



AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

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

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

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

par

Mathilde GEERAERT

Le 24 mai 2017

EVALUATION DES DIFFERENTS MODES DE FORMATION ET D'AMELIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES CONNUS ET UTILISES PAR LES MEDECINS GENERALISTES LORRAINS

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Président

M. le Professeur François PAILLE

Juge

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

Juge

Mme le Docteur Maria RIFF

Juge et directrice de thèse



16 février 2017

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Serge BRIANÇ
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER –
Professeur François KOHLER - Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU –
Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles
GROSDIDIER – Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN -
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur François PLENAT - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC -
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel
CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER 2^{ème} sous-
section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur François MARCHAL 4^{ème} sous-
section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER 3^{ème} sous-
section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur
Frédéric MARCHAL 3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO 4^{ème} sous-section :
(Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)
Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*) Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE **3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)**

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*) Docteure Véronique - DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIERE **2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)**

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (*stagiaire*) **2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)**

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (*stagiaire*)

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA **4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)**

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*) Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE
Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

**A notre Maître et président,
Monsieur le Professeur Paolo Di Patrizio**

Professeur des universités de Médecine Générale,
Médecin généraliste.

Soyez assuré de notre gratitude pour avoir accepté de présider notre travail, et de l'intérêt que vous lui avez porté.

Nous espérons être à la hauteur de la confiance que vous nous avez apportée.

**A notre Maître et juge,
Monsieur le Professeur François PAILLE**

Professeur d'addictologie,
Chef de service de médecine L - addictologie du CHU de
Nancy.

*Nous avons été sensible à l'honneur que vous nous accordez en jugeant
ce travail.*

Puissiez-vous trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

**A notre Maître et juge,
Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**

Professeur de médecine interne,
Chef de service de médecine interne et immunologie clinique
du CHU de Nancy.

*Merci d'avoir accepté de juger notre travail et de vous être rendu
disponible.*

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

**A notre juge,
Madame le Docteur Maria RIFF**

Médecin généraliste,
Membre du Département de Médecine Générale de Nancy,
Présidente de l'association médicale meusienne de formation
continue.

*Initiatrice de ce sujet, vous m'avez poussée à m'engager enfin dans
cette ultime étape de mes études et je vous en remercie.*

*Vous avez été disponible, présente et engagée à chacune des étapes de
ce travail, donnant de votre temps sans compter. Vos conseils et votre
patience m'ont beaucoup aidée. Merci pour tout.*

*Merci également de m'avoir ouvert votre cabinet pendant le SASPAS, et
d'avoir su partager votre passion pour la médecine générale et les
patients.*

*Merci pour votre engagement dans la formation, aussi bien celle des
étudiants en médecine, que celle des médecins généralistes.*

A mes parents,

Maman pour ta passion des patients, que j'espère tu auras su m'inculquer. Papa, de m'avoir poussé à toujours aller au bout !

Vous deux, pour tout ce que vous m'avez appris et donné tout au long de mon enfance et de mes -longues- études (et pas seulement en tant que sponsor !!). Ces quelques mots ne sauraient suffire à exprimer ce que je ressens et à vous remercier comme il se doit...

A Mariette,

Une moitié d'étude en appart à deux, ce ne fut pas toujours simple...

Merci pour ton soutien, ta folie, notre complicité, nos soirées toujours dingues et quand même ton caractère, qui ne lâche jamais rien !!!

A August,

Notre chouchou, qui a bien grandi et s'est épanoui. Merci pour tes gros 'hug' lors de nos fréquentes séparations, merci pour ton humour et ta présence, même de loin !

A toute la famille,

Ma famille de ch'ti, bouffée d'oxygène quand le reste devient trop écrasant. Merci aux grands-parents, et à cette grande famille, tous autant que vous êtes.

A la famille Ramond,

De m'avoir accueilli, avec votre jovialité habituelle. Merci d'avoir créé et si bien entouré ma future moitié...

Aux potes de médecine,

Audrey, Marion, Clairette, Guigui, pour nos soirées quasi hebdomadaires, où se mélangent joyeusement médecine, shopping, cocktails et « vie » en générale. Merci d'avoir cheminé avec moi pendant ces 12 années et d'avoir participé à mon équilibre (#poteau-mitan).

Tous avec aussi Marc, Thibaut, Ludo, Sandy, Steevy, Caca, La touffe, merci d'avoir été là, dans les bons moments (soirées, vacances, resto – parce qu'on est plus si jeunes) et les plus durs, exams et épreuves de la vie.

Aux pièces rapportées, Béa, Camille, Mathieu, Baptiste (on va au Golf Hadri?), Tom (médecin en informatique et sauveteur), Ake (les sushis de réconfort), merci d'être là !

A Aurel,

Aurélie, et son homme Tom, pour nos années de lycée, et la suite, parce que ça continue !

A Ben, Marina, Anne, Marie, Clothilde, Cindy et Doriane,

Merci pour nos stages, le soutien et les rires.

Aux joueurs de hand,

Et à leurs chéries Mimi, Eva, Julie, Adj... Merci de supporter la fatigue et les oublis de pou pou la perchée, merci pour les soirées et le soutien.

A tous les médecins, internes, externes et personnels croisés durant les études, et tous ceux que j'oublie...

Merci pour tout.

Aux médecins du panel,

Merci d'avoir pris le temps de répondre au questionnaire.

A Hadri, mon amour, mon ami, mon futur époux,

Merci à toi d'être à mes côtés depuis 5 ans.

Merci d'être mon nounours, ma tendre brute, mon éléphant dans un magasin de porcelaine.

Merci de savoir me faire rire et me soutenir, de me supporter pendant cette thèse.

Après ce semestre compliqué, on enchaîne sur une autre saison, et puis plein d'autres...

Je t'aime

Serment

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

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

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

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

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

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES	21
INTRODUCTION	23
I. CONTEXTE	25
A) La formation post-universitaire dans les autres pays	25
1) Europe	25
a) La gestion de la formation	25
b) Accréditation.....	26
c) Le portfolio.....	26
d) Facteurs financiers	26
e) Les incitations et les sanctions	26
f) Obligation et recertification versus volontariat	27
2) En dehors de l'Europe	30
a) Au Canada.....	30
b) Aux États-Unis.....	31
B) Historique.....	33
1) La genèse de la formation post-universitaire	33
2) Le développement	34
3) Les changements	35
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE	40
A) Objectif.....	40
B) Méthodologie.....	40
1) Protocole d'étude	40
a) Choix de la population	40
b) Élaboration du questionnaire	41

c) Recrutement et modalité d'envoi.....	41
d) Le questionnaire	42
e) Recueil des données	44
2) Taux de participation	44
III. RÉSULTATS.....	45
A) Questionnaire.....	45
1) Population étudiée	45
a) Âge et sexe.....	45
b) Temps de travail hebdomadaire	45
c) Accueil des visiteurs médicaux.....	46
2) Conditions d'exercice.....	46
a) Type de cabinet	46
b) Exercice.....	47
c) Géographie.....	48
d) Les réseaux	49
e) La maîtrise de stage	49
3) La formation des médecins interrogés.....	50
a) Estiment-ils avoir continué à se former ?.....	50
b) La formation présentielle	50
c) Formation individuelle	52
d) Formation virtuelle	53
e) Leur formation actuelle	54
4) Connaissance des axes de formations récents.....	55
5) Point de vue sur la formation continue actuelle	56
a) Perception de la formation.....	56

b) Les freins à la formation	57
6) Avenir et recertification	58
a) La recertification	59
b) Plus de contrôle dans la formation ?.....	59
c) Les questionnaires d'un éventuel contrôle	59
d) Organisation de la formation	60
7) Vers une formation plus contrôlée : comment l'imaginer ?	61
a) Le type de formation.....	61
b) Une réévaluation des médecins.....	64
c) Le contrôle de la formation	64
d) Les thèmes de formation	66
e) Traçabilité de la formation durant la carrière	66
f) Rémunération et valorisation	67
B) Question libre du formulaire	67
IV. DISCUSSION	69
A) Caractéristiques de l'échantillon	69
B) Atouts et faiblesses du questionnaire	70
1) Atouts	70
2) Faiblesses.....	70
C) Les idées fortes de l'enquête	71
1) Le temps consacré à la formation	71
2) La formation présentielle	71
3) La formation individuelle	74
4) Les Maîtres de stage dans notre étude	76

D) Les points surprenants	77
1) Persistance du rôle de l'industrie pharmaceutique	77
2) La formation virtuelle, un usage différent.....	78
E) Le ressenti de la formation actuelle.....	80
F) La formation idéale.....	80
CONCLUSION.....	83
BIBLIOGRAPHIE.....	85
ANNEXES :	89

Liste des abréviations utilisées

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANDPC : Agence Nationale du Développement Professionnel Continu
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
ASFORMED : Association nationale pour la Formation Médicale continue
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CNFMC : Conseil National de Formation médicale continue
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNP : Conseil National Professionnel
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPD : Continuous Professional Development
CRFMC : Conseil Régional de Formation Médicale Continue
CSI : Commission Scientifique Indépendante
DGMIC : Direction Générale des Médias et des Industries Culturelles
DMG : Département de Médecine Générale
DPC : Développement Professionnel Continu
DU : Diplôme Universitaire
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPU : Enseignement Post-Universitaire
FMC : Formation Médicale Continue
FPU : Formation Post-Universitaire
GIP : Groupement d'Intérêt Public
GOFIMEC : Groupement des Organismes de Formation Médicale Continue
HAS : Haute Autorité de santé
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
INMA : Institut National de Médecine Agricole
MDC : Maintien Du Certificat
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
MSU : Maître de Stage Universitaire
OGDPC : Organisme Gestionnaire du développement Professionnel Continu
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PPU : Perfectionnement Post-Universitaire

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SAPSPAS : Stage AMbulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

UNAFORMEC : Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue

URML : Unions Régionales des Médecins Libéraux

Introduction

Après les études médicales initiales, le besoin de formation continue se fait rapidement ressentir pour les médecins : les prises en charges évoluent, de nouveaux traitements sont créés, de nouvelles épidémies se développent... Le besoin de partager des situations complexes, de comparer sa pratique apparaît.

La seule notion que les nouveaux diplômés ont de la formation post-universitaire, passe par les trois séances de Formation Médicale Continue qu'il faut actuellement suivre pour valider le 3ème cycle. Le plus souvent ils sont avisés de ces formations via les associations d'internes. Et ensuite ? Plus de mails annonçant les formations du secteur, personne pour préciser que la démarche de formation est obligatoire, ni pour expliquer comment et où la réaliser... Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins n'informe pas non plus sur ce point lors de l'inscription.

Et pourtant, malgré ce vide, la formation post-universitaire est bel et bien en fonction en France.

Depuis les prémices de la médecine, les médecins ont à cœur de se former tout au long de leur carrière afin de prodiguer des soins en accord avec les avancées de la Science. La formation continue constitue un élément nécessaire à la qualité et à la sécurité des soins, dans un contexte d'évolution rapide de la médecine et de ses pratiques.

Cette formation post-universitaire prend diverses formes selon les pays, étant parfois obligatoire et surveillée, parfois volontaire.

En France cette formation est en mouvement perpétuel, et a subi ces trente dernières années de nombreuses modifications d'une part dans sa définition, avec le passage de la *Formation Médicale Continue* à l'*Évaluation des Pratiques Personnelles* puis au *Développement Personnel Continu* ; d'autre part dans sa forme, suite au développement de nouveaux modes de formation avec l'émergence d'internet ; et enfin dans son financement, du fait du désengagement progressif de l'industrie pharmaceutique, de la volonté d'indépendance des médecins et des

difficultés financières de l'organisme gestionnaire de cette formation.

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 vient redéfinir les conditions de cette formation post-universitaire, qui passe par le système du Développement Personnel Continu initié en 2009 avec la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires ».

Dans cet environnement de changement et de discussion autour de la formation et du concept de recertification, qui viendrait acter de façon régulière qu'un médecin prend en charge ses patients de façon conforme aux recommandations et en toute sécurité, nous avons souhaité savoir comment se formaient réellement les médecins généralistes et connaître leur ressenti à propos de cette formation ainsi que les freins qui la compromettent.

Pour ce faire, dans ce travail nous avons interrogé par le biais d'un questionnaire les médecins généralistes Lorrains installés entre 2006 et 2008.

I. Contexte

A) La formation post-universitaire dans les autres pays

La formation post-universitaire n'est pas harmonisée dans le monde ni même en Europe.

Qu'en est-il des différents modes de fonctionnement ?

1) Europe

Les systèmes de la Formation Post-Universitaire (FPU) à travers l'Europe sont très complexes et montrent des approches différentes en fonction des pays. Même la terminologie n'est pas uniforme : Développement Personnel Continu (DPC) versus Formation Médicale Continue (FMC).

Il existe des écarts considérables en matière de FPU, avec des systèmes obligatoires et volontaires, et une prestation formelle et informelle de la formation (coexistant parfois), en fonction des pays.

L'élaboration de la politique de formation est souvent une compétence partagée, les organisations professionnelles et les Ministères de la santé assumant le rôle principal.

a) La gestion de la formation

La gestion du dispositif de FMC ou de DPC, qu'il soit obligatoire ou non, qu'il y ait ou non recertification, est assurée majoritairement par la profession, sauf dans 3 pays : au Portugal et en Pologne, elle est assurée par l'État, alors qu'en Belgique elle est assurée par un organisme paritaire profession/caisses d'assurance maladie(1).

b) Accréditation

En Europe, l'**accréditation des activités de formation est plus fréquente** que celle des prestataires de FPU.

L'accréditation est la plupart du temps obligatoire, en particulier pour les activités formelles de formation continue et dans les systèmes obligatoires.

Les accréditeurs les plus fréquents sont les **organisations professionnelles** ayant une compétence réglementaire.

Les critères les plus fréquents d'accréditation sont la durée de l'activité, la conformité aux recommandations professionnelles et les résultats de l'apprentissage.

c) Le portfolio

Le portfolio permet de tracer les actions de DPC ou de FMC auxquelles le médecin a participé ; il est obligatoire au Royaume-Uni et en Suisse, facultatif et sur la base du volontariat en Finlande et au Danemark.

d) Facteurs financiers

La forme la plus fréquente de financement de FPU vient des honoraires des professionnels participants. Il peut aussi être partagé : états, organismes payeurs, industries, médecins. (2)

Il existe des règles différentes concernant l'inclusion des activités de FPU dans le temps de travail rémunéré.

e) Les incitations et les sanctions

Les **incitations** sont variables d'un pays à l'autre, allant d'une prise en charge du montant de la formation jusqu'à une valorisation des honoraires :

- En Belgique : majoration des honoraires de 4,5 % et forfait annuel de 1027 Euros ;
- En Norvège : majoration des honoraires de 20 %.

- En Irlande financement de 10 jours de DPC par an, en Finlande 12 millions d'euros de budget pour la formation DPC-FMC.
- Enfin à Chypre, où la formation n'est pas obligatoire, un certificat est délivré tous les 3 ans si la formation est effectuée.

Concernant les pays **sanctionnants**, on notera :

- Une diminution des revenus en Allemagne
- Amende ou blâme en Suisse (jusqu'à 20000 francs suisse soit plus de 18000 euros !).
- Enfin la Croatie et la Roumanie vont jusqu'à l'interdiction ou la radiation des médecins concernés.

Dans la plupart des pays, l'obligation et/ou l'incitation est matérialisée par des crédits. En général 1 crédit est égal à 1 heure de formation.

f) Obligation et recertification versus volontariat

Il existe une grande disparité des modes de formations, et il est difficile voire impossible de faire des comparaisons

La terminologie déjà n'est pas identique, certains pays utilisent le terme de FMC, d'autres DPC et les derniers utilisent les 2 termes à la fois !

L'obligation quand elle est présente n'entraîne pas forcément de recertification...

Ci-après le tableau tentant de résumer et comparer les différents pays européens.

A noter : Org Pro avec c. réglementaire = Organisation professionnelle ayant une compétence réglementaire.

Pays	Terme utilisé	Volontaire	Obligation	Recertification	Surveillance	Application de la conformité	Nombre de crédits
Allemagne	DPC		Oui		Org Pro avec c. réglementaire	Org Pro avec c. réglementaire	50
Belgique	FMC	Oui			Org Pro avec c. réglementaire	0	20
Chypre	FMC	Oui			Org Pro avec c. réglementaire	0	50
Croatie	DPC		Oui	Oui		Org Pro avec c. réglementaire	20
Danemark	Les 2	Oui			0	0	
Finlande	Les 2		Oui		Employeurs	0	
Hongrie	FMC		Oui		Ministère de la santé + « medical higher education institutions »	Ministère de la santé	50
Irlande	Les 2		Oui	Oui	Org Pro avec c. réglementaire	Org Pro avec c. réglementaire	50
Italie	FMC		Oui	Oui	Org Pro avec c. réglementaire	Org Pro avec c. réglementaire	50
Luxembourg		Oui			0	0	
Pologne	FMC		Oui		Org Pro avec c. réglementaire	Org Pro avec c. réglementaire	50
Portugal		Oui			0	0	
Pays-Bas	FMC		Oui		Org Pro avec c. réglementaire	Org Pro avec c. réglementaire	40
Roumanie	DPC		Oui		Org Pro avec c. réglementaire	Org Pro avec c. réglementaire	40
Royaume-Uni	DPC		Oui	Oui	Médecin, employeurs	Org Pro avec c. réglementaire	50
Slovaquie	Les 2		Oui		Médecin, Org Pro avec c. réglementaire	Org Pro avec c. réglementaire	50
Suède	Les 2	Oui			0	0	
Suisse	FMC		Oui		Autorité cantonale de santé	Autorité cantonale de santé	50(3)
Slovénie	Les 2		Oui	Oui	Org Pro avec c. réglementaire	Org Pro avec c. réglementaire	12

Une étude Européenne datant de 2013(4) classe les fonctionnements des pays comme tel pour ce qui concerne les médecins :

Mandatory CPD (Continuous Professional Development) pour les systèmes où la FPU est obligatoire pour tous les professionnels exerçant dans un pays.

Voluntary CPD : Les systèmes où la FPU est volontaire. C'est en fait l'absence d'exigences obligatoires, et cela comprend les cas où la FPU est *de facto* obligatoire *pour une partie de la profession* (les membres d'une association professionnelle, les professionnels qui travaillent dans le système de santé institutionnel ou d'autres exigences liées à l'employeur), indépendamment de l'existence de directives professionnelles.

Leurs structures et leur gouvernance sont souvent moins normatifs que les FPU obligatoires. Des outils tels que les incitations positives sont plus souvent utilisées, les conséquences de la non-conformité sont généralement moins restrictives que pour la FPU obligatoire.

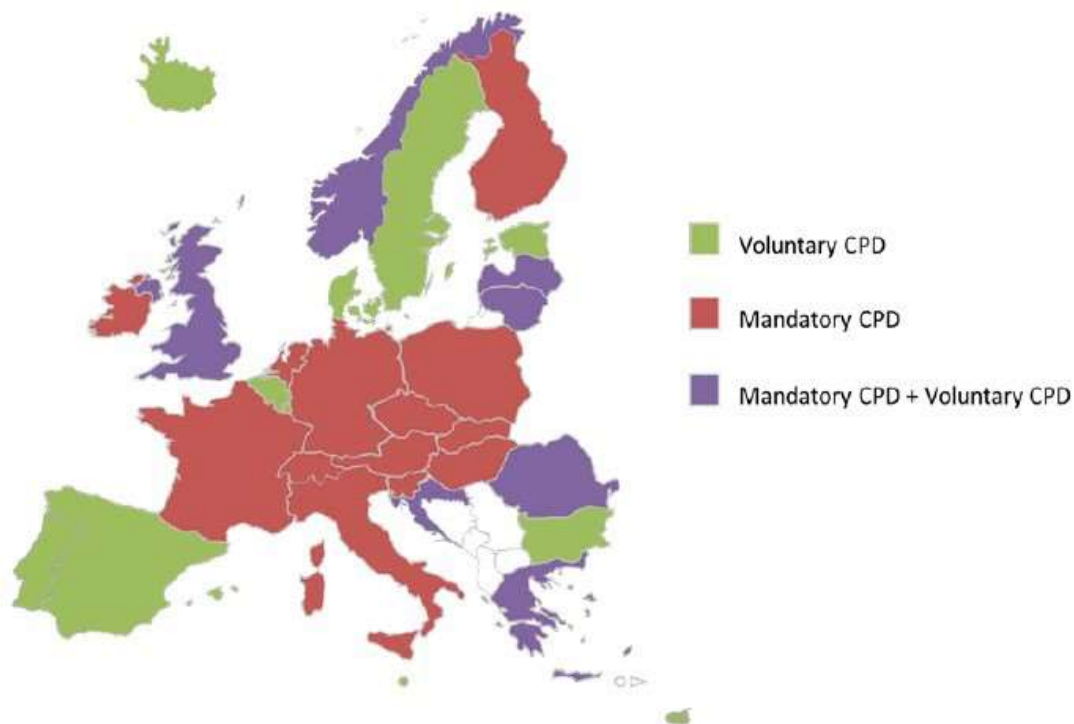
Enfin un système de FPU volontaire peut coexister avec un système de FPU obligatoire (Voluntary CPD + Mandatory CPD).

La distinction entre FPU obligatoire et volontaire est en fait assez difficile à établir car les deux catégories englobent de nombreuses dispositions très différentes en fonction des pays.

La **FPU obligatoire** peut se fonder sur une **exigence clairement définie**, parfois directement liée à la revalidation (allant de l'imposition de sanctions diverses à la suspension temporaire, voir la perte de l'autorisation d'exercer) **ou elle peut être seulement une obligation générale**, sans réelle conséquence en cas de non respect...

Il y a aussi des exemples de **FPU volontaires**, dans lesquels les associations professionnelles établissent leurs propres exigences de FPU pour leurs membres, ce qui a pour conséquence un pourcentage important de professionnels vraiment impliqués dans la FPU.

Cependant, il n'existe aucune preuve permettant de suggérer qu'un système est préférable à un autre ! (5)



Répartition des types de FPU en Europe(6).

NB : en Norvège, la FPU est obligatoire uniquement pour les médecins généralistes, pour les spécialistes elle est volontaire.

2) En dehors de l'Europe

a) Au Canada

Le programme de Maintien Du Certificat (MDC) est le programme de développement professionnel continu du Collège royal destiné aux professionnels de la santé qui pratiquent au Canada, mais qui ne sont pas Associés du Collège royal (c'est-à-dire déjà membre certifié)(7).

L'ordre des médecins provincial décide si les médecins doivent obligatoirement être inscrits au programme du maintien du certificat, la plupart du temps ils doivent en faire partie.

Les exigences du programme de MDC des professionnels de la santé sont identiques à celles des Associés. Les professionnels de la santé qui participent au programme de MDC paient des frais d'inscription annuels. Ils ont ainsi accès au portfolio électronique MAINPORT de même qu'aux enseignants du DPC du Collège royal, un réseau régional d'éducateurs qui aide les participants à atteindre leurs objectifs d'apprentissage.

Ils doivent valider 40 crédits par an minimum et 400 sur chaque cycle de 5 ans (1 crédit équivaut à 1 à 2 heures d'activité).

b) Aux États-Unis

Le médecin doit suivre des cours de formation continue tous les 2 ans. La formation peut avoir plusieurs formes : réunions présentielles, lecture de publications, e-learning. Chaque élément génère des points.

De plus les fournisseurs de FMC doivent être accrédités. L'industrie pharmaceutique peut subventionner le travail de ces fournisseurs, mais des conflits d'intérêts sont fréquemment rapportés(8).

Les médecins doivent participer à un programme de « Maintenance of Certification » basé sur un processus de recertification incluant le DPC. Ceci est obligatoire pour exercer et obtenir le « Maintenance of Licensure »(9).

Pour conclure, il est difficile au vu de toutes ces différences d'établir un résumé type de la formation médicale dans le monde. Par ailleurs aucun système n'a fait la preuve de sa supériorité(5). En 2004, le groupe de Rome, constitué des représentants des pays européens, du Canada et des États-Unis, a publié 16 recommandations qui ont influencé depuis, l'évolution des systèmes dans l'Union Européenne. Néanmoins une grande hétérogénéité persiste.

Recommandations du groupe de Rome (2004).

Valeurs et objectifs généraux

Répondre aux besoins de formation des médecins,

pour améliorer leur performance et donc la santé de la population.

Responsabilité du système dans l'accréditation des organismes de DPC/FMC

Pratiquer une accréditation équitable, valide, innovante, honnête et cohérente.

Utiliser des normes et critères raisonnables pour les organismes de formation.

Être responsable et réactif envers ces organismes.

Vérifier leur capacité d'action réelle.

Améliorer en permanence les processus d'accréditation et les systèmes accrédités.

Collaborer avec les organismes accrédités.

Responsabilités des médecins accrédités

Participer à une FMC répondant à leurs besoins de formation réels.

Veiller à ce que ces besoins soient bien ceux de leur pratique professionnelle et que l'objectif est bien d'améliorer les soins et la santé des patients.

Évaluer dans quelle mesure ces besoins ont été satisfaits, dans le contexte du changement des connaissances, des compétences ou performances.

Vérifier l'indépendance de ces activités envers l'industrie des produits de santé.

Responsabilité des organismes de formation

Déclarer les conflits d'intérêt.

Veiller à l'indépendance des contenus.

Définir des objectifs adaptés au public cible (connaissances, compétences, performances)

Utiliser les méthodes pédagogiques appropriées.

Évaluer les résultats en termes de réalisation des objectifs annoncés.

Améliorer, si nécessaire, les actions suivantes en fonction des actions réalisées.

Assurer les procédures conformément aux exigences réglementaires.

B) Historique

Depuis toujours il a fallu partager et transmettre l'art de soigner : la formation continue n'a donc pas d'âge.

Hippocrate l'écrit dans son serment :

« Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me sont demandés ».

1) La genèse de la formation post-universitaire

C'est au début du 19ème siècle que le besoin de formaliser la formation continue se fait sentir. Les médecins se rassemblent en associations à but non lucratif. En décembre 1801 se fonde à Strasbourg l'« Association de médecins », rassemblant des Professeurs de l'École de Médecine nouvellement créée (après la dissolution révolutionnaire de celle-ci) et des praticiens de ville et de campagne. Il s'agit alors d'un lieu d'échange et de discussions sur les idées médicales et scientifiques nouvelles.

À la fin du 19ème siècle apparaît la presse médicale. À Nancy en 1874 on crée la « Revue médicale de l'Est », dont le but est de diffuser la formation(10).

C'est après la Seconde Guerre Mondiale et l'arrivée massive de nouvelles connaissances médicales que naissent l'**Enseignement Post-Universitaire (EPU)**, puis le **Perfectionnement Post-Universitaire (PPU)** dont le but est de réactualiser les connaissances et non d'en acquérir, avec l'aide d'une « pédagogie d'adulte », selon le concept du Dr Scharf ; médecin généraliste de Moselle(11).

2) Le développement

Parallèlement à ces modèles universitaires, de nombreux groupes se construisent sous l'impulsion de généralistes en exercice. Les premières associations formalisées locales de formation voient véritablement le jour dans les années soixante. La

Formation Médicale Continue est née (FMC).

C'est sous l'initiative de Mme Simone VEIL, ministre de la Santé, que les pouvoirs publics créent en 1978 l'**UNAFORMEC** (Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue) qui est la fusion des 2 grandes associations préexistantes (12), l'une indépendante et l'autre syndicale (respectivement GOFIMEC Groupement des Organismes de Formation Médicale Continue et ASFORMED Association nationale pour la Formation Médicale continue). Les pouvoirs publics lui octroient alors des crédits destinés pour une part aux actions de formation sur les objectifs de santé publique, et pour l'autre part à la formation des responsables des associations.

En 1990, la convention médicale institue la **FMC "conventionnelle"** des médecins libéraux, validée, financée et indemnisée(13).

Elle est indemnisée à hauteur de 15 C (Consultations) par jour, financée par une contribution des caisses. Elle est thématisée et validée : chaque année certains thèmes sont inscrits à l'appel d'offres, ces projets sont ensuite validés ou non par le Conseil National de Formation médicale continue (CNFMC).

En 1996 l'ordonnance dite « Juppé » transforme l'obligation **déontologique** en

obligation **légale**(14) pour tous les médecins, avec possible sanction disciplinaire en cas de non-respect. Les thèmes prioritaires et les barèmes de formation sont rendus publics en janvier 1998 : le médecin doit cumuler 250 points pour chaque cycle de 5 ans, pour cela chaque programme de formation lui amène un nombre prédéfini de "point FMC". Cette époque marque un tournant radical dans l'histoire de la Formation Médicale Continue. Les médecins jusque-là investis, se sentent confinés dans une loi.

C'est par la loi du 23 décembre 1998 que les pouvoirs publics tentent d'initier **l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)** des médecins libéraux, volontaire et non sanctionnante. La notion de qualité de la pratique y est aussi importante que le besoin de formation continue(15). Cette évaluation est sous la responsabilité des URML (Unions Régionales des Médecins libéraux) et de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé)(14).



Schéma « de la FMC à la DPC » tiré du site www.has-santé.fr(16)

3) Les changements

La loi du 4 mars 2002 (loi dite "Kouchner") réaffirme l'obligation de formation médicale continue et élargit les rôles des CNFMC et CRFMC (Conseil régional de Formation médicale continue), ces derniers étant chargés de **valider tous les cinq ans** pour chaque médecin, le respect de l'obligation de formation, et de procéder à une conciliation en cas de manquement, puis de saisir la chambre disciplinaire de l'Ordre des Médecins en cas d'échec de cette obligation(13).

La loi du 9 août 2004 réaffirme l'obligation de formation médicale continue, mais fait **disparaître la notion de sanction disciplinaire**. La loi du 13 août 2004 quant à elle

rend obligatoire l'EPP(17). C'est la naissance de l'HAS (Haute Autorité de santé) qui reprend le rôle de l'ANAES.

En 2008, les décrets d'application permettant la mise en place des CRFMC, et donc du contrôle du respect de l'obligation de formation, ne sont toujours pas votés...

La **loi HPST** (Hôpital, Patients, Santé et Territoire) du 21 juillet 2009, loi dite "Bachelot", réunit quant à elle EPP et FMC dans un **dispositif commun nommé DPC** (Développement Professionnel Continu)(18) sur les recommandations du rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)(19).

Dans les objectifs, outre la formation et l'amélioration des soins, la notion de sécurité des soins et de maîtrise des dépenses de santé apparaît clairement(20).

Pour cela la **DPC devient annuel et obligatoire pour tous les professionnels de santé (médicaux et paramédicaux)(21)**.

La gestion du DPC revient à l'Organisme Gestionnaire du développement Professionnel Continu (OGDPC)(22). Cet organisme, par le biais de sa commission scientifique indépendante enregistre les organismes de formation. Il publie les programmes disponibles, auxquels les professionnels peuvent s'inscrire. C'est également l'OGDPC qui finance les formations et indemnise les professionnels(15).

On peut noter que dans ce système, la Commission Scientifique Indépendante (CSI) n'a qu'un avis consultatif. La gouvernance de ce GIP (Groupement d'Intérêt Public) État-Assurance maladie est en fait le seul décideur.

On peut s'interroger sur le poids de cette CSI face aux décideurs dont les intérêts prioritaires de formation sont des intérêts de santé publique.

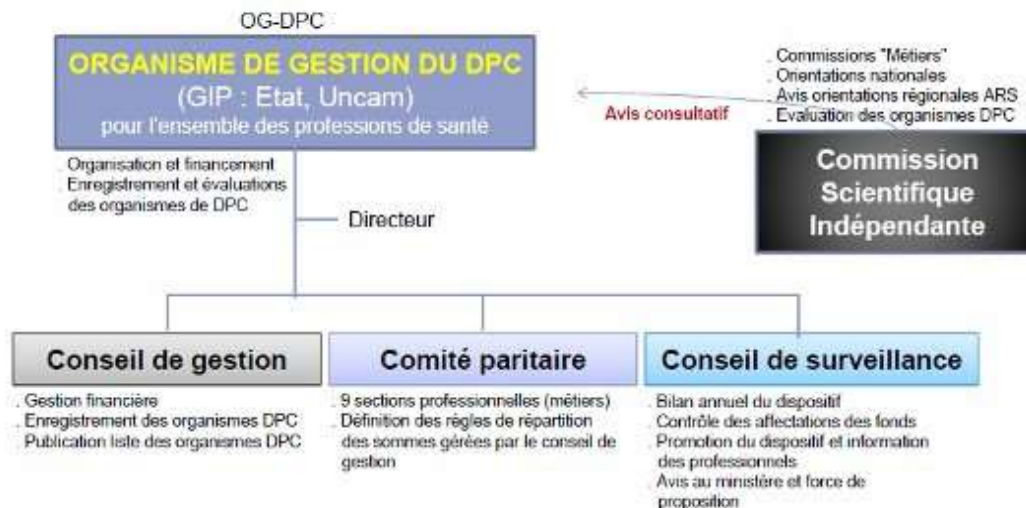


Schéma tiré du site de l'INMA (Institut National de Médecine Agricole) : l'essentiel du DPC(23).

Cependant, les décrets relatifs au DPC (n°2011-2116) du 30 décembre 2011(24), paraissent au journal officiel le 02 janvier 2012.

La loi n'est en fait définitivement applicable qu'à partir du 01 janvier 2013 compte tenu du retard de publication d'autres textes complémentaires concernant l'organisation.

Ce dispositif de formation réglementée est décrié par un certain nombre d'acteurs de la santé et notamment par le rapport de l'IGAS d'avril 2014 qui relève des « vices de conception »(25) et notamment le fait que « l'obligation de formation [n'ait] pas de contenu précis », que « la sanction de manquement [ne soit] pas organisée »(26). Le rapport souligne aussi les « aléas budgétaires » ne donnant aucune assurance quant à la possibilité de financer le coût d'un DPC généralisé.

Dans la **loi de modernisation du système de santé** adoptée le 26 janvier 2016, un décret relatif à l'organisation du DPC des professionnels de santé est publié le 10 juillet 2016 au Journal Officiel(27).

Le DPC devient une « démarche comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de gestion des risques »(28).

Tout en conservant la structuration juridique de GIP État-Assurance maladie, l'OGDPC (Organisme gestionnaire du développement professionnel continu) est renommé l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu(29). L'ANDPC assurera « le pilotage » et contribuera « à la gestion financière du dispositif du DPC pour l'ensemble des professionnels de santé, quels que soient leurs statuts ou leurs conditions d'exercice », elle aura également un rôle de promotion auprès des professionnels de santé, des organismes et partenaires(30).

La loi prévoit une obligation triennale de formation avec un « parcours de DPC » à suivre. Pour les médecins celui-ci sera défini par le Conseil National Professionnel (CNP), qui aura également pour mission d'adapter les méthodes préconisées par la HAS pour la profession médicale et de contrôler les organismes et les programmes de formation.

Des orientations nationales prioritaires doivent être fixées par arrêté ministériel et seront de trois types :

Orientations nationales s'inscrivant dans le cadre de la politique nationale de Santé.

Orientations spécifiques par spécialité (sur la base des propositions du Conseil National Professionnel des médecins).

Orientations issues du dialogue conventionnel.

La ministre de la Santé Mme Touraine a voulu « redonner la main aux professionnels sur le plan scientifique et pédagogique »(28), en effet dans le précédent DPC, la CSI n'avait qu'un avis consultatif.

Le nouveau DPC comporte également un document de traçabilité (port-folio) de l'engagement des médecins dans la démarche de DPC(31).

« Pour satisfaire leur obligation triennale, l'ANDPC met à disposition des professionnels de santé l'offre de DPC composée d'actions et de programmes de DPC de trois types :

Action cognitive (concernant l'approfondissement des connaissances) ;

Action d'analyse des pratiques professionnelles (permettant une réflexion sur la démarche et les caractéristiques de la pratique professionnelle effective du professionnel) ;

Gestion des risques (visant à identifier, évaluer et prioriser des risques relatifs aux activités d'un métier ou d'une organisation). »(32)

Par ailleurs, le plafond de prise en charge du DPC pour 2017 est fixé à 21 heures par médecin (dont 10 maximum en formation non présentielle), à raison d'une indemnisation à 45 euros par heure(33).

Enfin on ne parle plus alors de points ni de crédits. Il reste difficile à ce jour de comprendre comment valider cette obligation triennale.

Le financement de l'ANDPC est un financement public dont les rouages sont délicats à explorer. A noter la participation financière de l'industrie pharmaceutique, qui était fixée à 1,6 % de leur chiffre d'affaires entre 2012 et 2014(34). Le médecin libéral, pour sa part cotise pour sa formation au niveau de l'URSSAF, ce qui lui donne droit également à des financements par le biais du FAF-PM (Fond d'Assurance Formation de la Profession Médicale)(35).

Des décrets concernant l'organisation de l'ANDPC et de la formation sont encore en attente à ce jour.

Par le biais des différentes lois, la formation médicale post-universitaire est en constant changement. Sur le terrain concrètement, qu'en est-il ? Les médecins se forment-ils et comment ?

Nous avons interrogé par un questionnaire les médecins généralistes Lorrains actifs installés entre 8 et 10 ans, afin d'évaluer leur connaissance face à cette obligation de formation et les moyens de formation qu'ils utilisent.

II. Matériel et méthode

A) Objectif

Notre objectif principal est d'évaluer les modes de formations post-universitaires utilisés par les jeunes médecins, et leur connaissance des différents types de formations existants.

Nos objectifs secondaires sont :

- de déterminer les freins et les avantages des différents modes de formations,
- d'évaluer le ressenti vis-à-vis d'une recertification future,
- de mieux cerner les attentes des médecins généralistes en matière de formation continue.

B) Méthodologie

1) Protocole d'étude

a) Choix de la population

La population de notre étude est composée de médecins généralistes qui se sont installés entre 2006 et 2008 en Lorraine. Cela nous est apparu opportun puisque l'« on estime qu'il faut 7 ans pour que 50 % des connaissances scientifiques médicales et techniques acquises lors de la formation médicale initiale soient obsolètes » (36).

Par ailleurs, c'est très souvent une période de vie assez remplie, avec notamment une vie de famille chargée. Nous avons donc cherché à savoir comment les médecins conciliaient la formation avec leurs vies privées et professionnelles.

b) Élaboration du questionnaire

A partir de mars 2016, avec l'aide du Docteur Riff, nous élaborons un questionnaire destiné à mieux comprendre le comportement des jeunes médecins généralistes vis-à-vis de la formation post-universitaire et leurs attentes dans ce domaine, le tout dans un contexte de discussions au niveau des instances légales et ordinaires.

Les modalités de formation que nous leurs proposons émanent de notre expérience et connaissance personnelle. Les questions concernant la recertification émanent du livre blanc dévoilé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) en janvier 2016.

Le questionnaire a été testé par des médecins ne faisant pas partie de notre panel, afin de corriger des questions peu claires ou de mettre en évidence des redondances. Il a ensuite été relu par notre président de thèse, le Professeur Di Patrizio.

c) Recrutement et modalité d'envoi

Les listes des médecins installés en libéral entre 2006 et 2008 nous ont été transmises par mail par les quatre Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) de Lorraine.

Ensuite nous avons appelé chaque cabinet pour obtenir l'adresse e-mail des médecins concernés afin d'envoyer un lien pour répondre au questionnaire en ligne. Les médecins qui ont refusé de donner leur adresse e-mail, qui sont restés non joignables ou qui n'ont pas donné suite à nos messages, ont reçu le questionnaire en version papier par voie postale à leur cabinet, ainsi qu'une enveloppe pré-timbrée pour le retour ; ceux ayant exprimé explicitement le refus de répondre à un questionnaire de thèse n'ont rien reçu.

Le premier mail a été envoyé le 18 octobre 2016, le mail de relance a été envoyé aux non répondants le 3 novembre 2016.

Les questionnaires papiers ont été envoyés par voie postale le 19 octobre 2016. Des appels téléphoniques de relance ont été effectués entre le 17 et le 25 novembre 2016, par discussion avec le médecin ou message laissé auprès du secrétariat, ou sur le répondant.

d) Le questionnaire

Il s'agit d'un questionnaire comprenant 50 questions, nécessitant environ 5 minutes. 45 questions sont à choix fermés, mais de nombreux espaces de commentaires libres permettent aux médecins d'exprimer des nuances sur les réponses, ou d'ajouter des items qui ne sont pas présents dans la liste. 5 questions sont ouvertes. Les questions sont réparties en 7 parties distinctes :

Vous connaître

Mode d'exercice

Votre formation

Nouveaux axes de formation

Votre point de vue sur la formation continue

Avenir et recertification

Si la formation médicale continue devenait plus contrôlée et donc imposée.

Les médecins ayant fourni leur adresse email ont reçu un mail contenant un mot d'introduction expliquant brièvement l'objectif de l'enquête ainsi que le lien pour répondre au questionnaire via Google forms.

Les médecins devaient d'abord donner une adresse email afin de ne pas recevoir de relance inutile.

Certaines réponses étaient obligatoires afin de pouvoir poursuivre le questionnaire.

Thèse de médecine générale: questionnaire en ligne en 5 minutes



mathildegee@gmail.com

Aujourd'hui, 16:11

Vous



Répondre | v

Google Forms

Cher confrère, chère consœur,

je prépare actuellement une thèse sur la formation continue des médecins généralistes installés en Lorraine entre 2006 et 2008.

Pour cela j'aimerais obtenir votre concours pour remplir ce questionnaire, d'une durée de 5 minutes environ. Je suis consciente de votre emploi du temps très chargé et vous remercie par avance de votre aide.

Vous pouvez également le remplir directement sur votre mobile, en prenant garde de bien faire défiler les tableaux latéralement car votre écran est certainement moins large que celui de votre ordinateur!

Merci beaucoup

Mathilde GEERAERT

[Questionnaire de thèse: La formation continue](#)

REPLIR LE FORMULAIRE

[Créer votre propre formulaire Google](#)

La version papier était la version imprimable du questionnaire google forms et comprenait 6 pages recto-verso. Le questionnaire était également accompagné d'un mot d'introduction. Les questions obligatoires étaient signalées d'un astérisque.

Cher confrère, chère consœur,

Je prépare actuellement une thèse sur la formation continue des médecins généralistes installés entre 2006 et 2008 en Lorraine.

Pour cela, j'aimerais obtenir votre concours : je vous serai reconnaissante de répondre à ce questionnaire qui vous prendra environ 5 minutes. Je suis consciente de votre emploi du temps très chargé et vous remercie par avance de votre aide. Vous trouverez ci-joint une enveloppe pré-timbrée pour le retour.

En cas de besoin, vous pouvez me joindre au 06.45.70.27.39 ou mathildegee@gmail.com

Mathilde GEERAERT, médecin remplaçant non thésé.

e) Recueil des données

Les résultats des questionnaires en ligne apparaissent directement dans un tableur avec une ligne par personne, contenant toutes les réponses données. Nous avons ensuite complété ce tableur nous même avec les réponses des questionnaires papiers.

2) Taux de participation

Les listes des CDOM comportaient au total 121 médecins.

Cependant, 7 n'étaient plus installé en libéral en Lorraine au moment des envois, par ailleurs 2 ont refusé totalement de répondre au questionnaire.

Nous avons donc envoyé 76 mails et 36 courriers à des médecins correspondants au panel, soit 112 questionnaires.

Nous avons reçu 56 questionnaires au total dont 42 en ligne et 14 papiers, soit 50% de réponse.

III. Résultats

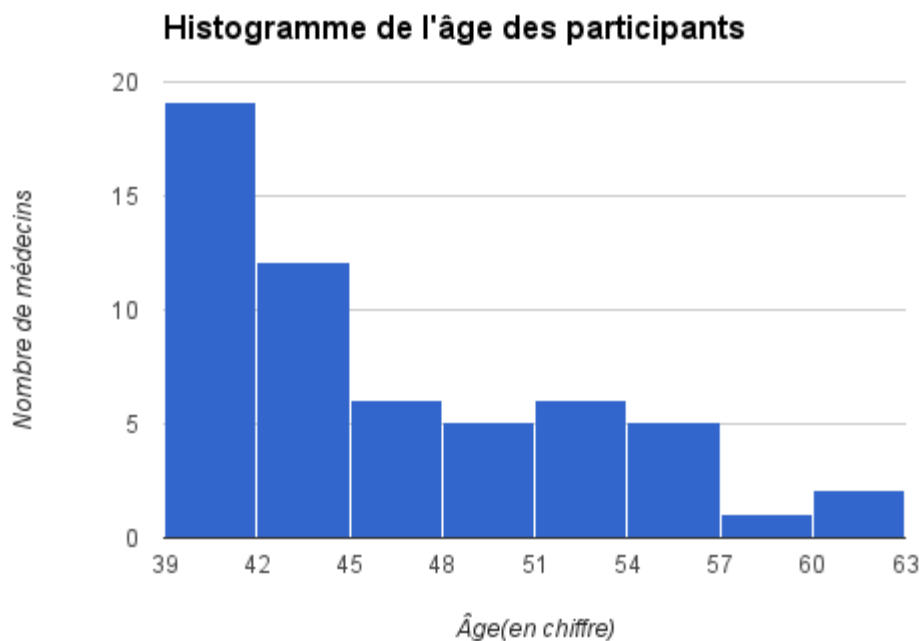
A) Questionnaire

1) Population étudiée

a) Âge et sexe

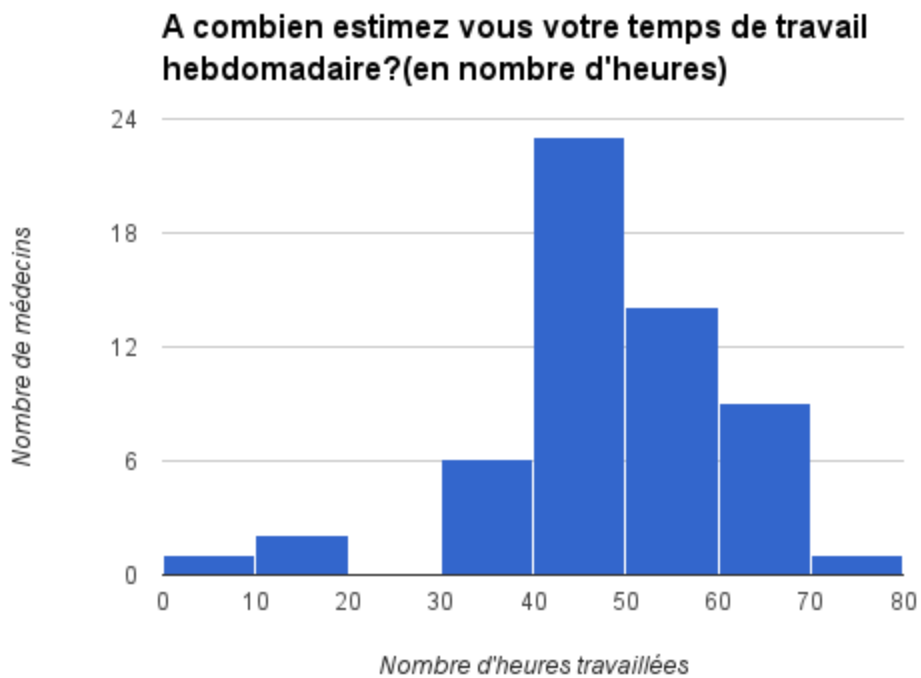
L'échantillon se compose de 50 % d'hommes et de femmes soit 28 dans chaque catégorie.

La **moyenne d'âge est de 45,7 ans** avec une médiane à 44 ans.



b) Temps de travail hebdomadaire

La moyenne est de **46,6 heures/semaine**, avec une médiane à 45 h/semaine. A noter, nous avons 3 réponses $\leq$ à 12 heures, ne s'agirait-il pas d'erreur ? Les médecins ont-ils écrit le nombre d'heure de travail quotidien au lieu du nombre hebdomadaire ?



c) Accueil des visiteurs médicaux

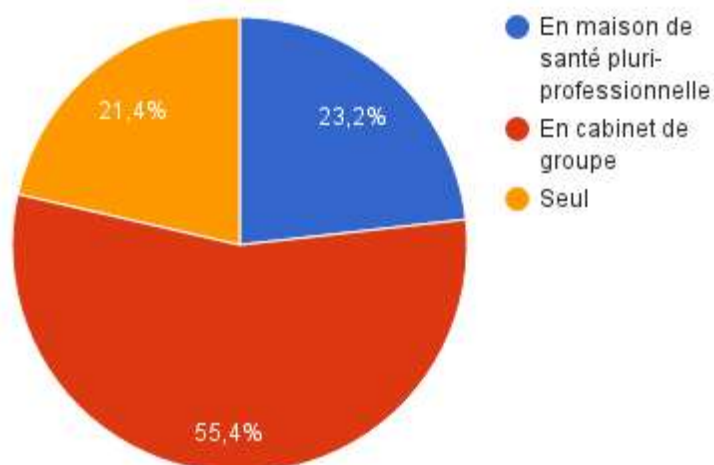
71,4 % des médecins accueillent les visiteurs médicaux contre 28,6 % qui ne les reçoivent pas.

2) Conditions d'exercice

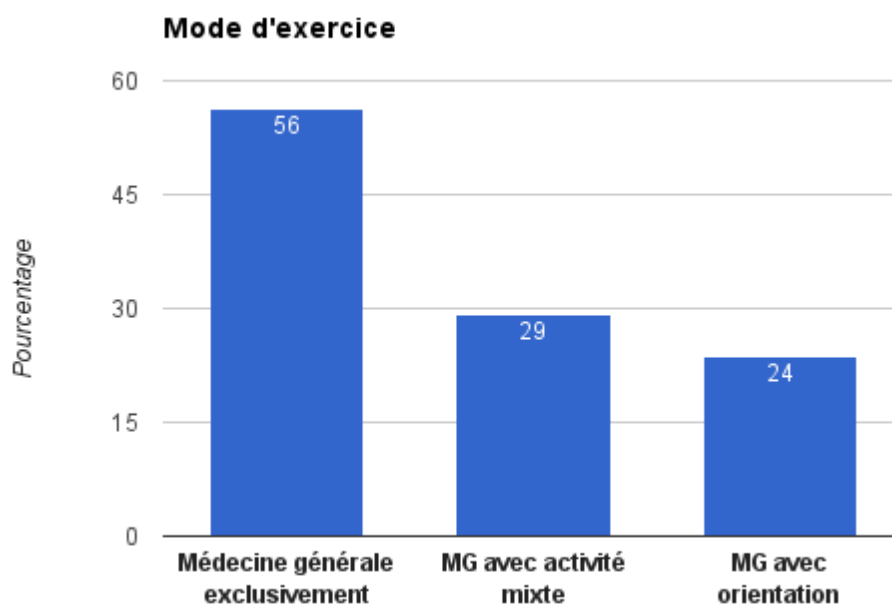
a) Type de cabinet

Parmi notre panel, l'exercice en cabinet de groupe est le plus fréquent, puisque cela représente 55,4 % des interrogés (31 personnes), alors que l'exercice en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) ou seul représentent respectivement 23,2 % (13 personnes) et 21,4 % (12 réponses).

Mode d'exercice



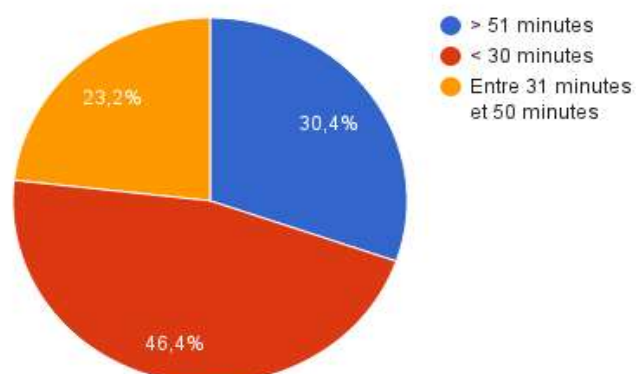
b) Exercice



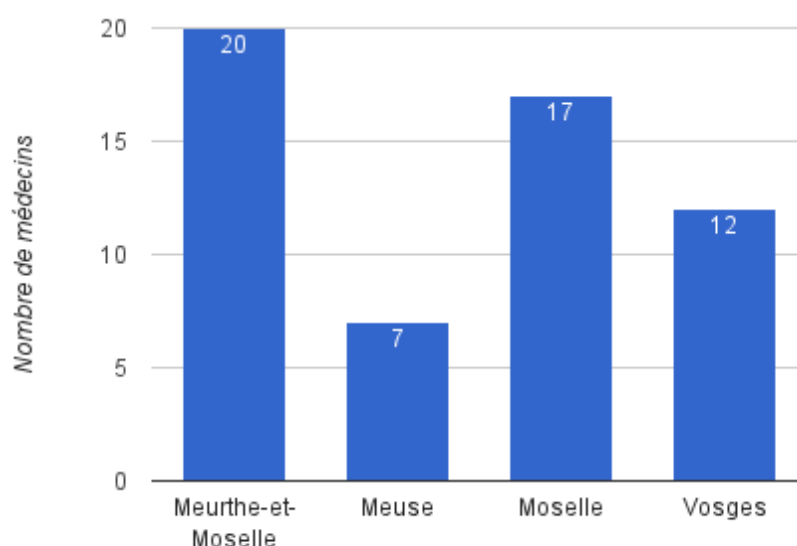
56 % des répondants (31 personnes) exercent en médecine générale exclusivement, alors que 29 % (16 médecins) exercent une activité mixte, c'est-à-dire également en EHPAD, PMI, etc. Enfin 24 % (13 médecins) exercent la médecine libérale avec une orientation particulière comme un DU de gynécologie, de médecine esthétique ou de médecine légale par exemple.

c) Géographie

Quelle est la durée du trajet entre la faculté et votre cabinet?

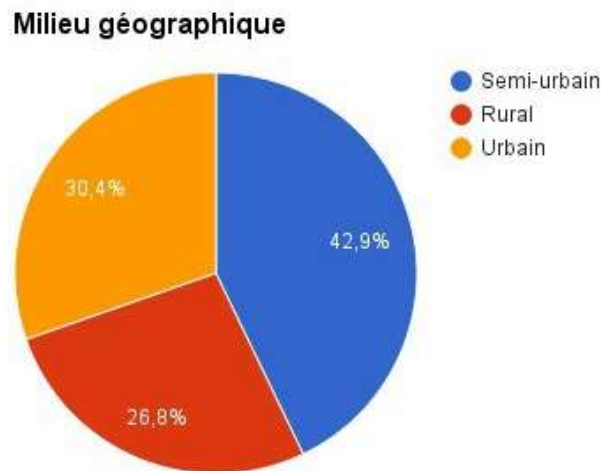


Département d'exercice



La majorité de notre panel exerce en zone semi-urbaine (42,9 %) et à moins de 30 minutes de la faculté de médecine de Nancy (46,4 %).

Les médecins exercent en Meurthe-et-Moselle pour le plus grand nombre : 35,7 %. 30,4 % exercent en Moselle et 21,4 % dans les Vosges. Seuls 12,5 % (7 répondants) exercent dans la Meuse, à noter cependant qu'ils représentent le meilleur taux de participation à notre questionnaire (87,5 % de réponses).



d) Les réseaux

Nous avons voulu savoir quelle part des médecins interrogés adhéraient à des réseaux de soins de type réseau de diabète, addiction, oncologie, néphrologie, antibiothérapie, gériatrie, autre...

Seul 42,9 % des répondants adhèrent à un réseau de soin (soit 24 personnes), alors que 57,1 % n'y sont pas engagés (36 personnes).

e) La maîtrise de stage

Nous avons également voulu connaître la proportion de médecins maître de stage (le terme officiellement reconnu actuellement est Maître de Stage Universitaire) : ils sont 25 % parmi notre échantillon, soit 14 médecins.

Nous leur avons ensuite demandé dans quel niveau ils enseignaient : parmi ces 14 médecins, 9 n'ont qu'un seul niveau de stagiaire, 5 ont des stagiaires de 2 niveaux différents (3 d'entre eux ont à la fois des internes de 1er niveau et des internes SASPAS, les 2 derniers ont des externes et des internes de 1er niveau), enfin un médecin n'a pas précisé.

	Externe	Interne de 1er niveau	Interne SASPAS
Stagiaire	6	8	4

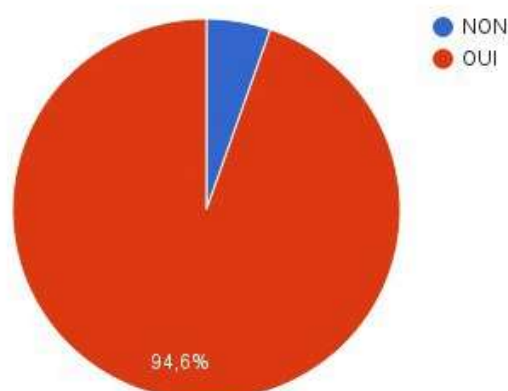
3) La formation des médecins interrogés

Nous avons souhaité connaître les moyens qu'utilisent actuellement les médecins pour se former. Nous avons donc séparé les types de formation en 2 groupes principaux : présentiel et individuel et nous avons redéfini des sous-catégories afin de tenter d'être plus précis.

a) Estiment-ils avoir continué à se former ?

La quasi totalité des médecins pense avoir continué à se former depuis leur installation, puisqu'ils sont 94,6 % (53), et ceux qui pensent le contraire se justifient par un manque de temps (voir annexe 2).

Depuis votre installation, avez-vous continué à vous former?

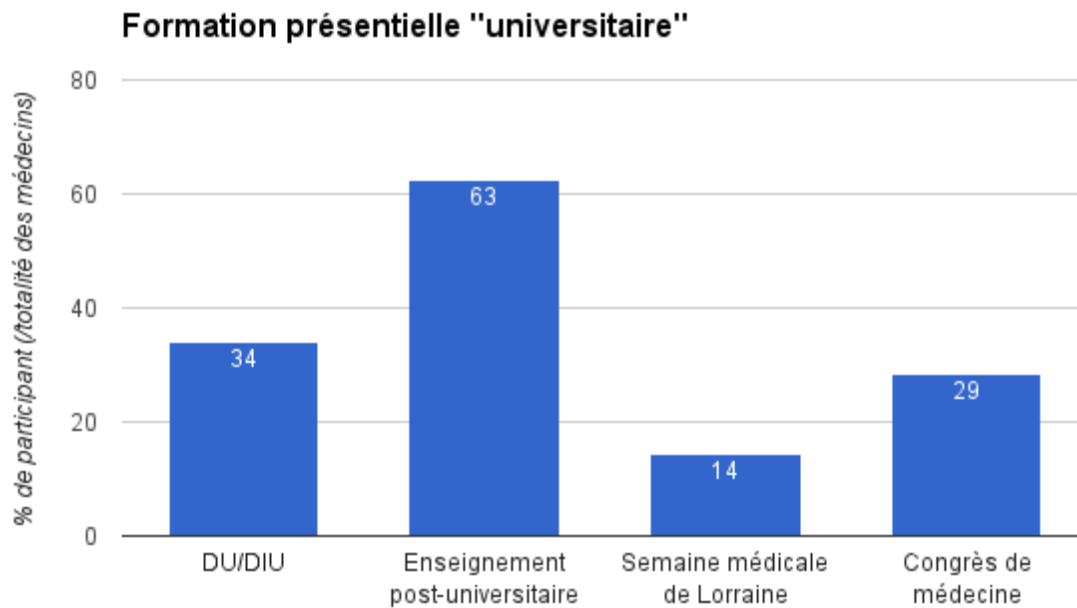


b) La formation présentielle

La formation présentielle est encore largement utilisée par les médecins puisqu'ils sont 96,4 % des répondants à la pratiquer. Parmi ces 96,4 %, 100 % participent à une formation présentielle locale.

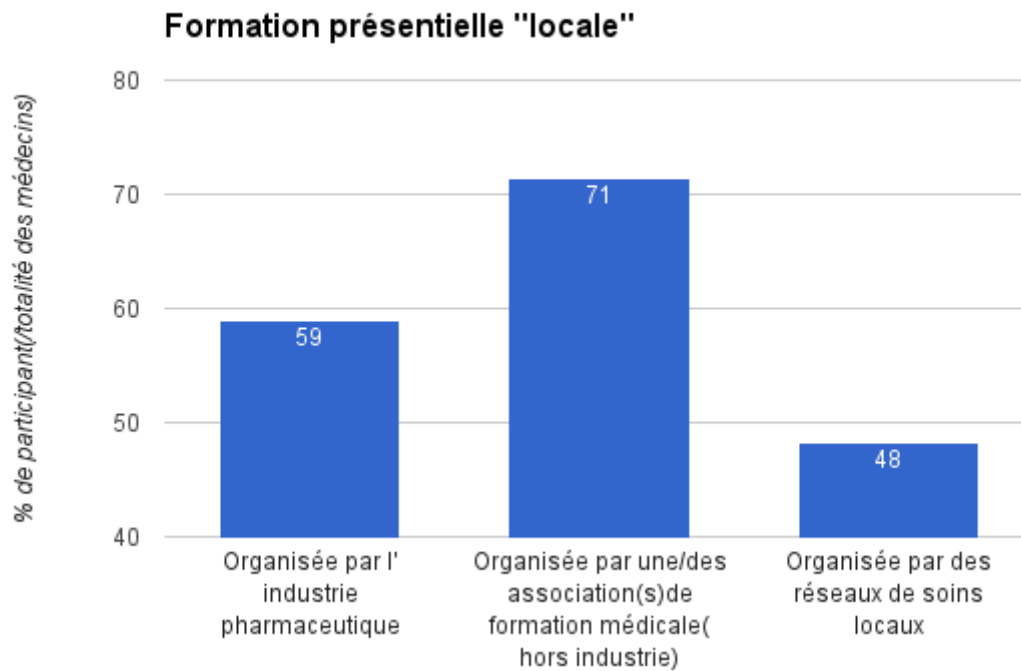
	Nombre de réponse (/56)	Pourcentage
Total formation présentielle	54	96,4%
Formation « universitaire »	44	78,6%
Formation locale	54	96,4%
Formation en groupe	46	82,1%

1) La formation universitaire



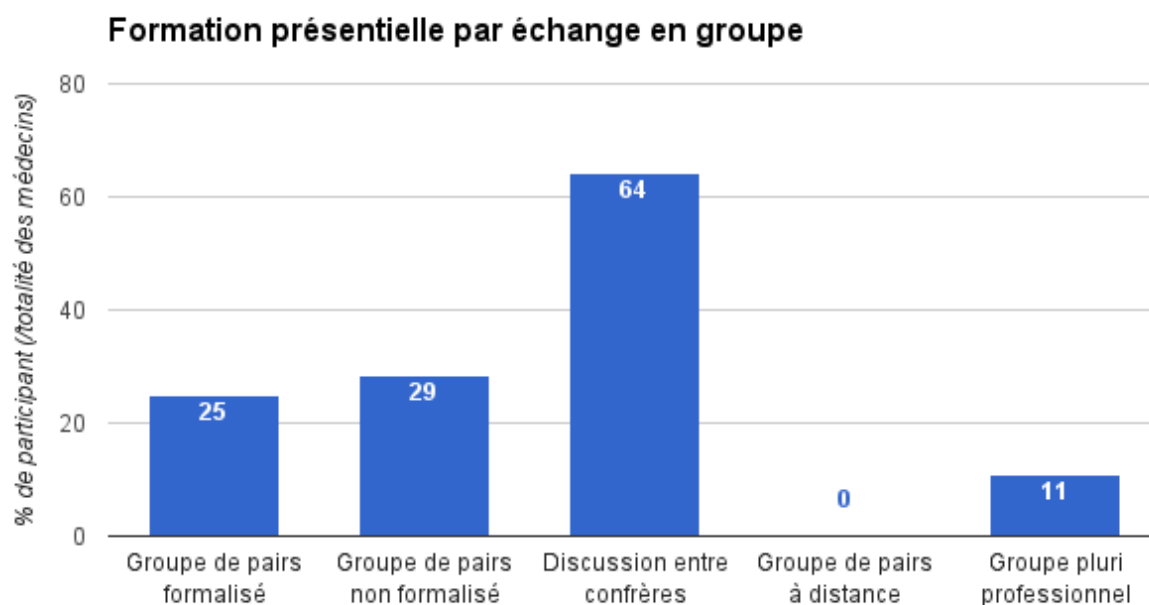
78,6 % (44) des médecins participent à de la formation universitaire.

2) La formation locale



3) La formation par échange en groupe

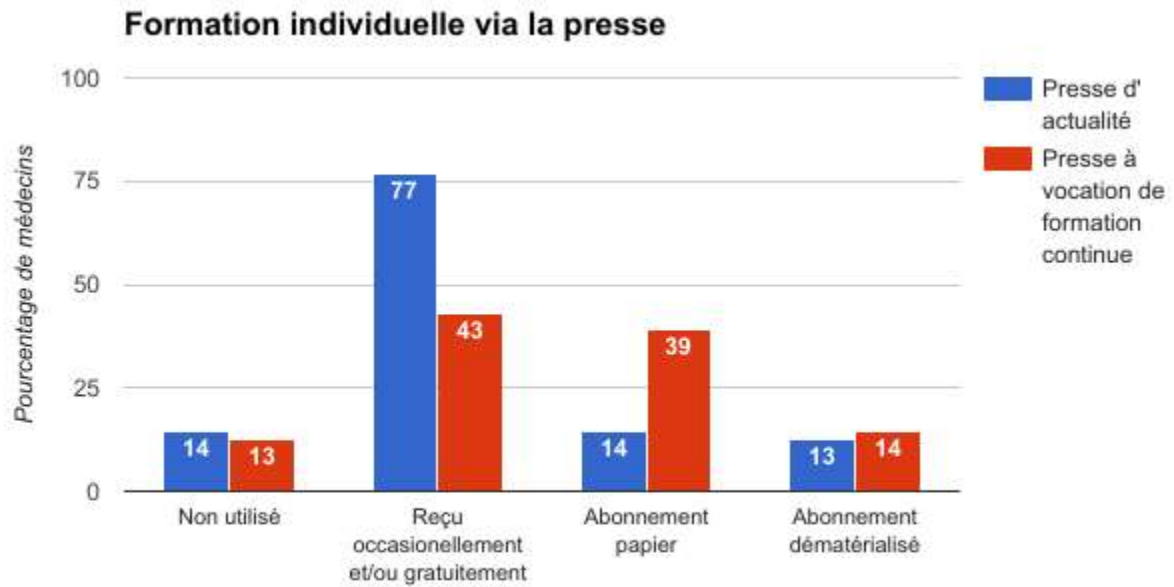
82,1 % des médecins se forment via échange en groupe, cependant la formation via groupe de pairs à distance n'est pour l'instant pas du tout utilisée par les médecins généralistes (0 %).



c) Formation individuelle

1) Via la presse

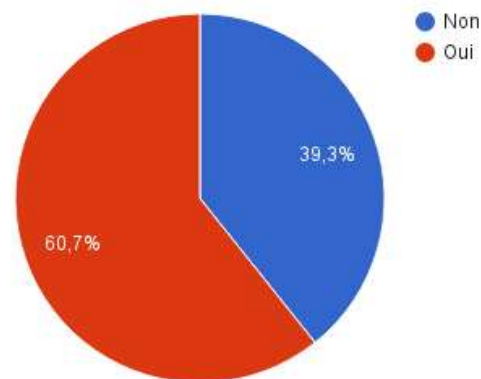
La presse à vocation de formation continue (La revue du praticien, le concours médical, Prescrire...) regroupe plus d'abonnements papiers que celle d'actualité (Quotidien du médecin, Panorama...) avec respectivement 39 et 14 %. De nombreux médecins reçoivent et utilisent cette presse lorsqu'ils la reçoivent gratuitement.



2) Les livres médicaux

Étonnement, malgré les nouvelles technologies et la présence d'internet, 60,7 % des médecins se forment encore dans des ouvrages médicaux.

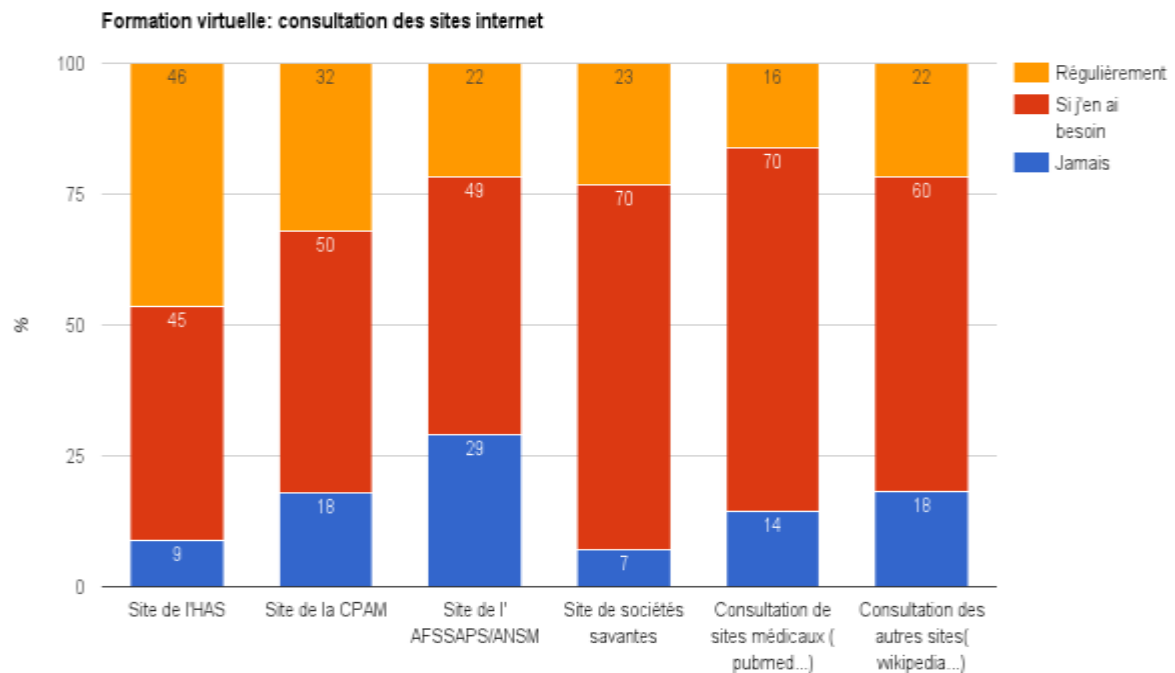
Ouvrages médicaux renouvelé(s) et récent(s)



d) Formation virtuelle

Les sites de l'HAS et de la CPAM sont ceux utilisés le plus fréquemment avec respectivement 46 et 32 % d'utilisation régulière.

Le site le moins utilisé est celui de l'ANSM (ancien AFSSAPS).

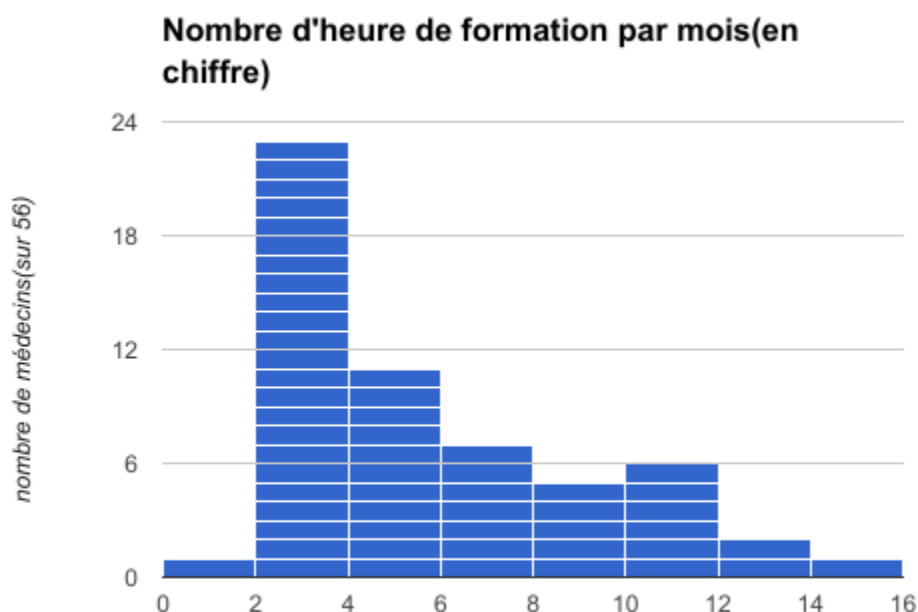


e) Leur formation actuelle

Nous avons voulu quantifier le temps voué à la formation continue et étudier l'importance des différents modes de formation.

Les médecins de notre panel consacrent mensuellement à la formation post-universitaire en moyenne 5,16 h soit 5 heures et 10 minutes, avec une médiane de 4 heures.

Pour 41 % des médecins (23 personnes) le temps consacré à la formation est compris entre 2h et 3h59 par mois.



La formation se compose en moyenne de:

51,5 % de *formation individuelle* (médiane 50 %),

36,3 % de *formation en groupe* (médiane de 30 %)

10 % pour la *formation universitaire* (médiane à 5%).

4) Connaissance des axes de formations récents

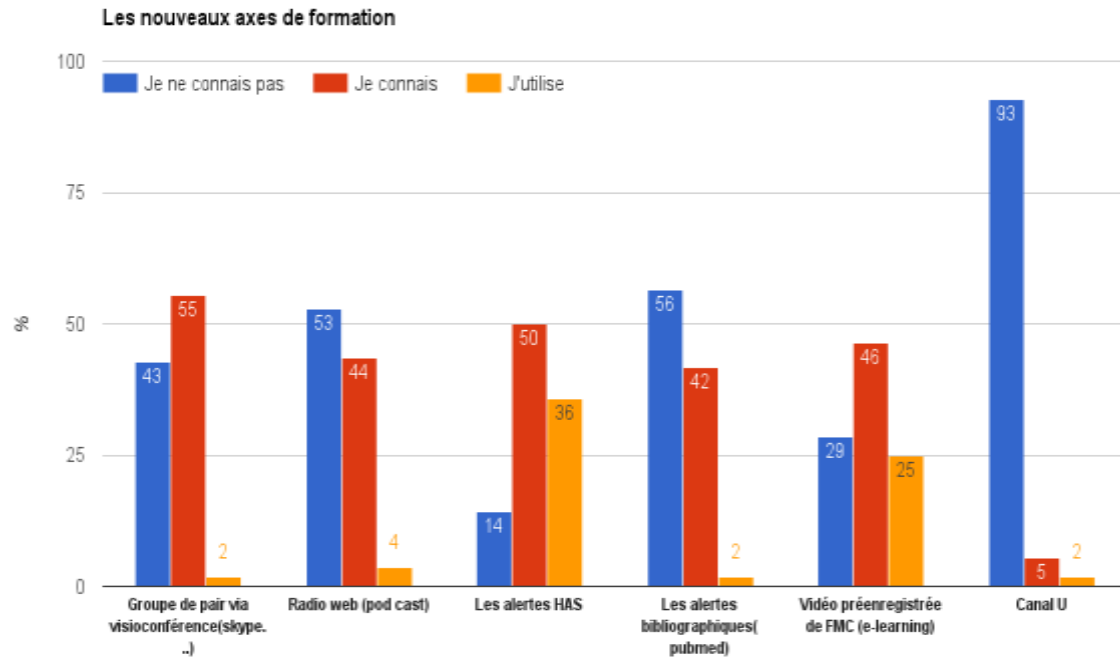
Avec la généralisation d'internet, de nouveaux moyens de formation ont émergé. Nous avons voulu savoir s'ils étaient connus des praticiens et si certains les utilisaient pour se former.

Les **alertes HAS** sont les plus utilisées, 36 % des médecins y sont abonnés. Les vidéos de **FMC pré-enregistrées** rencontrent également du succès avec 25 % d'utilisateurs.

Des nouvelles techniques de formations remportent moins d'adhésion, malgré le fait qu'elles sont connues par de nombreux médecins : les groupes de pairs via visioconférence, les radios web, les alertes bibliographiques.

Enfin Canal U reste encore inconnu pour 93 % des médecins.

Nous leur avons également demandé s'ils connaissaient d'autres moyens de se former (annexe 3).



%	Je ne connais pas	Je connais	J'utilise	Pourcentage total à connaître et/ou utiliser
Groupe de pair via visioconférence(skype...)	43	55	2	57
Radio web (pod cast)	53	44	4	47
Les alertes HAS	14	50	36	86
Les alertes bibliographiques(pubmed)	56	42	2	44
Vidéo préenregistrée de FMC (e-learning)	29	46	25	71
Canal U	93	5	2	7

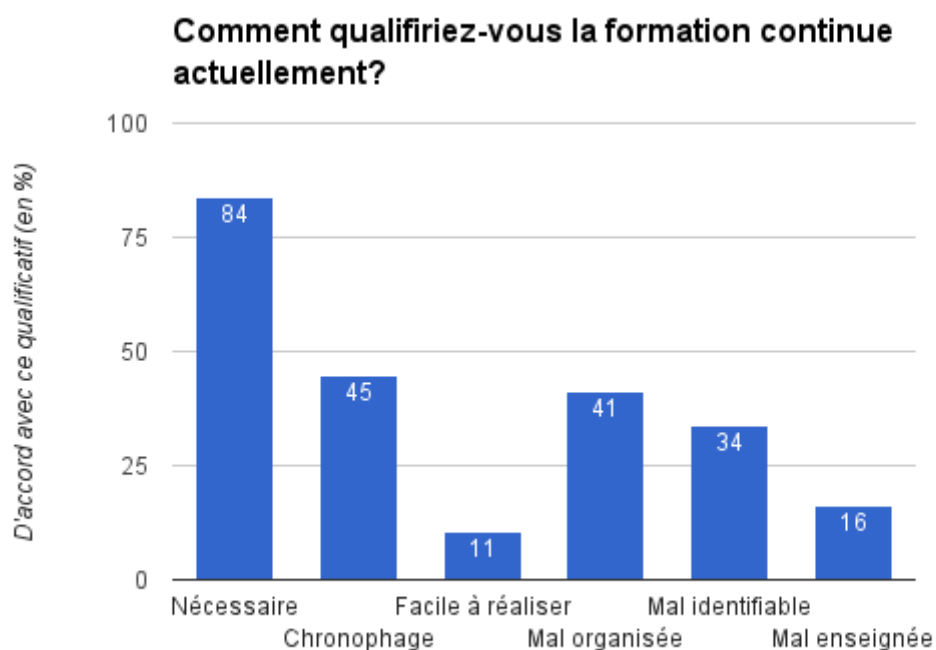
5) Point de vue sur la formation continue actuelle

a) Perception de la formation

Nous avons demandé aux médecins de choisir parmi des expressions, celles qui définissaient le mieux la formation continue.

Il est rassurant de constater que la formation est nécessaire pour 84 % des médecins. Cependant on remarque aussi pour un nombre important d'entre eux,

elle est chronophage, mal organisée et mal identifiable.



b) Les freins à la formation

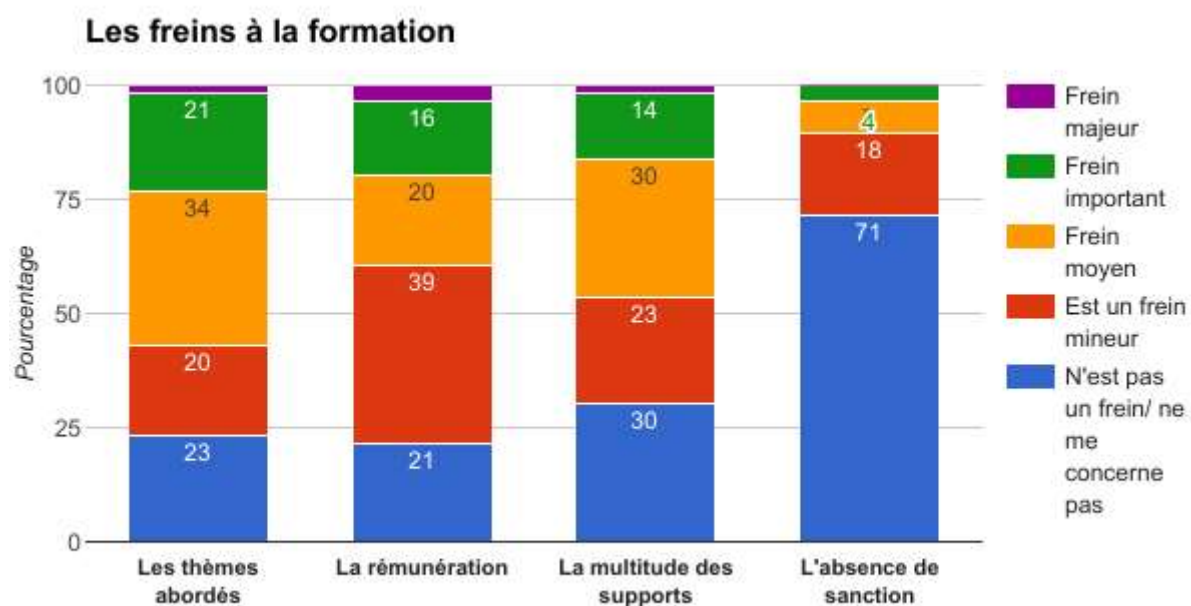
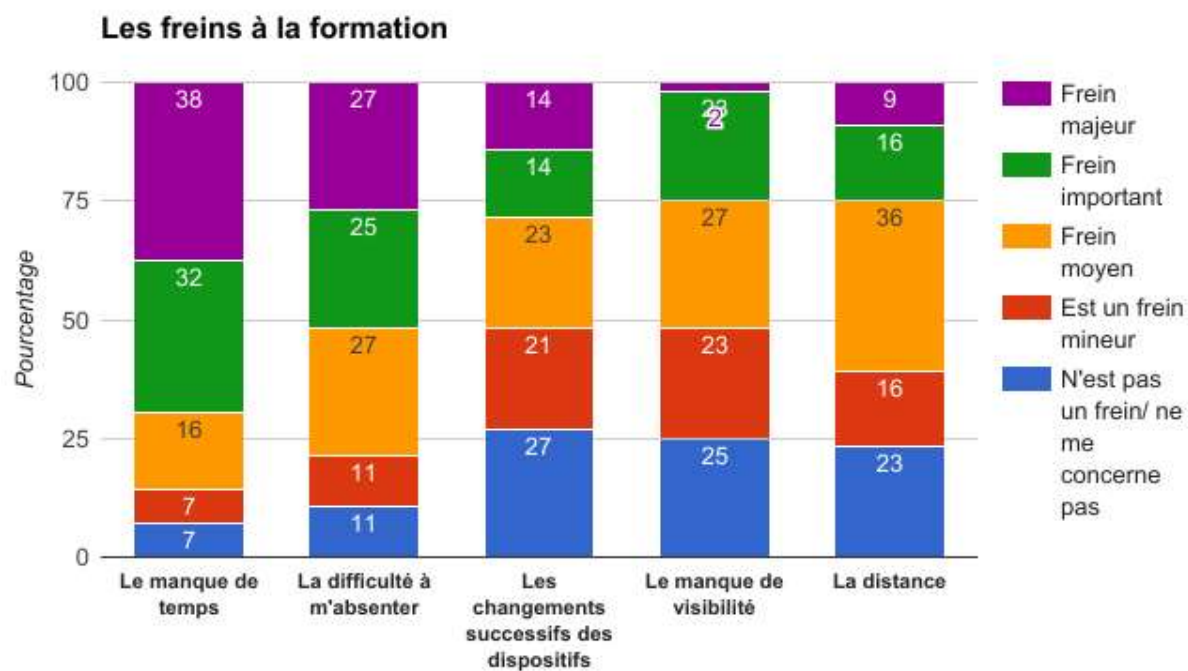
Le frein principal est le **manque de temps** : pour 38 % des médecins c'est un frein majeur et pour 32 % un frein important, soit au total 70 % !

Vient ensuite *la difficulté à s'absenter du cabinet*, qui représente un frein majeur et/ou important pour 52 % des médecins.

La distance, les thèmes abordés et la multitude des supports sont des freins moyens pour respectivement 36, 34 et 30 % des médecins.

Enfin on s'aperçoit que *l'absence de sanction* n'est pas un frein pour 71% des répondants.

Les autres freins rapportés par les médecins sont variés mais l'on retrouve la notion de manque de temps (voir annexe 4).



6) Avenir et recertification

Dans le livre blanc « pour l'avenir de la santé » publié par le CNOM le 26 janvier 2016, ce dernier propose la mise en place d'une recertification tous les 6 ans. D'après le CNOM, « ces propositions sont le résultat de la grande consultation engagée par l'Ordre des médecins avec tous les acteurs du système de santé et de

multiples rencontres avec les professionnels sur le terrain ».

Nous avons voulu faire l'état des choses.

a) La recertification



Finalement, malgré le fait que cette proposition émane de l'ordre des médecins (37), seuls 33,9 % des interrogés ont déjà entendu parlé de ce projet.

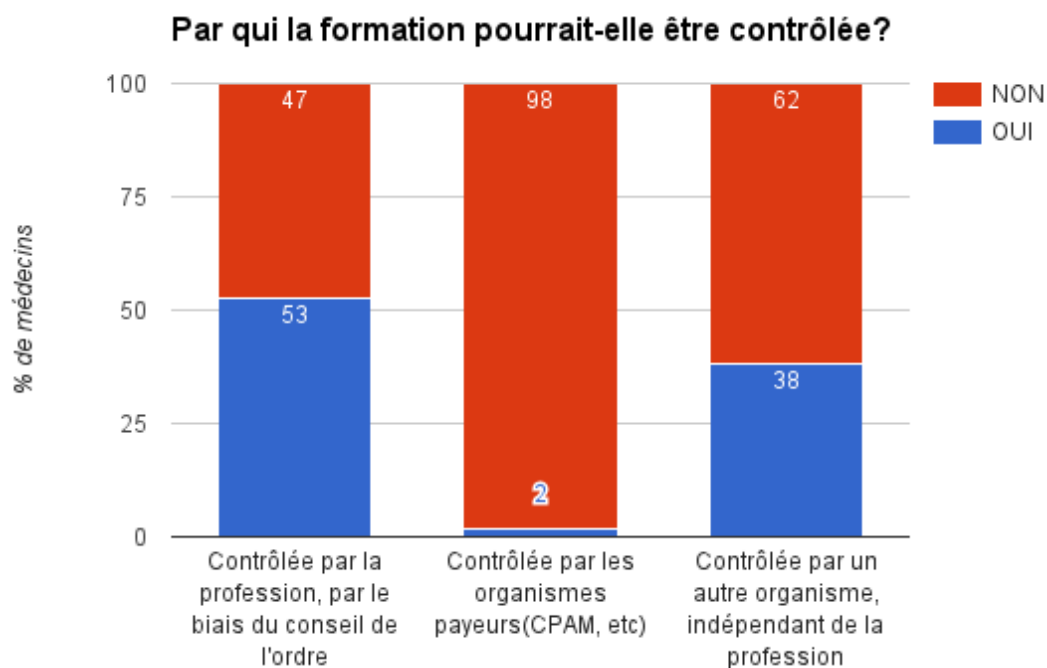
b) Plus de contrôle dans la formation ?

48,2 % des médecins pensent que la formation devrait être plus contrôlée, contre 51,8 % qui pensent le contraire.

c) Les gestionnaires d'un éventuel contrôle

Pour 98 % des répondants, si un contrôle était mis en place, **il ne devrait pas** être effectué par les organismes payeurs (CPAM...).

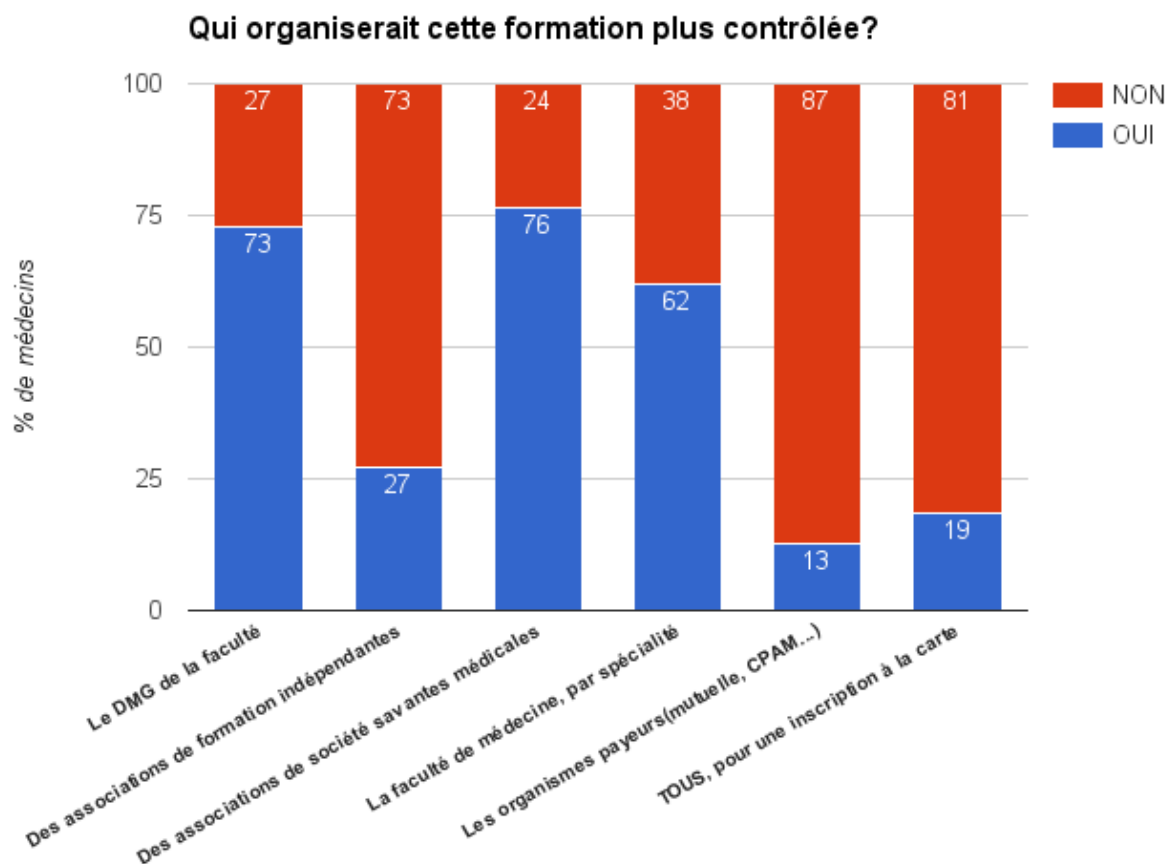
Pour 53 % il pourrait être effectué par la profession (via conseil de l'ordre par exemple) et pour 38 % par un autre organisme, indépendant.



d) Organisation de la formation

Pour les médecins, les plus à même d'organiser la formation sont *les associations de sociétés savantes, le DMG (Département de Médecine Générale) et la faculté de médecine (par spécialité)*.

87% sont contre une organisation par les organismes payeurs, et 81 % s'opposent à une organisation multipartite (avec inscription à la carte).

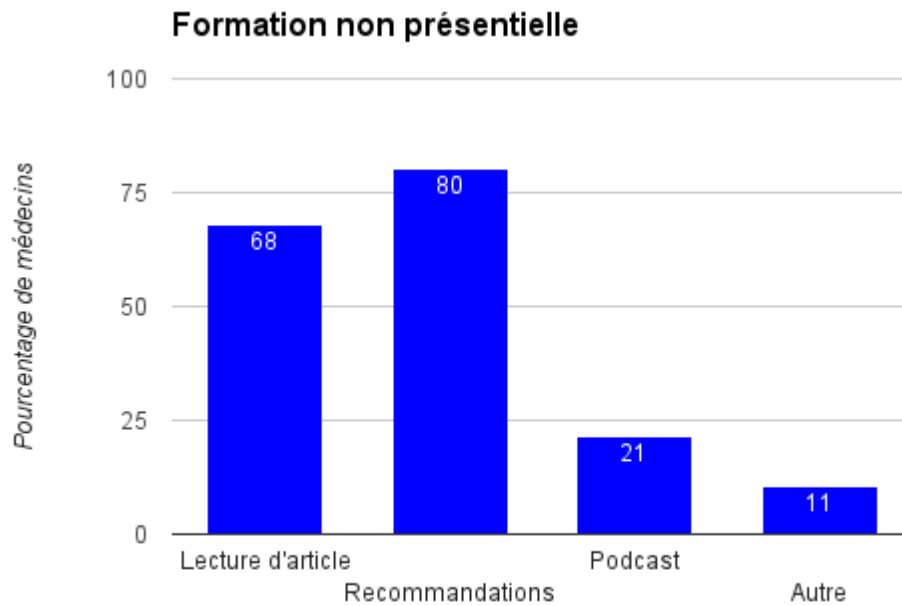


7) Vers une formation plus contrôlée : comment l'imaginer ?

a) Le type de formation

1) Une formation non présentielle

80 % des répondants sont pour une formation via des recommandations, 68 % pour la lecture d'articles. Les podcasts ne sont demandés que par 21 % des médecins. 11 % des médecins préféreraient d'autres supports (voir annexe 5).



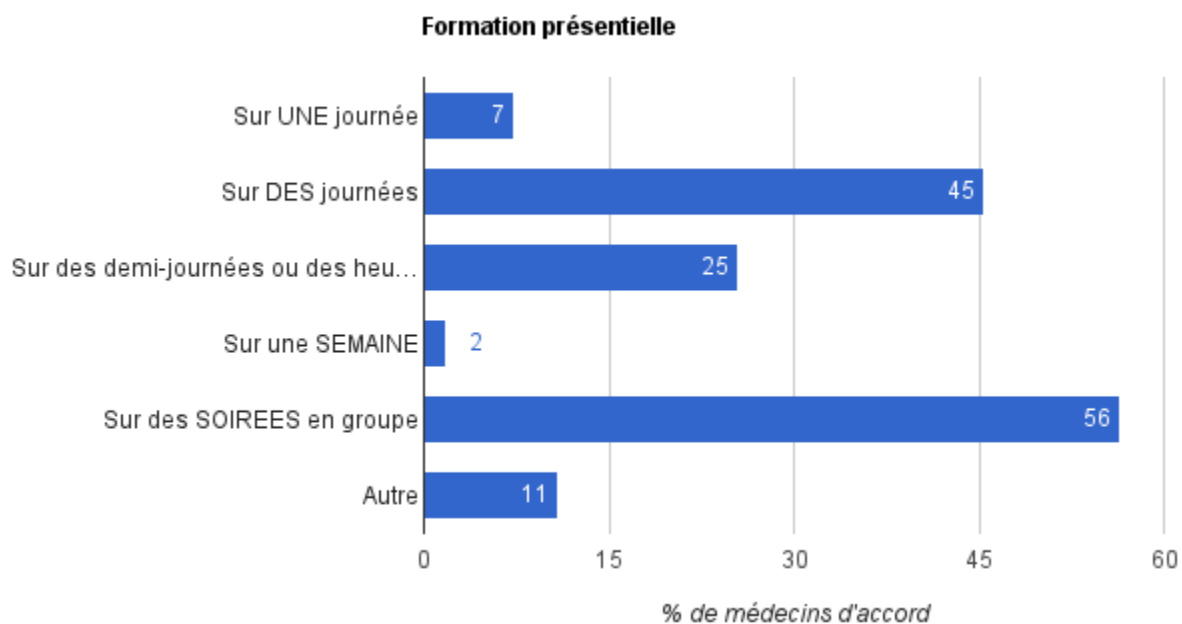
2) Répartition de la formation présentielle.

Nous nous sommes demandées quelle répartition de la formation pourrait être appréciée par les médecins, afin de s'adapter au mieux à leur emploi du temps et leurs obligations (voir annexe 6).

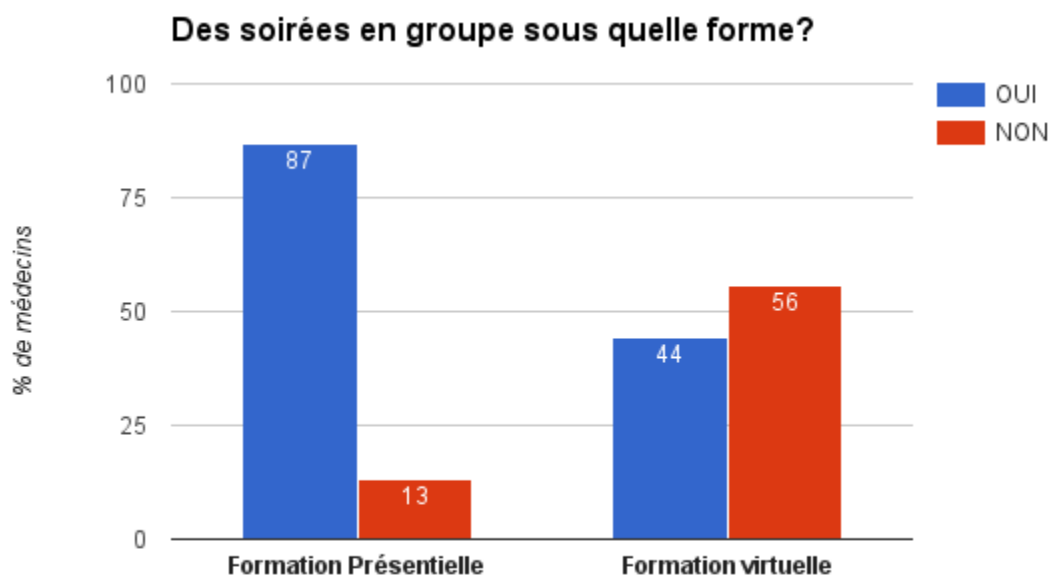
56 % des médecins sont d'accord avec l'idée d'une formation « sur des soirées en groupe avec un thème limité ».

45 % apprécieraient également « des journées entières dans l'année avec différents thèmes ».

Une formation sur une semaine complète tous les 5 ans n'est pas souhaitée (seulement 2 % sont d'accord).



3) Soirées en groupe

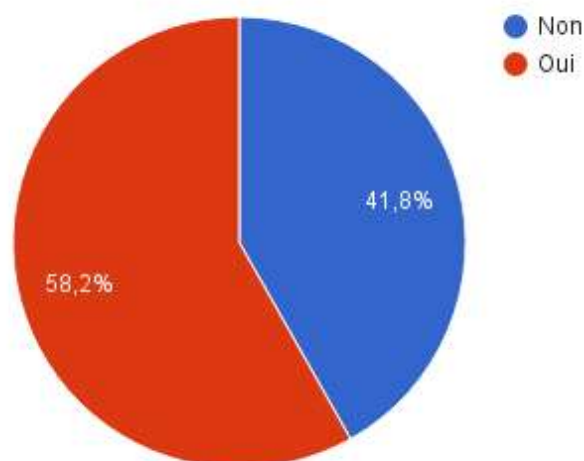


Le principe de soirées présentielle reste le plus recherché (87 %), alors que 56 % des médecins ne sont pas d'accord avec l'idée de soirées virtuelles.

b) Une réévaluation des médecins

Concernant la proposition du CNOM, nous avons voulu savoir ce que pensaient les médecins d'une réévaluation tous les 6 ans.

Une évaluation tous les 6 ans vous paraîtrait- elle adaptée?

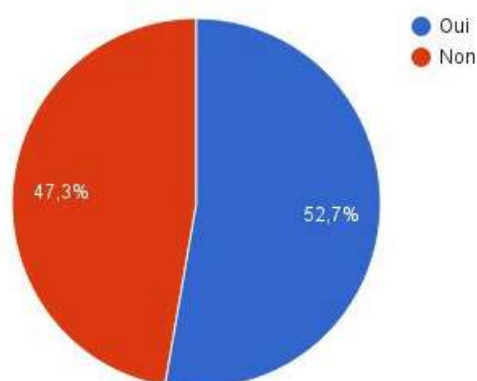


Nous avons demandé aux médecins ayant répondu NON de préciser leur avis (annexe 7) : 11% de notre panel pense qu'une réévaluation à 3 ans serait plus adaptée, alors que 7 % pense qu'une évaluation tous les 10 ans serait plus appropriée. Enfin 12,5 % des médecins sont contre l'idée d'une réévaluation.

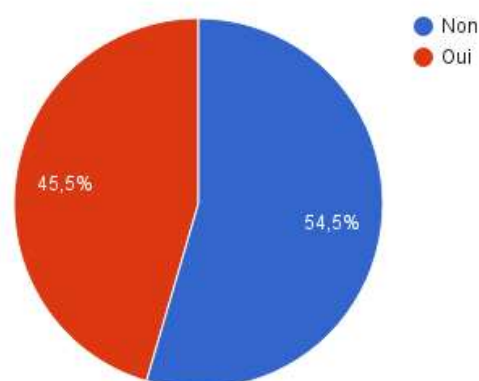
c) Le contrôle de la formation

Concernant le contrôle et la manière de l'effectuer, les avis sont partagés, aucun ne se détachant vraiment.

L'attestation de présence suffirait

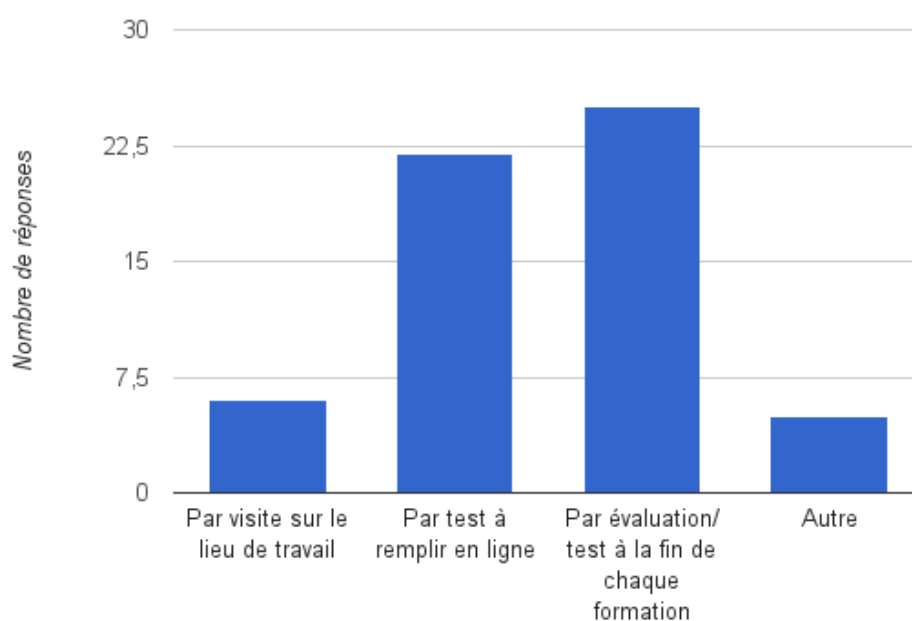


Faudrait-il une évaluation des connaissances?



L'attestation de présence suffirait pour 52,7 % des médecins ; 45,5 % des médecins sont d'accord sur la nécessité d'une évaluation des connaissances.

Comment imagineriez-vous l'évaluation de la formation?



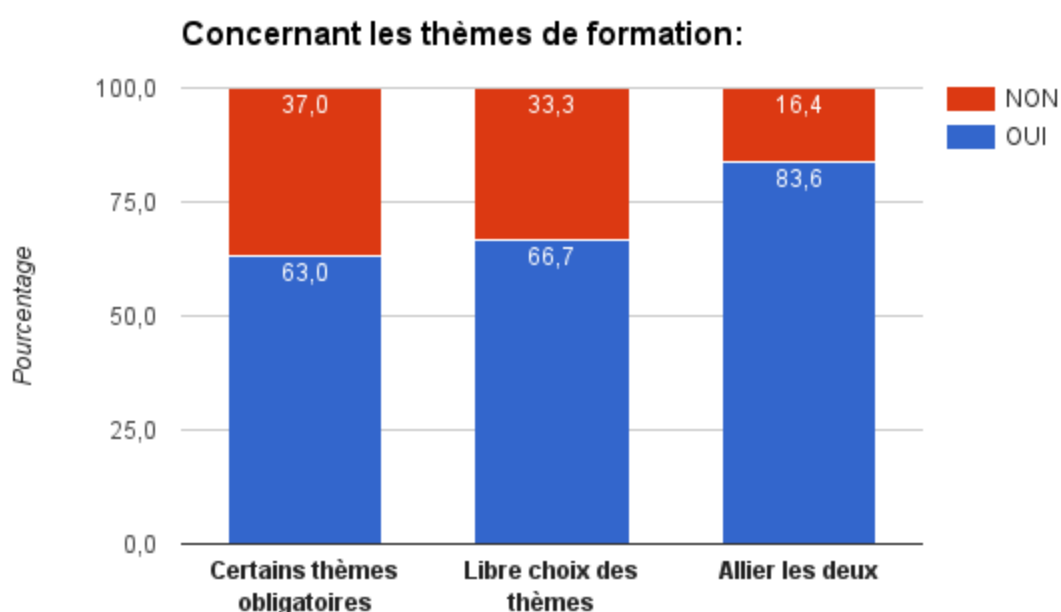
Comment évaluer les connaissances acquises lors des formations ? (annexe 8)

46,3 % des médecins répondants à cette question sont d'accord avec une *évaluation à la fin de chaque formation* et 40,7 % sont pour *un test à remplir en ligne*.

En revanche seuls 11,1 % imaginent *une évaluation sur leur lieu de travail*.

d) Les thèmes de formation

Les médecins souhaitent à 83,6 % allier des thèmes de formations libres avec certains thèmes obligatoires. L'idée de thèmes obligatoires uniquement rassemble 63 % des médecins.



e) Traçabilité de la formation durant la carrière

Nous avons cherché à savoir comment les médecins souhaitaient voir répertorier les formations effectuées. Les propositions que nous avons faites obtiennent quasiment les même scores (plusieurs réponses étaient possibles) :

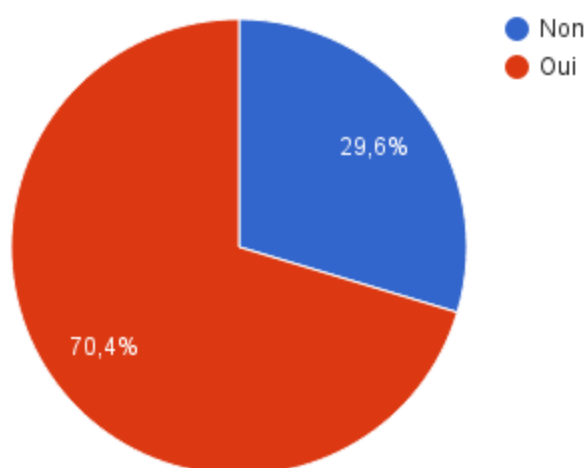
Proposition	Nombre
Gérée par le <u>médecin lui-même</u> (portfolio papier)	22
Gérée par un <u>organisme indépendant</u> (portfolio en ligne, accessible par l'organisme et le médecin)	20
Gérée par les <u>instances ordinales</u> (portfolio en ligne accessible par l'organisme et le médecin)	22
Autre (annexe 9)	2

f) Rémunération et valorisation

La rémunération fixe obtient l'accord de 54,5 % des médecins répondants à cette question, alors que la rémunération variable réunit 38,2 % des répondants. Les personnes ayant répondu *autre* proposent par exemple une formation gratuite, l'absence de rémunération ou même une rémunération « selon les besoins de chacun » (annexe 10).

Enfin 70,4 % des médecins pensent que la garantie d'une formation médicale continue optimale devrait être valorisée par l'organisme payeur (prime, ROSP, dépassement d'honoraire...).

La garantie d'une formation médicale continue optimale devrait-elle être valorisée par l'organisme payeur(prime, ROSP, dépassement d'honoraire...)?



B) Question libre du formulaire

Cette toute dernière partie du questionnaire de thèse permettait aux médecins de s'exprimer librement.

Nous avons obtenu 37 commentaires, plus ou moins développés, soit 66 % de réponses (voir annexe 11).

Parmi ces réponses, certaines idées se rejoignent :

10 médecins évoquent la rémunération de la formation, mais tous ne sont pas du

même avis concernant un montant fixe ou variable.

6 médecins estiment nécessaire une liberté de formation, qu'elle soit dans le choix des thèmes, du moment et/ou du moyen de formation.

Les problèmes de l'absence lors des journées de formation sont retrouvés dans 5 commentaires qui évoquent la difficulté à trouver des remplaçants.

IV. Discussion

A) Caractéristiques de l'échantillon

Notre échantillon est composé de 50 % d'hommes et de femmes. En Lorraine, 68 % des médecins généralistes installés sont des hommes(38).

La moyenne d'âge de notre échantillon est de 45,7 ans, elle est de fait plus basse que la moyenne d'âge en Lorraine, qui est de 52 ans, car nous avons voulu voir comment se formait une génération installée depuis 8 à 10 ans. La médiane de notre échantillon est de 44 ans.

Médecins généralistes installés	Échantillon	Lorraine (2015)
Moyenne d'âge	45,7 ans	52 ans
Moins de 40 ans	12,0%	8,9%
Plus de 60 ans	30,0%	3,6%

Par ailleurs, notre échantillon est composé de 25 % de Maître de Stage Universitaire (MSU).

Enfin, les médecins de notre panel exerçant seuls ne représentent que 21 %, ce qui est bien moindre par rapport à la population Lorraine de médecins généralistes. En effet ce chiffre varie de 42 % en Meuse à 50 % en Meurthe-et-Moselle.

B) Atouts et faiblesses du questionnaire

1) Atouts

Notre enquête s'adressait à une population installée entre 2006 et 2008. Contrairement à ce que nous pouvions penser, l'âge des répondants est assez hétérogène, ce qui présente l'avantage de donner un bon éventail de pratiques, notamment dans le contexte de nouveautés en matière de formation.

Par ailleurs, nous avons obtenu une parité parfaite entre les hommes et les femmes, ce qui est intéressant étant donné que les chiffres récents montrent une augmentation du taux de féminisation, notamment chez les moins de 40 ans où ce taux atteint les 54 %.

Enfin notre questionnaire est bâti surtout sur des questions fermées, dans un but d'étude quantitative, ceci permet d'avoir des résultats objectifs et reproductibles. L'intérêt des quelques questions ouvertes est d'introduire des précisions ou de laisser exprimer les idées des interrogés.

2) Faiblesses

L'enquête par mail/voie postale constitue un biais de sélection : on peut supposer que les personnes qui répondent sont plus intéressées par la formation continue que les autres, ce qui est d'ailleurs confirmé par la forte proportion de MSU, que l'on peut imaginer plus intéressés que la moyenne par ce thème.

Cependant ce biais ne discrédite pas nos données dans la mesure où notre travail cherche à faire émerger les freins à la formation et les améliorations à y apporter.

Notre enquête se base sur des réponses déclaratives, nous n'avons pas fait le choix d'évaluer les connaissances réelles des médecins ni de leur demander leurs attestations de validation de formation.

C) Les idées fortes de l'enquête

1) Le temps consacré à la formation

94,6 % des médecins répondent qu'ils ont continué à se former, ce qui est plutôt encourageant, même si le résultat attendu aurait été de 100 % : la formation est un devoir inscrit dans le code de déontologie médicale: « tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de Développement Personnel Continu ».

Le temps moyen de formation est de 5,16 heures par mois (5h10), la médiane est de 4h/mois. Les MSU y consacrent plus de temps : 5,71h/mois (5h43) avec une médiane de 5h/mois versus 3,5h/mois de médiane pour les non MSU.

Ce temps de formation est identique entre homme et femme mais si l'on ajoute la notion d'âge, on remarque clairement que les femmes se forment moins quand elles sont jeunes, alors que les hommes à l'inverse se forment moins au fur et à mesure du temps.

On peut imaginer que le temps de formation plus faible des femmes jeunes est corrélé à une vie de famille et privée plus chargée en début de carrière et qu'au contraire les hommes se recentrent sur leur vie privée avec le temps.

Faudrait-il au vu de cette disparité entre les sexes, les âges et également entre les médecins, établir un temps dédié fixe de formation ? Celui-ci pourrait être mensuel ou trimestriel par exemple mais surtout intégré au temps de travail.

Homme			Femme		
<46 ans	46-55 ans	>55 ans	<46 ans	46-55 ans	>55 ans
5,1	6	4	4,3	5,4	10

2) La formation présentielle

Elle reste prépondérante puisque pratiquée par 96,4 % des médecins.
Ce que l'on constate, c'est une diminution de la participation aux activités

présentielles en fonction de l'éloignement de la faculté. Après vérification, l'éloignement reste le seul critère, le temps de travail n'impacte pas cette donnée puisque les médecins éloignés de la faculté ne travaillent pas plus que les autres.

Distance fac	Temps de travail	Temps de formation
<= 30 minutes	47,1	5,38
31-50 minutes	47,8	5,92
>51 minutes	44,6	4,23

On peut se demander la raison de cette diminution : est-ce dû à un nombre plus faible de réunions organisés dans les villes non universitaires ? Les médecins ont-ils connaissance des formations organisées autour d'eux ? Restent-ils convaincus que la formation universitaire est la seule valable afin d'éviter toute forme de compérage ou de conflit d'intérêt ?

La formation organisée par des **associations locales** reste très prisée puisqu'elle est utilisée par 71% des médecins et même par 85 % des MSU !

La **formation universitaire** est utilisée par 78,6 % des médecins. La participation à ce type de formation dépend encore plus que les autres de l'éloignement entre le cabinet et la faculté : il est surtout utilisé par les installés à moins de 30 minutes de la faculté: 92,3 % dans cette catégorie, contre 76,9 % chez les 30-50 minutes et 58,8 % chez les plus de 50 minutes !

On peut se demander alors si des congrès ou des enseignements post-universitaires ne pourraient pas être retransmis ou même délocalisés au plus proche des médecins?

Dans notre étude, la **formation en groupe de pairs** est relativement utilisée, que ce soit des groupes de pairs formalisés (25 %) ou non (29 %). Les groupes pluri professionnels sont quant à eux utilisés par 11% des médecins. En MSP, seuls 23% des médecins participent à ces groupes pluri disciplinaires, ce qui est surprenant au vu du cahier des charges de ce type de structure.

Au total 57,1 % des répondants participent à au moins un groupe de pairs mono ou pluri professionnels. En 2008, dans un sondage IPSOS réalisé à la demande de la

HAS, 46 % des médecins déclarait participer à des *groupes de qualité, de pairs, d'analyse des pratiques* (19).

Il semble donc que ces chiffres aient augmenté depuis 2008, même si cette augmentation n'est pas majeure comme on aurait pu s'y attendre puisque la loi HPST de 2009 réaffirme l'objectif d'évaluation des pratiques dans le dispositif du DPC.

Plusieurs études montrent que la dissémination passive de l'information est en générale inefficace pour modifier la pratique, même si elle permet d'attirer l'attention sur des modifications souhaitables ou si elles augmentent les connaissances. Les interventions efficaces sont les visites sur le terrain par des formateurs, l'association de plusieurs types d'interventions (revue de dossiers avec feedback, notes de rappel liées au dossier), l'enseignement formel avec interactivité et implication des participants (atelier)(39). Les échanges de pairs rentrent donc dans ces stratégies ayant démontré leur efficacité pour modifier la pratique.

Pourquoi ces groupes ne sont-ils pas utilisés par plus de médecins ? On peut supposer que ce type de formation demande un investissement important en temps : réunions régulières, le plus souvent mensuelles et le soir, en plus de la journée de travail... Ils nécessitent également un travail préalable puisqu'il faut préparer le cas à présenter, rechercher les recommandations d'une réunion à l'autre...

D'autre part dans ce type de formation, le médecin s'expose au jugement et à la discussion de son travail par ses pairs, raison qui peut également expliquer la réticence de certains.

Enfin, les résultats de notre enquête montrent que 29 % des médecins se rendent à des groupes de pairs non formels. Il semble donc que de nombreux installés ignorent que la participation aux groupes de pairs peut entrer dans le cadre de leur formation et donc être rémunérée.

64 % des médecins disent se former lors de ***discussion entre confrères***, lorsque les circonstances s'y prêtent : étonnant ? Pas tant que ça...

Ce chiffre s'intègre parfaitement dans l'évolution actuelle du mode d'exercice (il est

plus rapide de demander un avis-et finalement de se former- dans une maison de santé, que d'appeler un correspondant universitaire quand on est isolé). Ce mode de formation non reconnu reste difficilement quantifiable en temps, mais il reste un moyen simple pour les généralistes de se former.

Dans notre panel nous avons 79 % de médecins installés en groupe ou en MSP, ce qui est supérieur à la moyenne Lorraine, mais qui est représentatif de la tendance actuelle de choix d'exercice des jeunes médecins libéraux. Il existe un besoin de partager les interrogations rencontrées et surtout les situations rencontrées au cours de l'exercice, même en dehors de tout contexte de formation (*entre 2 portes, autour d'un café, d'un déjeuner*). La médecine générale actuelle n'est donc pas la simple application de connaissances, elle est aussi une réflexion à propos de données dans un environnement particulier, sur un territoire donné. Dès lors, on comprend que la formation continue ne se borne pas à donner les dernières données brutes de la médecine, mais vise à travailler tout autant le processus de la décision médicale.

Ce processus, qui fait toute la richesse et la complexité de la médecine générale libérale, est plus particulièrement au cœur de l'EPP, et est également présent dans le DPC actuel : « Le DPC est une démarche globale comprenant des actions de formation continue, d'évaluation des pratiques, de gestion des risques ».

3) La formation individuelle

51,5 % de la formation des médecins en quantité passerait par ce biais !

La formation universitaire quant à elle représenterait 10 % de leur formation et celle en groupe représenterait 36,3 %. Ce mode de formation individuel donc, qui n'est pas pris en compte par les instances pour valider la formation d'un médecin représente finalement la moitié de la formation des généralistes !

Selon un rapport de la DGMIC (Direction Générale des Médias et des Industries Culturelles), **la presse médicale** enregistre une perte de 19% de son chiffre d'affaire entre 1989 et 2009.(40) Cependant, elle conserve une place importante dans la formation.

La presse à vocation de formation compte plus d'abonnés que celle d'actualité avec respectivement 48,2 contre 23,2% d'abonnés selon notre enquête.

Chez les MSU la prévalence d'abonnés à la presse de formation atteint les 71,4% ! Étonnamment donc, et malgré toutes les nouveautés en matière de formation (virtuelle notamment), la presse écrite garde une place prépondérante (en 2009, 96% des médecins déclaraient lire la presse au minimum 1 fois par semaine)(40).

La première hypothèse que l'on peut formuler, est l'habitude prise lors des études médicales à se plonger dans les livres. Dès la première année de médecine, les supports étant les cours, en cas d'incompréhension le premier réflexe était d'aller consulter un ouvrage, ce que les professeurs nous encourageaient à faire également. Puis la préparation de l'internat n'y échappe pas, nous avons tous des dizaines de livres où nous avons passé de nombreuses heures.

La seconde hypothèse tient dans le fait que les revues apportent mensuellement ou quotidiennement (etc.) des données sélectionnées et triées en fonction de l'actualité. Ainsi le médecin ne réfléchit pas et ne recherche pas l'information, elle est déjà sélectionnée. On peut y voir un gain de temps. En revanche ce mode de formation reste un mode global et non personnalisé au médecin.

La troisième hypothèse est la confiance qu'ont les lecteurs envers la presse écrite. Par exemple la revue Prescrire, revue de formation continue construite sur des principes d'indépendance, il s'agit d'« un ensemble d'informations rigoureuses et fiables sur les traitements et les stratégies de soins, pour agir en connaissance de cause », selon leur site. La confiance qu'ont les lecteurs envers cette revue reste non égalée à notre connaissance, ce qui explique probablement son grand nombre d'abonnés.

On notera que les éditions virtuelles de la presse ne semblent pas avoir pris le dessus (bien qu'elles apportent l'intérêt de pouvoir être lues quasiment partout), puisqu'elles cumulent moins d'abonnements que la presse papier, en particulier pour ce qui est de la presse à vocation de formation (70,4 % d'abonnés papiers).

Cet égard pour le papier se retrouve également au niveau de la formation dans **des ouvrages médicaux** récents, puisque 60,7 % des médecins continuent

de les renouveler ! On peut cependant constater une baisse par rapport à 2007 (41) où 72 % des médecins se formaient via les manuels médicaux. Depuis la loi Bertrand de décembre 2011, il est interdit aux firmes pharmaceutiques d'offrir des ouvrages médicaux aux médecins, on peut donc dire qu'aujourd'hui les médecins continuent à acheter les ouvrages médicaux de leur choix pour leur formation.

Tout ceci nous amène à déplorer l'absence de reconnaissance par le DPC de la lecture de presse médicale, ce qui existait dans la FMC. On pourrait imaginer qu'un médecin ne s'inscrivant pas dans un processus DPC pris en charge (présentiel ou virtuel) puisse prétendre au financement de ces revues par le biais de l'OGDPC.

4) Les Maîtres de stage dans notre étude

Ils se forment un peu plus que les autres (respectivement 5,71 heures versus 4,94 heures mensuelles soit 44 minutes supplémentaires) mais le manque de temps n'est pas un frein aussi fort que pour les non maîtres de stage (50 % contre 76,2 %).

Les MSU font moins de réunions présentiels de réseau (28,6 % contre 54,8 %), vont moins sur le site de l'HAS (35,5 % contre 59,5 %) et sur les sites de sociétés savantes (7,1 % contre 28,6 %). Par contre ils font plus de groupe de pairs formalisés (42,9 % contre 19 %).

Les Maîtres de Stage ont plus entendu parler de recertification (64,3 % contre 23,8 %) et dans l'avenir voudraient une formation plus contrôlée (71,4 % contre 40,5 %). Ils continuent à plébisciter la réunion présentielle (85,7 % contre 59,5 %).

Ils pensent que la formation post universitaire actuelle n'est pas si « mal organisée » (14,3 % contre 50%) mais jugent les thèmes non adaptés : pour 23% des médecins interrogés, les thèmes abordés représentent un frein majeur ou important, alors que ce chiffre atteint 57% chez les MSU. Nous n'avions pas pour but d'évaluer les besoins en formation des médecins, mais au regard de ces résultats nous pourrions faire une remarque. Le maître de stage se situe selon nous, à la frontière entre formation initiale et formation continue. Il pourrait être, avec les étudiants, la source de listes de sujets à aborder issus de problématiques rencontrés. Cette collaboration avec l'organisme formateur permettrait d'avoir des thèmes particulièrement adaptés avec une mixité probable des participants (médecins installés et étudiants en

formation).

Cependant, notre échantillon ne concerne qu'à peu près une moitié de la population cible (médecin généraliste installé en Lorraine il y a 10 ans). Nous ne pouvons donc pas certifier de l'exactitude de nos différents pourcentages sur la population. Ces derniers sont corrects pour l'échantillon néanmoins et peuvent servir comme représentation approximative de la population cible.

D) Les points surprenants

1) Persistance du rôle de l'industrie pharmaceutique

Les formations organisées par l'industrie pharmaceutique gardent une place importante, 59% des médecins les utilisent.

Ceci est assez étonnant, au vue des restrictions budgétaires que subissent les firmes depuis quelques années. C'est encore plus paradoxal dans le contexte actuel où de nombreuses voix et textes de lois tentent de soustraire les professionnels de santé de l'influence de l'industrie pharmaceutique(42).

Suite aux scandales récents du Médiator et des Pilules Oestroprogestatives notamment, cette question avait déjà ressurgi. Plusieurs associations et revues (le CNOM, Prescrire, formindep...) ont tenté de faire prendre conscience aux législateurs et aux personnels de santé que cette influence, si elle est de l'intérêt de ceux qui la mettent en œuvre, ne sert pas obligatoirement les intérêts des patients.

On peut constater que les lois votées afin de garantir une plus grande indépendance vis-à-vis des firmes pharmaceutiques, ont toujours de grandes difficultés à être appliquées. Par exemple la loi Kouchner votée en 2002, sur la déclaration des conflits d'intérêt, restera sans décret pendant 5 ans(43). Suite à l'affaire du Médiator, la loi Bertrand « relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé » est adoptée en décembre 2011 (31). Des décrets d'applications sont publiés en août 2013, mais ne sont appliqués que partiellement. Le Conseil de l'Ordre et l'association Formindep ont d'ailleurs

chacun saisi le Conseil d'État afin de faire évoluer les choses. Enfin la loi de modernisation du système de santé de Mme Touraine est promulguée le 26 janvier 2016 réaffirmant la volonté de cette séparation.

En plus des lois qui évoluent lentement, une prise de conscience plus globale de l'influence des firmes reste nécessaire.

Pour l'industrie pharmaceutique, organiser une formation permet d'entretenir une relation professionnelle pour promouvoir les produits même s'il n'y a pas de présentation d'un médicament en particulier. Plusieurs études de sciences humaines ont démontré que le simple fait de recevoir un cadeau (formation gratuite, stylo, pense-bête, amuse-bouche) influence les comportements. Des liens d'intérêts s'établissent, affectent directement les choix et induisent une certaine réciprocité, souvent inconsciente, surtout quand le cadeau est modeste(44). Son importance semble encore sous-estimée des médecins, qui par déni, pensent peut-être pouvoir échapper à l'influence des firmes pendant les formations organisées...

Par ailleurs, la force de cette formation organisée par les firmes réside dans ses moyens financiers, qui lui permettent tout d'abord d'avoir une visibilité plus forte que les autres types de formations (visiteurs médicaux, moyens financiers pour adresser des courriers, des mails...). De par leur maillage territorial, elles ont les moyens de se rendre dans des zones éloignées de la faculté et au plus proche des médecins. On peut espérer qu'à l'avenir, avec l'augmentation du nombre de MSP et des nouveaux modes de rémunérations, des coordinateurs puissent organiser des événements tout aussi efficacement.

2) La formation virtuelle, un usage différent

On devrait plutôt parler d'information virtuelle ! Les résultats de notre enquête tendent à montrer que les ressources virtuelles sont surtout utilisées pour de la recherche personnelle d'information instantanée.

A l'exception du site de l'HAS qui obtient 46 % d'utilisation régulière, les autres sites (CPAM, sociétés savantes, sites médicaux) ont surtout une utilisation "à la demande".

Cela dénote une tendance nouvelle qui est de chercher sur internet une information ponctuelle, rapide et répondant à un besoin précis. Mais en terme de formation

globale, nous sommes surpris.

Les nouveaux axes de formation virtuels restent finalement peu connus pour la plupart ! Et ceux qui sont connus ne sont que peu utilisés, en dépit parfois de l'éloignement (2% pour les groupes de pairs virtuels, 4% pour les podcast!). Seules les alertes HAS et les vidéos de FMC commencent à avoir un public (respectivement 36 et 25% d'utilisation).

Finalement ce n'est pas tant l'accès à distance d'une formation thématique qu'utilisent les médecins, mais surtout l'accès en quelques centièmes de secondes à une banque d'information gigantesque !

Comment expliquer alors ce désintérêt pour le e-learning ? Celui-ci a pourtant fait les preuves de son efficacité à l'étranger dans de nombreuses études et notamment une méta-analyse faite en 2008, sur la base de 201 publications de plusieurs pays. Par rapport à des interventions, l'*e-learning* était toujours aussi efficace que les autres formes d'intervention (mais rarement supérieur)(45). Une autre étude montrait par exemple l'équivalence entre une formation par petits groupes interactifs (mode de formation reconnu comme le plus efficace) et un programme d'e-learning sur l'amélioration des savoirs(46). A tel point qu'en 2008, 30% de la FMC nord-américaine était déjà réalisée sur internet.

Ce désintérêt en France découlerait-il de l'absence de rencontre physique, nous avons déjà pu noter que la formation présentielle garde une forte attractivité. La rencontre et la convivialité apporterait-elle un bénéfice secondaire : lutte contre le burn-out?

On peut également s'autoriser à penser que ce mode de formation virtuel s'invite dans la vie privée du médecin. L'intrusion du travail dans cet espace, nécessaire pour son équilibre, est probablement un frein.

De plus, nous ne pouvons que constater le manque d'incitation par les pouvoirs publics. A noter qu'actuellement l'ANDPC limite à 10 heures maximum la prise en charge de la formation virtuelle annuelle. De plus, les connexions internet n'étant pas égales sur les territoires, les médecins éloignés isolés qui auraient pu bénéficier de cette formation n'ont peut-être pas toujours accès à un réseau performant. Des sites ont été développés en France, mais sans qu'un système incitatif (en général obtention de crédits) existe, et la promotion de ces sites est inégale.

La HAS publiait sa première fiche méthode concernant l'e-learning en mai 2014...

E) Le ressenti de la formation actuelle

Actuellement, pour les médecins interrogés dans notre travail, la formation est qualifiée de nécessaire pour 84% d'entre eux. Cependant ils la définissent comme étant chronophage (45 %), mal organisée (41 %), mal identifiable (34 %) et mal enseignée (16 %). Des changements sont donc à recommander afin d'améliorer l'adhésion des médecins à la formation.

Le manque de temps est le frein principal à la formation.

Viennent ensuite respectivement *la difficulté à s'absenter du cabinet, les changements successifs de dispositifs, la distance et le manque de visibilité.*

La rémunération et l'absence de sanction sont peu ressentis comme des freins de la part des professionnels interrogés.

F) La formation idéale

D'après les résultats de l'enquête, complétés par les commentaires libres, les médecins généralistes installés en Lorraine recherchent une formation libre, attractive et peu chronophage.

Certains thèmes obligatoires (grandes nouveautés pour la pratique, nouvelles recommandations, sources d'erreurs ou d'accidents) pourraient être mis en place chaque année et proposés sous plusieurs formes : articles consultables en ligne de façon interactive par exemple et/ou de formation présentielle, avec un libre choix du praticien sur la forme.

Pour le reste de sa formation, le médecin pourrait choisir les thèmes qu'il souhaite aborder, le type de formation, sa durée, etc.

L'organisation de cette formation reviendrait au Département de Médecine Générale, aux sociétés savantes et/ou à la faculté par spécialité.

Un temps dédié de formation pourrait être mis en place à raison d'un nombre de journées et/ou soirées minimum requis (1 journée par trimestre ou 2 soirées),

mais la proposition d'une semaine entière tous les 5 ans n'est pas souhaitée. La question de la rémunération de ce temps de formation reste entière (seulement 21 heures prises en charge pour 2017, soit 3 jours de formation).

Par ailleurs pour les médecins interrogés, il n'existe aucun consensus sur la rémunération fixe ou variable selon le nombre de formation dans l'année.

Des tests de lecture ou d'évaluation à la fin de chaque formation pourraient être bénéfiques et les thèmes validés seraient alors recensés dans un carnet de suivi personnel visible par l'ordre ou un organisme indépendant. La formation ne serait donc pas contrôlée par les organismes payeurs.

La notion d'une évaluation tous les 6 ans des médecins installés, comme proposé par le CNOM dans son livre blanc, est appréciée par 58,2 % des médecins, on notera que 12,5 % s'oppose totalement à toute forme d'évaluation. Seuls 33,9 % des médecins de notre enquête ont entendus parler de "recertification". Parmi les commentaires fait par écrit, on retrouve l'idée d'un programme de remise à niveau (plutôt présentiel) à effectuer rapidement, qu'un médecin se verrait proposer s'il ne respectait pas la formation nécessaire au bout du cycle. Une approche plutôt correctrice que sanctionnante donc...

La reconnaissance de la formation : une formation réalisée de façon optimale (sur l'année ou le cycle) devrait être valorisée via le ROSP par exemple ou via une cotation améliorée des actes.

L'absence au cabinet : Le problème de la difficulté à quitter le cabinet et à trouver des remplaçants doit être rediscuté, car ce sont là les freins principaux à la formation. Plusieurs hypothèses nous viennent à l'esprit :

- Créer un pool de remplaçants listés par l'ordre des médecins, qui n'effectueraient que des remplacements de médecins en formation.
- Instaurer l'idée d'un nombre de jours annuels de remplacement de "congé formation" obligatoires pour chaque remplaçant. Ce remplacement donnerait droit pour le médecin remplaçant à une indemnisation pour sa propre formation.
- On pourrait imaginer la création d'Unités d'Enseignement et de Recherche (USER) temporaires en fonction des besoins de formation de médecin déjà engagés dans l'enseignement, voir étendre un USER temporairement si le responsable accepte, à un médecin en besoin de formation médicale.

- Dans le cadre des discussions actuelles concernant une 4ème année d'internat pour les médecins généralistes, la création d'un nouveau pool d'internes SASPAS « spécialisés formation » pourrait être discutée.

Par rapport au problème du temps passé pour la formation, il serait intéressant de valoriser les moyens peu chronophages. En mettant en valeur la lecture de revues de formation par exemple, pourtant très apprécié par les médecins et non reconnue par le DPC. L'abonnement à une revue avec test de lecture pourrait être reconnu et financé par l'ANDPC. De même pour les systèmes innovants comme les sms/emails de recommandations (flashFMC : le médecin généraliste reçoit chaque semaine un message de moins de 140 caractères délivrant une information médicale validée et indépendante), les vidéos et les podcast, voir même des e-learning : des tests de lecture effectués une fois par an pourrait valider la formation personnelle des médecins. Ces moyens auraient l'avantage de pouvoir être lu ou vu partout et ainsi de mieux associer les médecins dans leur propre formation, même les plus isolés.

Enfin, et cela fait aussi partie des freins répertoriés par les médecins, avec les changements multiples de système, il serait nécessaire de faire une brochure d'information explicative vis à vis du DPC, complète mais courte regroupant ses modalités et ses obligations, ainsi que les endroits où trouver la formation dans la région ou au minimum rappeler le site officiel où trouver les formations. Cette dernière pourrait être insérée dans le bulletin de l'ordre, ou distribuée à l'inscription ordinale.!

Le site actuel de l'ANDPC (au 20 mars 2017) recense les actions de DPC, la recherche peut s'effectuer par département. Il faudrait aussi un tri par thème et par date afin de simplifier au maximum l'organisation du cycle de formation des médecins (comme le fait actuellement déjà la revue TLM qui est très complète mais peu connue et qui nécessite un abonnement).

Conclusion

Afin de maintenir ses connaissances à jour dans une médecine en évolution incessante, le médecin généraliste a besoin de se former tout au long de sa carrière. La formation continue, si elle partage son origine avec l'art de soigner, n'a cependant pas la même forme dans tous les pays. Il est complexe de comparer les systèmes de formation, et il n'existe pas de preuve permettant de suggérer qu'un système est préférable à un autre.

En France, la formation post-universitaire a beaucoup évolué au cours du XXème siècle, se créant tout d'abord dans les universités avant d'être développée par des petits groupes de médecins. Elle s'est ensuite modifiée au fil des législations, ajoutant au maintien pur des connaissances, une évaluation personnelle des pratiques. Cette formation a pour but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, et elle est obligatoire pour tous les médecins via le dispositif du DPC remanié en janvier 2016 par la loi de modernisation du système de Santé.

Notre enquête auprès de médecins généralistes Lorrains installés entre 2006 et 2008 nous a permis d'évaluer la connaissance et les pratiques des médecins en matière de formation, dans le contexte d'émergence de nouveaux modes de formations et de changements législatifs multiples.

Il ressort de cette étude que la formation post-universitaire est jugée par tous nécessaire mais chronophage.

La part de la formation présentielle reste étonnamment majeure, du fait d'un développement du e-learning relativement peu important en France. La place qu'a pris internet est surtout visible dans la recherche d'informations instantanées. La presse et les ouvrages médicaux, qui ont certes vécu une diminution de leur chiffre d'affaires, conservent une place de choix dans la formation des médecins généralistes, bien qu'ils ne soient malheureusement plus pris en compte dans le système du DPC. Enfin, l'analyse de la pratique, via les groupes de pairs, semble encore insuffisante, mais elle est probablement mal identifiée par les médecins qui l'utilisent sans la faire formaliser.

Au regard de notre travail, à quoi ressemblerait la formation continue idéale ?

Après analyse des réponses, celle-ci pourrait comporter des thèmes obligatoires et des thèmes libres, le tout sous plusieurs formes, dont le choix reviendrait au médecin. Tous les éléments utilisés pour la formation devraient être mis en valeur, et notamment la formation individuelle par la lecture ou le e-learning.

De plus, afin de faciliter la réalisation des formations présentiels, on pourrait imaginer un pool de remplaçants dédié aux médecins voulant s'absenter pour se former, et ainsi intégrer la formation dans le temps de travail. Les nouveaux modes d'exercice à plusieurs permettront également plus facilement les absences.

L'accès au port-folio et la supervision de ce dernier devrait revenir aux instances ordinales ou à un organisme indépendant.

La reconnaissance d'une formation bien faite et de l'amélioration des pratiques devrait, selon les résultats de notre enquête, être valorisée financièrement. Un système incitatif semblerait donc plus adapté qu'un système sanctionnant.

Une stabilité des lois améliorerait la connaissance du système. Une meilleure communication à propos du nouveau DPC modifié en 2016 et son fonctionnement, serait nécessaire auprès de tous les médecins généralistes.

Pour la Lorraine, nous avons construit une fiche regroupant un résumé des obligations et des associations ou outils de formation Lorrains, document qui sera remis aux différents conseils départementaux de l'Ordre afin d'être distribué le jour de l'inscription (Annexe 12).

Finalement, la poursuite de la formation durant la carrière des médecins, si elle est primordiale afin d'améliorer la qualité des soins, doit être encouragée par un système attractif, libre et efficace.

Bibliographie

1. Drahi É. La formation médicale continue dans les pays d'Europe. *Médecine*. 1 déc 2012;8(10):465-8.
2. Maillet B, Maisonneuve H. Apprentissage tout au long de la vie pour les médecins spécialistes en Europe : formation médicale continue, développement professionnel continu et qualifications. *Presse Médicale*. avr 2011;40(4, Part 1):357-65.
3. Nicolet-Chatelain G. L'évaluation des pratiques professionnelles dans les pays francophones : L'expérience suisse. *Rev Fr Allergol*. 17 avr 2007;47(3):202-3.
4. Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for health professionals in the EU [Internet]. [cité 26 janv 2017]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/cpd_mapping_report_en.pdf
5. EAHC (Executive Agency for Health and Consumers). Étude concernant l'examen et la cartographie de la formation professionnelle continue et de l'apprentissage tout au long de la vie pour les professionnels de santé dans l'UE. Résumé [Internet]. 2013 [cité 24 janv 2017]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/cpd_mapping_summary_fr.pdf
6. EAHC (Executive Agency for Health and Consumers). Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for health professionals in the EU [Internet]. EAHC; 2013 [cité 26 janv 2017] p. 448. Disponible sur: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/cpd_mapping_report_en.pdf
7. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada : Le portfolio électronique MAINPORT [Internet]. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. [cité 30 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.royalcollege.ca/rcsite/cpd/moc-program/about-mainport-eportfolio-f>
8. Silber D. L'exercice de la médecine aux États-Unis. *Trib Santé*. 4 juill 2008;(19):51-8.
9. Gallois P, Vallée J-P, Le Noc Y. Développement professionnel continu. Pour une pratique « réflexive ». *Médecine*. 1 févr 2013;9(2):74-81.
10. Befort P-A. Survol historique de la FMC : une longue marche [Internet]. 2006 [cité 27 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.fmc67.org/page8/page8.html>
11. Careez-Gamel S. Les groupes de pairs en médecine générale [Internet]. NANCY I; 2005 [cité 27 janv 2017]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2005_CARREZ_GAMEL_SYLVIE.pdf
12. Pujet J-C. La formation médicale continue : son histoire, ses enjeux, ses arcanes, son futur... *La lettre du pneumologue*. 1 févr 1999;11(1):43-6.
13. Cordonnier P. La formation continue des médecins généralistes, à l'aube du développement professionnel continu [Internet]. Strasbourg; 2011 [cité 10 avr 2017]. Disponible sur: http://apima.org/img_bronner/these_pauline_cordonnier_FMC.pdf

14. UNAFORMEC. FMC un peu d'histoire et de décodage [Internet]. [cité 23 nov 2016]. Disponible sur: http://www.unaformec-idf.org/documents/FMC_histoireT.pdf
15. Barlet M, Marbot C. La formation continue des professionnels de santé [Internet]. 2016 avr [cité 4 avr 2017] p. 106-11. (Panoramas de la DREES). Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche15-3.pdf>
16. HAS. De la fmc à la dpc: frise has [Internet]. HAS santé. 2012 [cité 23 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/image/jpeg/2012-06/schema_lettre_instit32_-_de_la_fmc_a_la_dpc_grand.jpg
17. Guerville M-A, Paraponaris A, Regi J-C, Vaissade L, Ventelou B, Verger P. Les pratiques en médecine générale dans cinq régions. Etudes Résultats. oct 2009;(708):8.
18. HAS. Haute Autorité de Santé - Cadre légal et historique du DPC [Internet]. HAS santé. 2012 [cité 23 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288567/fr/cadre-legal-et-historique-du-dpc
19. Bras P-L, Duhamel G. Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins [Internet]. IGAS; 2008 nov [cité 23 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000751.pdf>
20. Leblanc R-M. DPC ou développement professionnel continu. OptionBio. 29 mars 2013;(487):20-2.
21. Leblanc R-M. DPC : mode d'emploi. OptionBio. 29 janv 2014;(504):19-24.
22. HAS. Haute Autorité de Santé - Développement professionnel continu (DPC) – Mode d'emploi [Internet]. Le webzine de la HAS. 2012 [cité 23 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1221900/fr/developpement-professionnel-continu-dpc-mode-d-emploi
23. Institut National de Médecine Agricole. L'essentiel du DPC [Internet]. inma.fr. 2012 [cité 10 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.inma.fr/fr-17-dossier-dpc.html>
24. Décret n° 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins. 2011-2116 déc 30, 2011.
25. Développement Professionnel Continu : l'IGAS au rapport [Internet]. Infirmiers.com. 2014 [cité 10 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/formations/ogdpc-igas-pointe-nombreux-dysfonctionnements.html>
26. Deumie B, Georges P, Natali J-P. Contrôle de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu et évaluation du développement professionnel continu des professionnels de santé [Internet]. IGAS; 2014 avr [cité 10 mars 2017]. Report No.: 2013. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2013-126R_controle_OGDPC.pdf
27. Ordre national des pharmaciens. DPC: qu'est-ce qui change à partir du 1er janvier 2017. ET J. sept 2016;65:7-9.
28. Maurize A. DPC : une obligation triennale et une nouvelle entité gestionnaire ! [Internet]. Droit de la formation. 2016 [cité 23 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.droit-de-la-formation.fr/vos-rubriques/actualites/point-de-droit/dpc-une-obligation-triennale-et-une-nouvelle-entite-gestionnaire.html>

29. Assemblée nationale. Amendement numéro 2373 [Internet]. mars 27, 2015. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/amendements/2673/AN/2373.asp>
30. ANDPC. L'Agence nationale du DPC [Internet]. mondpc.fr. [cité 24 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.mondpc.fr/mondpc/agencenationaleddpc/19>
31. Infirmiers.com R. Le nouveau DPC sur les starting block... [Internet]. Infirmiers.com. 2016 [cité 12 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/formations/dpc-controle-programmes-evolution-modele-economique.html>
32. ANDPC. Le DPC - Le DPC en pratique [Internet]. agencedpc.fr. [cité 17 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.agencedpc.fr/le-dpc-en-pratique>
33. Foul M. Le DPC révisé son modèle : 21 heures de prise en charge par médecin, 45 euros par heure en 2017 [Internet]. Le Quotidien du Médecin. 2017 [cité 8 févr 2017]. Disponible sur: http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/01/25/le-dpc-revisé-son-modele-21-heures-de-prise-en-charge-par-medecin-45-euros-par-heure-en-2017_844043
34. Jacob A, Cabie M-C, Badet J-M, Bocher R. Le DPC pour les PH - Dix réponses pour une meilleure approche [Internet]. intersyndicat-des-praticiens-hospitaliers.com. [cité 14 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.intersyndicat-des-praticiens-hospitaliers.com/le-dpc-pour-les-ph-dix-reponses-pour-une-meilleure-approche>
35. Qu'est-ce-que la FAF-PM [Internet]. Fonds d'assurance formation de la profession médicale. [cité 4 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.fafpm.org/index.php/faf-pm/presentation>
36. Jeanniard G, Descamps D. Formation Médicale Continue. Etat des lieux et conséquences pratiques [Internet]. Universités Paris V, VI, XI et XII Année 2007-2008; 2007 [cité 11 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.edu.upmc.fr/medecine/pedagogie/memoire/memoire%20Dr%20Descamps%20et%20Jeanniard.pdf>
37. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Pour l'avenir de la santé. De la grande consultation aux propositions [Internet]. 2016 [cité 23 nov 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_livreblanc/2016-01/index.htm
38. Le Breton-Lerouvillois G. La démographie médicale en Lorraine. Situation en 2015 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; [cité 9 mars 2017] p. 67. Disponible sur: http://demographie.medecin.fr/sites/default/files/atlas_demographie/atlas_lorraine_2015_0.pdf
39. Nendaz M. Changer la pratique médicale par la formation continue : de l'efficacité de quelques stratégies [Internet]. Revue Médicale Suisse. 2005 [cité 24 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-42/30805>
40. HAS. Bonnes pratiques et critères de qualité des revues et journaux de la presse médicale française [Internet]. HAS; 2013 mai [cité 5 avr 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/bonnes_pratiques_et_criteres_de_qualite_des_revues_et_journaux_de_la_presse_medicale_francaise.pdf

41. Thèse - NEGRONI Aurélien - document final.pdf [Internet]. [cité 20 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/Th%C3%A8se%20-%20NEGRONI%20Aur%C3%A9lien%20-%20document%20final.pdf>
42. Bensadon A-C, Marie E, Morelle A. Rapport sur la pharmacovigilance et gouvernance de la chaîne du médicament [Internet]. IGAS; 2011 juin [cité 18 mars 2017] p. 209. Report No.: RM2011-103P. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000331.pdf>
43. Nicot P. Influence de l'industrie pharmaceutique sur la prescription. [Internet]. Formindep. 2013 [cité 18 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.formindep.org/Influence-de-l-industrie.html>
44. Petits cadeaux : influence souvent inconsciente mais prouvée [Internet]. Prescrire. 2011 [cité 18 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/fr/3/31/47081/0/NewsDetails.aspx>
45. Cook DA, Levinson AJ, Garside S, Dupras DM, Erwin PJ, Montori VM. Internet-Based Learning in the Health Professions: A Meta-analysis. JAMA. 10 sept 2008;300(10):1181-96.
46. Maisonneuve H, Chabot O. L'Internet en formation médicale continue : aussi efficace que les formations dites présentiels. Presse Médicale. 2 oct 2009;38(10):1434-42.

Annexes :

[a\) Annexe 1](#)

Questionnaire de thèse: La formation continue

(NB: adresse mail obligatoire, uniquement pour éviter que vous ne répondiez 2 fois à ce questionnaire! Elle sera supprimée ensuite).

***Obligatoire**

1. **Âge(en chiffre) ***

2. **Sexe ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Vous êtes un homme
☐ Vous êtes une femme

3. **A combien estimez vous votre temps de travail hebdomadaire?(en nombre d'heures) ***

4. **Recevez vous les visiteurs médicaux? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non

Mode d'exercice

5. **Vous exercez... ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Seul
☐ En cabinet de groupe
☐ En maison de santé pluri-professionnelle

6.

Votre activité: *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Exclusivement en médecine générale
- ☐ En médecine générale avec une activité mixte(EHPAD, PMI...)
- ☐ En médecine générale avec une orientation particulière(DU gynécologie médecine légale, médecine esthétique, etc)

7.

Quelle est la durée du trajet entre la faculté et votre cabinet? *

Une seule réponse possible.

- ☐ < 30 minutes
- ☐ Entre 31 minutes et 50 minutes
- ☐ > 51 minutes

8.

Dans quel département exercez vous en libéral ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ 54
- ☐ 55
- ☐ 57
- ☐ 88

9.

En milieu *

Une seule réponse possible.

- ☐ Urbain
- ☐ Semi-urbain
- ☐ Rural

10.

Adhérez vous à un réseau? (diabète, addiction, oncologie, néphrologie, antibiothérapie, gériatrie, autre...) *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

11.

Êtes vous maître de stage? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Non *Passez à la question 13.*
- ☐ Oui *Passez à la question 12.*

12.

Vous êtes maître de stage pour

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Les externes
- ☐ Les internes de 1er niveau
- ☐ Les internes SASPAS

Votre formation

13.

Depuis votre installation, avez-vous continué à vous former? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui *Passez à la question 15.*
- ☐ Non *Passez à la question 14.*

Vous estimez ne pas avoir continué à vous former.

14.

Pourquoi?

Quel(s)moyen(s) de formation continue utilisez-vous?

PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES A CHAQUE FOIS

15.

Formation complémentaire "universitaire"

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ DU/DIU
- ☐ Enseignement post universitaire
- ☐ Semaine médicale de Lorraine
- ☐ Congrès de médecine

16.

Formation présentielle locale (soirées ou séminaires)

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Organisée par l'industrie pharmaceutique
- ☐ Organisée par une/des association(s) de formation médicale (hors industrie pharmaceutique)
- ☐ Organisée par les réseaux de soins locaux

17.

Formation par échange en groupe

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Groupe de pairs formalisé(adhérent d'une structure de formation)
- ☐ Groupe de pairs non formalisé
- ☐ Discussion entre confrère lorsque les circonstances s'y prêtent (entre deux portes, autour d'un café, d'un déjeuner, ...)
- ☐ Groupe de pairs à distance (visioconférence)
- ☐ Groupe pluri professionnel

La formation individuelle

18.

Presse d'actualité (Quotidien du médecin, Panorama...) *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Reçu occasionnellement et/ou gratuitement
- ☐ Non utilisé
- ☐ Abonnement papier
- ☐ Abonnement dématérialisé

19.

Presse à vocation de formation continue (La revue du praticien, le concours médical, Prescrire...) *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Reçu occasionnellement et/ou gratuitement
- ☐ Non utilisé
- ☐ Abonnement papier
- ☐ Abonnement dématérialisé

20.

Ouvrages médicaux renouvelé(s) et récent(s) *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

Formation virtuelle

21.

Consultation des sites de recommandations **Une seule réponse possible par ligne.*

	Régulièrement	Si j'en ai besoin	Jamais
Site de l'HAS	☐	☐	☐
Site de la CPAM	☐	☐	☐
Site de l'AFSSAPS/ANSM	☐	☐	☐
Site de sociétés savantes	☐	☐	☐

22.

Consultation de sites médicaux (pubmed...) **Une seule réponse possible.*

- ☐ Régulièrement
- ☐ Si j'en ai besoin
- ☐ Jamais

23.

Consultation des sites autres(wikipedia...) **Une seule réponse possible.*

- ☐ Régulièrement
- ☐ Si j'en ai besoin
- ☐ Jamais

Votre formation

24.

Selon vous, combien d'heures consacrez vous mensuellement à la formation? (en chiffre) *

25.

**Comment se répartit votre formation?:
Quelle est la part de la formation universitaire?(en %)**

26.

Quelle est la part de la formation en groupe?(en %)

27.

Quelle est la part de la formation individuelle?(en %)

Nouveaux axes de formation

28.

Cochez les nouveaux moyens de formation que vous connaissez:

Une seule réponse possible par ligne.

	Je ne connais pas	Je connais	J'utilise
Groupe de pair via visioconférence (skype...)	☐	☐	☐
Radio web (pod cast)	☐	☐	☐
Les alertes HAS	☐	☐	☐
Les alertes bibliographiques (pubmed)	☐	☐	☐
Vidéo préenregistrée de FMC (e-learning)	☐	☐	☐
Canal U	☐	☐	☐

29.

Utilisez-vous des moyens de formation continue non cités dans ce questionnaire? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Non *Passez à la question 31.*
- ☐ Oui

Si oui, lesquels?

30.

Votre point de vue sur la formation continue

31.

Comment qualifieriez-vous la formation continue en médecine générale actuellement? (plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Nécessaire
- ☐ Chronophage
- ☐ Facile à réaliser
- ☐ Mal organisée
- ☐ Mal identifiable
- ☐ Mal enseignée

32.

Actuellement, quels sont les freins que vous rencontrez pour vous former? **Une seule réponse possible par ligne.*

	N'est pas un frein/ ne me concerne pas	Est un frein mineur	Frein moyen	Frein important	Frein majeur
Le manque de temps	☐	☐	☐	☐	☐
La rémunération	☐	☐	☐	☐	☐
La distance	☐	☐	☐	☐	☐
La difficulté à m'absenter de mon cabinet (manque de remplaçant, désaccord de mes confrères, incompréhension de la patientèle...)	☐	☐	☐	☐	☐
Les thèmes abordés ne correspondent pas à mes besoins	☐	☐	☐	☐	☐
La multitude des supports	☐	☐	☐	☐	☐
Le manque de visibilité des moyens de formation existants dans mon secteur	☐	☐	☐	☐	☐
L'absence de sanction	☐	☐	☐	☐	☐
Les changements successifs des dispositifs (FMC puis EPP puis DPC)	☐	☐	☐	☐	☐

33.

Quels autres freins rencontrez-vous dans votre formation?

Avenir et re-certification

34.

Avez-vous déjà entendu parler de recertification? **Une seule réponse possible.*

- ☐ Oui
- ☐ Non

35.

Selon vous, la formation devrait-elle être plus contrôlée? **Une seule réponse possible.*

- ☐ Oui
- ☐ Non

36.

Si elle était plus CONTRÔLÉE, par qui? **Une seule réponse possible par ligne.*

	OUI	NON
Contrôlée par la profession, par le biais du conseil de l'ordre	☐	☐
Contrôlée par les organismes payeurs (CPAM, etc)	☐	☐
Contrôlée par un autre organisme, indépendant de la profession	☐	☐

37.

Cette formation devrait être ORGANISÉE PAR: **Une seule réponse possible par ligne.*

	Oui	Non
Des associations de formation indépendantes de la profession	☐	☐
Des associations de société savantes médicales	☐	☐
La faculté de médecine, par spécialité	☐	☐
Le département de médecine générale de la faculté	☐	☐
Les organismes payeurs (mutuelle, CPAM...)	☐	☐
TOUS, pour une inscription à la carte	☐	☐

Si la formation médicale continue devenait plus contrôlée et donc imposée, vous l'imaginerez:

Plusieurs choix possibles

38.

La formation non présentielle:*Plusieurs réponses possibles.*

- ☐ Lecture d'articles
- ☐ Recommandations
- ☐ Podcast
- ☐ Autre : _____

39.

La formation présentielle:*Plusieurs réponses possibles.*

- ☐ Sur UNE journée entière par an (avec différents thèmes ou non)
- ☐ Sur DES journées entières dans l'année avec différents thèmes
- ☐ Sur des demi-journées ou des heures (type cours d'enseignements magistraux)
- ☐ Sur une semaine, tous les 5 ans
- ☐ Sur des SOIREES en groupe avec un thème limité
- ☐ Autre : _____

40.

En cas de soirées en groupe, sous quelle forme?

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non
Formation présentielle	☐	☐
Formation virtuelle	☐	☐

A quel rythme pensez-vous qu'il faudrait réévaluer un médecin installé?

41.

Une évaluation tous les 6 ans vous paraîtrait-elle adaptée? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui *Passez à la question 43.*
- ☐ Non *Passez à la question 42.*

A quel rythme pensez-vous qu'il faudrait réévaluer un médecin installé...suite

42.

Une évaluation tous les 6 ans ne vous semble pas adaptée: que proposeriez-vous?

Comment pensez-vous que l'on pourrait évaluer la formation?

43.

L'attestation de présence suffirait *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

44.

Il faudrait une évaluation des connaissances *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

45.

Si cette EVALUATION était décidée, comment l'imagineriez vous? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Par visite sur votre lieu de travail
- ☐ Par test à remplir en ligne
- ☐ Par évaluation/test à la fin de chaque formation
- ☐ Autre : _____

Si la formation médicale continue devenait plus contrôlée et donc imposée...

46.

Les thèmes: *

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non
Faudrait-il instaurer chaque année certains thèmes obligatoires? (grandes nouveautés, nouvelles recommandations...)	☐	☐
Faut-il laisser le libre choix des thèmes aux médecins	☐	☐
Faudrait-il allier les 2, une partie obligatoire et une partie libre?	☐	☐

47.

La traçabilité de formation d'un médecin durant sa carrière pourrait être:

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ gérée par le médecin lui-même(portfolio papier)
- ☐ gérée par un organisme indépendant(portfolio en ligne, accessible par l'organisme et le médecin)
- ☐ gérée par les instances ordinales(portfolio en ligne accessible par l'organisme et le médecin)
- ☐ Autre : _____

48.

La rémunération pour le temps passé en formation devrait être...

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Fixe
- ☐ Variable suivant votre activité et votre mode d'exercice
- ☐ Autre : _____

49.

La garantie d'une formation médicale continue optimale devrait-elle être valorisée par l'organisme payeur(prime, ROSP, dépassement d'honoraire...)? *

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

50.

Enfin, quel serait pour vous le mode de formation continue idéal?

Fourni par

 Google Forms

b) Annexe 2

Vous estimez ne pas avoir continué à vous former. Pourquoi ?

Manque de temps
Pas le temps!!!

c) Annexe 3

Utilisez-vous des moyens de formation continue non cités dans ce questionnaire ?

Échanges directs avec les confrères hospitaliers
Revue médicales
afml
iECN
Test de lecture Prescrire, DPC Prescrire
Soirées FMC
Canal U

d) Annexe 4

Quels autres freins rencontrez-vous dans votre formation ?

Manque de disponibilité de documents de référence sur certains thèmes
Qu'on nous laisse se former en fonction de ses envies
Manque de motivation
DPC avec très peu de budget obligée de faire un choix dans ma DPC
Isolement géographique
Organisationnels surtout
Complément au manque de temps, avec de lourdes semaines, un cerveau peu disposé à entrer de nouvelles données.
Depuis la mise en place de l'OGDPC, je ressens un manque de souplesse et d'adaptabilité. Cela m'apparaît comme démotivant.
Je suis en train de changer d'orientation, donc moins concerné par ce sujet qu'il y a quelques années
Vie de famille, "vie administrative".
Absence de reconnaissance à la participation et ou validation à une formation.
Toujours les mêmes sujets. Répétitif. Pas assez pratique.
La diversité et le manque de visibilité des possibilités.

e) [Annexe 5](#)

La formation non présentielle : les personnes ayant répondu *Autre* proposent :

Accès en ligne possible à un site d'article de référence par thème
libre de choix
Formation académique
Test de lecture
e-learning
Cas clinique pratique

f) [Annexe 6](#)

La formation présentielle : les personnes ayant répondu *Autre* proposent :

Liberté de choix
e-learning
Visioconférence internet
Groupe de pairs
Libérale
Pas de formations imposées, laisser le choix à chaque médecin(journées, soirées, ...)

g) [Annexe 7](#)

Une évaluation tous les 6 ans ne vous semble pas adaptée : que proposeriez-vous ?

En continu		1,8%
Tous les 3 ans	6 personnes	11,0%
Tous les 10 ans	4 personnes	7,0%
Pas évaluation		= Pas d'évaluation 12,5%
L'idée d'une évaluation me hérisse		
JAMAIS(dont responsables »)	un « jamais : tous 3 personnes	
RIEN. Commencez par recertifier les universitaires avant de vous intéresser aux fourmis qui elles travaillent tous les jours		

Un MG ne doit pas être réévalué ; le domaine est tellement vaste avec des affinités tellement différentes		
---	--	--

h) Annexe 8

Si cette évaluation était décidée, comment l'imagineriez-vous ? Les personnes ayant répondu *Autre* proposent :

Il faut être un médecin tordu pour avoir envie d'évaluer ses collègues alors qu'il existe tellement de travail à faire avec les patients
Ne sais pas
Bonne santé des patients
RIEN

i) Annexe 9

La traçabilité de formation : les personnes ayant répondu *Autre* proposent :

Par sa conscience professionnelle
Aucun contrôle

j) Annexe 10

La rémunération pour le temps passé en formation devrait être... Les personnes ayant répondu *Autre* proposent :

selon les besoins de chacun
gratuite
Pas de rémunération
Pas d'idée précise

k) Annexe 11

Quel serait pour vous le mode de formation continue idéal ?

Un accès en ligne à des documents de référence classés par thème et mis à jour régulièrement (type questions internat / recommandations). L'élaboration et la mise à jour de cette ressource devrait relever du rôle de la faculté (département de médecine générale pour être adapté à notre pratique) et peut se concevoir au niveau national. Le médecin consulte quand il veut, ce qu'il veut selon ses besoins, sa disponibilité. Chaque année des lectures obligatoires lui sont données (nouveauautés importantes pour sa pratique, nouvelles recommandations). Ses consultations (obligatoire ou non) font l'objet d'un test de lecture (immédiat ou différé?). Les lectures validées sont recensées par un organisme à vocation médicale sous la forme d'un carnet de suivi personnalisé. Une évaluation du carnet de suivi peut être effectuée épisodiquement (tous les 5 ou 6 ans) pour "réorienter" les lectures du médecin selon les carences constatées (thèmes non abordés de longue date). Un entretien individuel au département de médecine générale pourrait même être proposé. Des formations présentiellees thématiques peuvent alors lui être suggérées pour combler rapidement des manques. Son investissement doit être considéré comme un temps professionnel et donc rémunéré. Pas de sanctions mais un suivi régulier et un accompagnement/ guidage...

Obligatoire, rémunéré, géré par structure indépendante

nos relations avec nos référents spécialistes et de temps en temps une soirée comme cela se fait actuellement

formation attractive sur le plan intellectuelle mais non chronophage

à la carte en fonction des choix du médecin : on n'emmène pas un chien à la chasse de force....

comme déjà proposé par l'AMMPPU, les séminaires sur 2 jours, mais malheureusement plus proposé depuis 2016!!

groupe de pairs par thèmes

Formation intégrant la rémunération et le remplaçant !

diversifiée (par groupe d'échange + lecture+web), résolument pratique et adaptée à l'exercice de la médecine générale

J'attends de lire les conclusions de votre travail pour me prononcer!...

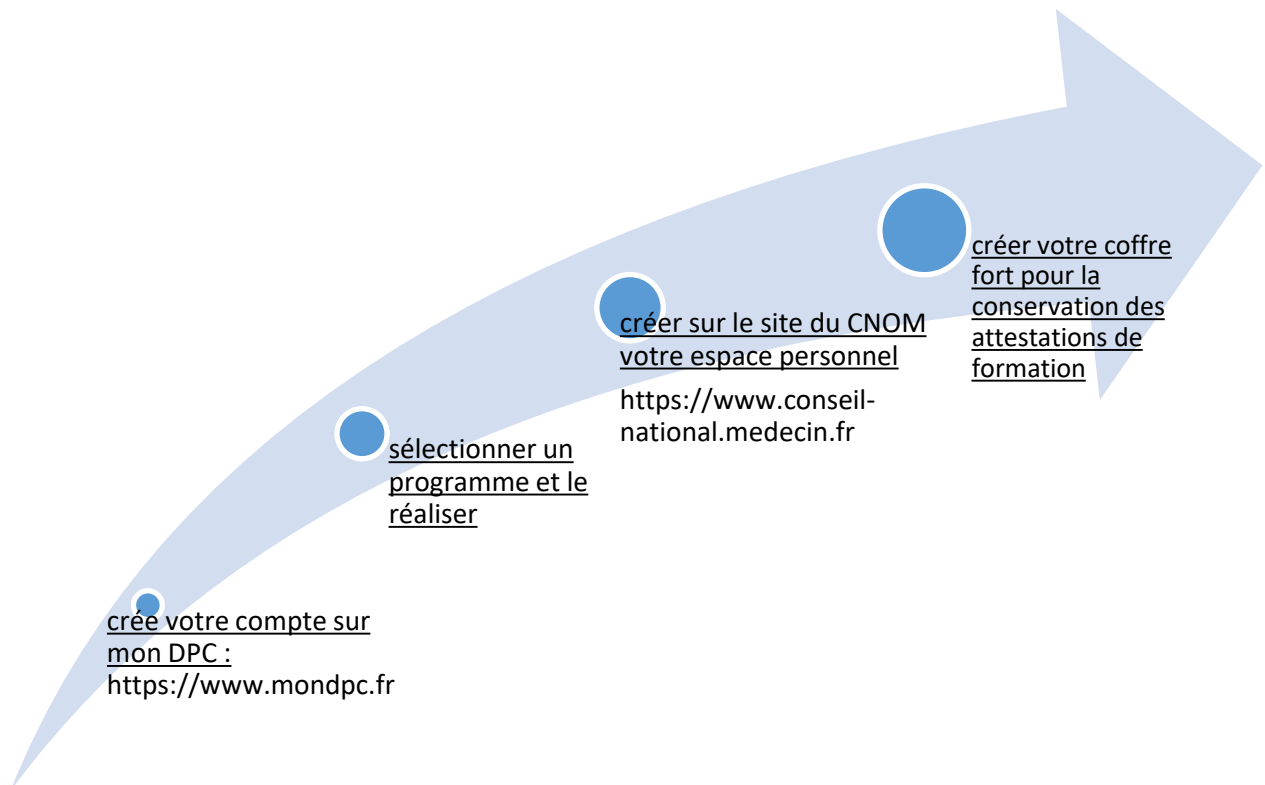
Allier des séances présentielles de type "cours" ou présentation d'expert, des groupes de pairs, et des séminaires sur 1 à 2 jours. Je suis moins attiré par les formations sur internet de type "virtuelle", car l'échange entre confrère m'y paraît plus difficile, mais cela est personnel et peut-être lié à mon âge ! Je suis partisan d'un contrôle qui resterait au sein de la profession pour éviter les dérives d'un organisme qui pourrait y exercer son "pouvoir". La prise en compte dans la ROSP me paraît indispensable, en plus d'une indemnisation pour le temps consacré et la perte de revenu.
Sous forme de séminaire
Présentiel
1 congrès 3 jours par an avec présentation des actualités méd+ rémunération fixe
Il n'y en a pas !
Petits articles de synthèse réguliers
près de chez moi surtout et que je puisse choisir les sujets qui m'intéressent
Réunion débat
En ligne
Journée de consultation avec un spécialiste, lecture, visioconférence
mixte: présentiel, groupe et individuelle
Internet
une journée thématique rémunérée tous les 2 mois
LIBRE ET ADAPTE A LA SITUATION PROFESSIONNELLE
intervenants spécialistes et généralistes compétents. pas la sauce de la formation initiale du du dmg merci. synthèses des nouveautés et sujets sensibles (dans le sens "erreurs fréquentes"). tournée vers la pratique et réaliste dans ses recommandations. économe en temps. incitée et non sanctionnée. Et pas besoin d'un label à coller sur les ordonnances, il y a déjà "spécialiste en médecine générale" (mdr)
Groupe de pairs
"Le mien": indépendant, régulier + ma pratique au quotidien. Chaque médecin devrait pouvoir se former à sa convenance. A caractère différent= formation différente. Il faudrait proposer différents types de formation et laisser chaque médecin choisir.

Il existe déjà diverses formes de formations continues, adaptées à beaucoup de pratiques. Il faudrait une meilleure reconnaissance de notre investissement dans les formations continues, une sorte de "label", rémunération?(avec risque de déviation) A réfléchir!
1 j/trimestre, séminaire thématique
Si tout médecin était honnête avec lui-même il identifierait ses lacunes! Donc thèmes à la carte, stages hospitaliers pour combler les lacunes, rémunérés, ou chez spécialiste. Etude de dossier personnel.
Adaptée à mes besoins. Non payante. Respectant mon rythme familial et professionnel. Proche de chez moi. Sujets pratiques et interlocuteurs intéressants(pas ceux qui s'écoutent parler pendant des heures).
Formation qui permet d'améliorer notre pratique dès le lendemain. Sans surcharge de travail donc avec un remplaçant pendant notre absence.
1 jour par mois, rémunéré
Formation régulière, sur des sujets choisis par le médecin, au moment de son choix.
Formation continue en groupe avec un spécialiste référent. Pas de contrôle, avec un remplaçant au cabinet.
Des journées rémunérées, sur des thèmes d'actualité, de remise à niveau, plusieurs fois dans l'année, organisées par la fac avec des "professionnels" du sujet. Possibilité de se faire remplacer pour participer plus souvent. Formation valorisée-- >"récompenses"pour se maintenir à niveau (DE-primes).
FMC, AMPPU. Journée de formation congrès communs: preuve et pratique. Vidéo conférence car on est tous généralistes mais beaucoup avec des capacités, DIU. Les médecins de groupe font de la médecine orientée en fonction de leur diplôme post-thèse. Donc vidéo adaptée avec leur orientation de spécialité. Moins y passer le week-end après une semaine chargée!!!Manque de remplaçant, comment remplacer les médecins en même temps d'un même secteur.

I) Annexe 12

N'ARRETEZ PAS DE VOUS FORMER :

La formation continue est gérée par l'Agence nationale de développement professionnel continu ANDPC : pour valider votre obligation triennale :



Comment continuer à vous former ?

Faculté de médecine de Nancy : http://www.medecine.univ-lorraine.fr/enseignement/formation_permanente

Canal universitaire : <https://www.canal-u.tv>

Revue des formations sur la France :
http://www.tlmfmc.com/association_liste.html

- Si vous voulez vous former à distance
http://www.tlmfmc.com/elearning_liste.html
- Si vous voulez des infos régulières par mail ou sms:
flashfmc88@gmail.com

- Si vous voulez vous formez lorrain : associations de formations locales :

Lorformep	Fédération lorraine d'évaluation des pratiques	lorformep@sfr.fr
AMPPU 54	Association Meurthe et Mosellane de perfectionnement post universitaire	amppu54@wanadoo.fr
AMMPPU	Association médicale mosellane de perfectionnement post universitaire	ammppu@wanadoo.fr
AMVPPU	Association médicale vosgienne de perfectionnement post universitaire	amvppu@sfr.fr
AMMFC	Association médicale meusienne de formation continue	riffmaria2@gmail.com
ACFM	Association confédérale de formation médicale	01-43-18-88-28
MG FORM		01-43-13-13-13
AFML	Association pour la formation des médecins libéraux	01-53-68-01-00
FORMUNOF	Association nationale de formation et d'évaluation des médecins de famille	01-43-18-88-28

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Objectif de l'étude : Evaluer les modes de formation utilisés par les médecins généralistes et leur connaissance des différents types de formation existants, dans le contexte de changements législatifs multiples et d'émergence de nouveaux modes de formation.

Méthode : Etude quantitative par l'intermédiaire d'un questionnaire à questions majoritairement fermées adressé aux médecins généralistes Lorrains installés entre 2006 et 2008. Ce questionnaire a été envoyé en octobre 2016 par mail ou par courrier aux cabinets des médecins.

Résultats : 56 médecins ont répondu au questionnaire, soit 50 % de participation. Le temps moyen de formation mensuel est de 5h10. La formation individuelle représente 51% de la quantité de formation des médecins, la presse et les ouvrages médicaux gardant une place prépondérante face à l'émergence d'internet. La formation présentielle est utilisée par 96 % des médecins enquêtés, la formation locale occupe la place la plus importante, devant la formation en groupe de pairs et la formation universitaire. Les freins principaux évoqués sont le manque de temps et la difficulté de s'absenter du cabinet. La notion de recertification est connue par 33 % des médecins. La formation actuelle est jugée chronophage, mal organisée et mal identifiée. Une organisation et un contrôle de la formation par les organismes payeurs n'est pas souhaité par les médecins.

Discussion : Le temps de formation n'est pas le même selon le sexe et l'âge du médecin (les femmes jeunes se forment moins) ce qui peut nous amener à réfléchir sur un temps *dédié et rémunéré* qui tiendrait compte de la vie privée du médecin. La participation aux activités présentielles diminue avec l'éloignement de la faculté. La place de l'industrie pharmaceutique dans la formation des médecins reste importante, et ce malgré la législation et les rapports officiels qui prônent plus d'indépendance. La place de la formation virtuelle est maigre, contrairement à d'autres pays, du fait d'un manque probable de convivialité et d'incitation de la part des organismes de tutelle. La formation idéale pour les médecins devrait être libre, dans son mode et le choix des thèmes, elle devrait être également plus attractive, stable et bien identifiée, correspondant davantage aux besoins ressentis par les médecins dans leur territoire d'exercice. Cette formation devrait être mieux reconnue et mieux organisée pour simplifier au maximum le parcours de formation des généralistes.

TITRE EN ANGLAIS: Assessment of the different methods of training and improvement of professional practices, known and used by Lorraine-based General Practitioners.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2017

MOTS CLEFS : formation post-universitaire ; développement personnel continu ; mode de formation ; recertification.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

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