

# ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

BMJ : British Medical Journal

DIU : Diplôme Interuniversitaire

DMG : Département de Médecine Générale

DPC : Développement professionnel continu

DU : Diplôme Universitaire

E : Elevée

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

EPU : Enseignement Post-Universitaire

F : Faible

FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

FMC : Formation Médicale Continue

FMF : Fédération des Médecins de France

FPC : Formation Professionnelle Conventiionnelle

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoire

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

M : Moyenne

MG : Médecins Généralistes

N : Nombre

OGDPC : Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu

QCM : Questions à choix multiples

# PLAN

- I- Introduction
- II- Matériel et Méthode
- III- Résultats
- IV- Discussion
- V- Conclusion
- VI- Bibliographie
- VII- Annexes
- VIII- Liste des figures
- IX- Liste des tableaux

## **I- Introduction**

Initialement une simple obligation déontologique et morale (article 11 du code de déontologie), la formation médicale continue (FMC) est devenue en 1996 une obligation légale juridique. L'ordonnance Juppé, puis la loi du 04/03/2002 du code de la santé publique, renforcée par l'article 59 de la loi HPST du 21 juillet 2009 <sup>1</sup> ont défini le cadre légal de la FMC jusqu'à la création du développement professionnel continu. L'évolution rapide des données scientifiques invalidant la moitié des connaissances acquises en 7 ans <sup>2</sup>, la rend indispensable.

La FMC a des impacts multiples :

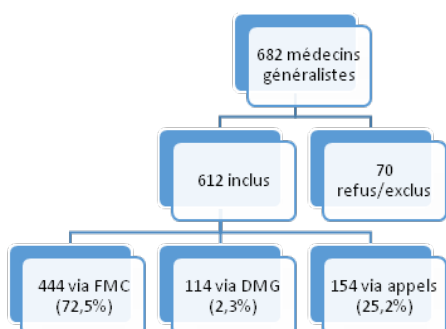
- Bénéfice en termes d'amélioration de la qualité et sécurité des soins ;
- Protection contre le burn-out du médecin <sup>3</sup> ;
- Intérêt économique possible par réduction des dépenses de santé liée à une optimisation des prises en charge selon les recommandations <sup>4 5 6</sup>.

La désertification médicale croissante de certaines régions a conduit à plusieurs projets de santé régionaux suite à la loi HPST portant en partie sur l'aménagement du territoire <sup>1</sup>. En 2013, le bassin des Pays de la Loire recensait 3333 médecins généralistes libéraux et mixtes, soit une baisse effective de 1,7% ces six dernières années <sup>7</sup>.

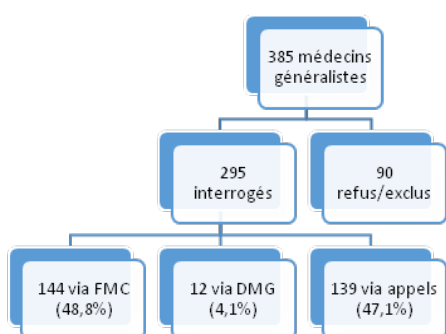
L'hypothèse amenant à ce travail était que les difficultés démographiques pouvaient influencer défavorablement sur la participation à la FMC. Le but de cette étude a été de rechercher l'existence d'un lien entre la participation des médecins généralistes à la FMC et la densité médicale dans les départements rattachés à la faculté de médecine d'Angers, soit le Maine-et-Loire, la Mayenne et la Sarthe. Ce lien a été exploré en fonction des types de FMC possible. Si ce lien existe, quels en sont les autres principaux déterminants ?

## II- Matériel et méthode

C'était une enquête rétrospective sur l'année 2014, descriptive, déclarative par un questionnaire diffusé par voie informatique. La population étudiée concernait les médecins généralistes de Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe. Les critères d'inclusion étaient d'être installés, d'exercer la médecine générale et d'avoir une adresse mail disponible. Les critères d'exclusion étaient d'avoir un exercice particulier (homéopathes, acupuncteurs, nutritionnistes, urgentistes, angiologues). Les adresses mails ont été récupérées pour le Maine et Loire et la Sarthe en partie via le service FMC de la faculté et une partie via le département de médecine générale pour les maîtres de stage et pour les autres par appel téléphonique au cabinet. Pour la Mayenne, le conseil de l'ordre disposant d'un fichier complet en a assuré la diffusion (figure 1, figure 2, figure 3).



**Figure 1 : Mode de recrutement des adresses mails en Maine et Loire**



**Figure 2 : Mode de recrutement des adresses mails en Sarthe**



**Figure 3 : Mode de recrutement des adresses mails en Mayenne**

Le questionnaire (annexe 1) a été construit sur Google Doc en trois parties. La première recueillait les données sociodémographiques dont la commune d'exercice pour définir la zone de densité. Il était également recueilli : l'âge, le statut familial, le type d'exercice (libéral exclusif, mixte et salarié), le mode d'exercice ainsi que les modalités de travail. La deuxième interrogeait par des questions fermées sur le type de FMC pratiqué, inspiré de thèse antérieure <sup>8</sup> et le temps consacré à la formation au cours de l'année 2014. La troisième partie prenait en compte des critères pouvant influencer la participation et le choix de FMC. Les MG avaient à choisir 5 critères favorisant et 5 critères freinant leur participation à partir d'une liste non exhaustive (liste disponible en annexe), issus des données de la littérature <sup>8</sup>. Seuls les réponses contenant strictement 5 critères favorables ou freinants ont été pris en compte dans l'analyse statistique. Un espace de commentaires libres a été laissé à la fin du questionnaire. Le questionnaire a été d'abord testé sur la compréhension des questions et le temps passé à y répondre. Puis il a été envoyé mi-mars. Une première relance a été effectuée au bout de 15 jours. Le questionnaire a été fermé au bout de 45 jours.

Via la commune d'exercice, nous avons pu diviser l'échantillon en 4 groupes de densité définis par l'ARS en utilisant CartoSanté <sup>9</sup>. Les densités ont été définies en nombre de médecins généralistes pour 10000 habitants : >9,2 ; entre 7,6 et 9,2 ; entre 6,2 et 7,6 et <6,2. Du fait du peu d'effectif dans le groupe de densité faible et très faible, ainsi que du peu d'écart de densité, ces deux groupes ont été fusionnés pour faciliter les analyses.

Des tests statistiques comparatifs ont été utilisés de type Chi 2 ou test de Fisher quand les effectifs étaient inférieurs à 5, ainsi que quelques tests ANOVA pour les variables quantitatives. Les statistiques ont été réalisées sur Epi Info 7, avec un seuil de significativité  $p < 0,05$ . Les 3 groupes de densité ont été comparés entre eux et en fonction des données sociologiques de façon globale puis par département.

### III- Résultats

#### 1- Démographie

252 réponses ont été comptabilisées sur 1106 questionnaires envoyés, soit un taux de répondant de 22.8%. Sur ces réponses, 6 questionnaires n'étaient pas interprétables (5 dont la zone de densité n'était pas identifiable et 1 erroné)

**Tableau I : Effectifs de la population étudiée répartis selon les zones de densité et les départements (pourcentage entre parenthèses)**

	49	72	53	<b>Total Zone de densité</b>
Elevée	69 (28)	34 (14)	9 (4)	<b>112 (46)</b>
Moyenne	55 (23)	11 (4)	3 (1)	<b>69 (28)</b>
Faible	22 (8)	29 (12)	14 (6)	<b>65 (26)</b>
<b>Total département</b>	<b>146 (59)</b>	<b>74 (30)</b>	<b>26 (11)</b>	<b>246 (100)</b>

La population de l'étude est superposable à notre région selon les données issues de l'atlas Démographie Médicale au 1er janvier 2013 du Conseil de l'Ordre de la Région Pays de Loire <sup>10</sup>.

Dans le 49 et le 72 les moyennes d'âge et les moyennes de densité de l'échantillon étaient comparables à celle de la population de MG respectivement dans le 49 et 72 (test Z avec Z inférieur à 1.96), ce qui n'était pas le cas en Mayenne.

### a- Profils des médecins répondants

**Tableau II : Réponses des MG selon le profil sociodémographique en fonction des zones de densité sur la totalité des répondants**

	F	M	E	
	N (%)			
<b>AGE</b>				
Moins de 45 ans	17 (26)	33 (48)	42 (37)	
45 ans et Plus	48 (74)	36 (52)	70 (63)	ns
Moyenne d'âge	51,6	47,4	49,2	
<b>STATUT</b>				
<b>Célibataire</b>	7 (11)	4 (6)	21(19)	<b>p=0,0373</b>
<b>En couple</b>	58 (89)	65 (94)	91 (81)	
<b>ENFANTS A CHARGE</b>				
0	21 (32)	15 (22)	33 (29)	
1 ou 2	25 (39)	31 (45)	52 (46)	ns
3 ou plus	19 (29)	23 (33)	27 (24)	

En fonction des zones de densités :

La moyenne d'âge des MG du groupe de densité faible (F) était plus élevée que la moyenne d'âge du groupe de densité moyenne (M) ( $p=0.0261$ ). Il n'y avait pas de différence significative en comparant les 2 autres zones de densité entre elles.

La répartition du nombre d'enfants à charge était homogène dans les 3 groupes.

Concernant le statut des MG, il a été observé un nombre important de célibataires dans le groupe de densité élevée (E) par rapport au groupe M ( $p= 0.0147$ ). Pas d'autres différences significatives n'étaient constatées.

**Tableau III : Réponses des MG selon le profil sociodémographique en fonction des départements sur la totalité des répondants**

	<b>49</b>	<b>72</b>	<b>53</b>	
	<b>N (%)</b>			
<b>AGE</b>				
<b>Moins de 45 ans</b>	62 (42)	19 (26)	11 (42)	
<b>45 ans et Plus</b>	84 (58)	55 (74)	15 (58)	<b>p=0,0068</b>
<b>Moyenne d'âge</b>	47,8	52,6	48,2	
<b>STATUT</b>				
<b>Célibataire</b>	16 (11)	13 (18)	3 (12)	<b>p=0,0410</b>
<b>En couple</b>	130 (89)	61 (82)	23 (88)	
<b>ENFANTS A CHARGE</b>				
0	40 (27)	22 (30)	7 (27)	
1 ou 2	59 (40)	35 (47)	14 (54)	ns
3 ou plus	47 (32)	17 (23)	5 (19)	

En fonction des départements :

La moyenne d'âge des médecins du 72 était significativement plus élevée que celle des MG du 49 ( $p=0.0018$ ), cette différence n'était pas retrouvée en comparant les autres départements entre eux.

Pas de différence non plus en ce qui concerne le statut et le nombre d'enfant à charge.

En fonction des zones de densités dans les départements :

Il n'a pas été retrouvé de différence significative en comparant les zones de densité entre elles par départements pour l'âge, le statut et les enfants à charge.



## b- Exercice médical

**Tableau IV : Données recueillies sur l'exercice médical des MG répondants selon les zones de densité**

	F	M	E	
	N (%)			
<b>Journées travaillées par semaine</b>				
Moins de 3j	0	1 (2)	6 (5)	
De 3 à 5 jours	47 (72)	56 (81)	86 (77)	ns
Plus de 5 jours	18 (28)	12 (17)	20 (18)	
<b>Gardes par mois</b>				
<b>Aucune</b>	10 (15)	6 (9)	44 (39)	
<b>1 à 2</b>	52 (80)	60 (87)	63 (56)	<b>p=0,000001</b>
<b>3 ou plus</b>	3 (5)	3 (4)	5 (5)	
<b>Mode d'exercice</b>				
Libéral	53 (82)	51 (74)	92 (82)	
Mixte	11 (17)	18 (26)	18 (16)	ns
Salarié	1 (1)	0	2 (2)	
<b>Type d'exercice</b>				
<b>Isolé</b>	24 (37)	8 (12)	26 (23)	
<b>Cabinet Groupe</b>	28 (43)	50 (72)	79 (71)	<b>p=0,0002</b>
<b>Pôle Santé</b>	13 (20)	11 (16)	7 (6)	
<b>Possibilités de Remplacement</b>				
Non	42 (65)	31 (30)	57 (51)	
Oui	23 (35)	38 (70)	55 (49)	ns

En fonction des zones de densité :

Il n'y avait pas de différences significatives entre les différents groupes de MG concernant le nombre de journées travaillées par semaine, ni selon le mode d'exercice.

Concernant le type d'exercice des MG : il n'existait pas de différence significative concernant l'exercice en pôle de santé dans les différentes zones de densité. Les MG du groupe F travaillaient moins en cabinet de groupe que ceux des autres zones de densité ( $p = 0.0003$  entre F et E et  $p=0.0005$  entre F et M). Les MG du groupe M exerçaient moins isolément que leurs confrères ( $p=0.005$  entre E et M et  $p=0.0005$  entre F et M).

Concernant l'activité de garde, il existait une différence significative entre le groupe E réalisant entre 1 à 2 gardes par mois et les 2 autres groupes ( $p=0.0027$  entre F et E ;  $p=0.000007$  entre M et E). Il n'existait pas de différence dans l'activité de garde entre les groupes M et F.

Pour les remplacements, le groupe F avait plus de difficultés à trouver des remplaçants que le groupe M ( $p=0.0222$ ). Un MG du groupe F déclarait « Si j'avais la possibilité de me

*faire remplacer, je ferais plus de formations* ». Il n'y avait pas de différence significative entre les groupe F et E ni entre E et M.

Le niveau d'informatisation des cabinets ne différait pas entre les différentes zones de densité avec des pourcentages allant de 95% à 100% selon les zones.

La perception de la densité démographique était erronée dans près d'un tiers des cas. Dans le groupe E et M respectivement 34% et 35% se pensaient en zone déficitaire « *type Cholet ville* », alors que 29% des MG du groupe F ne se voyaient pas en zone déficitaire.

En fonction des départements :

Il n'y avait pas de différence significative constatée entre les 3 groupes Maine et Loire (49) Sarthe (72) et Mayenne (53) concernant le nombre de jours travaillés par semaine, le nombre de gardes par mois, l'informatisation du cabinet ou le type d'exercice.

On constatait moins de MG en exercice libéral exclusif dans le 53 par rapport au 72 ( $p=0.0492$ ).

Les MG du 72 avaient plus de difficultés que ceux du 49 ( $p=0.0366$ ) à trouver des remplaçants, pas de différence significative pour les autres départements.

**Tableau V : Données recueillies sur l'exercice médical des MG répondants par zones de densité dans le 49**

	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>E</b>	
	<b>N (%)</b>			
<b>JOURNÉES TRAVAILLÉES PAR SEMAINE</b>				
Moins de 3j	0 (0)	0 (0)	5 (7)	
De 3 à 5 jours	14 (64)	45 (82)	51 (74)	ns
Plus de 5 jours	8 (36)	10 (18)	13 (19)	
<b>GARDES PAR MOIS</b>				
<b>Aucune</b>	4 (18)	5 (9)	30 (43)	
<b>1 à 2</b>	17 (77)	47 (85)	37 (54)	<b>0,0001</b>
<b>3 ou plus</b>	0 (0)	3 (5)	2 (3)	
<b>MODE D'EXERCICE</b>				
Libéral	19 (86)	40 (73)	57 (83)	
Mixte	3 (14)	15 (27)	10 (14)	ns
Salarié	0 (0)	0 (0)	2 (3)	
<b>TYPE D'EXERCICE</b>				
<b>Isolé</b>	10 (45)	5 (9)	14 (20)	
<b>Cabinet Groupe</b>	7 (32)	42 (76)	50 (72)	<b>0,0006</b>
<b>Pôle Santé</b>	5 (23)	8 (5)	5 (7)	
<b>POSSIBILITÉS DE REMPLACEMENT</b>				
Non	14 (64)	24 (44)	31 (45)	ns
Oui	8 (36)	31 (56)	38 (55)	

En fonction des zones de densité du 49 :

On constatait que les MG du groupe E réalisaient moins de gardes que ceux du groupe M ( $p=0.00003$ ). Les MG du groupe F exerçaient significativement plus en cabinet isolé comparativement à ceux du groupe M et E ( $p=0.0003$  et  $0.0019$ )

Pour les deux autres départements, il n'y avait pas de différence significative.

## 2- FMC selon les zones de densité

**Tableau VI : Participation des MG aux différents types de FMC en fonction des zones de densité**

	F	M	E	Total	
	N (%)				
<b>OGDPC</b>					
Non	17 (26)	14 (20)	31 (28)	62 (25)	ns
Oui	48 (74)	55 (80)	81 (72)	184 (75)	
<b>Groupes de Pair</b>					
Non	42 (65)	45 (65)	73 (65)	160 (65)	ns
Oui	23 (35)	24 (35)	39 (35)	86 (35)	
<b>Groupes Balint</b>					
Non	63 (97)	67 (97)	102 (91)	232 (94)	ns
Oui	2 (3)	2 (3)	10 (9)	14 (6)	
<b>Diplôme Universitaire</b>					
Non	62 (95)	65 (94)	105 (94)	232 (94)	ns
Oui	3 (5)	4 (6)	7 (6)	14 (6)	
<b>Congrès</b>					
Non	<b>44 (68)</b>	<b>44 (64)</b>	<b>51 (46)</b>	<b>139 (57)</b>	<b>p=0,0059</b>
Oui	<b>21 (32)</b>	<b>25 (36)</b>	<b>61 (54)</b>	<b>107 (43)</b>	
<b>Journée EPU</b>					
Non	22 (34)	22 (32)	43 (38)	87 (35)	ns
Oui	43 (66)	47 (68)	69 (62)	159 (65)	
<b>Revue Médicales</b>					
Non	7 (11)	11 (16)	12 (11)	30 (12)	ns
Oui	58 (89)	58 (84)	100 (89)	216 (88)	
<b>Internet</b>					
Non	25(38)	31 (45)	44 (39)	100 (41)	ns
Oui	40 (62)	38 (55)	68 (61)	146 (59)	
<b>Etudiants</b>					
Non	34 (52)	33 (48)	53 (47)	120 (49)	ns
Oui	31 (48)	36 (52)	59 (53)	126 (51)	
<b>Recommandations</b>					
Non	4 (6)	4 (6)	9 (8)	17 (7)	ns
Oui	61 (94)	65 (94)	103 (92)	229 (93)	
<b>Soirées Labo</b>					
Non	<b>29 (45)</b>	<b>44 (64)</b>	<b>69 (62)</b>	<b>142 (58)</b>	<b>p=0,0428</b>
Oui	<b>36 (55)</b>	<b>25 (36)</b>	<b>43 (38)</b>	<b>104 (42)</b>	
<b>Visiteurs Médicaux</b>					
Non	<b>13 (20)</b>	<b>39 (57)</b>	<b>39 (35)</b>	<b>91 (37)</b>	<b>p=0,000056</b>
Oui	<b>52 (80)</b>	<b>30 (43)</b>	<b>73 (65)</b>	<b>155 (63)</b>	

Les MG du groupe E participaient plus au congrès que ceux des groupes M et F ( $p=0.0438$  et  $p=0.0170$ ).

Les MG du groupe F participaient significativement plus aux soirées laboratoires que les médecins des zones M et E ( $p=0.0260$  entre F et M et  $p=0.0283$  entre F et E). Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les zones M et E.

Les MG du groupe M recevaient significativement moins de visiteurs médicaux que ceux des zones E et F ( $p=0.0041$  entre E et M et  $p=0.00001$  entre F et M).

Aucune différence significative n'a été retrouvée dans les analyses selon le temps passé pour chaque FMC (en annexe).

Il n'a pas été retrouvé de différence significative pour les autres types de FMC.

Selon les données sociologiques :

Les MG de 45 ans ou plus du groupe F participaient plus aux soirées laboratoires que ceux des groupes M et E ( $p=0,0214$ ).

Les MG sans enfant du groupe F recevaient plus de visiteurs médicaux que ceux des groupes M et E ( $p=0,0127$ ).

Les médecins du groupe E vivant en couple ( $p=0,0067$ ) ou ayant 1 à 2 enfants à charge ( $p=0,0016$ ) se rendaient plus aux congrès. De même les médecins du groupe F en couple ou ayant 1 à 2 enfants participaient plus aux soirées organisées par les laboratoires (groupe F en couple :  $p=0,0358$ , groupe F avec 1 ou 2 enfants à charge :  $p=0,0217$ ).

Les groupes F et E en couple recevaient plus de visiteurs médicaux que ceux du groupe M ( $p=0,0001$ ).

Les MG en exercice libéral des groupes E et F recevaient plus de visiteurs médicaux que ceux du groupe M (E-M  $p=0,0005$  et F-M  $p=0,00007$ ).

Les médecins en cabinet de groupe du groupe E allaient plus aux congrès que leurs confrères des groupes M et F ( $p=0,0034$ ), « *en cabinet de groupe, on est plus libre de prendre des jours de formation car pas trop d'impact sur les collègues* ».

Les MG du groupe F travaillant 3 à 5 jours par semaine allaient plus aux soirées laboratoires que ceux des autres groupes ( $p=0,0226$ ). De même ils recevaient significativement plus de visiteurs médicaux que ceux du groupe M (E-M  $p=0,0082$  et F-M  $p=0,0343$ ).

Les MG réalisant 3 gardes ou plus par mois des groupes E et F recevaient plus de visiteurs médicaux que ceux du groupe M (E-M  $p=0,0199$ , M-F  $P=0,0001$ ).

Dans les MG répondants, 51% accueillait des étudiants, dont 80% des internes, 19% des externes et 1% les 2 quel que soit la zone de densité.

Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les 3 zones de densité en ce qui concerne le nombre de journées non travaillées par les MG au profit de la FMC.

### 3- FMC selon les départements

Tableau VII : Participation MG aux différents types de FMC en fonction des départements

	49	72	53	Total	
	N (%)				
<b>OGDPC</b>					
Non	37 (25)	22 (30)	3 (12)	62 (25)	ns
Oui	109 (75)	52 (70)	23 (88)	184 (75)	
<b>Groupes de Pair</b>					
Non	<b>59 (60)</b>	<b>57 (77)</b>	<b>16 (62)</b>	<b>132 (54)</b>	<b>p=0,0347</b>
Oui	<b>87 (40)</b>	<b>17 (23)</b>	<b>10 (38)</b>	<b>114 (46)</b>	
<b>Groupes Balint</b>					
Non	141(97)	68 (92)	23 (88)	232 (94)	ns
Oui	5 (3)	6 (8)	3 (12)	14 (6)	
<b>Diplôme Universitaire</b>					
Non	136 (93)	72 (97)	24 (92)	232 (94)	ns
Oui	10 (7)	2 (3)	2 (8)	14 (6)	
<b>Congrès</b>					
Non	81 (55)	45 (61)	13 (50)	139 (57)	ns
Oui	65 (45)	29 (39)	13 (50)	107 (43)	
<b>Journée EPU</b>					
Non	103 (71)	34 (46)	10 (38)	147 (60)	ns
Oui	43 (29)	40 (54)	16 (62)	99 (40)	
<b>Revue Médicales</b>					
Non	19 (13)	8 (11)	3 (12)	30 (12)	ns
Oui	127 (87)	66 (89)	23 (88)	216 (88)	
<b>Internet</b>					
Non	68(47)	24 (32)	8 (31)	100 (41)	ns
Oui	78 (53)	50 (68)	18 (69)	146 (59)	
<b>Etudiants</b>					
Non	69 (47)	36 (49)	15 (58)	120 (49)	ns
Oui	77 (53)	38 (51)	11 (42)	126 (51)	
<b>Recommandations</b>					
Non	9 (6)	5 (7)	3 (12)	17 (7)	ns
Oui	137 (94)	69 (93)	23 (88)	229 (93)	
<b>Soirées Labo</b>					
Non	87 (60)	41 (55)	13 (50)	141 (57)	ns
Oui	59 (40)	33 (45)	13 (50)	105 (43)	
<b>Visiteurs Médicaux</b>					
Non	59 (40)	24 (32)	8 (31)	91 (37)	ns
Oui	87(60)	50 (68)	18 (69)	155 (63)	

Il n'a pas été retrouvé de différence significative pour les différents types de FMC sauf concernant les groupes de pair.

Après stratifications des données :

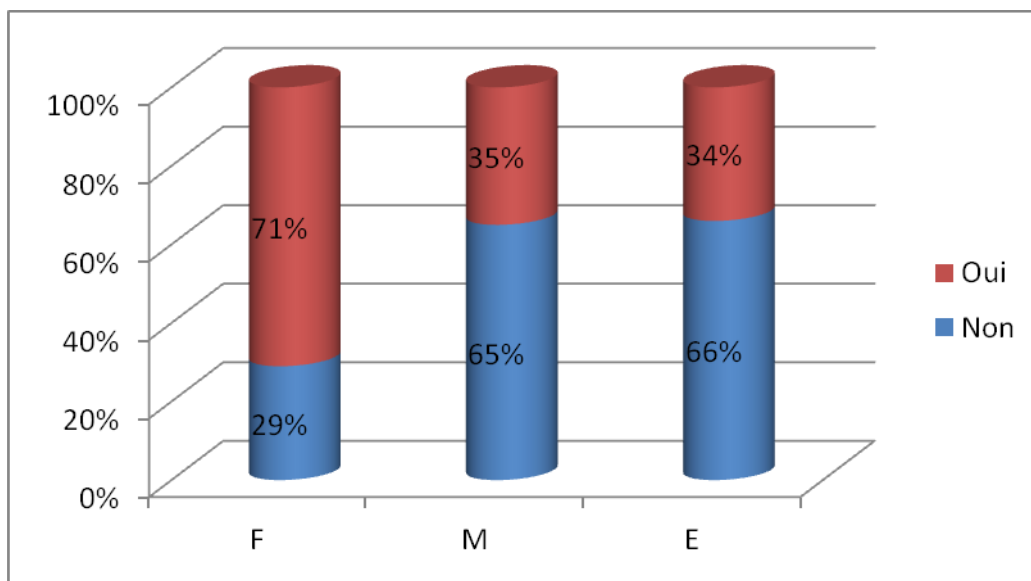
Les MG du 49 de moins de 45 ans allaient plus aux EPU ( $p = 0,0017$ ) et participaient plus à des groupes de pair que leurs confrères de 45 ans ou plus ( $p=0,0044$ ).

Les MG du 49 en couple allaient plus aux groupes de pair que ceux du 72 ( $p=0.037$ ).

Les MG du 49 n'ayant pas d'enfant à charge participaient plus à des groupes de pair que les médecins du 72 ( $p=0.0084$ ).

Le groupe du 49 exerçant en cabinet de groupe participait plus aux journées d'EPU que le groupe 72 ( $p=0,041653$ ).

#### 4- FMC selon la zone de densité ressentie par les MG



**Figure 4 : MG (en pourcentage) pensant exercer en zone déficitaire répartis par zone de densité**

En fonction du ressenti des MG, 2 groupes sont constitués : ressenti en zone déficitaire et non ressenti en zone déficitaire. Il n'a pas été retrouvé de différence significative pour les différents types de FMC.

## 5- FMC selon les zones de densité par départements

Dans le 49, la non-participation aux congrès était majoritaire ( $p=0,0491$ ). Inversement, recevoir des visiteurs médicaux était significativement positif ( $p=0,0014$ ).

Les MG du groupe E participaient significativement plus aux congrès que ceux du groupe M ( $p=0,003804$ ). Ceux des groupes E et F recevaient plus de visiteurs médicaux que ceux du groupe M (respectivement  $p=0,0067$  entre E et M,  $p=0,0021$  entre F et M).

Les MG du groupe M du 49 recevaient significativement moins de visiteurs médicaux que le groupe E lorsque :

- Ils étaient en couple ( $p= 0.0018$ )
- Ils travaillaient entre 3 et 5 j par semaine ( $p=0.002$ )
- Ils effectuaient entre 1 et 2 gardes par mois ( $p=0.0174$ )
- Ils exerçaient uniquement en libéral ( $p= 0.009$ )
- Ils avaient des difficultés pour se faire remplacer ( $p=0.0276$ ).

Les MG du groupe E, dans le 49 ayant des difficultés pour se faire remplacer, se rendaient significativement plus aux groupes de pair que le groupe F ( $p=0.008$ ).

Dans le 72, la non-participation aux groupes de pair étaient majoritaire ( $p=0,000006$ ).

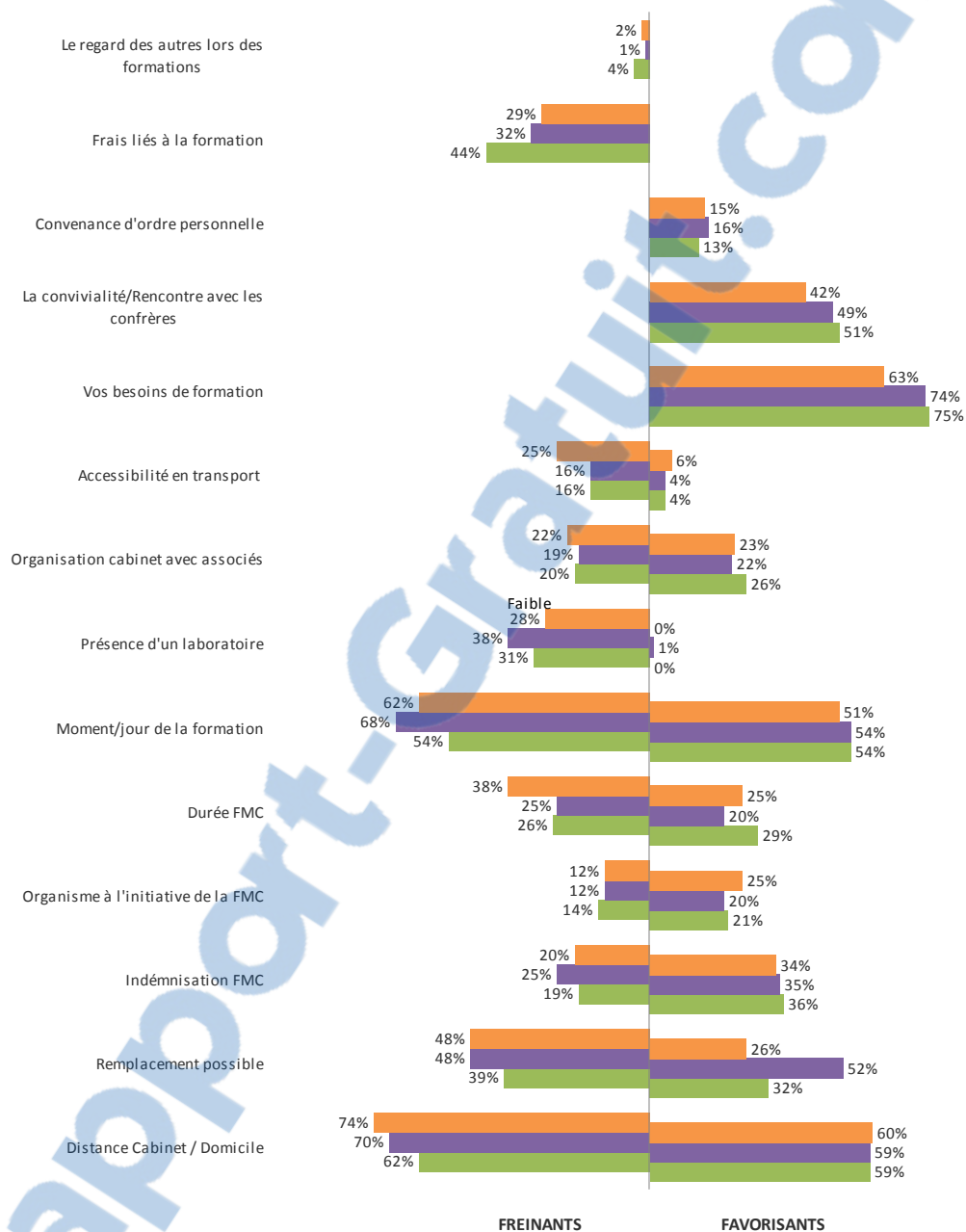
Les MG du groupe F participaient plus aux groupes de pair que ceux du groupe E ( $p=0,000005$ ).

Dans le 53, la non-participation aux soirées laboratoires était majoritaire ( $p=0,0298$ ). Inversement, les visiteurs médicaux étaient plus reçus ( $p=0,0469$ ).

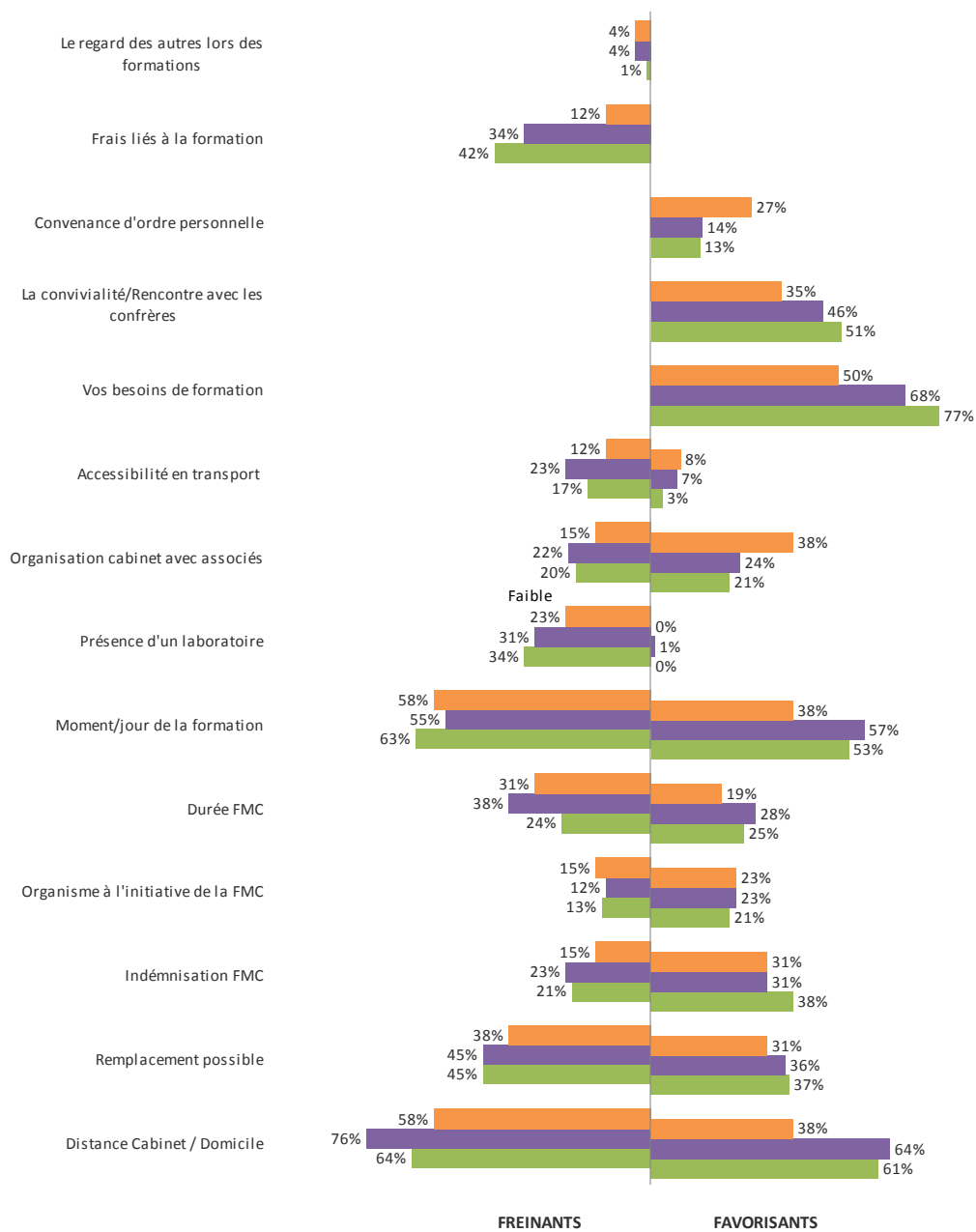
Les MG des groupes E et F recevaient significativement plus de visiteurs médicaux que ceux du groupe M (respectivement  $p=0,0294$  et  $p=0,045$ ).



## 6- Critères de choix influençant la FMC



**Figure 5 : Critères favorisants et freinants la FMC selon les zones de densité (vert : groupe E, violet : groupe M et orange : groupe F)**



**Figure 6 : Critères favorisants et freinants la FMC selon les départements (vert : 49, violet : 72 et orange : 53)**

### **a- Critères favorisant la participation à la FMC**

Les graphiques résumant les différentes réponses apportées par les MG concernant les critères de choix de FMC.

Il n'existait pas de différence significative dans le choix de ces critères en fonction des zones de densité. Pour les 3 zones de densité le critère le plus important dans le choix de FMC était le thème correspondant aux besoins de formation « *besoin naturel à la formation* ». Venait ensuite la distance à parcourir pour se rendre à la formation « *exercer dans une ville universitaire ou à proximité semble rendre la formation plus facile* ». Le moment/jour de formation de la FMC était également important « *je participe à la FMC de la faculté le jeudi, mon jour de repos* ». L'aspect convivial venait en 4<sup>ème</sup> position puis la possibilité de remplacement en 5<sup>ème</sup>.

La comparaison de critères de choix entre les 3 départements a révélé que l'indemnisation était un critère plus important pour les MG du 49 par rapport aux MG du 72 ( $p=0.0029$ ).

Au sein du département 49 :

Les MG du groupe E et M estimaient que le moment/jour de la FMC était un critère plus important que leurs confrères de la zone F ( $p=0,0001$  entre E et F, et  $p=0,0228$  entre F et M). L'organisme à l'initiative de la FMC était plus favorisant pour le groupe E par rapport à ceux du groupe M ( $p=0,0001$ ). Les besoins de formation, ainsi que la convivialité était plus important pour le groupe M que pour le groupe F (respectivement  $p=0,0209$  et  $p=0,0059$ ).

Aucune différence n'est ressortie de l'étude entre les zones de densité au sein des départements 72 et 53

### **b- Critères freinant la participation à la FMC**

Concernant les freins estimés à la participation aux FMC, on trouvait dans l'ordre: la distance, le moment/jour de la formation, l'impossibilité de faire appel à un remplaçant « *le plus grand frein, la difficulté pour me faire remplacer* ». Les frais engendrés par la FMC entraient en ligne de compte « *indemnisation de la formation n'est pas forcément un critère si je peux me libérer mais cela aide beaucoup dorénavant dans mon choix* ».

On ne trouvait pas de différence significative lors de l'analyse de ces critères de choix en fonction des zones de densité.

Concernant l'analyse par département :

Comparativement à ceux du 72, les MG du 49 citaient plus souvent comme frein à la FMC la présence de laboratoire pharmaceutique ( $p=0,0298$ ) ainsi que l'impossibilité de s'organiser au cabinet avec des associés ( $p=0,0321$ ). Le regard des autres était un critère de frein plus mis en avant dans le 72 versus le 49 ( $p=0,037$ ).

Dans l'analyse par zones de densité par département :

Dans le 49, les MG du groupe E rapportaient que l'absence de remplaçant était un frein par rapport à ceux du groupe M ( $p=0,0131$ ).

Dans le 72, les frais liés à la FMC étaient un frein plus important pour le groupe E que ceux du groupe M ( $p=0,0411$ ). La difficulté d'accès aux transports était un frein plus important pour ceux du groupe E que pour ceux du groupe F.

Aucun élément significatif ne ressortait pour le 53.

## **IV- Discussion**

### **1- Méthodologie**

Le choix d'une étude quantitative a nécessité l'utilisation de questions fermées lors de la création du questionnaire. Ceci entraînant une perte d'informations hors du champ des questions proposées. Pour compenser cela, des cases « autres réponses » ont été rajoutées pouvant donner lieu à des réponses libres. De plus, les répondants avaient la possibilité de faire un commentaire au terme du questionnaire.

La question du genre n'a malheureusement pas figurée sur le questionnaire final du fait d'une erreur de saisie. Il aurait été intéressant de comparer les résultats selon le sexe.

Le choix a été fait de demander le code postal (question obligatoire) et le nom de la ville (facultative), permettant de préserver l'anonymat tout en définissant les zones de densité via Cartosanté sur le site de l'ARS.

Les MG ont été interrogés sur les différents types de FMC. Les types de FMC ainsi que les critères de choix ont été définis en partant d'études antérieures<sup>11 12</sup>.

La population incluse était les MG possédant une adresse mail ce qui a pu entraîner un biais de sélection. Les différents conseils de l'ordre des médecins de chaque département ont été contactés pour récupérer un listing des MG installés. Malheureusement, ceux-ci n'ont pas de listing à jour et/ou incomplet. Cela a pu entraîner une limitation de l'échantillon à questionner. Une partie des adresses a été récupérée pour le 49 et le 72 par les départements FMC et DMG de la faculté de médecine d'Angers. Ceci pouvant entraîner un biais de sélection, car ceux ayant transmis leurs adresses mails aux départements en questions, sont probablement ceux qui participent le plus aux FMC. Cela peut expliquer un taux plus important de réponse dans ces 2 départements par rapport au 53. Les autres ont été contactés par téléphone pour récupérer les adresses mails. Une mailing liste de 1106 adresses mails a été constituée sur 1266 MG. Le conseil de l'ordre du 53 en possédait 199, 907 adresses mails ont été récupérées entre le département de FMC, le DMG et par appels. Lors des appels, certains secrétariats faisaient barrage et refusaient de fournir une adresse mail. Le plus souvent la raison avancée était le manque de temps. Cela a pu induire un biais dans nos résultats, surtout si ces refus concernaient le groupe F. Au contraire, d'autres ont pu être intéressés par le sujet lors de l'entretien téléphonique, pouvant également entraîner le même risque.

Pour le 53, nous n'avons pas eu accès au listing des mails : le conseil de l'ordre s'est occupé de l'envoi, ce qui peut expliquer le faible taux de réponse. De plus, l'interlocutrice

du CDOM53 a averti qu'un grand nombre de questionnaires/thèses étaient envoyés en même temps, ceci a probablement diminué le nombre de réponses de ce département.

Une deuxième relance a été effectuée de façon générale à J15. Il était précisé lors de la 2<sup>ème</sup> relance aux médecins ayant déjà répondu de ne pas répondre à nouveau. Malgré cela, il est possible que certains MG aient répondu 2 fois (comme le montre un des commentaires) entraînant une surestimation des résultats. De même, le mode de recueil des données par questionnaire entraîne un biais de prévarication (les MG pouvant parfois survaloriser leur participation aux FMC dans leurs réponses).

Pour le 53, le conseil de l'ordre a refusé de faire une deuxième relance, expliquant de nouveau le plus faible taux de réponse (13%) dans ce département. Il serait intéressant de discuter l'intérêt d'une mailing liste propre à la faculté pour ce type de travail et d'un logiciel permettant de ne relancer que les médecins n'ayant pas répondu.

Notre étude comportait un biais de mémorisation puisque les MG étaient interrogés sur la FMC pratiquée en 2014 (alors que nous étions en 2015).

Une fois les réponses récupérées, les groupes de densité ont été créés à partir de Cartosanté<sup>9</sup> mais les données dataient de 2013 alors que notre étude portait sur l'année 2014.

Une fois les groupes constitués, le groupe de très faible densité et le groupe faible densité ont été regroupés car les MG étaient trop peu nombreux dans chacun des deux groupes. Le regroupement de deux groupes en un seul entraînait un biais de mesure. Mais la petite taille des échantillons dans leur répartition initiale aurait diminuée la significativité de l'étude.

A noter que l'ARS définit des zones de densité en fonction du nombre d'habitants. Ni l'âge de la population, ni les difficultés logistiques d'accès au médecin ne sont pris en compte pour définir ces zones. Pourtant ceci peut entraîner une surcharge de travail. Le choix de se référer aux zones de densité définies par l'ARS comme base de ce travail est malgré tout apparu comme le choix le plus judicieux car permettant de faire le lien de manière plus rigoureuse que les autres sources disponibles entre une commune et sa zone de densité.

## **2- Résultats**

En ce qui concernait l'extension de nos résultats à la population des MG de chaque département, on pouvait conclure que pour la moyenne d'âge, ainsi que pour les moyennes des densités médicales en Sarthe et Maine et Loire, l'échantillon était représentatif. Pour la Mayenne, la moyenne d'âge de notre échantillon n'était pas représentative, ainsi que pour la moyenne de densité médicale.

On constate qu'il y a très peu de différences de participation à la FMC entre les groupes. En terme de temps consacré à chacune FMC, on ne retrouve pas de différence significative. Par contre, on constate que les MG se forment différemment en fonction de leurs contraintes économiques, géographiques et organisationnelles. Notre hypothèse de départ était qu'exercer en zone F rendait la participation aux FMC plus ardue, du fait d'une charge de travail plus importante. Les résultats infirment l'hypothèse initiale d'une moindre formation mais la densité influe sur le type de FMC.

Le groupe E, du fait d'une probable proximité des grandes villes et/ou villes universitaires ainsi qu'un accès aux transports plus facile, participaient plus aux congrès. Le critère de choix de la distance arrivait en 2<sup>ème</sup> position comme critère favorisant dans cette étude. On retrouve ce critère-là également dans la littérature à la même position <sup>13</sup>. La durée des congrès peut être mise en cause comme un critère de frein pour les MG du groupe F. Le fait d'être en cabinet de groupe permet de pouvoir se libérer pour les congrès dans le groupe E. Cela a été relaté par certains commentaires. Le groupe E avait moins de difficultés à se faire remplacer grâce à l'exercice en cabinet de groupe, permettant un remplacement par les collègues.

A contrario, le groupe F participait plus aux soirées laboratoires. Les résultats permettent d'apprendre que le groupe F avait un type d'exercice plutôt en cabinet isolé, plus de difficultés à se faire remplacer. Le choix de ces soirées peut s'expliquer par la proximité, le moment de la journée et par le cadre plus convivial qu'elles proposent. C'est-à-dire surtout le soir, cela n'entraînant ni fermeture de cabinet, ni recherche de remplaçant. Ces soirées étaient plus fréquentées par les MG de plus de 45 ans. La population des MG plus jeune trouve moins de qualité scientifique à ce type de formation, moins rigoureuse et suspecte de conflits d'intérêts. Les formations par l'industrie pharmaceutique sont plus controversées actuellement <sup>2 8 14 15</sup>.

Sur les médecins interrogés, 93% déclaraient consulter les recommandations (HAS, ANSM, assurance maladie...) ce qui confirme les résultats d'une étude publiée dans santé pub de 2006 qui montrait que 60% les trouvaient utiles <sup>17</sup>.

La question de l'indemnisation de la FMC n'apparaît pas comme un critère majeur mis en avant lors du choix des critères favorisants ou freinants. Cependant l'indemnisation de la FMC est source de nombreux commentaires (« *Je regrette très amèrement la diminution drastique de nos droits à la formation indemnisée* », « *Importance primordiale de*

*l'indemnisation de la FMC, sinon perte financière trop conséquente », « c'est fort dommage qu'on nous enlève les formations indemnisées »)*

Il serait intéressant d'étudier par la suite s'il existe un changement de comportement des MG dans leur formation suite à la mise en place du DPC, notamment depuis la diminution de l'indemnisation. De 76H de formation financée jusqu'en 2012, celle-ci est tombée à 14 en 2014 dans le dispositif DPC<sup>16</sup>. Les modifications au droit intervenues en 2014 sans avertissement préalable des MG ont probablement contribué à une diminution de la participation à la formation. L'imprévision et la mise en place hasardeuse du DPC a conduit en 2014 à des cessations de paiements pour un dépassement allégué du budget alloué à l'OGDPC, alors que seulement 26% de la population cible en avait bénéficiée.

### **3- Ouverture**

Il n'a pas été retrouvé d'étude similaire dans la littérature mettant en relation la densité médicale et la FMC. Celle-ci est une obligation légale, morale et déontologique à laquelle tout docteur en médecine doit se soumettre. Sa mention dans le serment d'Hippocrate en est d'ailleurs la preuve la plus symbolique : « mes compétences. Je les entretiendrai et perfectionnerai, pour assurer au mieux les services qui me seront demandés ». La désorganisation du maillage territorial de la FMC favorisée par l'instauration des nouvelles règles de formation survient en même temps que la désertification médicale. Elle permet d'apporter un état de la participation à la FMC dans les 3 départements où la démographie médicale est en baisse. Ces données peuvent être utiles pour la faculté de médecine qui organise des FMC, ainsi que pour les organismes de FMC pour planifier des formations.

Des solutions pourraient être apportées pour augmenter la participation des MG. Par exemple, pour les journées d'EPU, une délocalisation de la formation vers le CH du Mans pour les Sarthois ou le CH de Laval pour les Mayennais pourrait permettre aux médecins de s'y rendre plus facilement. Une autre solution évoquée dans les commentaires serait de mettre en place des visioconférences. Avec un listing à jour, en évitant les biais retrouvés dans cette étude et à plus grande échelle on pourrait confirmer ces résultats. On pourrait également rediscuter au niveau national l'organisation de la FMC dans les zones de densité et tenir compte des critères de choix.



## **V- Conclusion**

On ne peut pas conclure qu'être en zone de densité médicale faible soit un frein ou un atout pour la FMC en général. Par contre pour certains types de FMC nécessitant plusieurs jours et un éloignement géographique (congrès), les zones en faible densité médicale semblent plus pénalisées. La multiplicité des moyens de formation (notamment grâce à Internet) pourrait permettre de pallier à ces problèmes sous réserve d'un contrôle qualité. On peut aussi penser que la FMC est surtout une implication personnelle propre à chaque médecin quel que soit son mode d'exercice.

## VI- Références bibliographie

1. Legifrance. [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
2. Jeanniard Grégoire, Descamps Diane. FMC : états des lieux et conséquences pratiques. Mémoire DIU de pédagogie médicale. 2008.
3. Martin Guillaume. Le burn out des médecins généralistes en Mayenne. Thèse. 2013.
4. Ling Zhou. DPC non présentiel à propos de l'expérimentation DPC 2011 de la société française de médecin générale. Thèse. 2012.
5. Andrieux Marc. Critères de choix de FMC par les médecins généralistes d'Indre et Loire. Thèse. 2008.
6. Cantillon Peter, Jones Roger. Does continuing medical education in general practice make a difference? *BMJ* 1999; 318:1276-9.
7. Le Brulon-Lerouillois Gwénaëlle, Rault Jean-François. Analyse prospective de 2013 à 2018 sur la baisse de la densité médicale.
8. Vandermeer Alix, Pierre Archambault. Critères de choix et stratégies d'évaluation des besoins de formation médicale continue, Selection criteria and assessment strategies of continuous medical education. *Exercer* 2013; 106:67-8.
9. ARS Pays de la Loire. Cartosanté. [www.ars.paysdelaloire.sante.fr](http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr)
10. Conseil national de l'ordre des médecins
11. Houbaut Nathalie. Internet et le médecin générale : évolution en Midi-Pyrénées de 2002 à 2008 et perspectives. Thèse. Toulouse. 2009.
12. Cordonnier Pauline. Formation médicale continue des médecins généralistes à l'aube du DPC. Thèse. 2012.
13. IRDES. Rapport 559 IRDES <http://www.irdes.fr/recherche/2014/rapport-559-1-evaluation-de-la-performance-des-maisons-poles-et-centres-de-sante-dans-le-cadre-des-enmr.html>
14. Benyahia Hamon Linda. Les facteurs influençant le choix des modalités de formation continue des jeunes médecins généralistes enquête auprès de 3 promotions issues de l'université d'Angers. Thèse. Angers. 2013
15. Goulet François, Ladouceur Roger, Gagnon Robert. Participation des médecins à des activités de développement professionnel continu comparaison des données du Québec de 2001 à 2006. *Le médecin du Québec*, volume 44, numéro 10. Octobre 2009.
16. Le Borgne Catherine. DPC : La reforme après la banque route. Lettre Hebdomadaire UNOF du 03-11-2014
17. Santé publique 2006. Volume 18, no 4, pp. 573-584

18. De Pischoff Florian. Evaluation de la formation médicale continue des médecins généralistes. Thèse. 2010.
19. Rigoulet Nathalie. Détermination des besoins de formation médicale continue du médecin généraliste : intérêt et méthodes. Thèse. 2013.
20. Bonnenfant Stéphanie. La FMC des médecins généralistes contribue-t-elle à l'amélioration de la qualité des soins qu'ils dispensent ? Evolution des concepts de la FMC a DPC. Thèse. Poitiers. 2012.
21. Conseils nationaux de la Formation Médicale Continue
22. HAS. EPP des médecins mode d'emploi. Mars 2007.
23. Médecin générale en crise : faits et questions. Revue Médecins. Mai 2006.
24. Gallois Pierre. La formation médicale continue, principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation. Edition Médecine Sciences Flammarion. 1997.
25. Fédérations française des maisons et pôles de santé. <http://www.ffmps.fr/> Fédération française des maisons et pôles de santé

## **VII- Liste des figures**

Figure 1 : Mode de recrutement des adresses mails en Maine et Loire

Figure 2 : Mode de recrutement des adresses mails en Sarthe

Figure 3 : Mode de recrutement des adresses mails en Mayenne

Figure 4 : MG (en pourcentage) pensant exercer en zone déficitaire réparties en zones de densité

Figure 5 : Critères favorisants et freinants la FMC selon les zones de densité

Figure 6 : Critères favorisants et freinants la FMC selon les départements

## **VIII- Liste des tableaux**

Tableau I : Effectifs de la population étudiée répartis selon les zones de densité et les départements

Tableau II : Réponses des MG concernant le profil sociodémographique en fonction des zones de densité

Tableau III : Réponses des MG concernant le profil sociodémographique en fonction des départements

Tableau IV : Données recueillies sur l'exercice médical des MG répondants des zones de densité

Tableau V : Données recueillies sur l'exercice médical des MG répondants des départements

Tableau VI : Données recueillies sur l'exercice médical des MG répondants des zones de densité par départements

Tableau VII : Participation des MG aux différents types de FMC en fonction des zones de densité

Tableau VIII : Participation MG aux différents types de FMC en fonction des départements

Tableau IX : Participation MG aux différents types de FMC en fonction des zones de densité dans le 49

Tableau X : Participation MG aux différents types de FMC en fonction des zones de densité dans le 72

Tableau XII : Participation des MG aux différents types de FMC en fonction des zones de densité dans le 53

<b>IX-</b>	<b>Tables des matières</b>	
<b>I-</b>	<b>Introduction</b>	<b>15</b>
<b>II-</b>	<b>Matériel et Méthode</b>	<b>16</b>
<b>III-</b>	<b>Résultats</b>	<b>18</b>
<b>1-</b>	<b>Démographie</b>	<b>18</b>
<b>a-</b>	<b>Profils des médecins répondants</b>	<b>19</b>
<b>b-</b>	<b>Exercice médical</b>	<b>21</b>
<b>2-</b>	<b>FMC selon les zones de densité</b>	<b>24</b>
<b>3-</b>	<b>FMC selon les départements</b>	<b>26</b>
<b>4-</b>	<b>FMC selon la zone de densité ressentie par le MG</b>	<b>27</b>
<b>5-</b>	<b>FMC selon les zones de densité par départements</b>	<b>28</b>
<b>6-</b>	<b>Critères de choix influençant la FMC</b>	<b>29</b>
<b>a-</b>	<b>Critères favorisant la participation à la FMC</b>	<b>31</b>
<b>b-</b>	<b>Critères freinant la participation à la FMC</b>	<b>31</b>
<b>IV-</b>	<b>Discussion</b>	<b>33</b>
<b>1-</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>33</b>
<b>2-</b>	<b>Résultats</b>	<b>34</b>
<b>3-</b>	<b>Ouverture</b>	<b>36</b>
<b>V-</b>	<b>Conclusion</b>	<b>37</b>
<b>VI-</b>	<b>Références bibliographiques</b>	<b>38</b>
<b>VII-</b>	<b>Liste des figures</b>	<b>40</b>
<b>VIII-</b>	<b>Liste des tableaux</b>	<b>40</b>
<b>IX-</b>	<b>Tables des matières</b>	<b>41</b>
<b>X-</b>	<b>Annexes</b>	<b>42</b>
	<b>Résumé</b>	<b>61</b>

## **X- Annexes**

### **Annexe 1 : Mot d'introduction envoyé aux médecins généralistes**

Cher Confrère, Chère Consœur

Nous sommes 3 médecins généralistes remplaçantes. Nous préparons notre thèse afin de conclure nos études médicales et devenir docteur en médecine.

Notre thèse a pour sujet d'évaluer l'impact des déserts médicaux sur la FMC (formation médicale continue) des médecins généralistes en Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe.

Le but est de faire un comparatif du type de FMC choisis et de la fréquence entre les différents groupes de densité médicale définis par l'ARS (agence régionale de la santé).

Puis dans un second temps, de comparer la FMC entre les 3 départements.

Le questionnaire se divise en 3 parties :

- les données sociodémographiques
- le type de FMC pratiqué et le temps consacré
- les critères influençant les choix de FMC

Cette thèse permettra d'évaluer les besoins dans les différentes zones de départements, ainsi que de trouver des solutions pour y remédier. Pour cela nous interrogeons tous les médecins généralistes des 3 départements. Pourriez-vous transférer ce mail à vos collègues s'ils ne l'ont pas reçu, merci.

Ce questionnaire ne vous prendra que quelques minutes de votre temps.

Merci d'avance.

Virginie BATTAIA - Nathalie BOUVET - Patricia TERRAO

### **Annexe 2 : Questionnaire**

#### **DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES**

Quel est votre âge? \*

A quelle tranche d'âge appartenez-vous?

Une seule réponse possible.

- moins de 45 ans
- 45 ans et plus

Dans quelle commune exercez-vous?

Quel est votre code postal? \*

Pensez-vous être en zone déficitaire? \*

Une seule réponse possible.

- oui
- non

Vous vivez : \*

Une seule réponse possible.

- seul(e)
- en couple

Nombres d'enfants à charge : \*

Une seule réponse possible.

- 0
- 1-2
- 3 ou plus

Quel est votre mode d'exercice ? \*

Une seule réponse possible.

- salarié
- libéral
- mixte (= salarié+libéral)

Si votre exercice est mixte où exercez-vous?

Plusieurs réponses possibles.

- hôpital local
- EHPAD
- HAD
- PMI
- Planning familial
- SSR
- Autre :

Quel est votre type d'exercice ? \*

Une seule réponse possible.

- Isolé
- En cabinet de groupe
- En pôle de santé

Combien de jours par semaine êtes-vous présent au cabinet ? \*

Une seule réponse possible.

- moins de 3
- 3-5
- plus de 5

Combien de gardes faites-vous par mois? \*

Une seule réponse possible.

- aucune
- 1-2
- 3 ou plus

Le cabinet est-il informatisé? \*

Une seule réponse possible.

- oui
- non

Si oui, avez-vous un logiciel d'aide à la prescription validé par la CPAM ?

Une seule réponse possible.

- oui
- non

Avez-vous eu des remplaçants au cours de l'année 2014 pour vous rendre à une FMC ? \*

Une seule réponse possible.

- oui



- non

## **VOTRE FORMATION MEDICALE CONTINUE**

### **OGDPC**

(Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu)

Participez-vous à des formations validantes pour l'OGDPC ? \*

Une seule réponse possible.

- oui
- non

Si oui, à quel type de formation avez-vous participé?

Une seule réponse possible.

- présentiel
- mixte
- non présentiel (e-learning, lecture...)

### **Groupe d'échange (Pair/ Echange de pratique/ Qualité)**

Participez-vous à des groupes de pairs/groupe d'échange de pratique ? \*

Une seule réponse possible.

- oui
- non

Si oui, combien de séances y consacrez-vous par an?

Une seule réponse possible.

- moins de 6
- 6-10
- plus de 10

### **Groupe Balint**

Participez-vous à des groupes Balint? \*

Une seule réponse possible.

- oui
- non

Si oui, combien de séances y consacrez-vous par an ?

Une seule réponse possible.

- moins de 6
- 6-10
- Plus de 10

### **Formation universitaire diplômante**

Avez-vous participé à des Diplômes universitaires (DU, DIU, capacités) sur l'année 2014? \*

Une seule réponse possible.

- oui
- non

Si oui, combien d'heures y avez-vous consacré sur l'année ?

Une seule réponse possible.

- Moins de 90 heures
- De 90 à 150 heures
- Plus de 150 heures

### **Les Congrès**

Avez-vous participé à des congrès sur l'année 2014 ? \*

Une seule réponse possible.

- oui
- non

Si oui, combien de jours en tout ?

Une seule réponse possible.

- une journée et demie

- 1.5 à 3 jours
- plus de 3 jours

### **Journée d'EPU**

(Enseignement post universitaire à la faculté de rattachement)

Participez-vous à des journées d'EPU ? \*

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Si oui, combien de jours sur l'année 2014?

Une seule réponse possible.

- moins de 2
- 2-4
- plus de 4

### **Revues médicales**

Lisez-vous des revues médicales? \*

Une seule réponse possible.

- oui
- non

Et si oui, quelles revues lisez-vous?

Plusieurs réponses possibles.

- Prescrire
- la revue du praticien
- médecine
- exercer
- Autre :

Et combien d'heures y consacrez-vous par semaine en moyenne ?

Une seule réponse possible.

- Moins de 1 heures
- De 1 à 3 heures
- Plus de 3 heures

### **Internet (hors programme validant de e-learning)**

Vous formez-vous sur internet? \*

Une seule réponse possible.

- oui
- non

Si oui, combien d'heures par semaines y passez-vous?

Une seule réponse possible.

- Moins de 1 heures
- De 1 à 3 heures
- Plus de 3 heures

### **Action de formation organisée par l'industrie pharmaceutique**

Participez-vous à des actions de formation organisées par l'industrie pharmaceutique? \*

Une seule réponse possible.

- oui
- non

Si oui, à quelle fréquence?

Une seule réponse possible.

- 1 fois par an
- 1 fois par trimestre
- 1 fois par mois
- plus d'une fois par mois

### **Recommandations**

Consultez-vous les recommandations? \*

Une seule réponse possible.

- oui
- non

Si oui, lesquelles?

Une seule réponse possible.

- HAS
- Assurance maladie
- ANSM (Agence National de Sécurité du Médicament)
- Autre :

### **Visiteurs médicaux**

Recevez-vous des visiteurs médicaux? \*

Une seule réponse possible.

- oui
- non

### **La maîtrise de stage**

Accueillez-vous des étudiants en médecine ? \*

Une seule réponse possible.

- oui
- non

Si oui :

Une seule réponse possible.

- des internes?
- des externes?
- les deux ?

**Rapport-gratuit.com**   
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Participez-vous à d'autres types de FMC non cités ci-dessus?

En 2014, combien de journées n'avez-vous pas travaillées au profit de la formation?

\*

### **CRITERES DE CHOIX de FMC**

Parmi ces critères, lesquels estimez-vous être les plus favorables à la Formation? \*

Choisissez en cinq vous semblant être les plus importants dans votre cas

Plusieurs réponses possibles.

- La distance par rapport à votre cabinet/domicile
- La possibilité de faire appel à un remplaçant
- Vos besoins de formation
- La convivialité/Rencontre avec les confrères
- FMC indemnisée
- Organisme à l'initiative de la FMC
- Durée de la FMC
- le moment/jour de la formation (Soirée/Week-end)
- Présence d'un laboratoire
- Convenance d'ordre personnelle
- Organisation du cabinet avec les associés
- Accessibilité en transport
- Autre :

Parmi ces critères, lesquels jugez-vous être un obstacle à la formation? \*

Choisissez en cinq vous semblant être les plus importants dans votre cas

Plusieurs réponses possibles.

- La distance par rapport à votre cabinet/domicile
- L'impossibilité de faire appel à un remplaçant

- FMC non indemnisée
- Organisme à l'initiative de la FMC
- Durée de la FMC
- le moment/jour de la formation (Soirée/Week-end)
- Présence de laboratoires pharmaceutiques
- organisation du cabinet avec les associés
- Inaccessible en transport
- Frais liés à la formation
- Le regard des autres lors des Formations
- Autre :

## COMMENTAIRES

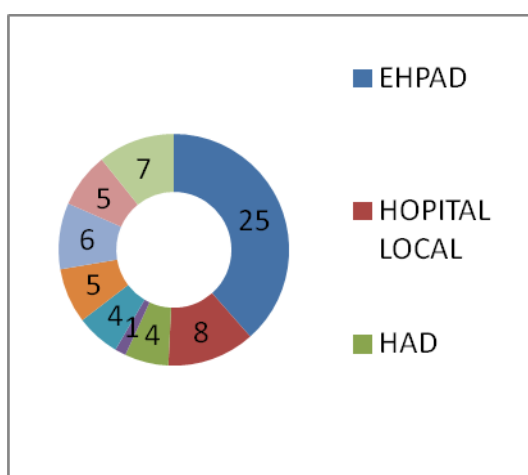
Commentaires Libres sur le Sujet

Facultatif

### Annexe 3 : Données recueillies sur l'exercice médical des MG répondants par départements

	49	72	53	
	N (%)			
<b>Journées travaillées par semaine</b>				
Moins de 3j	5 (4)	1 (1)	1 (4)	
De 3 à 5 jours	110 (75)	59 (80)	20 (77)	ns
Plus de 5 jours	31 (21)	14 (19)	5 (19)	
<b>Gardes par mois</b>				
Aucune	39 (27)	18 (24)	3 (11)	
1 à 2	101 (69)	53 (72)	21 (81)	ns
3 ou plus	6 (4)	3 (4)	2 (8)	
<b>Mode d'exercice</b>				
Libéral	116 (80)	63 (85)	17 (65)	
Mixte	28 (19)	10 (14)	9 (35)	ns
Salarié	2 (1)	1 (1)	0	
<b>Type d'exercice</b>				
Isolé	29 (20)	22 (30)	7 (27)	
Cabinet Groupe	99 (68)	45 (61)	13 (50)	ns
Pôle Santé	18 (12)	7 (9)	6 (23)	
<b>Possibilités de Remplacement</b>				
Non	69 (47)	46 (62)	15 (58)	ns
Oui	77 (53)	28 (38)	11 (62)	

### Annexe 4 : Activités exercées par les MG ayant une activité mixte



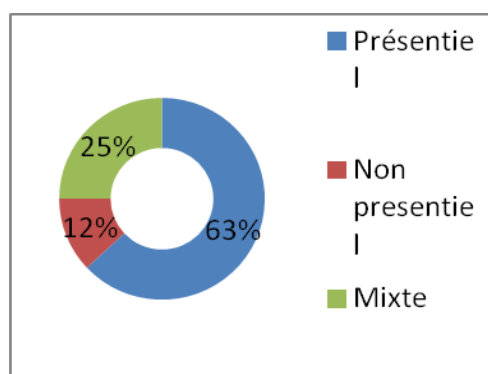


**Annexe 5 : Répartition du nombre d'heures réalisé par les MG en fonction du type de FMC par zone de densité**

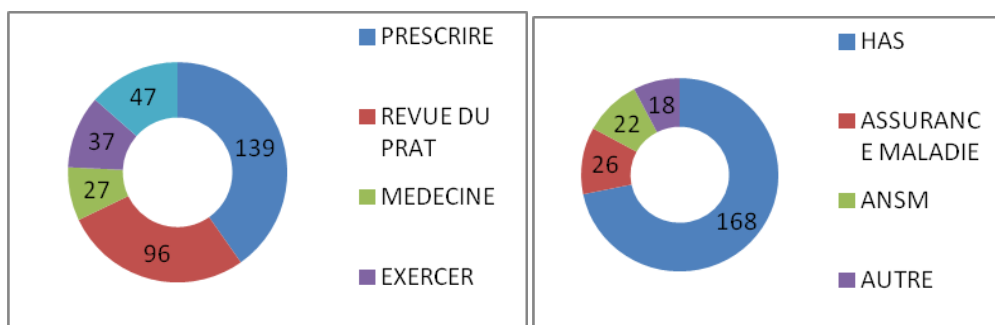
	F	M	E	
	N			
<b>Groupes de Pairs (heures/sem)</b>				
Moins de 6H	6	6	14	ns
De 6 à 10H	14	16	30	
Plus de 10H	3	3	3	
<b>Congrès (jours/an)</b>				
Moins 1,5	7	15	31	ns
De 1,5 à 3j	14	14	33	
Plus de 3j	0	0	0	
<b>Soirées labo</b>				
1/sem	3	1	5	ns
1/mois	5	1	6	
1/an	20	13	17	
<b>EPU (jours/an)</b>				
Moins de 2	15	18	25	ns
De 2 à 4	19	22	33	
Plus de 4	9	7	11	
<b>Revue Médicales (heures/sem)</b>				
Moins de 1H	30	31	63	ns
De 1 à 3H	25	27	35	
Plus de 3H	3	0	4	
<b>Internet (heures/sem)</b>				
Moins de 1H	24	25	36	ns
De 1 à 3H	13	12	29	
Plus de 3H	2	1	3	

A noter que les groupes Balint et DU n'ont pas été comparés aux nombres d'heures en raison du très faible taux de participants amenant à des données non analysables sur le plan statistique

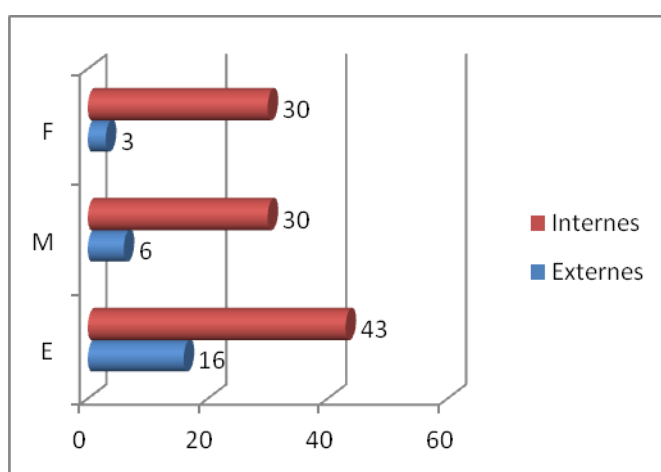
**Annexe 6 : répartition des différents types d'OGDPC dans la population étudiée**



## Annexe 7 et 8 : Types de revues et recommandations les plus consultées par les MG répondants



## Annexe 9 : Niveau des étudiants accueillis par les MG maître de stage selon les zones de densité



## Annexe 10 : Commentaires libres

Densité élevée	Densité moyenne	Densité faible
1/Je ne trouve que très peu de frein, ma clientèle est habituée, je suis TOUJOURS joignable et exceptionnellement dérangée ou quand je le suis ça le mérite. La formation est indispensable et ils doivent le comprendre. J'ai une grosse clientèle très disciplinée et respectueuse,	1/ Je suis jeune installée depuis septembre 2014. J'ai participé à 2 journées de formation non indemnisée qui ne comptent pas pour le DPC en 2015. Je n'accueille pas encore d'étudiants mais c'est un projet qui se réalisera dans les 3ans qui viennent. 2/ FMC de la fac le jeudi, et	1/ Il me semblerait judicieux que les CHU organisent une session d'une semaine par an de formation. cela serait plus facile à organiser et plus régulier. 2/ Exercer dans une ville universitaire ou à proximité semble rendre la formation plus facile ; cependant cela se fait au détriment de la

<p>je travaille beaucoup, 11h de consultation 5j/7, 2h de paperasse/j et 1 h de lecture des revues pour me détendre !!</p> <p>2/ Je regrette très amèrement la diminution drastique de nos droits à la formation indemnisée. J'utilisais mes 8 journées indemnisées tous les ans et cela a beaucoup fait évoluer ma pratique. C'est très injuste que ce soient les médecins qui faisaient le plus d'effort pour se former qui se retrouvent plus pénalisés. J'ai parfois du mal à assister aux journées de FMC organisées par la fac d'Angers car nous ne trouvons pas de remplaçant.</p> <p>3/ Je ne fais que des soirées de FMC en groupe prive avec des amis depuis plus de 20 ans = nous choisissons nous même nos sujets, nos intervenants et nos laboratoires pour l'intendance, ceci une fois</p>	<p>c'est aussi mon jour de repos donc plus facile</p> <p>3/ Plus on prend de l'âge, plus on a besoin de formation, et moins on a le courage d'en faire!</p> <p>4/ Les complications exigées par l'OGDPC sont insupportables</p> <p>5/ J'exerce depuis 16 ans au début seule dans un petit village où j'ai crée ma patientèle. En raison de plusieurs départ en retraite dans les villages aux alentours, nous nous sommes regroupés, au départ 3 médecins et maintenant 5 (dont 1 départ en retraite remplacé par notre premier stagiaire: j'ai été maitre de stage pendant 2 ans). Nous participons tous à des formations (Fac, OGC). Depuis notre association, j'ai fait le DIU de gynéco et maintenant la capacité de gériatrie. Nous sommes en zone déficitaire (nous touchons une prime de la CPAM depuis 2008) et</p>	<p>vie de famille (en effet si on compte 2 gardes par mois et un week-end tous les 3 mois , la préparation du choix de garde , la FMC de quel type soit-elle cela se surajoute au temps passé près du patient !)</p> <p>3/ Installée depuis juin 2014 donc pas encore organisée au niveau formations... en dehors de celles faites par les spécialistes sur le CH local de la Ferté Bernard 1/mois.</p> <p>4/ Le nombre de garde que je fais ne correspond pas au nombre qui faut choisir dans le questionnaire donc je vous donne le détail pour que puissiez le calculer différemment - au CAPS: 7 gardes de soir, 1 journée fériée et 2 WE sur une année</p> <p>5/ Si j'avais la possibilité de me faire remplacer je ferais plus de formations !!!</p> <p>6/ C'est ma 1ère année d'installation (installée toute fin 2013), donc beaucoup de</p>
--	---	--

<p>par mois + revues, internet, quelques soirées triées sur le volet selon labos, intervenants et participants ...</p> <p>4/ Si on me libère du temps je me formerai plus - mais il faut conjuguer avec les impératifs financiers (la consultation minable au prix de 23€ oblige à plus de présence d'année en année, notamment en diversifiant mes activités : je suis investigateur en recherche médicale ou en travaillant pour des laboratoires depuis 5 ans) et le besoin naturel à la formation pas trop loin et si possible pluridisciplinaire (éviter un thème unique). Avantage est donné aux lieux d'exercice ou on peut trouver des réunions (grandes villes ou proche de CHU). L'indemnisation de la formation n'est pas forcément un critère si je peux me libérer mais cela aide beaucoup dorénavant dans mon choix (aujourd'hui réduit à 1 formation</p>	<p>malgré l'arrivée de 2 médecins supplémentaires, nous restons toujours dans cette zone. cela devient de plus en plus difficile de trouver des remplaçants car nous sommes trop éloignés d'Angers. Notre cabinet est neuf avec une secrétaire et nous participons aux gardes au CAPS de Cholet. Malgré tous nos efforts, on ressent des moments d'épuisement face à l'ampleur de nos journées et la charge de travail. Les jours ou les soirées de FMC sont des bouffées d'O2, conviviales, même si cela demande des efforts de chacun en termes d'organisation.</p> <p>6/ Comment évaluer l'efficacité de notre travail (économique, médicale), il y a encore beaucoup de disparités dans nos prises en charge (entre nous, entre ville et campagne...)</p> <p>7/ Le désengagement des pouvoirs publics envers l'OGDPC et l'absence d'indépendance des</p>	<p>choses nouvelles, j'ai du déjà lancer mon activité avant de pouvoir consacrer plus de temps à la formation, d'où mon choix cette année d'une formation non présentielle mais en "fil rouge" sur l'année (formation Prescrire "médicaments en questions"). (de plus je viens d'avoir un 2<sup>e</sup> bébé cette année aussi donc beaucoup de choses à gérer!).</p> <p>7/ On a la chance d'avoir une FMC locale qui marche bien depuis 1986 avec des thèmes choisis par nous sans notion de rentabilité</p> <p>8/ A mon avis, la FMC dépend plus de la volonté du médecin d'y participer que des sollicitations financières, ordinaires ou autres.</p> <p>9/ La FMC est indispensable à notre métier mais ce n'est pas toujours évident et en particulier par manque de coordination entre les différents organismes et donc l'impossibilité de participer à certains</p>
---	--	---

<p>annuelle : un scandale de plus). Se former avec 60 heures de travail par semaine c'est dur ....</p> <p>5/ La FMC avec des confrères est plus attractive, mais plus difficile à organiser que par internet. La présence des labos fausse l'objectivité des informations. Je ne les reçois plus depuis 3 ans et me sens beaucoup plus libre.</p> <p>6/ La FMC permet surtout d'échanger avec les confrères et faire évoluer les pratiques par la confrontation, c'est toujours un bon moment.</p> <p>7/ Intérêt d'une formation adaptée aux jeunes installés, déprimant de croiser les vieux généralistes ... souvent peu adapté à la pratique, il faut des messages simples et clairs pouvant être utilisés dès le lendemain de la formation, on n'est pas des hospitaliers !</p>	<p>formations vis à vis de l'industrie du médicament ou de la formation à visée lucrative sont des catastrophes pour la qualité de notre exercice.</p> <p>8/ Le plus grand frein me concernant actuellement : la difficulté à me faire remplacer pour pouvoir me libérer pour une formation dans une zone géographique qui même si elle ne correspond pas aux zones déficitaire type ARS est quand même largement sous dotée en médecin.</p> <p>9/ La FMC se fait au quotidien à travers les échanges (courrier, téléphone) avec les collègues généralistes ou spécialistes, à travers les lectures, internet, l'accueil des délégués médicaux (élément important de la FMC...). La majorité des réunions dites FMC sont en générale une pure perte de temps.</p> <p>10/ En ce qui me concerne,</p>	<p>10/ Impossibilité pour les médecins en groupe de se rendre tous aux FMC intéressantes (organisées par la fac) car nécessité PDS et FMC souvent en semaine. Les FMC organisées le samedi permettent à plus de médecins d'y venir.</p> <p>11/ On peut prendre du temps pour se former, cela nous coûte beaucoup d'argent, la FMC privée et non indemnisée semble beaucoup plus performante que la FMC encadrée, validante et indemnisée....cherchez l'erreur. Une structure cadrée par une autorité non libérale sera toujours limitée par son objectif de résultat, une formation libre et volontaire sera toujours une ouverture à la progression personnelle et sans limite.</p> <p>12/ Je suis la seule de la maison médical pluridisciplinaire à faire des formations de type FMC que je transmets ensuite à</p>
---	---	--

<p>8/ Même en zone déficitaire type Cholet ville, la formation reste possible en cabinet de groupe, mais est probablement beaucoup plus difficile si l'on travaille seul</p>	<p>je pense consacrer encore plus de temps à la formation continue puisque impliquée dans le CGEMS (Collège des Généralistes Enseignants local) et dans la SFTG (Société de Formation Thérapeutique du Généraliste) qui organise des DPC, FMC, FAF et autres (bureau nationale 1j mensuelle minimum en plus des formations proprement dite)</p>	<p>mes confrères</p>
<p>9/ Importance primordiale de l'indemnisation de la FMC / sinon perte financière trop conséquente : prix de la FMC, perte du fait de l'absence d'activité et/ou rémunération du remplaçant : implique un choix entre formation et congés : pas forcément motivant surtout pour les plus jeunes ayant conjoint et enfants</p>	<p>11/ Je participe à des formations que je paie mais j'ai toujours apprécié les formations OGPDC car pour la majorité elles sont très enrichissantes par leur contenu et pour moi elles ont un intérêt certain si elles sont sous forme présentielle car partage des connaissances sur le sujet et de nos difficultés à tous (concernant le sujet discuté lors de la formation et le quotidien du cabinet). Formations payantes sont davantage ciblées sur une orientation discipline médicale. C'est fort</p>	<p>13/ Manque de temps pour me former. Perte de la qualité des formations.</p> <p>14/ En cabinet de groupe, on se sent plus libre de prendre des jours de formation car pas trop d'impact sur les collègues. Limitation par l'OGPDC actuellement qui a limité à 1 formation par an en 2014.</p>
<p>10/ Nous avons organisé nous même notre FMC avec des amis : réunion mensuelle validant DPC. Nous faisons notre programme annuel lors d'une assemblée générale, et nous choisissons nos intervenants. Je dirai du "cousu main" validant. Tout est possible quand on veut</p>	<p>11/ Besoins important mais</p>	

<p>surcharge de travail et peu de disponibilité.</p>	<p>dommage qu'on nous enlève les formations indemnisées: politique de soyez médecins, faites ce qu'on vous dit et taisez vous n'apportera que du mauvais que ce soit pour nous même et pour les patients. J'ai la possibilité de faire toutes ces formations parce que notre organisation actuelle avec le confrère fait que nous sommes autonomes (on se remplace mutuellement pour formations et vacances car même nombre de jours travaillés par semaine et mi temps pour l'instant) donc ne nous sommes pas tributaires de remplaçant et nous avons du temps; en augmentant notre temps de travail à l'avenir, j'en ferai moins sans doute.</p> <p>12/ Président (depuis 16 ans) d'un groupe de 12 médecins généralistes indépendants, organisant chaque mois une soirée de FMC : invitation d'un confrère spécialiste sur un thème précis</p>	
--	--	--


	<p>avec la participation d'un laboratoire pharmaceutique qui offre le diner clôturant la soirée</p> <p>13/ Je ne pense pas que la densité intervienne sur l'intensité et/ou la nature de la FMC. Depuis plus de 30 ans que j'exerce il y ceux qui font de la FMC et ceux qui n'en font jamais</p>	
--	---	--



PERMIS D'IMPRIMER

**THÈSE DE Virginie BATAIA, Nathalie BOUVET et Patricia TERRAO**

**Vu, le Directeur de thèse**

*Dr. M. Fouché*  


*Dr. Luc Esimez*



**Vu, le Président du jury de thèse**



**Vu, le Doyen de la  
Faculté de Médecine  
d'ANGERS**



Professeur I. RICHARD

**Vu et permis d'imprimer**





**TITRE DE LA THESE**

***IMPACT DE LA DENSITE MEDICALE SUR LA FORMATION MEDICALE CONTINUE DES  
MEDECINS GENERALISTES EN MAINE ET LOIRE, MAYENNE ET SARTHE SUR L'ANNEE  
2014***

**RESUME**

Initialement une simple obligation déontologique et morale, la formation médicale continue (FMC) est devenue une obligation légale renforcée par la création du développement professionnel continu de la loi HPST. Parallèlement, cette même loi a conduit à plusieurs projets de santé régionaux dans un contexte de désertification médicale croissante. L'objectif de cette étude était de rechercher l'existence d'un lien entre la participation des médecins généralistes (MG) à la FMC et la densité médicale dans les départements du Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe. C'était une enquête rétrospective, descriptive et déclarative au moyen d'un questionnaire faisant état de la participation des MG aux différents types de FMC sur 2014. Les critères d'inclusions étaient d'avoir une adresse mail, d'être installé et d'exercer en tant que MG. Puis grâce à Cartosanté et à la commune d'exercice, ils étaient regroupés en 3 zones de densité Elevé (E), Moyenne (M) et Faible (F). 252 réponses comptabilisées sur 1106 questionnaires envoyés (22.8%). Les MG du groupe E participaient plus au congrès que ceux des groupes M et F ( $p=0.0438$  et  $p=0.0170$ ). Le groupe F allait plus aux soirées laboratoires que les autres groupes ( $p=0.0260$  et  $p=0.0284$ ). Il n'a pas été retrouvé de différence pour les autres types de FMC. On ne peut pas conclure qu'être en zone de faible densité médicale soit un frein ou un atout pour la FMC en général. Mais pour certains types de FMC nécessitant plusieurs jours et un éloignement géographique, ces zones semblent plus pénalisées.

**MOTS CLES**

**MEDECIN GÉNÉRALISTE; FORMATION MEDICALE CONTINUE ; FMC ;  
DENSITE MEDICALE**

**FORMAT**

Mémoire

Article<sup>1</sup> :     à soumettre                       soumis             accepté pour publication             publié

suivi par : .....

---

<sup>1</sup> Statut au moment de la soutenance