peut-être en cause pour le désintérêt « à ramasser des points » sur les 8 journées de formations prévues avant le DPC.

Il faudra attendre de voir si l'obligation d'un programme orienté inciterait les médecins à satisfaire à leurs obligations comptables. Cela dit, on parle de diminuer le nombre de journée de formation à 2 jours ! Certes cela sera plus facile à valider mais en revanche une perte, mettant la France au même niveau que la Slovénie pour laquelle l'obligation est la moins importante [53].

Au final, un médecin ayant épuisé son crédit, se verra autofinancer sa formation pour pallier aux nombre d'heures légales insuffisants.

La **rémunération** qui serait prise en compte comme critère chez certains médecins, poserait un autre problème à résoudre ! Les médecins seraient-ils tentés de remplir leurs seules obligations légales, en l'absence de mesures incitatives ?

6-DIFFICULTE DE MISE EN PLACE DU DPC

Les modalités sont désormais connues mais les outils DPC tarde à venir ! Comme toute exception le lot de surprise est à venir, la formule proposée en France fait office d'une première expérience mondiale. En effet, les pays qui ont mis en place un équivalent de crédit proposent des bonifications si le programme est respecté, ajouté à cela un nombre d'heure de formation largement supérieur, pour des résultats encourageants [53]. Alors peut-on avec une formation bradée (moins de temps de formation et des fonds qui n'arrivent pas) maintenir un bon niveau ?

Les organismes réunis au sein du collège de médecine général sont unanimes « *sans moyens financier, sans volonté politique forte, le dispositif DPC sera mort-né...* » [54], Ils préconisent une année supplémentaire en plus des 2 précédentes.

Ces difficultés ne datent pas d'aujourd'hui, une étude réalisée sur les principales difficultés survenues lors la mise en place de la FMC [55] : a permis de montrer qu'elles étaient multifactorielles :

D'une part, un mouvement associatif incontournable mais fragile et dépendant financièrement, auquel s'ajoute des échecs de toutes les tentatives d'harmonisations.

D'autre part la difficulté du législateur à faire appliquer les règles, dans une ambiance d'ambiguïté persistante entre l'industrie pharmaceutique et les acteurs de santé.

L'enjeu actuel est de trouver un équilibre entre la capacité de l'état à faire respecter des règles pour le **financement** sans démotiver les acteurs du système.

⑪-CONCLUSION-PROPOSITIONS

Comme on l'a vu, **une grande disparité des pratiques et les différences de profils ne permettent pas d'avoir la prescription d'une ordonnance type de formation**. Les besoins varient d'un médecin à un autre, et les contraintes aussi. Plusieurs critères entrent en jeu, pas nécessairement objectifs. Les organismes de formation avaient pris l'habitude d'animer les formations à partir des besoins des participants [56].

La donne a changé vers une redirection de la formation en fonction d'orientations nationale, et éventuellement locale qui permettent qu'un programme soit conforme.

Les groupes de travail s'organisent selon une fiche projet comme le propose par exemple le Dr P. Cheperpereel [57].

Cependant l'omnipraticien reste au centre de cette démarche et la décision de comment se former lui reviendra.

Ainsi une évaluation **individuelle, responsable, réfléchie et méthodique** de ses **besoins réels** serait la première étape dans un processus qui durera toute une vie professionnelle, en concordance avec les objectifs affichés par le Développement Professionnel Continu.

Ce travail a tenté de mettre en lumière les différents critères pris en compte par les médecins, comme un maillon d'une longue chaîne, il devra être bien sûr complété à plus grande échelle.

Au final, la mise en pratique d'une optimisation de la formation passe par une prise de conscience et une collaboration de tous les acteurs.

Voici les grandes lignes d'une tentative de proposition sur les **démarches que doit entreprendre un médecin lors de son parcours de formation**, certains de ces points ont déjà fait leurs preuves, d'autres restent à étudier :

- Connaître les outils d'évaluations objectifs des besoins afin de maintenir et d'améliorer ses compétences.
- Afficher des objectifs de formation.
- Etablir un calendrier de formation personnalisé et adapté aux besoins.
- Profiter des dynamiques de groupes.
- Multiplier les différents modes de formation ayant fait leurs preuves.
- Identifier les obstacles réels et ressentis pour essayer de les corriger et les facteurs facilitateurs pour les optimiser.
- Réduire l'écart entre la médecine libérale et les départements de formation universitaires.
- L'optimisation réfléchie du temps.
- Garder un esprit critique.

Références bibliographiques.

[1] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Décret n° 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu. JO 1^{er} janvier 2012.

[2] L. Jossieran L, J. Chaperon J. *History of continuing medical education in the United States*. In la presse Med. 2001 Mar 17;30(10):493-7.

[3] UNAFORMEC *Concepts et objectifs initiaux : de l'EPU à la FMC* [consulté le] .Disponible à partir URL :<http://www.unaformec.org/Concepts-et-objectifs-initiaux-de.html>(Consulté le 17/01/13)

[4] Conseil national de la FMC des praticiens hospitaliers. *Obligation de la formation médicale continue. Historique, état des lieux et perspective*. Disponible sur URL http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/diapos_fmcp.pdf (Consulté le 12/11/13)

[5] *FMC et évaluation mode d'emploi, places respectives dans le dispositif réglementaire* .Disponible sur URL <http://www.fmc95.org/actualites/FMCEval.pdf> (Consulté le 05/02/14)

[6] Estelle PASQUIR. *Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en médecine générale*. Mémoire de médecine Générale, Lyon Avril 2007.

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

[8] *Le groupe de pairs, le plaisir de se former ensemble*. Site de SFMG Disponible sur http://www.sfmfg.org/groupe_de_pairs/20101105/vi_eme_symposium_des_groupes_de_pairs.html10/02/14

[9] F BORDUAS, R L.THIVIERGE, *L'expert-conférencier : au-delà du rôle traditionnel et implications nouvelles pour la formation des formateurs.*, In Pédagogie médicale Québec 2001 2 (1), 37-4

[10] Anne-Cécile PHILIBERT, *Les groupes d'échange de pratique entre pairs : un modèle de développement professionnel continu en médecine générale* thèse de 3^{ème} cycle en MG mars 2012.

[11] Jean Jacques CRISTOFARI, *La presse probe plébiscitée*. In La revue Pharmaceutique Mars 2009 ; 165 : 24

[12] P L Bras, G Duhamel, *Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins*. Rapport de l'Inspection générale des affaires sociale. novembre 2008

[13] Philippe LE FUR, Yann BOURGUEIL, Chantal COSE., *Le temps de travail des médecins généralistes : Synthèse des données disponibles*. In la revue Questions d'économies de la santé. juillet 2009 ; 144 : 1-6

[14] Conseil de l'ordre des médecins, Michel LEGMANN, *la démographie médicale en France*, Conférence de presse. Octobre 2012.

[15] Marie Alice BOUSQUET, *Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline*. Thèse de 3^{ème} cycle médecine générale. Paris juin 2013.

[16] Cherif- Allain D, Chapron A, *Critères de choix et stratégies d'évaluation des besoins de formation médicale continue*. In la revue exercer 2013;106:67-68.

[17] La réaction prescrire. *Prescripteur sous influence*. In la revue Prescrire 2008 ; 28 (299) :705

[18] P L Bras, P Ricordeau, B Roussille, V Saintoyant, *L'information du MG sur le médicament*. Rapport de l'inspection générale des affaires sociales. septembre 2007

[19] Haute autorité de santé. *Evaluation de l'efficience : les antihypertenseurs sont-ils équivalents au regard de leur efficacité et de leur coût ?* Communiqué de presse. Mis en ligne le 23 mai 2013

[20] Haute autorité de santé. *Mission de l'OGDPC*. Communiqué de presse

Disponible sur URL http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1244512/fr/monique-weber-missions-de-l-ogdpc.

[21] Philippe ORCEL, Francis DUJARIC. *L'abc du DPC comment réussir sa démarche* *qualité*. Disponible sur URL www.urofrance.org/fileadmin/medias/dpc/fsm/abc-du-dpc.pdf (Consulté le 07/01/14)

[22] Haute autorité de santé. *DPC méthodes et modalité*. Décembre 2012

[23] La rédaction de la revue du praticien. *Dossier DPC toutes les questions réponses*. La revue prescrire. Disponible sur URL <http://www.larevuedupraticien.fr/sites/default/files/dpc-pic2.jpg> (Consulté le 07/01/14)

[24] Faculté de médecine d'Angers. *Guide de l'interne de médecine générale*. Disponible sur URL www.med.univangers.fr/_resources/.../GUIDE_IMG_mars2012.pdf (Consulté le 22/02/14)

[25] *UNAFORMEC 22 ans d'innovation*. Site de l'UNAFORMEC. Disponible sur URL www.unaformec.org/publications/textesdivers/22ans1.htm (Consulté le 22/02/14)

[26] *Question réponse : rémunération sur objectif*. Site de l'assurance maladie.

Disponible sur URL <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/convention-medicale-questions-reponses/remuneration-sur-objectifs.php> (Consulté le 22/02/14)

[27] Haute autorité de santé. *Le suivi d'indicateurs en médecine générale*. Disponible sur URL http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1057807/dr-pierre-atlan-le-suivi-d-indicateurs-en-medecine.

[28] Observatoire régional de santé Bourgogne. *Evaluation du réseau ReMed Addiction*. Guide ORS. Novembre 2007

[29] Faculté de médecine d'Angers. *Pourquoi devenir maitre de stage*. Disponible sur URL <http://www.med.univ-angers.fr/fr/la-faculte/mg/college-regional-des-enseignants-et-maitres-de-stage/pourquoi-devenir-maitre-de-stage.html>

(Consulté le 23/02/14)

[30] Conseil national de l'ordre des médecins, (intervention du Dr D Grunwald). *Qualité et compétence en médecine un déficit déontologique*. Colloque 23 juin 2000 : 21

[31] commission nationale de l'ordre des médecins. *Le stage des étudiants en médecine chez le praticien*. Rapport de Juin 1999.

[32] Dominique Vanpee, Mariane Frenay, Véronique Godin, Denis Bédard

Ce que la perspective d'apprentissage de l'enseignement contextualisés authentique peut apporter pour optimiser la qualité pédagogique des stages d'externat ; In Pédagogie médicale ; 2010 10(4) 253-266

[33] Dang Ha Doan, Danièle Lévy, Juan Teitelbaum et Hélène Allemand
Médecins et pratique médicale en France, 1967 - 1977 - 2007 ; cahiers de sociologie et de démographie médicales, octobre - décembre 2008 ; 48 (4) : 514-532

[34] Direction des affaires industrielles et sociales. *Les effectifs de la visite médicale*. Données de l'emploi LEEM 2010, mars 2011

[35] La haute autorité de santé. *Référentiel de certification de la visite médicale* juillet 2009.

[36] La rédaction de la revue prescrire. *La visite médicale une charte pour rien*.

In la revue Prescrire. Avril 2010 ; 30 (318) : 293

[37] La haute autorité de santé. *Evaluation de la certification des sites internet*

L'HAS et HON ont évalué l'impact de la certification sur la qualité des sites de santé. Juin 2009

[38] *OGDPC mode d'emploi* Site de l'OGDPC. Disponible sur URL https://www.mondpc.fr/.../mondpc/.../MODE_EMPLOI_INSCRIPTION(Consulté le 17/04/14)

[39] Hervé Maisonneuve, Olivier CHABOT

L'internet en formation médicale continue : aussi efficace que les formations dites présentiellees .In la presse médicale, Elsevier-Masson octobre 2009 ; 38 (10) : 1434-1442

[40] e-DPC Collège des hautes études de médecine. *.DPC mes obligations en 2014.* Disponible sur URL <http://www.e-dpc.fr/infos/obligations-dpc.php>. (Consulté le 11/04/14)

[41] Faculté de médecine d'Angers. *Formation médicale continue*

Disponible sur URL : <http://www.med.univ-angers.fr/fr/formation-1/fmc.html> (Consulté le 05/04/14)

[42] Sébastien LLEONARD. *Evaluation gériatrique standardisée : De l'évaluation à la réalisation du plan d'aide.* Disponible sur URL: http://www.med.univ-angers.fr/fr/formation-1/fmc/capacites/capacitegerontologie/_attachments/EVALUATION%2520GERIATRIQUE%2520STANDARDISEE%2520cours%2520capa%2520geriatrie.pdf?download=true (Consulté le 05/04/14)

[43] Bleher Y, Dimet J, Guimard T, Perre P, Février R

Personnes âgées hospitalisées dans un service de médecine polyvalentes : Description initiale et suivi à un an. GeriatrPsycholNeuropsychiatr Vieil 2012 ; 10 (1) :47-54

[44] AMNEF. *DU et DIU-Définition* .Disponible sur : Disponible sur URL<http://www.anemf.org/1233-du-et-diu-definitions.html> (Consulté le 05/04/14)

[45] Xavier MERCAT. *Les courriers entre médecins*. Rapport adopté par le conseil national de l'ordre des médecins, session du 30 juin 1998

[46] Marie claire NGUYEN. *Le généraliste et l'hôpital : Une enquête préparatoire aux auditions de la mission Lacher*. Thèse du 3^{ième} cycle : médecine générale Strasbourg 2009

[47] Conseil national de l'ordre des médecins. *Code de déontologie médicale*
Edition. novembre 2012

[48] Haute autorité de santé. *Synthèse du rapport : bonnes pratiques et critères de qualité des revues et journaux de la presse médicale française*. Aout 2013.

[49] *DPC 2014 une croissance continue*. Communiqué de presse. Disponible sur URLhttps://www.ogdpc.fr/public/medias/ogdpc/pdf/CP/CP_OGDPC_budgetdpc_18042014.pdf (Consulté le 14/03/14)

[50] Conseil national de l'ordre des médecins. *Qualité de l'exercice professionnel, compétences et déontologie ; vers un système intégré de la gestion des compétences des médecins*. 2000.

[51] Bernard Maillet, Hervé maison neuve. *Apprentissage tout au long de la vie pour les médecins spécialistes en Europe : Formation médicale continue, Développement professionnel continu et qualification*. In la Presse médicale Elsevier Masson ; 40 (4) Avril 2011 : 357-365

[52] A le Masne *FMC : Un barème unique, des questions multiples*

In la revue Phare janvier 2007 ; 39 : 14-16

[53] Eric DRAHI. *La formation médicale continue dans les pays d'Europe.*

In la revue médecine décembre 2012 ; 8 (10) :465-468

[54] *Communication à propos du DPC.* Site de MGform. Disponible sur URL : [http://www.mgform.org/communication à propos du DPC/](http://www.mgform.org/communication%20%C3%A0%20propos%20du%20DPC/) (Consulté le 12/04/14)

[55] J. Pascal, F. Riou, J. Chapron. *Difficulté de mise en place et enjeux institutionnels de la FMC des médecins libéraux.* In santé Publique 2000. 12 (2) : 465-468

[56] Charles HONNORAT, Gwenola LEVASSEUR. *Quel besoin enseigner, quel besoin d'enseigner ?* In pédagogie médicale Février 2001 ; 2 (1) 26-30

[57] CHU Lille. *Comment faire une fiche projet pour une action d'EPP ?* Document de travail 2007 disponible sur URL : eclat-graa.org/wp-content/uploads/2013/09/scherpereel2_chrulille.pdf (Consulté le 12/04/14)

Résumé :

Contexte : Le top départ du DPC a été donné par la parution du décret au journal officiel en janvier 2012. La mise en place a tardé à venir pour des raisons organisationnelles liées aux instances et un déficit d'appropriation lié aux médecins. L'objectif affiché du DPC était d'améliorer les pratiques et les compétences des professionnels de la santé dans l'intérêt du patient. Le programme de DPC répond à des orientations nationales, mais aussi parfois locales en respectant les modalités définies par l'HAS. Cependant le professionnel se trouve au centre de cette démarche de formation. **But** : Définir les différents critères de choix facilitateurs et les obstacles utilisés par les médecins généralistes dans les multiples modes de leur formation. **Méthode** : Qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins généralistes dans les 3 départements, Mayenne, Sarthe, Maine et Loire. Analyse du verbatim de type inductive. **Conclusion** : La formation des médecins généralistes n'est pas toujours basée sur des critères objectifs. Cela nécessite une évaluation individuelle, responsable, réfléchie et méthodique de ses besoins réels comme première étape dans son parcours de formation. **Perspectives** : En dehors du programme obligatoire établi pour la validation du DPC, qui semble à première vue insuffisant en terme de temps consacré, le médecin doit se responsabiliser pour entreprendre une démarche de formation réfléchie afin d'améliorer et de maintenir ses compétences professionnelles. **Mots clé** : Développement professionnel continu, déterminants facilitateurs, obstacles à la formation.