

ANNEE 2022

N°

La formation médicale continue des médecins généralistes en France : état des lieux, freins et leviers

Étude prospective réalisée chez les médecins généralistes libéraux de France métropolitaine

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 30 Août 2022

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Villevieille Mickaël

Né le 12 Janvier 1988

à Lyon 4e

AVERTISSEMENT

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

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourrent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

ANNEE 2022

N°

La formation médicale continue des médecins généralistes en France : état des lieux, freins et leviers

Étude prospective réalisée chez les médecins généralistes libéraux de France métropolitaine

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 30 Août 2022

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Villevieille Mickaël

Né le 12 Janvier 1988

à Lyon 4e

Année Universitaire 2021-2022
au 1^{er} **Septembre 2021**

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	BEDANE	Dermato-vénéréologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
Mme	Mary	CALLANAN (WILSON)	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Philippe	KADHEL	Gynécologie-obstétrique
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romaric	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie

M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	SIMON	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
(Mission temporaire à Londres du 01/09/2021 au 31/08/2023)			
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Louise	BASMACYAN	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
(Disponibilité du 16/11/2020 au 15/11/2021)			
M.	Mathieu	BLOT	Maladies infectieuses
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Valentin	DERANGERE	Histologie
Mme	Ségolène	GAMBERT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Alain	PUTOT	Gériatrie
Mme	Claire	TINEL	Néphrologie
M.	Antonio	VITOBELLO	Génétique
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Bernard	BONIN	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Laurent	BRONDEL	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Philippe	CAMUS	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Pascal	CHAVANET	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2018 au 31/10/2021)
M.	Serge	DOUVIER	(15/12/2020 au 14/12/2023)
M.	Claude	GIRARD	(01/01/2019 au 31/12/2021)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2019 au 31/12/2021)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2020 au 31/08/2023)

PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Jacques	BEURAIN	Neurochirurgie
----	---------	---------	----------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
Mme	Claire	ZABAWA	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	BEAUGRAND	Médecine Générale
Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Benoît	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Olivier	MAIZIERES	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	--------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Amélie	CRANSAC	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Pierre JOUANNY

Membres : Monsieur le Professeur Didier CANNET

Monsieur le Professeur Laurent BRONDEL

Madame le Docteur Séverine GARIN-BEAUVAIS, Directrice de thèse

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis 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 seront 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 je sois déshonoré et méprisé si je manque à mes promesses ; que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si j'y suis fidèle"

REMERCIEMENTS

En premier lieu merci à mes parents de m'avoir donné tout ce qu'il me fallait dans la vie pour arriver jusqu'au point de pouvoir entamer mes études de médecine et de m'avoir soutenu dans ce choix. A Jean Marc également : tu n'es peut-être pas mon père, mais c'est tout comme. Ta bienveillance constante est un point fixe auquel il a été agréable de se rattacher avant, pendant, et je l'espère après ce travail de thèse.

Aux membres du jury :

Professeur Jouanny, merci infiniment de m'avoir fait l'honneur de bien vouloir présider ce jury, merci pour vos conseils, pour vos critiques avisées, votre réactivité et pour le temps que vous m'avez consacré. Je me doute que vous êtes très pris et c'est d'autant plus apprécié.

Professeur Cannet, vous avez été le premier à soutenir mon travail lors de la validation de ma fiche de thèse, merci pour cette impulsion et votre entrain qui ont dissipé mes doutes quant au choix de mon sujet et m'ont permis de poursuivre sereinement.

Professeur Brondel, vous avez su m'aider à garder les pieds sur Terre à un moment où l'ampleur du travail d'analyse devenait paralysante. La bienséance m'empêche de développer plus avant, mais votre franc-parler m'a accompagné et détendu tout au long de ce travail et je vous en remercie.

Docteur Garin-Beauvais, Séverine, tu avais accepté d'être ma directrice de thèse avant même que j'aie un sujet, sans rien lâcher malgré le très long démarrage du travail ! Merci pour tout le temps que tu m'as offert, pour les conseils, le soutien et les innombrables relectures. Si nous n'habitions pas aussi loin l'un de l'autre je me serais installé avec toi avec grand plaisir ! Merci enfin de m'avoir appris lors de mon premier stage que ce n'était pas très pertinent de chercher un pouls rétro-malléolaire externe à chaque patient. Sans toi je serais peut-être encore en train de les chercher !

Au Docteur d'Athis : moi qui n'étais venu vers vous qu'avec quelques questions statistiques, vous vous êtes rapidement impliqué autant que l'aurait fait un directeur de thèse et m'avez assuré une aide considérable à toutes les étapes de ce travail. Sans vous cette thèse n'aurait pas été la même. Quelques pâtisseries, même réalisées avec amour ne suffiront jamais à vous exprimer l'ampleur de toute ma gratitude.

A mes relecteurs :

- Léa : tu as fait irruption dans ma vie il y a peu, et j'en suis très heureux ! Merci pour ces heures au téléphone et la réassurance qui ont accompagné agréablement les corrections de texte !

- Tommy : merci d'avoir essayé de réécrire ma thèse à chaque nouvelle version, je n'avais jamais vu autant de rouge de toute ma vie ! Tu as pointé les dysfonctionnements de fond et de forme comme un pro. Si on devait payer à la correction individuelle je serais ruiné !

- Chilpé : mon grammar naz* préféré, allergique aux fautes d'orthographe et de style, je sais que tu n'as corrigé que pour le paiement en bière, mais ça reste indéniablement adorable, comme tout le reste de ta personne ! Ne change jamais !

- Julien : corriger mon mémoire n'avait pas été assez pénible pour toi on dirait ! Merci d'avoir récidivé avec ma thèse ! Tes connaissances sur le plan légal sont toujours aussi appréciables !

- Charlène : finalement nos quelques jours à la BU auront été rentables : un début de thèse pour moi, des dossiers d'inscriptions dans des Masters très sélectifs pour toi qui ont presque tous payé ! Tu es une sorte de porte bonheur, je te réquisitionnerai pour mes prochains travaux !

A Cristiana : je suis insupportable quand je suis stressé, tout le monde le sait. Mais tu as eu l'extrême gentillesse de ne pas fuir, et d'endurer à mes côtés les longs mois de travail sans (trop) me gronder. Si cette thèse est validée et que j'obtiens le titre de Docteur, il serait dommage de ne pas me demander en mariage non ? J'attends ma bague !

Aux copains qui m'entendent parler de ce travail depuis des années et que j'ai un peu négligé ces derniers temps pour m'y consacrer, je compte bien compenser prochainement, navré mais vous allez devoir me supporter encore plus qu'avant ! Chilpé et Jenn, Dorian et Julie, Mathieu et Justine, Thomas, Marion, Angie, Jojo, Charlène, je vous aime tous très fort !

A la Faluche : la communauté falucharde a occupé une place centrale dans mon développement personnel tout au long de mes études. Je lui dois beaucoup des plus beaux moments de ma vie, un nombre absolument incroyable de rencontres formidables, des amitiés durables, des échanges passionnants avec des étudiants de tous cursus et horizons. Être un bon faluchard c'est d'abord et avant tout être un bon étudiant. Je ne sais pas si je suis un bon étudiant, mais comme ce travail le montre un médecin se forme et étudie toute sa vie, ce qui fait de moi un faluchard éternel ! MID mon frerot, QqiT ma fillotte, Djowwy mon fillot, Sarsex, Pokudex, Taspegic, Padawan, BlackOut, Mitiless, Anesha, Smuto, Choupi, Maybe, Binôme, Kana, GiGolo, LuciFer, HelloDucky, Dewy, Sam, Petite Boulette, Plop, Kouign Amman, Polyvalente, Rinochou, Blufy, Tufeu et Poppy, Bravoss et tous les autres, que le pouvoir des licornes et des arcs-en-ciel en guimauve vous accompagne !

A Nounours, mon parrain de fal : tu as eu un impact colossal sur ma manière d'envisager la vie dans son ensemble. Ta droiture d'esprit, ta rigueur morale, ton sens de la justice, ta gentillesse et ta bienveillance sont depuis que je te connais un exemple que j'essaie de suivre autant que faire se peut. Sans parler de tes goûts musicaux absolument exquis ! Merci d'être un modèle de qualité !

Au Pr Gilly, ancien doyen de la faculté de médecine Lyon-Sud : sans votre soutien lors de ma demande de triplement de première année de médecine, je ne serais assurément pas là aujourd'hui. Vous avez réorienté toute ma vie d'une simple signature, je vous dois énormément. Merci infiniment.

En 2006 je m'étais lancé dans les études de médecine pour la simple et discutable raison que la faculté n'était pas loin de chez moi. Je me suis pris au jeu il semble-t-il, mais à bien y regarder sans aucun regret : de toutes les erreurs qui m'ont amené à ce travail je n'en changerais aucune. A tous ceux qui ont aidé activement ou non, de près ou de loin, avec ou sans douceur à me construire, je vous remercie humblement. S'il vous plaît n'arrêtez jamais.

ABREVIATIONS

ANDPC : Agence nationale du Développement Professionnel Continu.

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé.

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

CNP : Conseil National Professionnel.

CPP : Comité de Protection des Personnes.

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées.

DPC : Développement Professionnel Continu.

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.

EBM : Evidence Based Medicine.

EPP : Evaluation des Pratique Professionnelles.

FMC : Formation Médicale Continue.

FMI : Formation Médicale Initiale.

HAS : Haute Autorité de Santé.

MG : Médecin Généraliste.

ODPC : Organismes de Développement Professionnel Continu.

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé Libéraux.

TABLE DES MATIERES

Table des matières

I - INTRODUCTION :	13
II - METHODE :	15
1 – Type d'étude :	15
2 – Objectifs :	15
3 - Population étudiée :	15
4 - Le questionnaire :	15
5 – Diffusion :	16
6 - Traitement des données :	16
III - RESULTATS :	17
1 - Taux de participation :	17
2 - Recueil des données :	17
a) Caractéristiques générales des participants :	17
Age et sexe des participants :	17
Modalités d'exercice :	17
b) La FMC en médecine générale :	18
Temps de formation :	18
Préférences de formation :	18
Stratégie de formation :	19
Supports de formation utilisés :	19
Support de formation principal :	21
Critères de choix concernant les modalités de formation :	22
Critère fondamental concernant le choix des modalités de FMC :	23
Critère secondaire le plus important concernant le choix des modalités de FMC :	23
Satisfaction du développement professionnel :	24
Altération de la qualité de FMC :	24
Implication dans la production de FMC :	25
c) Le DPC :	26
La mise en place du DPC :	26
Les changements influencés par la mise en place du DPC :	26
Chez les médecins n'ayant pas été influencés par la mise en place du DPC :	27
La connaissance des objectifs du DPC :	27
L'actualisation du DPC :	27
Le système de crédits/points validant le DPC :	28
Ressenti sur la mise en place du DPC :	28
La certification périodique :	29
Les freins à la certification périodique :	29
d) La pandémie COVID-19 :	29
Impact de la pandémie COVID-19 sur la FMC :	29
Influences de la pandémie COVID-19 sur la FMC :	30
Chez les médecins n'ayant pas été influencés par la pandémie COVID-19 :	30
IV – DISCUSSION :	32
1 - Forces et faiblesses de l'étude :	32
a) Originalité :	32
b) Choix de la méthode, population et des questions :	32

c) Caractéristiques de la population étudiée :	33
2 - La FMC en MG libérale :	34
3 - Le DPC en MG libérale :	36
4 - L'impact de la pandémie COVID-19 sur la FMC :	37
5 - Synthèse et propositions pour améliorer la FMC/DPC :	37
V – CONCLUSION :	39
BIBLIOGRAPHIE.....	41
Annexes :	43
Annexe 1 : Bref historique de la FMC en France.	43
Annexe 2 : questionnaire.	44

I - INTRODUCTION :

En France, la Formation Médicale Initiale (FMI) d'un médecin généraliste dure au minimum 9 ans. On estime que 50% des connaissances ainsi acquises lors de la FMI sont obsolètes au bout de 5 à 7 ans. La durée moyenne de survie d'une revue systématique médicale avant l'apparition de signes d'obsolescence est estimée à 5.5 ans (1). Une fois la FMI terminée, il existe une obligation à acquérir les connaissances médicales générales en vigueur, afin d'offrir aux patients la meilleure qualité de soins possible.

L'importance d'acquérir ces connaissances médicales est reconnue à plusieurs niveaux :

- Historiquement : « Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés », serment d'Hippocrate.
- Déontologique mondial : « Je partagerai mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour les progrès des soins de santé », la Déclaration de Genève par l'Association Médicale Mondiale en 2019.
- Légal français : « Le Développement Professionnel Continu a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé », Code de la santé publique, article L4021-1.

En France c'est la Formation Médicale Continue (FMC) qui a pour objectif de modifier et améliorer les connaissances acquises en FMI et d'acquérir de nouvelles connaissances (2). Ces connaissances médicales sont basées sur l'Evidence Based Medicine (EBM) : la médecine basée sur les preuves. Leurs données sont validées par des sociétés savantes qui leur garantissent solidité et légitimité : Collèges des différentes disciplines médicales, ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé), groupes de suivi de revues spécialisées, etc.

L'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) a été mise en place en complément de la FMC afin d'aider le médecin à se rapprocher des pratiques recommandées(3). La FMC et l'EPP sont guidées par l'ANDPC (Agence Nationale du Développement Professionnel Continu) et forment les deux branches du dispositif DPC (Développement Professionnel Continu) créé en 2009 et qui pilote les actions de formation de tous les médecins de France (4,5). Actuellement tout praticien a la liberté d'organiser sa FMC et son EPP. La seule obligation étant de valider son DPC personnel tous les trois ans (5).

Pour cela, le médecin doit choisir une des trois possibilités suivantes :

- S'engager dans une démarche d'accréditation validée par la HAS qui amène à une validation complète du DPC.
- Suivre un parcours recommandé conçu par le CNP (Conseil National Professionnel) de sa spécialité.
- Réaliser un parcours libre comprenant au moins deux actions parmi les trois groupes suivants : gestion des risques, évaluation et amélioration des pratiques, ou formation.

A l'issue de la période triennale, le médecin doit envoyer au CDOM (Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins) les justificatifs de ses actions de formation. D'ici janvier 2023, une

certification périodique viendra compléter le dispositif du DPC et aura pour but de s'assurer de la conservation par le praticien de compétences à jour et validées. Mais les détails de son fonctionnement ne sont pas encore connus (6).

Le DPC est l'aboutissement le plus récent de toutes les réflexions engagées autour du principe de FMC depuis les années 1950 en France. Il a connu de nombreux changements en seulement 7 décennies (Annexe 1). La FMC n'est pas un concept figé : elle suit les évolutions de la médecine, de la société et des mentalités, mais aussi des volontés gouvernementales : elle s'est complexifiée et enrichie au fil du temps, des lois et de la multiplication des intervenants. Ces dernières années ont été marquées par une forte évolution des modes de formation avec le développement du numérique (7). De plus la pandémie COVID-19 et la généralisation de la téléconsultation ont accéléré cette évolution, dans une logique de distanciation sociale (8,9). On assiste également à une diminution de la densité médicale et un vieillissement de la population (10) qui augmentent la charge de travail de chaque médecin.

Le jeune médecin généraliste libéral est confronté lors de ses débuts à des pratiques médicales variées dans des environnements parfois très différents, et à des collègues déplorant la piètre qualité de leur FMC, que ce soit par manque de temps à y consacrer, par la distance aux structures de formation, ou à des articles parfois trop longs de revues médicales qui finissent par s'entasser sans jamais être ouvertes. Beaucoup de médecins rencontrés exprimaient leur désarroi face à des possibilités de formation qui se multipliaient sans les convaincre. Le système du DPC semblait également mal connu voir considéré avec méfiance. La pandémie COVID-19 semblait avoir eu l'effet de pousser bon nombre de MG à la visioconférence dans une optique de formation, dans le prolongement de la téléconsultation qui venait de s'imposer.

Le but de ce travail de thèse est d'évaluer les méthodes de FMC utilisées par les médecins généralistes en France en 2021.

II - METHODE :

1 – Type d'étude :

Etude observationnelle quantitative descriptive basée sur questionnaire.

L'enquête étant limitée à l'observation de l'activité des médecins, elle n'a pas exigé d'autorisation de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) ni du CPP (Comité de Protection des Personnes) régional.

2 – Objectifs :

Objectif principal :

Déterminer les principales méthodes de FMC utilisées par les médecins généralistes en France en 2021.

Objectifs secondaires :

Apprécier les critères de choix des méthodes de FMC utilisées.

Etudier l'influence du DPC sur les modalités de formation des MG.

Etudier l'impact de la pandémie COVID-19 sur les modalités de formation.

3 - Population étudiée :

Les médecins généralistes libéraux de France métropolitaine, en activité.

60 305 selon l'observatoire des territoires en 2020 (11) dont les chiffres sont basés sur les rapports de la BPE (Base Permanente des Equipements) de l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques).

4 - Le questionnaire :

Le questionnaire (Annexe 2) a été réalisé sur Google Doc et comprenait 29 questions.

Des champs de réponses libres ont été introduits pour 8 d'entre elles afin de mettre en lumière des éléments de réponse non envisagés lors de la construction du questionnaire. Ils sont signifiés par un astérisque (*) dans les résultats.

Le temps moyen de réponse était de 5 minutes environ.

5 – Diffusion :

L'accès au questionnaire s'est fait via un lien internet.

Ce lien a été envoyé dans un premier temps (du 19/11/2021 au 20/01/2022) aux MG libéraux de France métropolitaine par :

- Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins.
- URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé Libéraux).

Et dans un second temps (du 22/01/2022 au 13/02/2022) via Facebook à des groupes de discussion fermés réservés aux médecins (Le Divan des Médecins, le Divan des Medco).

Le critère de passage à la deuxième phase de distribution était « une journée sans réponse reçue ».

6 - Traitement des données :

Les données ont été transférées par l'outil Google Forms dans un fichier Excel®.

Les réponses libres ont été reclassées au besoin dans de nouvelles catégories.

Certains participants ont été exclus de l'analyse des questions ne les concernant pas : les remplaçants ont été exclus pour les 5 premières questions sur l'usage actuel du DPC (n'étant plus concernés) ; les MG s'étant installés pendant ou après la pandémie COVID-19 ont été exclus de l'analyse des questions sur les changements survenus pendant celle-ci.

Chaque variable a été représentée en fréquences (%).

Ces fréquences ont été comparées avec le test du Khi² selon les caractéristiques physiques (sexe, âge) et les conditions d'exercice (milieu d'exercice, situation professionnelle, temps de travail).

Les analyses statistiques ont été réalisées par le Dr D'Athis, statisticien, au DIM (Département d'Informatique Médicale) du CHU de Dijon.

III - RESULTATS :

1 - Taux de participation :

310 réponses ont été obtenues en deux mois via les envois via URPS et CDOM.

461 réponses ont été obtenues en 23 jours via deux publications sur les réseaux sociaux.

771 réponses ont été obtenues en totalité portant le taux de participation à 1.1 %.

2 - Recueil des données :

a) Caractéristiques générales des participants :

Age et sexe des participants :

- L'âge (n=771) se répartissait comme suit :

20-29 ans : 8.6 % (66)

30-39 ans : 52 % (401)

40-49 ans : 18.3 % (141)

50-59 ans : 12.2 % (94)

60 + : 8.9 % (69)

- Le sexe (n=771) se répartissait comme suit :

Femmes : 65 % (501)

Hommes : 35 % (270)

Modalités d'exercice :

- La situation du cabinet (n=771) pouvait être en secteur :

Rural : 23 % (177)

Semi-rural : 43.2 % (333)

Citadin : 33.9 % (261)

- L'activité professionnelle (n=771) pouvait être :

Installé/collaborateur : 79.9 % (616)

Remplaçant : 20.1 % (155)

- Le temps de travail par semaine - temps administratif compris - (n=771) pouvait être :

Moins de 30 heures : 7 % (54)

30-39 heures : 26.5 % (204)

40-49 heures : 39.3 % (303)

50-59 heures : 18.2 % (140)

60 heures et plus : 9.1 % (70)

b) La FMC en médecine générale :

Temps de formation :

Le temps de formation mensuel, tous moyens confondus (n=771) pouvait être :

Moins de 2 heures : 34.4 % (265)

Entre 2 et 4 heures : 42.9 % (331)

Entre 4 et 6 heures : 14.8 % (114)

Plus de 6 heures : 7.9 % (61)

Comparaisons selon les caractéristiques des participants :

Le temps de formation hebdomadaire par MG :

- Augmente significativement avec l'âge ($p=0.04$).

- Ne varie significativement ni avec la situation du cabinet (rural, semi-rural ou citadin) ni avec la situation professionnelle (installé/collaborateur ou remplaçant).

Préférences de formation :

Les préférences de formation (n=771) pouvaient être :

Seul : 22.6 % (174)

En groupe : 18.2 % (140)

Les deux : 59.3 % (457)

Comparaisons selon les caractéristiques des participants :

- Les MG préférant se former seuls sont plus fréquemment des hommes (29.6%) que des femmes (18.8%) ($p=0.00174$).

Pas de variation significative ni avec l'âge ni avec la situation du cabinet (rural, semi-rural ou citadin) ni avec la situation professionnelle (installé/collaborateur ou remplaçant) ni avec le temps de travail hebdomadaire.

Stratégie de formation :

La stratégie de formation (n=771) pouvait être :

Ont une stratégie de formation définie : 28.9 % (223)

N'ont pas de stratégie de formation définie : 71.1 % (548)

Comparaisons selon les caractéristiques des participants :

La fréquence des MG ayant une stratégie de formation définie :

- Augmente avec l'âge allant de 16.6% chez les 20-29 ans à 43.5% chez les plus de 60 ans ($p=0.001$).
- Est plus importante chez les hommes (38.5%) que chez les femmes (23,8%) ($p<0.0001$).
- Est plus importante chez les médecins installés (32,5%) que chez les médecins remplaçants (14.8% ; $p<0.0001$).
- Est plus importante si le temps de travail dépasse 60 heures par semaine ($p=0.031$).
- Augmente significativement avec le nombre d'heures de FMC par semaine ($p<0.0001$) : de 17.7% chez les médecins se formant moins de 2 heures à 57,4% chez ceux se formant plus de 6 h.
- Est plus importante chez les installés/collaborateurs (32.5%) que chez les remplaçants (14.8%) ($p<0.0001$).
- Ne varie pas avec la situation du cabinet (citadine, semi-rurale ou rurale).

Supports de formation utilisés :

Les supports de FMC (n=771) pouvaient être :

Littérature dédiée (papier ou numérique) : 79.2 % (611)

Autoformation ponctuelle via recherche internet : 69.3 % (534)

Formations et séminaires (groupes présentiels) : 54.9 % (390)

Réunions d'organismes FMC locales : 49.7 % (383)

Congrès scientifiques : 26.8 % (207)

Groupes de pairs : 20.1 % (155)

Réunions/entretiens laboratoires : 17.4 % (134)

Podcasts : 7.39 % (57)

Formation distancielle via internet : 5.58 % (43)

Interactions interprofessionnelles ponctuelles* : 0.778 % (6)

Comparaison selon les caractéristiques des participants :

- L'autoformation ponctuelle via internet est plus fréquemment utilisée par les 20-29 ans et 30-39 ans que les médecins plus âgés ($p=0.00004$), plus utilisée par les femmes (72.6%) que les hommes (63%) ($p=0.0069$), plus utilisée par les remplaçants (81%) que par les installés (66%) ($p=0.0004$), est plus utilisée par les médecins travaillant moins de 50 heures ($p=0.0042$), sans variation significative avec la situation du cabinet.
- Les congrès scientifiques sont utilisés sans variation significative avec l'âge, le statut installé ou remplaçant, le temps de travail, la situation du cabinet ni le sexe.
- Les formations distancielles via internet sont plus utilisées par les médecins ruraux que les autres ($p=0.026$), sans variation significative avec l'âge, le temps de travail, le statut installé ou remplaçant, ni le sexe.
- Les formations et séminaires (présentiels) sont moins utilisés par les 20-29 ans et les 30-39 ans que par les médecins plus âgés ($p=0.001$), sont plus utilisés par les femmes (53.4%) que par les hommes (43.3%) ($p=0.0065$), sont plus utilisés par les installés (55%) que par les remplaçants (31%) ($p<0.0001$), sans variation significative avec la situation du cabinet ni le temps de travail.
- Les groupes de pairs sont plus fréquemment utilisés par les MG impliqués dans la production de FMC (8.8%) que par les autres (3.7%) ($p=0.02$), sans variation significative avec l'âge, le temps de travail, le statut installé ou remplaçant, la situation du cabinet ni le sexe.
- Les interactions interprofessionnelles ponctuelles sont utilisées sans variation significative avec le sexe ni avec la situation du cabinet.
- La littérature dédiée est moins utilisée par les médecins travaillant 30-39 heures par semaine que tous les autres ($p=0.0002$), sans variation avec l'âge, le statut installé ou remplaçant, la situation du cabinet ni le sexe.
- Les podcasts sont utilisés sans variation significative avec l'âge, le temps de travail, la situation du cabinet ni le sexe.
- Les réunions d'organismes FMC locales sont plus utilisés par les 40-49 ans que tous les autres groupes d'âge (59.6%), moins utilisées par les 20-29 ans que tous les autres groupes d'âge (37.9%) ($p=0.042$), plus utilisées par les femmes (53%) que par les hommes (41.9%) ($p=0.0018$), plus utilisées par les installés (53%) que par les remplaçants (35%) ($p=0.0001$), plus fréquemment utilisées par les MG impliqués dans la production de FMC (21.1%) que par les autres (12.8%) ($p=0.046$), sans variation significative avec la situation du cabinet ni avec le temps de travail.
- Les réunions/entretiens laboratoires sont utilisées sans variation significative avec l'âge, le statut installé ou remplaçant, la situation du cabinet ni le sexe.

Support de formation principal :

Le mode de FMC principal (n=771) pouvait être :

Littérature dédiée (papier ou numérique) : 34.4 % (265)

Autoformation ponctuelle via recherche internet : 22.4 % (173)

Formations et séminaires (groupes présentiels) : 16.9 % (130)

Réunions d'organismes FMC locales : 13.6 % (105)

Groupes de pairs : 3.89 % (30)

Formation distancielle via internet : 3.76 % (29)

Congrès scientifiques : 2.59 % (20)

Réunions/entretiens laboratoires : 0.78 % (6)

Podcasts : 0.519 % (4)

Réseaux sociaux spécifiques* : 0.26 % (2)

Comparaison selon les caractéristiques des participants :

- L'autoformation ponctuelle via internet est considérée comme moyen principal de FMC plus fréquemment par les 20-29 ans (39.4%) que les MG plus âgés ($p=0.002$), plus fréquemment par les remplaçants (41%) que les installés (17.8%) ($p<0.0001$), sans variation significative avec le sexe, le temps de travail hebdomadaire ni la situation du cabinet.
- Les congrès scientifiques sont considérés comme moyen principal de FMC sans variation significative avec l'âge, la situation du cabinet, le temps de travail hebdomadaire, le statut installé/remplaçant ni le sexe.
- La formation distancielle via internet est considérée comme moyen principal de FMC variation significative avec l'âge, le temps de travail hebdomadaire, le statut installé/remplaçant, la situation du cabinet ni le sexe.
- Les formations et séminaires présentiels sont considérés comme moyen de FMC principal moins fréquemment par les 20-29 ans que les médecins plus âgés ($p=0.0002$), plus fréquemment par les installés (19.6%) que les remplaçants (6.5%) ($p=0.0002$) sans variation significative avec le sexe, le temps de travail hebdomadaire ni la situation du cabinet.
- Les groupes de pairs sont considérés comme moyens de FMC principaux plus fréquemment par les installés (4.7%) que par les remplaçants (0.65%) ($p=0.036$) sans variation significative avec l'âge, la situation du cabinet, le temps de travail hebdomadaire ni le sexe.
- La littérature dédiée est considérée comme moyen de FMC principal plus fréquemment chez les hommes (43%) que chez les femmes (30%) ($p=0.0003$), sans variation significative avec le temps de travail hebdomadaire, l'âge, le statut installé/remplaçant ni la situation du cabinet
- Les réunions d'organismes FMC locales sont considérées comme moyen de FMC principal plus fréquemment par les installés (15.5%) que par les remplaçants (6.5%), sans variation significative avec l'âge, la situation du cabinet, le temps de travail hebdomadaire ni le sexe.

- Les réunions laboratoire sont considérées comme moyen de FMC principal sans variation significative avec le sexe, le temps de travail hebdomadaire ni la situation du cabinet.

Critères de choix concernant les modalités de formation :

Les critères de choix principaux (n=771) pouvaient être :

Qualité scientifique : 77.8 % (600)

Qualité pédagogique : 68.6 % (529)

Facilité de mise en œuvre : 50.5 % (389)

Indépendance (conflits d'intérêts) des intervenants : 45.7 % (352)

Proximité : 40.2 % (310)

Durée de la formation (incluant le temps de déplacement éventuel) : 35.3 % (272)

Convivialité : 23.9 % (184)

Indemnisation financière : 15.3 % (118)

Intérêt pour le thème* : 1.42 % (11)

Autres : 1.03 % (8)

Comparaisons selon les caractéristiques des participants :

- La convivialité est considérée plus fréquemment comme critère de choix par les installés (26.1%) que les remplaçants (14%) ($p=0.0045$) sans variation significative avec l'âge ni le sexe.

- La durée de formation est considérée comme critère de choix sans variation significative avec l'âge, le statut installé/remplaçant, le temps de travail hebdomadaire ni le sexe.

- La facilité de mise en œuvre est considérée comme critère de choix plus fréquemment chez les 20-29 ans (68%) que chez les 30-39 ans (54%) et que chez les médecins de plus de 40 ans ($p=0.0003$), plus fréquemment chez les femmes (53%) que chez les hommes (43%) ($p=0.0087$), plus fréquemment par les remplaçants (58%) que par les installés (48%) ($p=0.039$), sans variation significative avec le temps de travail hebdomadaire.

- L'indemnisation financière est considérée comme critère de choix plus fréquemment chez les 40-59 ans que chez les 20-29 ans et les MG de plus de 60 ans ($p=0.037$), sans variation significative avec le statut installé/remplaçant, le temps de travail hebdomadaire ni le sexe

- L'intérêt pour le thème est considéré comme critère de choix sans variation significative avec le statut installé/remplaçant, le temps de travail hebdomadaire ni le sexe.

- La proximité est considérée comme critère de choix moins fréquemment par les 50-59 ans que par les autres MG, plus fréquemment par les femmes (46%) que par les hommes (29%) ($p<0.0001$), plus fréquemment par les installés (42%) que par les remplaçants (30%) ($p=0.0066$), plus fréquemment par les médecins de moins de 50 ans que par les autres MG ($p=0.015$).

- La qualité pédagogique est considérée comme critère de choix de manière plus importante par les 20-29 ans (80%) et décroît progressivement jusqu'à stagner au-delà de 50 ans ($p=0.013$), sans variation significative avec le statut installé/remplaçant, le temps de travail hebdomadaire ni le sexe.

- La qualité scientifique est considérée comme critère de choix sans variation significative avec l'âge, le statut installé/remplaçant, le temps de travail hebdomadaire ni le sexe.

La situation du cabinet (citadin, semi rural ou rural) n'influence pas la répartition des critères de choix de FMC.

Critère fondamental concernant le choix des modalités de FMC

Le critère de choix fondamental ($n=771$) pouvait être :

Qualité scientifique : 36.6 % (282)

Qualité pédagogique : 24 % (185)

Facilité de mise en œuvre : 16.7 % (129)

Indépendance (conflits d'intérêt) des intervenants : 10 % (77)

Proximité : 6 % (46)

Durée de la formation (incluant le temps de déplacement) : 3.2 % (25)

Convivialité : 2.3 % (18)

Indemnisation financière : 1.2 % (9)

Comparaisons selon les caractéristiques des participants :

- La facilité de mise en œuvre est plus fréquemment considérée comme fondamentale pour les femmes (20.5%) que pour les hommes (9.6%) ($p=0.0002$).

- Pas de différence significative selon la situation du cabinet (rural, semi-rural ou citadin), ni la situation professionnelle (installé/collaborateur ou remplaçant) .

Critère secondaire le plus important concernant le choix des modalités de FMC :

Le critère de choix secondaire le plus important ($n=771$) pouvait être :

Qualité scientifique : 25.6 % (197)

Qualité pédagogique : 22.4 % (173)

Facilité de mise en œuvre : 13.7 % (106)

Proximité : 11.8 % (91)

Indépendance (conflits d'intérêt) des intervenants : 10.8 % (83)

Durée de la formation (incluant le temps de déplacement) : 7.4 % (57)

Convivialité : 5.8 % (43)

Indemnisation financière : 2.7 % (21)

Comparaisons selon les caractéristiques des participants :

- L'attachement à la proximité est significativement plus important chez les citadins (16%) que chez les semi-ruraux (9.9%) et les ruraux (9%) ($p=0.0039$).
- Pas de variation significative selon l'âge ni le sexe ni la situation professionnelle (installé/collaborateur ou remplaçant) ni le temps de travail hebdomadaire.

Satisfaction du développement professionnel :

Par rapport à leur propre développement professionnel ($n=771$) ils pouvaient être :

Satisfaits : 55.4 % (427)

Non satisfaits : 44.6 % (344)

Comparaisons selon les caractéristiques du groupe étudié :

La fréquence des MG satisfaits :

- Augmente progressivement avec l'âge (de 41% à 71.3%) ($p<0.001$) jusqu'à 60 ans, pas au-delà.
- Est plus importante chez les hommes que chez les femmes (62.2% contre 51.7%, $p=0.0064$)
- Est plus importante chez les installés/collaborateurs (59.4%) que chez les remplaçants (40.6%) ($p<0.0001$).
- Est plus importante chez les MG travaillant plus de 60 heures hebdomadaires (74%) ($p=0.005$).
- Est plus importante chez les MG impliqués dans la production de FMC (74.7%) que chez les autres (52.8%) ($p=0.0001$).

Il n'y a pas de variation significative selon la situation du cabinet (rural, semi-rural ou citadin).

Altération de la qualité de FMC :

L'altération de la qualité de la FMC ($n=771$) pouvait être attribuée à :

Le manque de temps à y consacrer : 87.3 % (673)

L'absence de stratégie définie : 25.2 % (194)

L'absence de support satisfaisant : 12.5 % (96)

La qualité scientifique et pédagogique insuffisante des programmes suivis : 7 % (54)

Comparaisons selon les caractéristiques des participants :

- Le manque de temps à y consacrer est considéré comme altérant moins fréquemment par les 20-29 ans que par les MG plus âgés ($p=0.0005$), plus fréquemment par les installés (90%) que par les remplaçants (76%) ($p<0.0001$), plus fréquemment à mesure que le temps de travail hebdomadaire augmente mais pas au-delà de 40-49 heures de travail ($p<0.0001$) sans variation significative selon le sexe ni la situation du cabinet (rural, semi rural ou citadin).
- L'absence de stratégie définie est considérée comme altérante de manière décroissante avec l'avancée de l'âge (de 34% chez les 20-29ans à 11.6% chez les plus de 60ans) ($p<0.0001$), plus fréquemment chez les remplaçants (41.3%) que chez les installés (17.9%) ($p<0.0001$), moins fréquemment chez les MG travaillant plus de 60 heures (5.7%) ($p=0.00004$) sans variation significative avec le sexe ni la situation du cabinet (rural, semi rural ou citadin).
- L'absence de support satisfaisant est considérée comme altérante plus fréquemment chez les 20-29 ans que chez les MG plus âgés ($p=0.005$), plus fréquemment chez les médecins travaillant moins de 30 heures (14.8%) ($p=0.04$) sans variation significative avec le sexe, la situation du cabinet (rural, semi rural ou citadin) ni le statut installé/remplaçant.
- La qualité scientifique et pédagogique insuffisante est considérée comme altérante sans variation significative avec l'âge, selon la situation du cabinet (rural, semi rural ou citadin) selon le sexe, selon le statut installé/remplaçant et le nombre d'heures de travail hebdomadaires.

Implication dans la production de FMC :

Leur implication dans la production d'un mode de FMC ($n=771$) pouvait être :

Impliqués : 11.8 % (91)

Non impliqués : 88.2 % (680)

Comparaisons selon les caractéristiques des participants :

L'implication dans la production de FMC :

- Est plus fréquente chez les hommes (18.8%) que chez les femmes (7.98%) ($p<0.0001$)
- Augmente régulièrement avec l'âge (de 4.5% à 30.4%) ($p<0.0001$).
- Est plus fréquente chez les installés (13.3%) que chez les remplaçants (5.8%) ($p=0.0143$).
- Est plus fréquente chez ceux qui travaillent plus de 60 heures hebdomadaires (27.1%) ($p=0.0013$).
- Pas de variation significative en fonction de la situation du cabinet (rural, semi-rural ou citadin).

c) Le DPC

La mise en place du DPC :

Le changement ou non des habitudes de FMC à la suite de la mise en place du DPC (n=553) pouvait être :

Non : 76.8 % (425)

Oui : 23.2 % (128)

Comparaisons selon les caractéristiques des participants :

- La fréquence des MG ayant modifié leurs habitudes de FMC augmente progressivement avec l'âge jusqu'à 60 ans ($p=0.003$) pas au-delà.
- Pas de différence significative selon le sexe ni la situation du cabinet (rural, semi-rural ou citadin) ni le temps de travail hebdomadaire.

Les changements influencés par la mise en place du DPC :

Les raisons au changement des habitudes de FMC suite à l'introduction du DPC (n=125) pouvaient être :

Formations indemnisées donc formations plus régulières : 62.4 % (78)

Plus de sollicitation par les organismes de FMC et formation du coup plus régulière : 39.2 % (49)

A pris conscience de la nécessité d'actualiser régulièrement ses connaissances : 27.2 % (34)

Diversification de l'offre de formation* : 4 % (5)

Dégradation de l'offre de formation* : 3.2 % (4)

Autres : 2.4 % (3)

Comparaisons selon les caractéristiques des participants :

- Les MG se formant plus car plus sollicités sont plus fréquemment des femmes (47%) que des hommes (25.5%) ($p=0.025$).

- Les MG ayant pris conscience du besoin de se former sont plus fréquemment des femmes (38.8%) que des hommes (13.8%) ($p=0.04$).

Chez les médecins n'ayant pas été influencés par la mise en place du DPC :

Les raisons à l'absence de changement des habitudes de FMC suite à l'introduction du DPC (n=425) pouvaient être :

Je ne m'intéresse pas à satisfaire aux critères officiels du DPC pour l'instant : 51.1 % (217)

J'utilisais déjà des modalités de formation compatibles avec le DPC : 46.1 % (196)

Autres : 2.8 % (12)

Comparaisons selon les caractéristiques des participants impossible via test du chi2 en raison d'effectifs trop faibles dans certains sous-groupes.

La connaissance des objectifs du DPC :

La connaissance ou non des objectifs à atteindre pour valider son DPC (n=616) pouvait être :

Oui : 53.4 % (329)

Non : 46.6 % (287)

Comparaisons selon les caractéristiques des participants

- La fréquence des MG en ayant connaissance est significativement plus faible (18%) dans le groupe des 20-29 ans que dans tous les autres groupes ($p < 0.0001$).
- Pas de variation selon le sexe ni la situation du cabinet (rural, semi-rural ou citadin) ni le temps de travail hebdomadaire.

L'actualisation du DPC :

Les MG savaient ou non s'ils étaient à jour de leur DPC (n=616) comme suit :

Oui : 42 % (342)

Non : 23.5 % (181)

Ne sait pas : 34.5 % (266)

Comparaisons selon les caractéristiques des participants

- La fréquence des MG se déclarant à jour est plus faible chez les 20-29 ans que dans tous les autres groupes ($p < 0.0001$).
- Les MG semi-ruraux se déclarent moins fréquemment à jour de leur DPC (36%) que les MG ruraux (45.7%) ou citadins (46.4%) ($p = 0.024$).
- Pas de variation selon le sexe ni le temps de travail hebdomadaire.

Le système de crédits/points validant le DPC :

Les MG sachant ou non que le système de points n'existait plus pour valider le DPC (n=771) se répartissaient comme suit :

Oui : 35.8 % (276)

Non : 64.2 % (495)

Comparaisons selon les caractéristiques des participants

- Les MG installés/collaborateurs (39.2%) sont plus au courant que les remplaçants (21.9%) ($p < 0.0001$).
- La fréquence de MG au courant augmente avec le temps de travail hebdomadaire (de 24% à 57%, $p < 0.0001$).
- Pas de variation significative en fonction de l'âge ni du sexe ni la situation du cabinet (rural, semi-rural ou citadin).

Ressenti sur la mise en place du DPC :

L'avis des MG concernant la réussite ou l'échec du DPC (n=771) pouvait être :

Une réussite : 12.7 % (98)

Un échec : 24.9 % (192)

Neutre : 62.4 % (481)

Comparaisons selon les caractéristiques des participants

- La fréquence de MG considérant la mise en place du DPC comme un échec augmente significativement avec l'âge jusqu'à 60 ans (allant de 13.6% à 39.3%, $p = 0.0025$) puis se tasse.
- La fréquence de MG considérant la mise en place du DPC comme un échec est plus importante chez les hommes (31.8%) que chez les femmes (21.2%) ($p = 0.0029$), augmente des 20-29 ans aux 30-49 ans et augmente encore chez les plus de 50 ans ($p = 0.0025$).
- Pas de variation significative selon la situation du cabinet (rural, semi-rural ou citadin) ni la situation professionnelle (installé/collaborateur ou remplaçant) ni le temps de travail hebdomadaire.

La certification périodique

Les MG pouvaient ou non être favorables à la certification périodique (n=771) comme suit :

Oui : 28.9 % (223)

Non : 34 % (262)

Neutre : 37.1 % (286)

Pas de variation significative selon les caractéristiques du groupe étudié.

Les freins à la certification périodique :

Les médecins n'étant pas favorables à la certification périodique (n=262) pour ces raisons :

Pression/contrainte supplémentaire : 79.8 % (209)

Craintes quant à la pertinence de son fonctionnement : 65.6 % (172)

Pas assez de temps à y consacrer : 51.1 % (134)

Atteinte à l'indépendance : 43.1 % (113)

Inutile en termes d'amélioration personnelle de la qualité des soins : 28.2 % (74)

Crainte d'être jugé : 24.4 % (64)

Autres : 4.2 % (11)

Comparaison selon les caractéristiques des participants :

- Les MG non favorables à la certification périodique car la trouvant inutile en termes d'amélioration sont plus fréquemment des hommes (35.6%) que chez les femmes (23.6%) (p=0.049).

d) La pandémie COVID-19

Impact de la pandémie COVID-19 sur la FMC :

La répartition des MG dont les méthodes de FMC ont été ou non influencées par la pandémie COVID-19 est la suivante :

n=744 (ont été retirés les médecins non concernés, ayant terminé leur FMI pendant la pandémie COVID-19)

Oui : 68.8 % (512)

Non : 31.2 % (232)

Comparaisons selon les caractéristiques des participants

- La fréquence de MG ayant vu leurs habitudes modifiées augmente progressivement avec l'âge jusqu'à 60 ans (de 50% à 75%, $p=0.0062$) avant de se tasser.
- La pandémie COVID-19 a significativement plus modifié les habitudes de FMC des installés/collaborateurs (69.6%) que les remplaçants (53.5%) ($p=0.0002$).
- Pas de variation selon le sexe ni la situation du cabinet (rural, semi-rural ou citadin) ni le temps de travail hebdomadaire.

Influences de la pandémie COVID-19 sur la FMC :

Les conséquences de la pandémie COVID-19 chez les médecins ayant vu leurs habitudes de FMC modifiées ($n=512$) étaient les suivantes :

Je me suis moins formé : 32.4 % (166)

Je privilégie aujourd'hui les moyens dématérialisés : 30.7 % (157)

J'ai apprécié les formations dématérialisées que j'associerai dorénavant avec les formations présentielles : 28.9 % (148)

Annulation des FMC présentielles habituelles* : 2.54 % (13)

Manque de temps à consacrer à la FMC* : 2.54 % (13)

Autres : 2.93 % (15)

Comparaisons selon les caractéristiques des participants

- L'association de formation dématérialisée et présentielle est plus fréquemment utilisée par les femmes (33.8%) que par les hommes (18.4%) ($p=0.015$).
- Pas de variation significative selon la situation du cabinet (rural, semi-rural ou citadin) ni la situation professionnelle (installé/collaborateur ou remplaçant).

Chez les médecins n'ayant pas été influencés par la pandémie COVID-19 :

Les conséquences de la pandémie COVID-19 chez les médecins ayant vu leurs habitudes de FMC inchangées ($n=232$) étaient les suivantes

J'utilisais déjà les moyens dématérialisés autant que possible : 63.4 % (147)

Je n'ai pas apprécié les échanges virtuels et reviendrai à plus de formations en présentiel dans la mesure du possible : 30.17 % (70)

Autres : 6.47 % (15)

Comparaisons selon les caractéristiques des participants

- Les moyens dématérialisés étaient plus fréquemment utilisés par les remplaçants (67.6%) que par les installés/collaborateurs (53.2%) ($p=0.017$).
- Les installés/collaborateurs (30.6%) sont plus nombreux à ne pas avoir apprécié les moyens de formation distanciels que les remplaçants (18.3%) ($p=0.017$).
- Pas de différence selon le sexe ni la situation du cabinet (rural, semi-rural ou citadin).

IV – DISCUSSION :

1 - Forces et faiblesses de l'étude :

a) Originalité :

L'envergure nationale de cette étude en fait sa plus grande originalité : les thèses approchant ce sujet étaient attachées à une région ou un département (12–15) et suggéraient un intérêt à en augmenter l'échelle pour des travaux ultérieurs.

Les thèses retrouvées approchant le sujet de la FMC étaient pour la plupart antérieures à 2013 (13–15) et évoquaient déjà un manque d'études réalisées autour du concept de FMC.

La diversité des éléments recherchés : la FMC est un phénomène complexe impliquant de nombreuses disciplines (sciences médicales, sciences de l'éducation, sciences humaines...), l'étudier dans sa globalité dépasse de loin le seul travail de thèse. L'ambition assumée de ce travail était d'en dégager les aspects fonctionnels utilisés et les freins et leviers à son application concrète dans le quotidien des MG libéraux.

b) Choix de la méthode, population et des questions :

Choix de la méthode :

Seules 310 réponses ont été obtenues lors de la première phase de distribution.

Ceci s'explique en partie par le refus de la majorité des CDOM (65/95) et URPS (11/13) de diffuser le questionnaire pour les raisons avancées suivantes :

- Manque de temps pour s'occuper d'une telle diffusion.
- Consignes du CNOM de ne plus diffuser largement de questionnaires de thèses par mail.
- Volonté de protéger les MG libéraux en leur épargnant des contraintes supplémentaires en cette période de crise sanitaire. Beaucoup de plaintes auraient été reçues de la part des MG concernant un trop grand nombre de mails.
- Brèches de sécurité constatées depuis plusieurs mois avec tentatives de vol d'identité numérique des MG pour réaliser, entre autres, de faux pass sanitaires.

Les listes d'adresses mail des CDOM et URPS ne sont par ailleurs pas exhaustives. Le nombre précis de mails envoyés n'a volontairement pas été communiqué par les CDOM et URPS. Le taux de participation est donc nécessairement sous-estimé dans une mesure non évaluable, induisant possiblement un biais de sélection. Il est également important de noter que la diffusion de questionnaires de thèse ne fait pas partie des attributions des CDOM.

De nouvelles méthodes de diffusion sont peut-être à envisager afin de mettre en relation les effecteurs de recherche et les médecins favorables à leur participation, tout en épargnant les médecins ne se sentant pas concernés.

Choix des questions :

Il est possible que certaines questions fermées aient bloqué certains médecins dans la progression du questionnaire si aucune réponse ne leur convenait, mais cette statistique n'est pas disponible car tout questionnaire non terminé ne pouvait être enregistré.

Il semblait important de laisser une place large à l'expression libre des participants afin d'être le plus exhaustif possible. Ceci impliquait un gros travail de reclassement des réponses libres qui expose constitutivement à un biais d'interprétation. La fréquence des éléments de réponses proposés par les répondants et réunis dans de nouveaux items lors des reclassements ont certainement été sous-estimés.

c) Caractéristiques de la population étudiée :

Age et sexe :

La population de participants n'était pas représentative de la population générale des MG.

On y observait une répartition se rapprochant plus de celle des jeunes générations de médecins avec 78.9% de participants ayant moins de 50 ans alors que la moyenne d'âge des MG en France est de 51 ans (10).

Les moins de 40 ans sont significativement plus nombreux à avoir répondu lors de la deuxième phase de distribution via les réseaux sociaux que lors de la première passant par les CDOM et URPS ($p < 0.00001$). Facebook ayant été créé il y a moins de vingt ans, s'adresse effectivement à une population plus jeune.

On peut supposer une certaine lassitude de la part des médecins les plus anciens, déjà très sollicités durant de nombreuses années pour de très nombreux questionnaires de thèse.

On note également une cohérence entre la proportion de femmes ayant répondu au questionnaire (65%) et la proportion de femmes médecin de moins de 40 ans (62%) rapportées par le rapport du DREES au 1^{er} janvier 2021 (10).

Une répartition majoritairement féminine correspond bien à la tendance actuelle à une féminisation importante de la profession médicale.

Si les résultats globaux obtenus sont plus représentatifs des jeunes générations, le fait d'avoir pu analyser chaque item en fonction de l'âge des participants atténue les effets de cette répartition et permet d'obtenir des chiffres cohérents pour chaque tranche d'âge.

Situation du cabinet et professionnelle :

Il n'existe pas de chiffres précis de la répartition rural/semi-rural/citadin des MG en France, la représentativité du groupe selon ce critère est donc difficile à évaluer. Le médecin peut avoir sa propre représentation de ce que désignent ces termes.

En ce qui concerne la répartition des remplaçants, installés ou collaborateurs, l'échantillon semble encore une fois bien composé de médecins en début d'activité : 20.1% dans l'étude, contre 23.6% dans la population des nouveaux inscrits à l'Ordre des Médecins en 2021 (16).

Temps de travail :

Le rapport du DREES (du 7 Mai 2019) (17) chiffre le nombre moyen d'heures de travail des MG libéraux (formation et temps administratif compris) à 54 heures hebdomadaires, celui-ci augmentant avec l'âge. La répartition semble également appartenir à une génération jeune de médecins, car dans l'étude, 72.8% des interrogés déclaraient travailler moins de 50 heures hebdomadaires.

2 - La FMC en MG libérale :

Temps, préférence et stratégie de formation :

La majorité des MG libéraux n'a pas de stratégie de formation définie (71.1%), c'est mieux qu'en 2013 (89%)(18). On note une corrélation positive entre une stratégie de formation définie et l'âge, le statut d'installé et le nombre d'heures de FMC par semaine, ce qui tend à suggérer que l'acquisition d'une stratégie de formation s'acquiert avec le temps et la stabilité d'une installation pérenne, et favorise un temps de FMC plus important.

Le temps de formation hebdomadaire est par ailleurs significativement lié à l'âge : les médecins passent en moyenne de plus en plus de temps à se former à mesure que leur carrière avance.

La majorité des MG (59.3%) préfèrent associer les méthodes de formation à la fois de groupe et solitaires, rejoignant d'autres travaux sur une volonté de créer du lien avec leurs pairs (12,14,15,19).

Supports de FMC :

Les moyens utilisés pour la FMC n'ont que très peu changé ces 10 dernières années.

On retrouve en tête la littérature dédiée (79.2%) suivie par les formations et séminaires (54.9%), les réunions d'organismes de FMC locales (48.7%). La littérature dédiée reste très largement en tête des moyens de FMC mais semble en perte de vitesse : 96% en 2017 (14). L'autoformation ponctuelle via internet (69.3%) occupe une place particulière dans cette étude : aucun chiffre antérieur n'a été trouvé. Mais son importance est non négligeable : 22.4% des MG la considèrent comme leur moyen de FMC principal. On aurait pu penser que les formations distancielles via internet auraient pris de l'importance au vu de la numérisation grandissante de l'environnement médical et des nombreuses propositions de ce type par les ODPC (Organismes de Développement Professionnel Continu), mais ils ne sont utilisés que par 5.6% des médecins.

90% des médecins utilisent comme moyen principal de formation des méthodes traditionnelles telles que la littérature dédiée, les formations présentielles et les réunions d'organismes de FMC locales, complétées par les recherches ponctuelles par internet.

Les groupes de pairs, formations distancielles via internet, congrès scientifiques, réunions de laboratoires, podcasts et réseaux sociaux spécifiques sont finalement utilisés secondairement et ne sont considérés comme moyens de formation principaux que par un faible nombre de médecins.

Les jeunes médecins ont tendance à favoriser l'autoformation via recherche internet au détriment des formations et séminaires présentiels et des réunions d'organismes de FMC locales, qui sont, quant à elles plus sollicitées par les médecins installés que les remplaçants. Doit-on y voir une évolution des méthodes de formation qui durera dans le temps chez les nouveaux médecins, ou la caractéristique d'un début d'activité dont les habitudes rejoindront progressivement celles de leurs aînés ?

Critères de choix concernant la FMC :

La qualité scientifique et pédagogique est au centre des attentes des MG, suivies de la facilité de mise en œuvre et de l'indépendance, alors que l'indemnisation financière est reléguée au second plan des attentes et même bonne dernière quand on s'attache au critère fondamental de choix du mode de FMC.

On peut voir que les jeunes médecins auront tendance à accorder plus souvent de l'importance à la pédagogie et la facilité de mise en place de la formation. Les femmes accordent en moyenne plus d'importance à la proximité et à la facilité de mise en œuvre, possiblement du fait de la population jeune de l'étude, avec une incidence des grossesses et présence d'enfants dans le cadre familial. Cette tendance des jeunes et des femmes à favoriser la facilité de mise en œuvre se retrouvait déjà dans le cadre du travail au cabinet (20). Les installés auront tendance à préférer proximité et convivialité, probablement allant de pair avec la connaissance de leur réseau de soin, des collègues environnants et la recherche du partage de travail et agréabilité. L'indemnisation financière de la FMC introduite dans les années 90, qui avait pour ambition de faciliter l'accès aux formations, est un critère de choix très secondaire : il n'est cité que par 15.3% des MG, et n'est le critère principal de choix que pour 1.2% des MG. On note une nette tendance de la part des médecins les plus jeunes à y accorder une importance moindre comparativement à leurs aînés, comme déjà constaté il y a 5 ans (12). L'argent n'est plus le nerf de la guerre. De manière surprenante, la proximité est un critère de choix moins fréquent chez les ruraux que chez les citadins. On peut penser que les médecins ruraux, habitués à devoir se déplacer sur de longues distances ne voient pas ces kilomètres comme des contraintes mais comme faisant partie de leur vie rurale, tandis que les citadins préféreront plus fréquemment des déplacements minimums. Si la convivialité est évoquée par 23.9% des MG, elle ne fait que très peu partie des critères de choix fondamentaux principaux ou secondaires (respectivement 2.3% et 5.8%). Si la convivialité est appréciée, elle n'est finalement que peu jugée nécessaire.

Les critères de choix n'ont que peu évolué ces 10 dernières années hormis chez les jeunes qui auront tendance à mettre leur qualité de vie en avant par rapport à leurs prédécesseurs. (20)

Satisfaction et critères d'altération de la FMC :

Presque la moitié des participants étaient insatisfaits de leur développement professionnel, le manque de temps à y consacrer étant le frein de loin le plus important pour eux (87.3% des participants), suivi de l'absence de stratégie définie (25.2% d'entre eux). Les médecins les plus insatisfaits sont les plus jeunes et les remplaçants, en corrélation avec une absence de stratégie définie plus fréquente chez eux. Les moins de 30 ans manquent plus souvent que leurs aînés d'un support de FMC satisfaisant. Les installés déclarent manquer de temps plus fréquemment que les remplaçants (respectivement 90% et 76%). La qualité scientifique des programmes proposés n'est citée que par 7% des MG. L'offre de FMC semble globalement assez qualitative pour la majorité des MG.

Implication dans la production de FMC :

11.8% des participants se déclarent impliqués dans la production d'un type de FMC. Les hommes, les installés et les MG travaillant plus de 60h hebdomadaires étant plus fréquemment impliqués. Les moyens de FMC qu'ils utilisent ne diffèrent pas significativement de ceux utilisés par ceux n'y participant pas. Bien que n'ayant pas trouvé de référence, ce résultat semble élevé : la possibilité que les MG produisant de la FMC soient plus enclins à participer à une étude concernant un de leur domaine d'expertise n'est pas à exclure, il se peut qu'ils soient surreprésentés.

En ce qui concerne tous les aspects étudiés de la FMC, la situation du cabinet (rural/semi-rural/citadin) n'influe que très peu sur les choix de FMC, comme suggéré dans une étude de 2017 (14).

3 - Le DPC en MG libérale :

La mise en place du DPC et ses conséquences :

Plus des trois quarts des MG concernés n'ont pas été impactés par la mise en place du DPC. Parmi eux la moitié ne s'intéresse pas à satisfaire aux critères du DPC tandis que l'autre moitié utilisait déjà des moyens de FMC compatibles avec le DPC. Chez les MG ayant changé leurs habitudes de FMC, le facteur le plus important est l'indemnisation financière. La sollicitation par les organismes de FMC et la prise de conscience de la nécessité de se former arrivent ensuite. Les femmes se laissent plus facilement convaincre par les sollicitations des organismes de FMC et ont plus pris conscience de la nécessité de se former que les hommes. Comme le soulignaient les bilans mitigés du DPC à ses débuts (13,21) , l'impact de celui-ci a été relativement limité sur la modification des habitudes de FMC des MG (12,14).

Les connaissances des MG concernant le DPC :

Seuls 53.4% des MG connaissent les critères de validation du DPC, et seuls 42% des MG savent s'ils sont à jour de leur DPC, les moins de 30 ans étant le plus fréquemment dans l'inconnu sur

ces plans. 64.2% des MG ne savent pas que le système de points nécessaires à la validation du DPC n'est plus en vigueur, alors même qu'il a été abandonné avant 2013 (13), soit 9 ans avant l'étude au moins. Aucune date précise n'a été trouvée concernant cet abandon, et les multiples demandes à ce sujet à l'ANDPC sont restées sans réponse. 12.7% des MG considèrent la mise en place du DPC comme une réussite, 24.9% comme un échec.

Au premier trimestre 2022, l'ANDPC dénombrait 66 284 comptes DPC de médecins toutes spécialités confondues pour 312 172 inscrits à l'Ordre des Médecins (16), soit 21.23% à peine. Le DPC est donc très largement méconnu des MG. La communication autour du DPC est à l'évidence insuffisante depuis une dizaine d'années (12,13), et les MG s'en désintéressent d'autant plus qu'à l'heure actuelle un manquement à fournir les éléments prouvant ses actions de FMC n'est pas sanctionné (22). L'activation de la certification périodique début 2022 pourrait changer cet état de fait.

La certification périodique :

Seuls 28.9% des MG sont favorables à la certification périodique. Une grande majorité des MG non favorables craint une contrainte supplémentaire (79.8%), se méfie de la pertinence de son fonctionnement (65.5%), ou estime ne pas avoir assez de temps à y consacrer (51.1%).

4 - L'impact de la pandémie COVID-19 sur la FMC :

68.8% des MG déclarent avoir vu leurs habitudes de formation modifiées par la pandémie COVID-19. Cette proportion augmentant avec l'âge. Alors qu'un tiers s'est moins formé, presque 60% d'entre eux ont augmenté à cette occasion leur part de formation distancielle. Chez les MG n'ayant pas changé leurs habitudes, une grande partie d'entre eux (63.4%) utilisaient déjà des moyens dématérialisés, et seuls 30% des MG n'ont pas apprécié les formations distancielles.

On note ici une certaine incohérence avec le détail des moyens de formation décrits dans la partie consacrée au détail de la FMC et qui objectivait seulement 5.58% de MG utilisant des formations distancielles. On peut supposer que les répondants ont décrit les changements opérés pendant la période pandémique COVID-19 mais que ceux-ci n'ont peut-être pas perduré dans le temps, ou restent trop anecdotiques pour leur venir à l'esprit quand ils pensent à leurs moyens de FMC principaux actuels.

5 - Synthèse et propositions pour améliorer la FMC/DPC :

Les moyens de FMC n'ont que très peu changé ces 10 dernières années malgré une informatisation accélérée de la vie médicale, portée entre autres par le Ségur du numérique (23). Les moyens traditionnels tels que la littérature dédiée, les formations, séminaires et réunions d'organismes de FMC locales restent de loin les plus utilisés. L'autoformation

ponctuelle via internet est très utilisée mais non reconnue comme validante pour le DPC. Il n'existe pas aujourd'hui de valorisation de ces recherches. Une étude sur ce thème pourrait analyser les attentes des médecins concernant une méthode officielle et valorisée pour effectuer ces recherches. Les formations distancielles restent d'usage minoritaire malgré un élan donné par l'épidémie COVID-19 et les nombreuses offres par les ODPC. La majorité des MG préfère se former en groupe, et la recherche de convivialité et d'échanges avec ses pairs rend la persistance des offres de rencontre matérielles toujours très pertinente face à la dématérialisation des moyens de FMC.

Les critères de choix des méthodes de FMC n'ont également que peu changé ces 10 dernières années : la qualité scientifique et pédagogique est à l'honneur, tandis que l'indemnité financière n'est que peu évoquée. La majorité des MG n'a pas de stratégie de formation définie, surtout chez les jeunes.

Il serait très intéressant pour augmenter le temps et la qualité de formation des jeunes de les aider à définir leurs projets de formation dès le 3^e cycle des études médicales, en leur offrant un module d'initiation aux stratégies de DPC avec pourquoi pas une simulation de validation de DPC. Certaines facultés imposent déjà pour la validation du DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées), à l'image de la faculté de médecine de Dijon, la validation de tests de lecture. De telles dispositions permettraient en outre de parer à la méconnaissance importante du dispositif du DPC par les MG et en favoriser l'utilisation dès les premières années d'exercice.

Le DPC est très mal connu des MG : la moitié d'entre eux n'en connaissent pas les critères de validation, et un quart considère sa mise en place comme un échec. La communication insuffisante de l'ANDPC déjà pointée du doigt en 2013 n'a pas encore réussi à rendre le dispositif DPC ubiquitaire malgré plus de 10 ans d'existence. Dans son prolongement la certification périodique risque de recevoir un accueil mitigé de la part des MG lors de son application dès 2023 : 79.8% d'entre eux le voient comme une contrainte supplémentaire, et 65% se méfient de la pertinence de son fonctionnement.

Une communication renforcée auprès des MG pourrait leur permettre de mieux appréhender le DPC et la certification périodique, et semble indispensable à leur bonne application.

On note enfin que la moitié des MG sont insatisfaits de leur développement professionnel. La cause majeure en est le manque de temps à y consacrer (87.3%). Les années à venir seront marquées par une diminution de la densité médicale qui ne retrouvera son niveau actuel qu'au milieu des années 2030, avec une augmentation de 25% aux alentours de 2050. Le manque de temps à consacrer à leur FMC a peu de chances d'augmenter dans ces conditions. On peut penser que les années à venir favoriseront donc les formats de formation courts ou l'apparition de formats de FMC innovants.

V – CONCLUSION :

La Formation Médicale Continue est un domaine complexe impliquant de nombreux acteurs et structures. De profondes modifications contextuelles ont suivi la mise en place progressive du Développement Professionnel Continu, dont la numérisation de l'environnement et des outils médicaux et la période de distanciation sociale due au COVID-19. Notre étude montre une certaine stabilité des moyens de formation utilisés depuis une dizaine d'années. Les moyens traditionnels tels que la littérature dédiée, les formations présentielles et les réunions d'organismes de Formation Médicale Continue locales, complétées par des recherches ponctuelles sur internet, représentent les moyens de formation principaux de 90% des généralistes. Les autres moyens de formation sont peu utilisés comparativement, notamment les formations distancielles.

Les critères de choix ont peu évolué ces 10 dernières années. Les attentes des généralistes se cristallisent principalement autour des qualités scientifiques et pédagogiques, avec pour les jeunes et les femmes plus d'exigences en termes de facilité de mise en pratique et de proximité. L'indemnisation financière n'est plus un critère de choix premier et se retrouve dernière sur la liste des préoccupations des généralistes, surtout chez les plus jeunes.

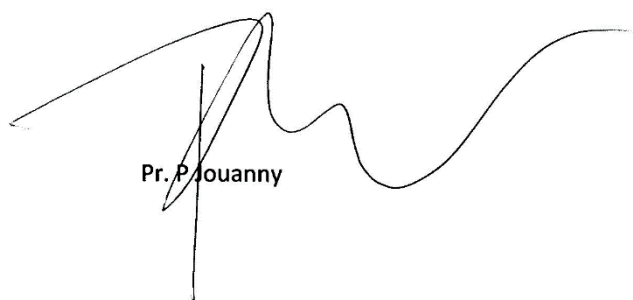
Presque la moitié des généralistes étaient insatisfaits de leur formation professionnelle, le manque de temps à y consacrer étant le frein de loin le plus important, suivi de l'absence de stratégie définie. Les plus insatisfaits étaient les plus jeunes qui avaient moins souvent une stratégie définie que leurs aînés et avaient le temps de formation le plus faible. Le Développement Professionnel Continu reste toujours très mal connu par les médecins généralistes. Plus de la moitié d'entre eux n'en connaissent pas les critères de validation, surtout les plus jeunes. Les généralistes ayant vécu la transition sont 76.8% à ne pas avoir changé leurs habitudes de formation à la suite de sa mise en place. Les réserves concernant la certification périodique et son application prochaine s'expliquent peut-être en partie par les difficultés de mise en place du Développement Professionnel Continu, que 24.9% des généralistes considèrent comme un échec.

La pandémie COVID-19 semble avoir eu un impact très limité sur les habitudes de Formation Médicale Continue des généralistes : si 68.8% de généralistes déclarent avoir changé leurs habitudes de formation dont les deux tiers en faveur de la formation distancielle, l'utilisation de celle-ci n'est observée que chez 5.58% d'entre eux. L'élan donné à la formation distancielle semble ne pas avoir perduré dans le temps.

Plusieurs axes possibles d'amélioration de la formation continue des généralistes ressortent de ce travail : une amélioration de la communication autour du Développement Professionnel Continu par les organismes clés : Agence Nationale du Développement Professionnel Continu, Ordre des médecins, Union Représentative des Professionnels de Santé et Conseils Nationaux Professionnels. L'intégration en fin de formation initiale d'un module d'apprentissage du Développement Professionnel Continu avec pourquoi pas une simulation validante pour le Diplôme d'Etudes Spécialisées pourrait s'envisager.

La diminution de la démographie médicale prévue ces prochaines années laisse entrevoir une augmentation du temps de travail pour les médecins en activité. Le manque de temps à consacrer à la Formation Médicale Continue étant déjà un des principaux freins à la qualité de celle-ci, les années à venir verront peut-être naître de nouveaux moyens de formation plus courts et denses adaptés à des emplois du temps déjà très chargés. La place de l'autoformation ponctuelle par internet dans la dynamique de formation reste à définir car elle est utilisée par 69.3% des généralistes, et 22.4% d'entre eux la considèrent comme moyen de formation principal. Il pourrait être intéressant de réfléchir à la valorisation de ces temps de formation autonomes.

Le Président du jury,



Pr. P. Jouanny

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le
Le Doyen

Pr. M. MAYNADIÉ

BIBLIOGRAPHIE

1. Shojania KG, Sampson M, Ansari MT, Ji J, Doucette S, Moher D. How quickly do systematic reviews go out of date? A survival analysis. *Ann Intern Med*. 2007 Aug 21;147(4):224–33.
2. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 Mar 4, 2002.
3. Article D4133-23 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913239/2006-06-03
4. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 Jul 21, 2009.
5. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 Jan 26, 2016.
6. Ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé.
7. Williatte-Pellitteri L. L'impact du numérique dans la relation de soin : de considérations générales à l'application concrète de la télémedecine. *Bull Académie Natl Médecine*. 2020 Oct 1;204(8):839–45.
8. Rausas FPD. Le rapport à la téléconsultation des médecins généralistes depuis le début de la pandémie COVID-19 en région PACA. 2021 Feb 24;192.
9. Perrier T, Ducret S. La téléconsultation lors de l'épidémie de SARS-CoV-2: son usage chez SOS Médecins France [Internet]. France; 2022.
10. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;74.
11. Nombre de médecins généralistes libéraux | L'Observatoire des Territoires [Internet]. [cited 2022 Jul 8]. Available from: <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/nombre-de-medecins-generalistes-liberaux>
12. Guével M. Attentes des jeunes médecins généralistes sur la Formation Médicale Continue: étude qualitative par entretiens semi-dirigés dans le Languedoc-Roussillon [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2017.
13. Charieras A. Bilan de l'année 2013, 1re année de Développement Professionnel Continu en médecine générale: enquête observationnelle, par questionnaire, auprès de 614 médecins généralistes de Dordogne et de Lot-et-Garonne. :208.
14. Proton P, Pigache C. La formation médicale continue des médecins généralistes en Rhône-Alpes: description et comparaison entre milieu urbain et rural par enquête quantitative auprès de 140 médecins généralistes [Internet]. Lyon, France; 2017.
15. Cotinaud-Lhuillier I. La formation médicale continue des médecins généralistes icaunais: état des lieux, freins et leviers [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2013.

16. Atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021 [Internet]. [cited 2022 Jul 4]. Available from: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
17. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cited 2022 May 8].
18. Vandermeer A. Critères de choix et stratégies d'évaluation des besoins de formation médicale continue: une enquête transversale descriptive sur un échantillon de médecins généralistes de région Centre [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2012.
19. Diesce A. Point de vue de médecins généralistes sur la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles dans le contexte de mise en place du développement professionnel continu: étude qualitative réalisée dans quatre départements français entre 2011 et 2014 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2015.
20. Chollet B. Vie personnelle et professionnelle du médecin généraliste libéral, une conciliation difficile [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2015 [cited 2022 Jul 6].
21. Pierre A, Pierre A, Christophe A, Maurice A, Abdel-Rahmène A, Céline B, et al. PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS. :52.
22. Bertrand D, Bouet P. Développement professionnel continu (DPC) et émergence de la recertification en France. Évolution législative et commentaires. Bull Académie Natl Médecine. 2020 Jun 1;204(6):589–97.
23. LOI n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 - Dossiers législatifs

Annexes :

Annexe 1 : Bref historique de la FMC en France.

1947 : Naissance des Entretiens de Bichat qui constitueront les premiers EPU (Enseignement post-universitaire). Au retour d'un voyage aux Etats-Unis, les Dr Guy Laroche et Louis Justin Besançon ont fait l'expérience d'un système de formation post-universitaire et décident d'en construire un équivalent en France.

Initialement constitué de médecins généralistes se réunissant dans les locaux de Bichat, le mouvement a rapidement pris de l'ampleur pour se faire national.

1958 : la réforme Debré.

Cette réforme des ordonnances Debré de 1958 refond à la fois l'hôpital et les soins de ville. Véritable fondement de la médecine moderne avec création des CHU (Centres Hospitalo-Universitaires) qui réunissent le monde Hospitalier et le monde Universitaire jusqu'alors séparés. L'enseignement médical est dès lors assuré par du personnel dédié et la recherche y est fortement encouragée.

Le financement de l'EPU fait partie du budget du ministère de l'Education nationale.

1973 : Création de l'ASFORMED (Association pour la Formation Continue des Médecins) et du GOFIMEC (Groupement des Organismes de Formation et d'Information Médicale Continue) qui fusionneront en 1978 pour former l'UNAFOMEC (Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue) qui sera le premier organisme national de FMC.

1979 : Décret N°79-506. La FMC apparaît dans l'article 16 du code de déontologie médicale

1990 : Création de la FPC (Formation Professionnelle Conventionnelle). C'est une FMC validée, financée et indemnisée par l'Assurance Maladie.

1996 : Ordonnances du 24 Avril. Elles rendent la FMC obligatoire et prévoient des sanctions disciplinaires en cas de non-respect.

2002 : Loi du 4 Mars. La FMC intègre le code de la santé publique.

2004 : Loi du 13 Aout. L'EPP devient obligatoire et sanctionnante, et fait partie de la FMC. On y retrouve un système à point que chaque praticien doit valider tous les 5 ans, dont le barème sera rendu public en 2006.

2009 : Loi du 21 Juillet. La Loi HPST (Hôpital, Patient, Santé et Territoire) inscrit au code de la santé publique le DPC (Développement Professionnel Continu) qui comprendra la FMC et l'EPP. Le DPC est obligatoire pour tous les professionnels médicaux, paramédicaux, qu'ils soient libéraux ou salariés. Les programmes de DPC sont proposés par des organismes agréés par la HAS (Haute Autorité de Santé)

2012 : validation par la HAS des modalités du DPC

2016 : Décret du 8 Juillet. Création de l'ANDPC (Agence Nationale du Développement Professionnel Continu) qui pilote de dispositif de développement continu encore à ce jour.

Annexe 2 : questionnaire.

1 – Quel âge avez-vous ?

- 20-29
- 30-3
- 40-49
- 50-59
- 60+

2 – Quel est votre sexe ?

- Femme
- Homme
- Autre

3 – Quelle est la situation de votre cabinet ?

- Rural
- Semi-rural
- Citadin

4 – Quelle est votre situation professionnelle ?

- Installé/collaborateur
- Remplaçant

5 – Combien d'heures de travail effectuez-vous par semaine (temps administratif compris) ?

- Moins de 30 h
- 30-39 h
- 40-49 h
- 50-59 h
- Plus de 60 h

6 - En moyenne, combien de temps consacrez-vous chaque mois à votre formation, tous moyens confondus ?

- Moins de 2 h
- Entre 2 et 4 h
- Entre 4 et 6 h
- Plus de 6 h

7 – Préférez-vous vous former :

- Seul
- En groupe
- Les deux

8 - Avez-vous une stratégie de formation définie ?

- Oui
- Non

9 – Quels sont les supports que vous utilisez pour vous former au quotidien ?

- Littérature dédiée (papier ou numériques)
- Réunions d'organismes FMC locales
- Réunions/entretiens laboratoires
- Groupe de pairs
- Autoformation ponctuelle via recherche internet
- Congrès scientifiques
- Formations et séminaires (groupes présentiels)
- Podcasts
- Autre : Réponse libre

10 – Quel est votre support principal de formation médicale continue ?

- Littérature dédiée (papier ou numériques)
- Réunions d'organismes FMC locales
- Réunions/entretiens laboratoires
- Groupe de pairs
- Autoformation ponctuelle via recherche internet
- Congrès scientifiques
- Formations et séminaires (groupes présentiels)
- Podcasts
- Autre : Réponse libre

11 - Quels sont vos critères de choix principaux concernant votre modalité de formation ?

- Qualité scientifique
- Qualité pédagogique
- proximité
- Convivialité
- Facilité de mise en œuvre
- Indépendance (conflits d'intérêts) des intervenants
- Indemnisation financière
- Durée de la formation (incluant le temps de déplacement éventuel)
- Autre : Réponse libre

12 – Quel est LE critère de choix fondamental concernant votre modalité de formation ?

- Qualité scientifique
- Qualité pédagogique
- proximité
- Convivialité
- Facilité de mise en œuvre
- Indépendance (conflits d'intérêts) des intervenants
- Indemnisation financière
- Durée de la formation (incluant le temps de déplacement éventuel)
- Autre : Réponse libre

13 – Quel est le critère de choix secondaire le plus important concernant votre modalité de formation ?

- Qualité scientifique
- Qualité pédagogique
- proximité
- Convivialité
- Facilité de mise en œuvre
- Indépendance (conflits d'intérêts) des intervenants
- Indemnisation financière
- Durée de la formation (incluant le temps de déplacement éventuel)
- Autre : Réponse libre

14 – Êtes-vous satisfaits de votre propre développement professionnel ?

- Oui
- Non

15 – La qualité de votre formation vous semble altérée par :

- Le manque de temps à y consacrer
- L'absence de support satisfaisant
- L'absence de stratégie définie
- La qualité scientifique et pédagogique insuffisante des programmes suivis

16 – Êtes-vous impliqué dans la production d'un type de formation médicale continue ?

- Oui
- Non

17 – La mise en place du DPC (depuis juillet 2009) a-t-elle changé vos habitudes de formation ?

- Oui
- Non

18 – SI OUI La mise en place du DPC a changé votre manière de vous former parce que:

- J'ai pris conscience de la nécessité d'actualiser régulièrement mes connaissances.
- Je suis beaucoup plus sollicité par des organismes dispensant des formations et je me forme du coup plus régulièrement
- J'ai accès à des formations indemnisées et je me forme donc plus régulièrement.
- Autre : Réponse libre

19 – SI NON La mise en place du DPC n'a pas changé votre manière de vous former parce que:

- J'utilisais déjà des modalités de formation compatibles avec le DPC
- Je ne m'intéresse pas à satisfaire aux critères officiels du DPC pour l'instant
- Autre : Réponse libre

20 - Savez-vous précisément comment valider votre DPC et où vous en êtes par rapport aux objectifs à atteindre ?

- Oui
- Non

21 - Êtes-vous à jour de votre DPC ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

22 - Etiez vous au courant que le système de crédits/points a été abandonné concernant la validation du DPC?

- Oui
- Non

23 - Vous considérez le développement du DPC jusqu'à aujourd'hui comme:

- Une réussite
- Un échec
- Neutre

24 - Dans le prolongement du DPC, êtes-vous favorable à la certification périodique (anciennement recertification), votée en Juillet 2021 et prenant effet au 1er Janvier 2023?

- Oui
- Non
- Neutre

25 – SI NON Vous n'êtes pas favorable à la certification périodique parce que:

- Atteinte à votre indépendance
- craintes quand à la pertinence de son fonctionnement
- Pression/contrainte supplémentaire
- Pas assez de temps disponible à y consacrer
- Inutile en terme d'amélioration personnelle de la qualité des soins
- Crainte d'être jugé
- Autre : Réponse libre

26 - La crise sanitaire COVID-19 a-t-elle modifié vos habitudes de formation ?

- Oui
- Non

27 – SI OUI La crise sanitaire COVID-19 a modifié vos habitudes de formation parce que:

- je privilégie aujourd'hui les moyens dématérialisés

- j'ai apprécié les formations dématérialisées que j'associerai dorénavant avec les formations présentielles

- Je me suis moins formé (problèmes de connexion internet, manque d'affinité avec les moyens dématérialisés)

- Autre : Réponse libre

28 – SI NON La crise sanitaire COVID-19 n'a pas modifié vos habitudes de formation parce que:

- Je n'ai pas apprécié les échanges virtuels et reviendrai à plus de formations en présentiel dans la mesure du possible.

- J'utilisais déjà les moyens dématérialisés autant que possible.

- Autre : Réponse libre

29 - Souhaitez-vous être tenu au courant des résultats? Si oui merci de renseigner votre adresse mail dans l'option "autre"

- Non
- Autre : Réponse libre

TITRE DE LA THESE : La formation médicale continue des médecins généralistes en France : état des lieux, freins et leviers.

AUTEUR : Villevieille Mickaël

RESUME :

Introduction : la Formation Médicale Continue est un domaine complexe impliquant de nombreux acteurs et structures. Elle est peu étudiée depuis une dizaine d'années malgré de profondes modifications contextuelles telles que la mise en place progressive du DPC, la numérisation de l'environnement et des outils médicaux et une période de distanciation sociale due au COVID-19. C'est une notion centrale dans la vie du Médecin Généraliste compte tenu de son caractère obligatoire éthique et légal.

Objectif : faire un état des lieux des méthodes de Formation Médicale Continue utilisées par les Médecins Généralistes libéraux en France métropolitaine, étudier les critères de choix y ayant mené, ainsi que les influences du Développement Professionnel Continu et de l'épidémie COVID-19 sur celui-ci afin d'identifier des manques éventuels et des leviers à leur amélioration.

Méthode : Etude observationnelle quantitative descriptive basée sur questionnaire distribué aux médecins généraliste de France métropolitaine.

Résultats : Les modes de FMC et les critères de choix n'ont que peu évolué ces 10 dernières années : la littérature dédiée, les formations présentiels et les réunions d'organismes de FMC locales restent de loin les plus utilisés (90%), au dépend des formations distancielles (5.6%). Les critères de choix majeurs sont les qualités scientifiques et pédagogiques, tandis que l'indemnisation financière se retrouve dernière dans les préoccupations des médecins généralistes. 44.6% des généralistes sont insatisfaits de leur développement professionnel, le manque de temps étant le plus délétère (87.3%). Le DPC est très mal connu des médecins généralistes : plus de la moitié d'entre eux n'en connaissent pas les critères de validation, surtout les plus jeunes. Les généralistes ayant vécu sa mise en place sont 76.8% à ne pas avoir changé leurs habitudes de formation. La pandémie COVID-19 a permis de faire découvrir la formation distancielle à de nombreux généralistes sans arriver à la rendre incontournable : seuls 5.58% des généralistes déclarent l'utiliser comme moyen de FMC.

Conclusion : une meilleure compréhension du DPC par les généralistes grâce à une communication renforcée des organismes clés et un apprentissage pendant l'internat pourrait grandement améliorer la qualité de leur Formation Médicale Continue, de même que la valorisation des temps de formation autonomes.

MOTS-CLES : médecine générale, FMC, DPC, COVID-19