



UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ – LILLE 2
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2017

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Représentations des médecins généralistes qui se forment sur la
formation médicale continue.**

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 7 décembre 2017 à 14h00
au Pôle Formation

Par Michael TRINH

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Marc BAYEN

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leurs auteurs.

SOMMAIRE

RÉSUMÉ	5
LISTE DES ABRÉVIATIONS	7
INTRODUCTION	8
MÉTHODE	10
RÉSULTATS.....	11
1- CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES INTERVIEWÉES.....	11
2- LES REPRÉSENTATIONS DE LA FORMATION	11
2.1- Les objectifs de la formation.....	11
2.2- Les qualités d'une formation	13
2.3- Les raisons de se former	14
3- LES PRATIQUES DE LA FORMATION	16
3.1- Les moyens de formation	16
3.2- Les motivations à la formation.....	16
3.3- Les freins à la formation	18
DISCUSSION	20
1- Résultats principaux	20
2- Forces et limites de l'étude	20
3- Analyse des résultats confrontés à la littérature	21
3.1- Les enjeux de la santé énoncés par les organismes officiels sont acquis chez les médecins.....	21

3.2-	Au-delà de l'obligation, la formation est ressentie comme une nécessité.	22
3.3-	Les médecins évoquent peu l'obligation légale de la formation.	22
3.4-	L'incertitude motive les médecins à se former.	23
3.5-	La formation est un facteur influant sur la satisfaction professionnelle.	23
3.6-	Les médecins orientent leurs formations selon les recommandations scientifiques.	24
3.7-	L'interactivité d'une formation joue un rôle majeur dans l'adaptation à la pratique professionnelle.	25
4-	Perspectives pratiques	26
4.1-	Donner aux médecins le choix du thème de la formation.	26
4.2-	Développer la formation interactive.	26
4.3-	Proposer des formations pluriprofessionnelles.	26
5-	Conclusion	27
	RÉFÉRENCES	29
	GUIDE D'ENTRETIEN	33

RÉSUMÉ

Représentations des médecins généralistes qui se forment sur la formation médicale continue.

Contexte : Les médecins généralistes se forment tout au long de leur exercice. Ceci fait l'objet d'une obligation légale sous l'appellation de développement professionnel continu. Dans sa complexité, il existe plusieurs moyens de se former. Quels sont les représentations des médecins généralistes sur la formation, leurs attentes et leurs pratiques ?

Méthode : Étude qualitative par entretiens individuels semi-structurés auprès de 13 médecins généralistes installés en cabinet libéral dans le département du Nord de la France, recrutés par échantillonnage raisonné à variation maximale. Les entretiens ont été effectués à l'aide d'un guide d'entretien, enregistrés en audio, transcrits intégralement et codés par 2 chercheurs avec triangulation des données.

Résultats : La formation médicale continue permet aux médecins généralistes essentiellement la mise à jour et l'entretien des connaissances, ainsi que l'apprentissage de nouvelles compétences en regard de l'évolution perpétuelle de la médecine. Dans une démarche de soins de qualité, le besoin de formation est ressenti par les médecins plutôt comme une nécessité qu'une obligation imposée par la loi. Les médecins évoquent peu l'obligation légale de la formation. L'incertitude motive les médecins à se former. Les médecins qui se forment tirent de la connaissance et des savoirs une satisfaction personnelle par le développement d'une estime de soi et d'une confiance en soi. Les formations les plus plébiscitées par les médecins sont les formations présentielles basées sur des recommandations scientifiques. L'adaptation à la pratique professionnelle est favorisée par la formation interactive.

Conclusion : Le besoin de formation est un ressenti omniprésent chez les médecins généralistes. Ce besoin est plutôt associé à un sentiment d'obligation déontologique qu'à

l'obligation légale. Il serait intéressant de développer la formation interactive et de permettre aux médecins d'être habilité à choisir le thème de la formation selon leurs besoins. Il est nécessaire d'avoir une appréciation continue des besoins actuels, des meilleures modalités et de l'impact de la formation continue sur les pratiques.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ANDPC : Agence nationale du Développement Professionnel Continu

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DPC : développement professionnel continu

EPP : évaluation des pratiques professionnelles

FMC : formation médicale continue

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, patients, santé et territoire

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

OGDPC : Organisme gestionnaire du développement professionnel continu

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

INTRODUCTION

Le développement professionnel continu (DPC) est un concept englobant la formation médicale continue (FMC) et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). (1) Il a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation légale pour les professionnels de santé. (2)

Cette obligation, depuis 1996 pour la FMC et 2004 pour l'EPP, a longtemps été ignorée par les médecins devant la complexité des dispositifs mis en œuvre (3), sachant que la médecine générale était une discipline avec des bases de recherche et de formation peu développées. (4) En 2004, seulement 20 % des médecins libéraux ont participé à une journée de formation. (5) Entre 2013 et 2015, 45 % des médecins éligibles à une formation continue financée par l'organisme gestionnaire du DPC (OGDPC) ont suivi une formation financée par cet organisme. (6)

Depuis 2000, les dispositifs de la FMC se développent fortement. (1) Le cadre légal de la FMC est défini par le Code de la santé publique selon l'article L4133-1 modifié par les lois du 4 mars 2002 et du 9 août 2004, et récemment par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) en 2009 (2) adaptée par la loi de modernisation du système de santé en 2016 (7), avec la création de l'Agence nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC). Les méthodes et les modalités de DPC sont définies par la Haute Autorité de Santé (HAS) en s'adaptant au contexte de soins, aux objectifs poursuivis, aux attentes des professionnels et aux démarches déjà entreprises. (8) La mise en place des nouveaux dispositifs de FMC reste émaillée de nombreux dysfonctionnements, associée à plusieurs vices de conception en regard de l'obligation de formation. (9) En matière de formation, on manque de données permettant d'apprécier les pratiques des médecins, leurs attentes, leurs besoins et leurs difficultés. (8) La plupart des médecins généralistes (89 %) n'ont pas

de stratégie définie d'évaluation de leurs besoins de formation pour fonder leurs critères de choix de FMC. (10)

L'objectif principal de cette étude était d'explorer les représentations sur la formation, des médecins généralistes qui se forment. Les objectifs secondaires étaient d'explorer les attentes et les pratiques de la formation des médecins généralistes.

MÉTHODE

Une méthode qualitative par entretiens individuels semi-structurés a été choisie. Ont été inclus des médecins généralistes installés dans le département du Nord de la France. Un échantillonnage raisonné en variation maximale a été effectué selon les caractéristiques suivantes : âge, sexe, milieu d'exercice (urbain ou rural), mode d'exercice (cabinet individuel ou de groupe), maître de stage universitaire ou non, enseignant ou non, formateur ou non. Les participants ont été sélectionnés selon la technique de la boule-de-neige et recrutés par téléphone. Les entretiens ont été effectués au cabinet de chaque médecin et enregistrés en audio, après obtention du consentement, à l'aide d'un moyen d'enregistrement par l'application *Dictaphone* de l'*iPhone 7*. La transcription des données audio a été effectuée intégralement à l'aide du logiciel *Microsoft Word 2016*. L'analyse de contenu des verbatims a été effectuée à l'aide du logiciel *QSR Nvivo 11*. Le codage des données a été effectué par deux chercheurs avec triangulation des données pour augmenter la validité interne du travail. Le guide d'entretien a été modifié au fur et à mesure de l'analyse qualitative des données entre chaque entretien. Les entretiens se sont déroulés jusqu'à saturation des données considérée obtenue à partir de trois interviews sans nouvelle idée.

RÉSULTATS

1- CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES INTERVIEWÉES

Treize médecins généralistes installés en cabinet libéral, âgés de 31 à 68 ans, ont été interviewés entre mai 2016 et janvier 2017 (tableau 1).

Tableau 1. Caractéristiques des personnes interrogées

N°	Âge	Genre	Milieu d'exercice	Mode d'exercice	Maître de stage universitaire	Enseignant	Formateur
1	60	F	Urbain	Cabinet de groupe	Non	Non	Non
2	68	M	Rural	Cabinet de groupe	Non	Non	Oui
3	54	M	Urbain	Cabinet de groupe	Oui	Oui	Oui
4	52	M	Rural	Cabinet individuel	Non	Non	Non
5	58	M	Urbain	Cabinet individuel	Non	Non	Non
6	64	M	Urbain	Cabinet individuel	Non	Oui	Oui
7	64	M	Urbain	Cabinet de groupe	Oui	Non	Non
8	44	F	Urbain	Cabinet individuel	Oui	Oui	Oui
9	56	M	Urbain	Cabinet individuel	Non	Non	Non
10	31	M	Urbain	Cabinet individuel	Oui	Non	Non
11	56	M	Urbain	Cabinet individuel	Oui	Non	Oui
12	32	F	Urbain	Cabinet de groupe	Non	Non	Non
13	32	F	Urbain	Cabinet de groupe	Non	Non	Non

2- LES REPRÉSENTATIONS DE LA FORMATION

2.1- Les objectifs de la formation

Mettre à jour et entretenir ses connaissances, voire « *approfondir ses connaissances* », « *se perfectionner* ». La formation permettait de « *se tenir au courant des avancées* », « *des évolutions, des progrès de la médecine* », « *des dernières données de la science* ». Elle permettait « *de rattraper [...] le retard qu'on pourrait accumuler avec les années* », car « *c'est un perpétuel changement* ». « *C'est une réactualisation permanente des connaissances.* » L'ancienneté de l'obtention du doctorat n'influaient pas sur le besoin de formation, que cela ait fait « *une paire d'années que je suis sortie de la fac'* » ou « *même si j'ai fini il n'y a pas longtemps* ».

Comblent les lacunes. La formation permettait « *d'améliorer ses compétences* », « *d'améliorer ce qu'on ne sait pas faire* ». Le médecin orientait sa formation selon ce qu'il savait maîtriser ou non. « *Je vais à des formations où j'estime que peut-être je ne suis pas assez bien au courant.* » « *Tu trouves une formation à propos d'une pathologie [...] que tu n'as pas pu résoudre.* » Il était intéressant « *d'avoir un regard [...] sur ses compétences et ses incompétences* », parce « *qu'on ne sait toujours pas qu'on ne sait pas* ». Néanmoins, « *je crois qu'on aura beau se former, il y aura des trucs qu'on ne saura pas* ». Les organismes de formation, en proposant leurs thématiques, permettaient aux médecins de se rendre compte de leurs besoins de formation.

Suivre les recommandations et les maladies actuelles. La formation permettait de « *rester à la page* », de voir « *les nouveautés* » concernant « *les pathologies [...] qu'on voit régulièrement* », à l'aide de « *conduites à tenir* » par rapport aux « *dernières recommandations* ». La formation permettait aux médecins d'avoir une approche consensuelle en regard de la pratique, « *que tout le monde va dire la même chose, que chacun n'y aille pas de son petit conseil* ».

Susciter l'esprit critique. La formation permettait « *la remise en question du système* » vis-à-vis des nouvelles thérapeutiques proposées par l'industrie pharmaceutique « *parce que le dernier produit sorti n'est pas forcément le meilleur* ». « *Il vaut mieux se tenir à distance parce que, forcément, on est influencé.* » La formation permettait de remettre en question les recommandations qui dataient de plusieurs années.

Diffuser l'information. La formation se partageait entre confrères, elle permettait « *d'échanger sur les pratiques de chacun* ». « *On ne peut pas se former tout seul.* »

Coordonner les différentes spécialités. Le médecin généraliste, en tant que « *pivot* », faisait « *la synthèse* » entre les prescriptions des confrères spécialistes non généralistes, notamment avec un regard sur « *les interactions médicamenteuses* ».

Apprendre et maîtriser des gestes techniques. La formation proposait « *des ateliers de stérilet, d'infiltration* ». Elle permettait aux médecins généralistes de se substituer à une « *pénurie* » de médecins spécialistes non généralistes. « *Il y a une pénurie de rhumatologues et il faut que les médecins généralistes fassent des infiltrations.* »

Apprendre des thérapies complémentaires, telles que « *l'homéopathie* » et « *l'acupuncture* ».

2.2- Les qualités d'une formation

Objective : la formation devait être indépendante, « *neutre* », « *déconnectée des intérêts financiers* » de l'industrie pharmaceutique étant donné « *qu'ils nous orientent toujours vers leurs molécules* ». « *Chaque intervenant [...] doit publier [...] sa déclaration de conflits d'intérêts.* » « *Un laboratoire qui sponsorise une soirée, ça ne me choque pas [...], à condition qu'il n'intervienne pas dans le contenu* » de la formation.

Scientifique : la formation devait être fiable en s'appuyant sur des « *recommandations* » scientifiques, en s'adaptant « *aux données de la science* » indiquées par des « *références* ». Une formation présentielle de qualité nécessitait la présence d'un « *expert hospitalier* » et d'un « *expert généraliste* », avec un « *contenu [...] validé par celui qui l'organise* ». Le renom d'un formateur ou d'un organisme de formation était un gage de qualité. « *La qualité c'est aussi savoir se faire connaître.* »

Pédagogique : la formation devait être constructive, « *didactique* ». Elle permettait d'avoir « *l'essentiel à retenir* », « *la réponse à mes questions* », « *l'impression d'avoir progressé* », « *où je repars en étant satisfait d'avoir compris quelque chose* ». Une formation présentielle de qualité était liée à l'intervention d'un « *bon orateur* », de « *quelqu'un qui sait présenter* », d'intervenants « *dynamiques* », « *pertinents* », « *compréhensibles* », de « *bons animateurs* » qui arrivaient « *à orienter, à diriger, à imposer un rythme et une animation* ». « *Un bon animateur est celui qui arrive à faire [...] créer le climat d'une bonne rencontre [...]*

entre les généralistes et l'expert, et qu'il y ait un échange dans le cadre de notre spécialité. »

La participation active du médecin facilitait la mise en pratique des éléments d'une formation présentielle lorsque celle-ci était *« stimulante », « interactive », à l'aide « d'ateliers pratiques »*. En cas de formation individuelle, cette mise en pratique était facilitée par l'utilisation de supports écrits et de *« récapitulatifs de mise en pratique de la formation »*.

Pratique : la formation devait être orientée *« en médecine générale »*. Elle devait être *« utile », « applicable dans la vie de tous les jours », « concrète et adaptable au terrain »*. Elle devait s'adapter aux *« dernières données »*. Elle devait s'adapter à *« nos préoccupations », « ce qui peut nous servir », « ce qu'on a besoin »*. Elle devait être *« en rapport avec ma pratique », « que ça colle à notre exercice quotidien, que ça réponde à des problématiques qu'on rencontre »*. Les thèmes de la formation étaient préférentiellement ceux *« que nous avons choisis », « à la demande des généralistes »*. *« Une formation de qualité [...] doit commencer par une interrogation sur sa propre pratique. »* Elle devait permettre au médecin de lui *« donner des outils pratiques », « qu'on puisse l'appliquer concrètement tout de suite »*, à l'aide de supports sous forme de *« fiches », « d'arbres décisionnels », « d'algorithmes »* avec des *« informations assez simples des conduites à tenir »*. Dans le cas d'une formation présentielle, la présence d'un médecin généraliste permettait d'adapter la formation au *« terrain »*.

2.3- Les raisons de se former

Pour les médecins, la formation était *« une obligation déontologique, éthique et légale », « une nécessité pour pouvoir exercer »*. Elle était *« essentielle », « utile », « indispensable pour la pratique quotidienne et la prise en charge du patient », « indispensable pour faire de la bonne médecine », et « importante à titre personnel et à titre collectif »*.

Par rapport au patient, le médecin se formait pour lui *« rendre service », lui « donner toutes les chances », lui « apporter le maximum », le « soigner au mieux », « être sûr d'avoir la*

bonne réponse » au « problème pathologique » dont il était « concerné » et le « protéger » face aux « erreurs médicales » et aux prises en charges contradictoires vis-à-vis d'autres médecins.

Par rapport au médecin généraliste, la formation développait l'estime de soi par « *une certaine satisfaction de connaître, de savoir* », « *une satisfaction narcissique* », pour « *ne pas passer pour une andouille vis-à-vis de mes étudiants* », parce que « *bien maîtriser un sujet, c'est quand même gratifiant* ». La formation améliorait la confiance en soi pour « *obtenir une aisance* », « *être sûr [...] de bien faire* », ne pas être « *dans le doute* », « *éviter d'être dépassé* », faire face aux « *échecs* ». La formation diminuait le risque d'erreurs médicales et « *les médecins se formeront plus facilement s'ils ont la trouille d'être poursuivis pour incompétence* ». La formation permettait de sortir de la routine, du « *train-train habituel* », de « *notre pratique solitaire* » du « *stress de la consultation* », et elle permettait de « *rompre la solitude, l'isolement* », de « *rencontrer aussi d'autres médecins* ». La formation permettait d'établir un répertoire de correspondants médicaux en rencontrant « *des spécialistes du coin* ». La formation permettait de prendre plaisir à apprendre « *parce que c'est agréable* » et « *j'adore mon métier* ».

Par rapport à l'étudiant stagiaire, la formation permettait au médecin de « *maintenir une certaine qualité de connaissance* » et « *rester à peu près connecté avec ce que les étudiants apprennent* ».

Par rapport à la société, il y avait une notion de « *pertinence économique* » vis-à-vis d'une prise en charge précoce de la maladie car « *si on tarde à faire un diagnostic, forcément ce sera beaucoup plus cher* ».

3- LES PRATIQUES DE LA FORMATION

3.1- Les moyens de formation

Les formations en groupe. Les médecins évoquaient les formations présentielles sous forme de « *congrès* » scientifiques de médecine générale et d'autres spécialités ; de « *séminaires* » en « *journée* » ou en « *soirée* », avec la présence d'un « *spécialiste* » non généraliste, organisés ou non par un « *laboratoire* » ; de formations universitaires ou d'enseignements post-universitaires ; de formations interactives entre médecins généralistes et autres spécialistes.

Les formations individuelles. Les médecins évoquaient la formation par « *Internet* » avec la recherche d'information à partir « *d'articles* » scientifiques, de résumés cliniques référencés, de « *sites* » scientifiques référentiels, de « *recommandations* » ou universitaires, de « *e-learning* » ; la littérature par les « *revues* » médicales gratuites ou payantes, les livres de médecine, les journaux de médecine ; les correspondances entre médecins généralistes et autres confrères spécialistes par réunions privées, par « *téléphone* » lors de demande d'avis médical, par « *courriers de sortie* » d'hospitalisation d'un patient ; par les formations diplômantes telles que les « *diplômes universitaires* » ou les « *diplômes interuniversitaires* » ; par la présentation de nouveaux produits pharmaceutiques lors des « *visites* » de représentants de l'industrie pharmaceutique ; par l'enseignement réciproque entre « *maître de stage* » universitaire et étudiant « *stagiaire* » ; par la presse audiovisuelle ; à distance par les supports écrits ou numériques ; par l'expérience de l'activité médicale auprès des patients.

3.2- Les motivations à la formation

La convivialité et la détente. La formation présentielle permettait aux médecins « *de se rencontrer* » entre confrères selon l'affinité relative entre les participants. Elle permettait un échange sur d'autres sujets sans rapport avec le thème de la formation, tels que « *la*

fiscalité », la gestion du cabinet, les « *gardes* », les « *problèmes syndicaux* », les étudiants stagiaires, de telle façon que « *même si le sujet n'est pas intéressant [...], on se force un peu plus* » à y participer. L'appréciation de la formation était en faveur d'une ambiance « *détendue* », « *agréable* », sympathique, d'un « *contact humain* », optionnellement agrémentée d'un « *repas* ». Les médecins étaient moins enclins à participer aux formations « *très formelles* » et « *scolaires* ».

La rentabilité économique. La formation gratuite était privilégiée. La participation à la formation était relative au « *budget* » dédié et était motivée pour certains médecins par « *la rémunération* », « *l'indemnisation* », « *le dédommagement* », la « *compensation* » du participant. « *C'est mieux que rien.* » Pour d'autres, il n'était ni « *utile, ni nécessaire de payer les médecins pour qu'ils se forment* », même que « *les formations rémunérées* » n'étaient « *pas un gage de qualité* ». Les repas associés à la formation présentielle étaient préférentiellement pris en charge par le « *laboratoire* », et à défaut, il aurait été souhaitable d'avoir une « *subvention* ».

La proximité géographique. Les médecins favorisaient les formations présentielles « *au niveau local* », en « *métropole* » et dans la capitale, « *que ce ne soit pas trop loin* ». Ils évoquaient l'intérêt d'une formation à distance grâce à l'apport « *d'Internet* ».

La concision. Les médecins préféraient les formations au contenu « *synthétique* », « *concis* », « *pas trop denses [...], mais [...] pas trop légers non plus* », avec « *un message par thème, pas au-delà* ». Concernant les formations présentielles, en dehors des journées dédiées, « *une heure* » à « *une heure et demi* » de présentation suffisaient en soirée. Concernant la formation par Internet, sa durée trop longue incitait à la procrastination. « *Si c'est un truc d'une heure [...] on va dire "bon, je ferai ça plus tard"* ».

La délégation professionnelle. La possibilité d'avoir une autre personne pour la gestion du cabinet médical permettait au médecin d'avoir « *plus de temps* » pour la formation, telle qu'un médecin remplaçant, un médecin collaborateur, et pour les maîtres de stage

universitaires, un interne en Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS).

Les journées dédiées. Les médecins se sentaient plus « *efficaces* » en ne se consacrant qu'à la formation lors des « *journées* » ou des « *weekends* » entiers de formation présentielle.

La publicité. La présentation de « *nouvelles molécules* » par un représentant de l'industrie pharmaceutique en visite au cabinet médical permettait au médecin la découverte de nouvelles thérapeutiques médicamenteuses en incitant à une recherche personnelle vers une meilleure compréhension de ces produits.

3.3- Les freins à la formation

Le manque de temps était un frein majeur à la formation des médecins, autant pour les formations individuelles que pour les formations préSENTIELLES. Le temps était privilégié à l'activité médicale et administrative, à la « *vie de famille* », aux besoins élémentaires et aux éventuels événements de vie coïncidant avec la date de la formation. Pour certains, ce sont « *des prétextes* » et qu'une organisation anticipée de « *l'emploi du temps* » associée aux multiples choix de formation permettaient de se former en temps voulu. La « *fatigue* » et la « *paresse* » diminuaient « *l'envie* » et la « *motivation* » à la formation. La « *proximité de la retraite* » diminuait le temps dédié à la formation. « *Au début, quand on s'installe, on ne compte pas trop son temps.* » « *J'ai diminué [...] ce que je faisais il y a vingt ans.* »

L'organisation complexe. Le dispositif administratif lié à la formation était « *lourd* », notamment dans le cadre de la rémunération. La difficulté à organiser la gestion du cabinet médical en cas de formation présentielle était un obstacle. « *Les journées complètes, ça suppose que je ferme parce qu'il n'y a pas de remplaçant.* » « *Je dois m'organiser pour trouver un remplaçant.* » Les « *contraintes* » fréquemment changeantes de l'obligation

légale de la formation et la pénibilité de l'encadrement administratif des formations locales incitaient à une formation officieuse, « *au noir entre guillemets* ».

La peur de l'inconnu. Les médecins participaient moins aux formations dans des domaines qu'ils ne connaissaient pas. « *On ne sait toujours pas qu'on ne sait pas.* » « *C'est très difficile d'apprendre quelque chose qu'on ne sait pas ne pas savoir.* » « *Ils ont peur de se trouver face à leurs difficultés, [...] peur de rencontrer quelqu'un qui en sait plus.* » Les médecins s'orientaient plus vers des organismes de formation qu'ils connaissaient. « *Au moins, je suis sûr de là où je mets les pieds.* »

DISCUSSION

1- Résultats principaux

Les représentations des médecins généralistes concernant la formation médicale continue sont variées. Elle leur permet essentiellement la mise à jour et l'entretien des connaissances, ainsi que l'apprentissage de nouvelles compétences en regard de l'évolution perpétuelle de la médecine.

Dans une démarche de soins de qualité, le besoin de formation est ressenti par les médecins plutôt comme une nécessité qu'une obligation imposée par la loi. Les médecins évoquent peu l'obligation légale de la formation.

La notion d'incertitude en médecine générale motive les médecins à se former.

Les médecins qui se forment tirent de la connaissance et du savoir une satisfaction personnelle par le développement d'une estime de soi et d'une confiance en soi.

Les formations les plus plébiscitées par les médecins sont les formations présentielles basées sur des recommandations scientifiques.

L'adaptation à la pratique professionnelle est favorisée par la formation interactive.

2- Forces et limites de l'étude

La diversité des caractéristiques des médecins interrogés a été respectée autant que possible. Le recrutement des médecins a été limité à un seul département français étant donné la proximité géographique relative de l'investigateur. Les entretiens ont été réalisés en tête à tête au cabinet de chaque médecin interrogé dans un environnement familier et calme. Le temps d'entretien a été limité par la disponibilité des médecins, liée à leur activité médicale, entre deux consultations, avant l'ouverture ou après la fermeture du cabinet. L'absence de recrutement de médecins remplaçants non installés n'a pas permis d'explorer leurs représentations de formation. Les médecins ont élargi le sens de la question de la

formation sans se limiter seulement aux formations officielles relatives à l'obligation légale. Les idées exprimées par les médecins formateurs, enseignants et/ou maîtres de stage universitaire ont été plus diversifiées. La différence entre objectifs et raisons de la formation était floue pour certains médecins. Les entretiens ont été dirigés à l'aide d'un guide d'entretien amélioré et adapté aux réponses de chaque participant précédent. L'expérience de l'investigateur, initialement manquante, a progressé au fur et à mesure des entretiens, avec une amélioration de l'efficacité des questions de relance. La triangulation de l'analyse des données avec l'aide d'un deuxième chercheur a permis d'augmenter la validité interne du travail.

3- Analyse des résultats confrontés à la littérature

3.1- Les enjeux de la santé énoncés par les organismes officiels sont acquis chez les médecins.

Les objectifs de DPC émis par la loi HPST et l'ANDPC sont :

- l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles et de gestion des risques ;
- le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ;
- la prise en compte des priorités de santé publique. (2) (11)

Les enjeux de DPC émis par la HAS sont d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. (12)

Les représentations des médecins généralistes concernant la formation médicale continue sont variées mais les idées sous-jacentes adoptent un schéma relativement identique aux objectifs et aux enjeux que les organismes officiels de santé ont énoncés. L'évolution perpétuelle de la médecine est telle qu'il est indispensable de mettre à jour les connaissances, c'est-à-dire apporter de nouvelles connaissances, maintenir les connaissances déjà acquises, mais aussi délaisser certaines connaissances obsolètes.

Cependant, au-delà de l'importance de la mise à jour des connaissances il est important que les formations aient pour objectif une amélioration des compétences.

3.2- Au-delà de l'obligation, la formation est ressentie comme une nécessité.

La formation médicale continue a été inscrite en 1979 dans le Code de déontologie des médecins et en 1996 en tant qu'obligation légale. (6) Actuellement, l'obligation de formation est légale et triennale, relativement au dispositif de formation initié par la loi HPST (2) et adapté par la loi de modernisation du système de santé en 2016. (7)

Peu de médecins évoquent la formation médicale continue en tant qu'obligation légale, mais en tant que nécessité. La reconnaissance personnelle de la nécessité d'un changement est primordiale pour initier le processus. (13) Dans le champ de l'éducation thérapeutique du patient, la formation a un impact positif sur les pratiques professionnelles, sur la satisfaction des patients et le recours aux soins d'urgence. (14)

Le sentiment traditionnel d'obligation déontologique est omniprésent chez les médecins. C'est dans cette optique que l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a proposé comme scénario dans son rapport en 2014 de supprimer l'obligation légale de DPC afin de la remplacer par une obligation déontologique de formation. (9)

3.3- Les médecins évoquent peu l'obligation légale de la formation.

Si les médecins évoquent peu, voire connaissent peu l'obligation légale, ceci est à mettre en relation avec la complexité du dispositif de formation et le changement perpétuel des conditions de satisfaction à l'obligation marqué par les évolutions sensibles motivées par l'insuffisance de résultats. (9) (11) Les nombreux textes officiels qui définissent les nombreuses instances nécessaires au fonctionnement de la gestion du DPC, parfois insuffisamment transparents, peuvent faire susciter des doutes quant au contexte éthique

de ce dispositif. (15) Le contrôle par l'IGAS en 2014 de l'OGDPC, créé en 2012, révélait plusieurs dysfonctionnements liés à des vices de conception affectant les procédures d'inscription et d'indemnisation des professionnels, ainsi que l'enregistrement des organismes. Le lent démarrage de la procédure d'évaluation des organismes de formation par les CSI n'apporte pas toute garantie de qualité de la formation. (9) Le Collège de la Médecine Générale a constaté des dérives singulières et scandaleuses en termes de qualité et d'indépendance. (16)

L'ANDPC fait suite à l'OGDPC depuis la loi de modernisation de notre système de Santé le 27 janvier 2016 dont sa création avait pour objectif de refonder le sens du dispositif de DPC en favorisant une gestion transparente afin de simplifier les procédures et d'assurer la qualité technique des formations. (17)

3.4- L'incertitude motive les médecins à se former.

Les médecins sont conscients de leurs limites quant au savoir médical, et cela leur est rappelé au cours de leur pratique lorsqu'ils font face à un sentiment d'insuffisance de compétence ou de savoirs, voire de peur d'une erreur médicale. C'est au travers de ces ressentis que naît l'incertitude au travail. L'incertitude en médecine générale amène les médecins à la pratique réflexive et à l'amélioration des connaissances et de la compétence professionnelle par le travail de recherche et de formation continue. (18) Il existe trois types d'incertitudes : diagnostique, thérapeutique et relationnelle. (19)

3.5- La formation est un facteur influant sur la satisfaction professionnelle.

L'insatisfaction du médecin nuit non seulement à la santé de ce dernier, mais également à la satisfaction des patients, à leur confiance envers le professionnel de la santé et au respect du traitement. (20) De nombreux facteurs influent sur la satisfaction professionnelle des médecins, dont l'autonomie, les relations avec les patients, les collègues et le personnel,

les revenus, les ressources disponibles, le temps libre, la conciliation travail-vie personnelle, le soutien administratif et la région de pratique. (21)

Les savoirs et la connaissance procurent chez les médecins une satisfaction personnelle en développant l'estime de soi et la confiance en soi. De plus, la participation à des formations permet une diversification de l'activité professionnelle et ainsi de s'éloigner de la monotonie. Si la satisfaction professionnelle des médecins est un enjeu stratégique dans la prestation de soins de qualité, la formation médicale continue doit en être considérée comme un facteur important.

Les médecins généralistes sont généralement plus satisfaits de leur pratique professionnelle que ceux qui ne suivent aucune formation. (15)

3.6- Les médecins orientent leurs formations selon les recommandations scientifiques.

Les recommandations professionnelles sont définies comme « des propositions développées avec une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». Leur objectif principal est de fournir aux professionnels de santé une synthèse du niveau de preuve scientifique des données actuelles de la science et de l'opinion d'experts sur un thème de pratique clinique, et d'être ainsi une aide à la décision en définissant ce qui est approprié, ce qui ne l'est pas ou ne l'est plus, et ce qui reste incertain ou controversé. (22)

Les médecins accordent une importance quant à une approche consensuelle dans la pratique de la médecine. Il faut que les soins du patient soient en accord et non contradictoires entre médecins généralistes et autres spécialistes, ainsi qu'entre médecins généralistes eux-mêmes. La formation basée sur les recommandations scientifiques joue un rôle important dans cette approche. La participation aux formations présentielle est

également un déterminant dans cette démarche par le biais du principe d'échange et de partage entre médecins.

3.7- L'interactivité d'une formation joue un rôle majeur dans l'adaptation à la pratique professionnelle.

La formation interactive proposant la participation active et l'apprentissage de compétences améliore la pratique professionnelle et donc la qualité des soins, contrairement la formation « didactique ». (22) (23) Les formations interactives correspondent aux groupes de travail, aux groupes de discussion, aux sessions de formation individualisées, ou à toute intervention assurant un apprentissage interactif avec participation des médecins formés (jeux de rôle, discussions par cas...). Les formations didactiques correspondent aux présentations formelles, aux cours et enseignements, assurant une transmission passive de l'information. Plusieurs études affirment que la dissémination passive de l'information, soit par des conférences ou autres méthodes formelles traditionnelles, soit par la diffusion non sollicitée de matériel pédagogique est en général inefficace à modifier la pratique, même si elle permet d'attirer l'attention sur des modifications souhaitables ou si elles augmentent les connaissances. (13)

Dans notre étude, les médecins s'intéressent davantage à des formations présentiels lorsque celles-ci sont dirigées par des intervenants capables d'animer, d'expertiser la formation, de créer un échange entre les participants, d'apporter les réponses à leurs questionnements et de mettre en œuvre des simulations médicales. L'adaptation pratique d'une formation est donc favorisée par sa qualité pédagogique.

4- Perspectives pratiques

4.1- Donner aux médecins le choix du thème de la formation.

L'incertitude motive les médecins à se former et ces derniers attendent de la formation des réponses aux questionnements qu'elles génèrent. Selon la tolérance de l'incertitude, le médecin peut être amené à vouloir trouver une réponse plus ou moins rapide. En termes de formation individuelle, il serait intéressant de développer une banque de données numériques et communes, destinées aux médecins, proposant un système de questions-réponses référencées permettant une recherche simple et rapide.

En termes de formation présentielle à l'échelle locale, voire nationale, on pourrait de façon similaire inclure des thèmes suggérés par les participants par un système de sondage numérique.

4.2- Développer la formation interactive.

La formation interactive a montré son efficacité face à la formation passive dans l'amélioration de la pratique professionnelle. La formation interactive est un terme vaste prenant en compte de multiples moyens plus ou moins plébiscités par les participants. Il serait intéressant de développer la formation interactive et de préciser dans sa présentation la méthode adoptée. Le participant aurait ainsi le choix du thème et de la méthode de présentation de la formation, ce qui implique une multitude de possibilités. Il est donc important d'avoir une appréciation continue des différentes méthodes d'interactivité sur l'amélioration de la pratique professionnelle.

4.3- Proposer des formations pluriprofessionnelles.

Certaines formations de médecine générale sont accompagnées par la présence d'autres spécialistes afin d'appuyer par leur expertise les argumentaires présentés par les médecins généralistes. À l'inverse, il serait intéressant pour les formations de spécialités non

généralistes de bénéficier de l'appui des médecins généralistes afin d'avoir une vision plus globale et étendue de la médecine de premier recours et ainsi favoriser la coordination des soins. En élargissant le raisonnement, on peut proposer des formations pluriprofessionnelles présentées en coordination par différentes spécialités médicales, généraliste et non généralistes, destinées à tous spécialistes. Malheureusement, alors qu'il est fondamental d'améliorer le « travailler ensemble » en pluriprofessionnel, depuis début 2017 ces formations ne sont plus indemnisées dans le cadre du DPC.

5- Conclusion

Les objectifs de la FMC sont clairement définis et bien acquis chez les médecins généralistes qui se forment. L'évolution de la médecine est telle qu'il n'est pas concevable de ne pas se former. Le besoin de formation demeure un ressenti omniprésent, indépendamment de l'âge. Outre l'obligation légale, les médecins se forment par nécessité liée à un sentiment traditionnel d'obligation déontologique, dans une démarche de soins de qualité. Mais cela reste un sentiment personnel et variable d'un individu à l'autre et dépend des objectifs de chacun. Qui sont les médecins qui ne se forment pas par nécessité ? Finalement, toutes les valeurs et les croyances que chaque médecin a dans sa représentation du DPC l'encourage ou le détourne de la formation.

Dans le développement des programmes de formation, il est important de considérer les trois dimensions spécifiques des compétences fondamentales de la Médecine Générale, issues de la WONCA (4) :

- contextuelle : utiliser le contexte de la personne, la famille, la communauté et la culture ;
- comportementale : basée sur les capacités professionnelles du médecin, ses valeurs et son éthique ;

- scientifique : adopter une approche critique basée sur la recherche et maintenir cette approche par une formation continue et une amélioration de la qualité.

Si la formation reste indispensable, il est nécessaire de la développer au bénéfice de ses participants par le biais d'un dispositif organisationnel simple et facile d'utilisation, caractérisé par une transparence dans la diffusion de l'information. Il est nécessaire d'avoir une appréciation continue des besoins actuels, des meilleures modalités et de l'impact de la formation continue sur les pratiques. Ceci fera l'objet d'une étude quantitative complémentaire dont l'objectif sera d'établir le profil des médecins généralistes qui se forment.

RÉFÉRENCES

1. Bras PL, Duhamel G. Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins [En ligne]. France: Inspection générale des affaires sociales; 2008 [cité le 01/02/2017]. 58p. Disponible: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000751.pdf>
2. Journal officiel de la République française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [En ligne]. France: Journal officiel de la République française; 2009 [cité le 01/02/2017]. NOR: SASX0822640L. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/texte>
3. Renard V, Bottet A. La formation médicale : éthique et pragmatisme. Exercer. 2008;81:61-2.
4. WONCA. La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille [En ligne]. Europe: WONCA Europe; 2002 [cité le 01/02/2017]. Disponible: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
5. D'Autume C, Postel-Vinay D. Mission relative à l'organisation juridique, administrative et financière de la formation continue des professions médicales et paramédicales [En ligne]. France: Inspection générale des affaires sociales; 2006 [cité le 01/02/2017]. 116p. Disponible: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000180.pdf>

6. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). La formation continue des professionnels de santé [En ligne]. France: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2016 [cité le 05/09/2017]. Disponible: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche15-3.pdf>

7. Journal officiel de la République française. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [En ligne]. France: Journal officiel de la République française; 2016 [cité le 09/02/2017]. NOR: AFSX1418355L. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/2016-41/jo/texte>

8. Haute autorité de santé. Développement professionnel continu : méthodes et modalités de DPC [En ligne]. France: Haute autorité de santé; 2015 [cité le 01/02/2017]. 4p. Disponible: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf

9. Deumie B, Georges P. Contrôle de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu et évaluation du développement professionnel continu des professionnels de santé [En ligne]. France: Inspection générale des affaires sociales; 2014 [cité le 01/02/2017]. 123p. Disponible : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2013-126R_controle_OGDPC.pdf

10. Vandermeer A, Archambault P. Critères de choix et stratégies d'évaluation des besoins de formation médicale continue. Exercer. 2013;106:67-8.

11. Agence nationale du DPC. Le DPC en pratique [En ligne]. France: Agence nationale du DPC; 2016 [cité le 09/02/2017]. Disponible: <https://www.agencedpc.fr/le-dpc-en-pratique>
12. Haute autorité de santé. Enjeux du DPC [En ligne]. France: Haute autorité de santé; 2014 [cité le 09/02/2017].
Disponible: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1729109/fr/enjeux-du-dpc
13. Nendaz M. Changer la pratique médicale par la formation continue : de l'efficacité de quelques stratégies [En ligne]. Suisse: Revue Médicale Suisse. 2005;1(30805).
Disponible: <https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-42/30805>
14. Foucaud J, Balcou-Debussche M, Moquet MJ. La formation continue des médecins en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique du patient [En ligne]. France : Baromètre santé médecins généralistes 2009; 2009 [cité le 09/10/2017] Disponible: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>
15. Vallée JP, Le Noc Y, Drahi E. DPC : drôles de fées sur un berceau... [En ligne]. France: Société Française de Documentation et de Recherche en Médecin Générale; 2014. [cité le 18/08/2017]. Disponible: http://www.jle.com/download/med-300805-dpc_droles_de_fees_sur_un_berceau..._--WZbYM38AAQEAApHSIwAAAAP-a.pdf
16. Collège de la Médecine Générale. Communiqué de Presse 19 mai 2014 [En ligne]. France: Collège de la Médecine Générale; 2014. Disponible: http://www.lecmg.fr/photos/communique_cmg_201401.pdf

17. Agence nationale du DPC. Le comité d'éthique, garant de la déontologie et de l'indépendance du dispositif de DPC [En ligne]. France: Agence nationale du DPC; 2016 [cité le 09/02/2017]. Disponible: <https://www.agencedpc.fr/sites/default/files/images/article/comiteethique.pdf>
18. Ruelle Y, Munck S. Une certitude en médecine générale : la nécessité de gérer l'incertitude. *Exercer*. 2016;27(127):50-51.
19. Gelly J, Janczewski A. Tolérance à l'incertitude en médecine générale. *Exercer*. 2014;25(112):6-7
20. Prévost C, Roman S. Satisfaction professionnelle et conditions de pratique: deux éléments qui ont leur importance. *Le Médecin du Québec*. 2009;44(9):55-61.
21. Vézina M, Maranda MF, Gilbert MA, St-Arnaud L. La détresse des médecins: un appel au changement. Québec: Presses de l'Université Laval; 2006.
22. Durieux P, Ravaut P. Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales [En ligne]. France: Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé; 2000 [cité le 09/10/2017]. Disponible: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/effimeth.pdf>
23. Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *Journal of the American Medical Association*. 1999;282(9):867-74.

GUIDE D'ENTRETIEN

1. Que représente pour vous la formation ?
2. Quelles sont les objectifs de la formation ?
3. Quels sont les moyens que vous connaissez pour vous former ?
4. Quels sont vos critères de choix par rapport aux formations que vous suivez ?
5. Que représente pour vous une formation de qualité ?
6. Quels sont les obstacles, freins ou difficultés que vous rencontrez pour vous former ?
7. Quelles seraient vos suggestions pour les améliorer ?
8. Pourquoi vous formez-vous ? Quelles sont les raisons pour lesquelles vous vous formez ?

AUTEUR : Nom : TRINH

Prénom : Michael

Date de Soutenance : jeudi 7 décembre 2017

Titre de la Thèse : Représentations des médecins généralistes qui se forment sur la formation médicale continue.

Thèse – Médecine – Lille 2017

Cadre de classement : Thèse d'exercice de Médecine

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : développement professionnel continu, médecine générale

Résumé :

Contexte : Les médecins généralistes se forment tout au long de leur exercice. Ceci fait l'objet d'une obligation légale sous l'appellation de développement professionnel continu. Dans sa complexité, il existe plusieurs moyens de se former. Quels sont les représentations de la formation des médecins généralistes, leurs attentes et leurs pratiques ?

Méthode : Étude qualitative par entretiens individuels semi-structurés auprès de 13 médecins généralistes installés en cabinet libéral dans le département du Nord de la France, recrutés par échantillonnage raisonné à variation maximale. Les entretiens ont été effectués à l'aide d'un guide d'entretien, enregistrés en audio, transcrits intégralement et codés par 2 chercheurs avec triangulation des données.

Résultats : La formation médicale continue permet aux médecins généralistes essentiellement la mise à jour et l'entretien des connaissances, ainsi que l'apprentissage de nouvelles compétences en regard de l'évolution perpétuelle de la médecine. Dans une démarche de soins de qualité, le besoin de formation est ressenti par les médecins plutôt comme une nécessité qu'une obligation imposée par la loi. Les médecins évoquent peu l'obligation légale de la formation. L'incertitude motive les médecins à se former. Les médecins qui se forment tirent de la connaissance et des savoirs une satisfaction personnelle par le développement d'une estime de soi et d'une confiance en soi. Les formations les plus plébiscitées par les médecins sont les formations présentielles basées sur des recommandations scientifiques. L'adaptation à la pratique professionnelle est favorisée par la formation interactive.

Conclusion : Le besoin de formation est un ressenti omniprésent chez les médecins généralistes. Ce besoin est plutôt associé à un sentiment d'obligation déontologique qu'à l'obligation légale. Il serait intéressant de développer la formation interactive et de permettre aux médecins d'être habilité à choisir le thème de la formation selon leurs besoins. Il est nécessaire d'avoir une appréciation continue des besoins actuels, des meilleures modalités et de l'impact de la formation continue sur les pratiques.

Composition du Jury :

Président : Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs : Professeur Jean-Marc LEFEBVRE, Docteur Matthieu CALAFIORE,
Docteur Marc BAYEN