



HAL
open science

Bilan de l'année 2013, 1^{re} année de Développement Professionnel Continu en médecine générale : enquête observationnelle, par questionnaire, auprès de 614 médecins généralistes de Dordogne et de Lot-et-Garonne

Anne Charieras

► **To cite this version:**

Anne Charieras. Bilan de l'année 2013, 1^{re} année de Développement Professionnel Continu en médecine générale : enquête observationnelle, par questionnaire, auprès de 614 médecins généralistes de Dordogne et de Lot-et-Garonne. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01178436

HAL Id: dumas-01178436

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01178436>

Submitted on 20 Jul 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

N°29

Année : 2015

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Anne, Marie-Madeleine, Jeanne CHARIERAS

Née le 25 avril 1985, à Blois

Le 20 mars 2015

BILAN DE L'ANNEE 2013,

1^{ère} ANNEE

**DE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU
EN MEDECINE GENERALE :**

Enquête observationnelle, par questionnaire,
auprès de 614 médecins généralistes
de Dordogne et de Lot-et-Garonne.

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Gérard BERGUA

Jury :

Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMEAUX, Président

Monsieur le Professeur Patrick MERCIE, juge

Madame le Docteur Sandrine ALLAIRE-SAUQUET, juge

Monsieur le Professeur Gérard DUCOS, rapporteur

REMERCIEMENTS

Au **Professeur Jean-Louis Demeaux**, Directeur adjoint du Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux.

Je me souviens de vos conseils avisés sur l'élaboration d'une thèse dès les premiers cours d'internat. Je vous suis reconnaissante de m'avoir orientée vers les rencontres d'Aide à la thèse à Bordeaux qui m'ont permis d'organiser et finaliser mon projet de thèse.

Je vous remercie de votre soutien et du grand honneur que vous m'avez fait en acceptant de présider le jury de ma thèse.

Au **Professeur Patrick Mercié**, Chef du service de médecine interne et immunologie clinique au CHU de Bordeaux et Directeur de l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse, en connaissant votre grand intérêt pour le domaine de la formation continue.

Au **Docteur Sandrine Allaire-Sauquet**, Chargée d'enseignement d'université auprès du Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux.

Vous avez fait partie de mes premiers formateurs sur le terrain, en Dordogne. Vous m'avez fait bénéficier de votre expérience lors de mes premiers pas dans le monde de la médecine générale.

Merci pour votre écoute et vos conseils judicieux.

Au **Professeur Gérard Ducos**, Professeur associé auprès du Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux.

Je vous remercie pour toute l'attention que vous avez bien voulu porter à ce travail pour lequel vous avez accepté la mission de rapporteur et je vous prie de trouver ici toute ma gratitude.

Au **Docteur Gérard Bergua**, Chargé d'enseignement d'université auprès du Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux.

Votre aide m'a été très précieuse tout au long de ce travail et plus particulièrement dans la recherche bibliographique, l'élaboration de l'enquête et lors de vos multiples relectures.

Merci pour votre soutien et votre grande disponibilité.

Au **Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux** qui m'a soutenue dès le début dans le choix de mon sujet de thèse, puis m'a orientée vers le Docteur Gérard Bergua, mon directeur de thèse, et enfin a participé à l'organisation et au financement de la diffusion de l'enquête par courrier.

A **Madame Chantal Bonnin et ses équipes** pour leur aide précieuse et leur disponibilité sur les plans administratif et logistique.

Aux **Conseils de l'Ordre Départementaux de Dordogne et de Lot-et-Garonne** qui ont accepté de diffuser le questionnaire de l'enquête par courriel.

Au **Docteur Jean-Marie Faroudja** qui a encouragé avec bienveillance ma demande de relance de questionnaire par courriel.

A **tous les médecins généralistes** qui ont bien voulu prendre le temps de participer à cette enquête et en sont ainsi devenus les acteurs essentiels pour permettre enfin la réalisation complète de ce travail de recherche.

Merci pour votre disponibilité, votre intérêt pour ce travail et votre confraternité ainsi témoignée.

A **tous mes maîtres de stage et leurs équipes** : Docteur Michel Vion, Docteur Sandrine Allaire-Sauquet, Docteur Michel Cadet, Docteur Victor Carré, Docteur Martine Roques, Docteur Abdallah Benadda, Professeur Dominique Dallay.

A **tous ceux avec qui j'ai eu la chance de travailler pendant mon internat, puis, par la suite pendant mes remplacements** : Docteur Tiphaine Lagadec, Docteur Dominique Magnaval, Docteur Thierry Sauquet, Docteur Hugues Lefebvre, Docteur Christine Coffin-Boutreux, Docteur Claire Chaussade, Docteur Denis Grenié, Docteur Annie Lacombe, Docteur Clémence Bouillerot, Docteur Marie-Madeleine Creuzé-Garcia.

Merci à vous tous de m'avoir accompagnée pendant ce long chemin de l'internat qui fut, grâce à vos enseignements techniques et humanistes, une belle aventure humaine.

En me permettant de vous observer dans l'exercice de votre art, vous m'avez ainsi transmis votre savoir théorique et pratique par l'intermédiaire du compagnonnage, ce qui a fortement contribué à renforcer mon goût pour la pratique de la médecine générale.

Au **Docteur Maguy Michaud** pour ses conseils avisés.

A mes parents pour leur soutien constant,

A mes grands-parents,

A mon grand-père, le Lieutenant-Colonel d'Administration du Service de Santé des Armées,
Robert Chariéras (1903-1994)

A mon grand-oncle, le Docteur Paul Auguy (1909-1982)

A mes oncles,

le Médecin en chef des Services du Service de Santé des Armées, Jean-Louis Chariéras
et
le Lieutenant-Colonel d'Administration du Service de Santé des Armées,
Elie Bersac (1920-2007)

A toute ma famille

A mes plus proches complices,

A Claire, le Binôme de choc bordelais, « Estimada Amiga »
A Nirvana, la Niçoise, « Douste kheyli Aziz »
A Marine, la fidèle Blaisoise
A Anne, la Montpelliéraine

A Delphine et Laurence, le duo de soutien depuis mes premières armes...

A Laure, Isabelle et Erika en souvenir des années « collègue »!

A Claire-Hélène, Marianne, Sandra, Victor, en souvenir des années « lycée »!

A tous mes amis

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	P.11
AVANT-PROPOS.....	P.13
I INTRODUCTION.....	P.19
<u>A) Les modalités de la recherche bibliographique.....</u>	P.20
<u>B) La FMC en France.....</u>	P.22
1) <i>Les grandes étapes de son histoire.....</i>	P.22
2) <i>La FMC et l'EPP chez les médecins généralistes.....</i>	P.27
<u>C) Le dispositif de DPC.....</u>	P.34
1) <i>Les dates-clés du DPC.....</i>	P.34
2) <i>Ses objectifs.....</i>	P.36
3) <i>Les organes structurant le DPC.....</i>	P.36
4) <i>Les principes d'un programme de DPC.....</i>	P.39
5) <i>Les modalités d'inscription à un programme de DPC.....</i>	P.42
6) <i>Ses méthodes, ses modalités.....</i>	P.44
7) <i>Son organisation.....</i>	P.47
8) <i>Son financement.....</i>	P.47
9) <i>Ses modalités de validation.....</i>	P.48
10) <i>L'indemnisation du DPC des médecins par l'OGDPC.....</i>	P.50
<u>D) Le DPC des médecins généralistes français en 2013.....</u>	P.52
1) <i>Les chiffres de l'OGDPC.....</i>	P.52
2) <i>L'opinion des principaux acteurs en présence.....</i>	P.54
3) <i>Les organismes de DPC enregistrés en Aquitaine pour l'ensemble des professionnels de santé.....</i>	P.59
4) <i>La démographie en 2013 des médecins généralistes d'Aquitaine....</i>	P.61
<u>E) La FMC à l'étranger.....</u>	P.63
1) <i>En Europe.....</i>	P.63
2) <i>En dehors de l'Europe.....</i>	P.65
3) <i>Des tentatives d'harmonisation.....</i>	P.66
<u>F) Synthèse du travail de recherche.....</u>	P.68
1) <i>La question de recherche.....</i>	P.68
2) <i>Les hypothèses.....</i>	P.68
3) <i>Les objectifs.....</i>	P.68
II METHODES.....	P.69

<u>A) Le type d'enquête</u>	P.70
<u>B) La population</u>	P.70
1) <i>Le recensement de la population source</i>	P.70
2) <i>Le calcul de la taille de l'échantillon</i>	P.71
3) <i>Le taux de réponse prévisionnel</i>	P.72
4) <i>La randomisation</i>	P.72
<u>C) Le questionnaire</u>	P.73
1) <i>Son élaboration</i>	P.73
2) <i>Sa composition</i>	P.74
<u>D) Le déroulement de l'étude</u>	P.75
1) <i>La diffusion du questionnaire</i>	P.75
2) <i>Le recueil des données</i>	P.77
<u>E) La méthode d'analyse des données</u>	P.78
III RESULTATS	P.81
<u>A) La description des répondants</u>	P.82
1) <i>Le taux de participation</i>	P.82
2) <i>Les caractéristiques de l'échantillon</i>	P.84
<u>B) L'analyse globale des résultats</u>	P.89
1) <i>La participation à la FMC conventionnelle en 2011 et 2012</i>	P.89
2) <i>Le mode d'information sur le DPC</i>	P.91
3) <i>La participation ou la non-participation à un ou plusieurs programmes de DPC en 2013</i>	P.93
4) <i>La participation à la FMC non agréée DPC en 2013</i>	P.102
5) <i>L'opinion sur le caractère obligatoire et sanctionnant du DPC</i>	P.105
6) <i>L'opinion sur le financement du DPC</i>	P.106
7) <i>Les suggestions d'amélioration du DPC</i>	P.107
8) <i>Le ressenti vis-à-vis du DPC et les commentaires libres</i>	P.107
<u>C) Les résultats croisés</u>	P.112
1) <i>En fonction des caractéristiques de la population</i>	P.112
2) <i>FMC en 2011-2012 et DPC en 2013</i>	P.127
3) <i>DPC en 2013 et FMC en 2013</i>	P.128
4) <i>FMC en 2011-2012 et FMC en 2013</i>	P.129
IV DISCUSSION	P.131
<u>A) La méthode</u>	P.132
1) <i>Le type d'enquête</i>	P.132
2) <i>La population</i>	P.133

3) Le questionnaire.....	P.135
4) Le déroulement de l'étude.....	P.136
5) La méthode d'analyse des données.....	P.137
B) Les résultats.....	P.137
1) <i>Les réponses aux objectifs de l'étude</i>	P.137
2) <i>Le taux de participation à l'enquête</i>	P.138
3) <i>L'essentiel des résultats</i>	P.140
4) <i>Mise en évidence de liaisons entre variables qualitatives</i>	P.146
5) <i>Les résultats par rapport à la littérature existante</i>	P.147
C) Les perspectives.....	P.149
1) <i>Des enquêtes sur d'autres populations</i>	P.149
2) <i>Des études qualitatives</i>	P.150
3) <i>Etudier l'ensemble de la question de la formation continue</i>	P.150
4) <i>L'actualité du DPC</i>	P.151
5) <i>L'avenir du DPC français en Europe</i>	P.151
V CONCLUSION.....	P.153
BIBLIOGRAPHIE.....	P.157
ANNEXES.....	P.171
ANNEXE 1 : THESES DE 2014 REPERTORIEES DANS LE SUDOC.....	P.172
ANNEXE 2 : BAREME DES CREDITS DE FMC ET D'EPP.....	P.176
ANNEXE 3 : ATTESTATION DE PARTICIPATION A UN PROGRAMME DE DPC.....	P.178
ANNEXE 4 : ORGANISMES DE DPC ENREGISTRES JUSQU'AU 30 JUIN 2014.....	P.179
ANNEXE 5 : RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE ROME DE 2004.....	P.182
ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE-TEST DE JUIN 2014.....	P.183
ANNEXE 7 : QUESTIONNAIRE DE SEPTEMBRE 2014 ET SA LETTRE EXPLICATIVE.....	P.185
ANNEXE 8 : LES RESULTATS CROISES RELATIFS AUX CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON.....	P.189
RESUME.....	P.199
ABSTRACT.....	P.201
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	P.205

LISTE DES ABREVIATIONS

AFFM : Association Fédérale pour la Formation des médecins
AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé
ANFH : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier
ASFORMED : Association pour la Formation Continue du Médecin
ARS : Agence Régionale de Santé

BMJ : British Medical Journal

CDO : Conseil Départemental de l'Ordre
CGEA : Collège des Généralistes Enseignants d'Aquitaine
CHEM : Collège des Hautes Etudes en Médecine
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CMG : Collège de la Médecine Générale
CNFMC : Conseil National de FMC
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRFMC : Conseil Régional de FMC
CS : Conseil Scientifique
CSI : Commission Scientifique Indépendante
CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français

DIU : Diplôme Inter-Universitaire
DMG : Département de Médecine Générale
DPC : Développement Professionnel Continu
DU : Diplôme Universitaire

EACCME : European Accreditation Council for Continuing Medical Education
EACMSQ : European Accreditation Council for Medical Specialist Qualification
EBM : Evidence Based Medicine
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
EPU : Enseignement Post-Universitaire

FAF : Fonds d'Assurance Formation
FAF-PM : Fonds d'Assurance Formation de la Profession Médicale
FMC : Formation Médicale Continue
FMF : Fédération des Médecins de France
FPC : Formation Professionnelle Conventiionnelle

GIP : Groupement d'Intérêt Public

GOFIMEC : Groupement des Organismes de Formation et d'Information Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

HCPP : Haut Conseil des Professions Paramédicales

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MGForm : Association de Formation du Médecin Généraliste

MGFrance : Syndicat des Médecins Généralistes

MSU : Maître de Stage des Universités

NPR : N'a Pas Répondu

NSP : Ne Sait Pas

ODPC: Organisme de DPC

OGC : Organisme Gestionnaire Conventionnel

OGDPC : Organisme Gestionnaire du DPC

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPCA : Organisme Paritaire Collecteur Agréé

QCM : Questionnaire à choix multiple

SFDRMG : Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

SML : Syndicat des Médecins Libéraux

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

SUDoc : Système Universitaire de Documentation

UEMS : Union Européenne des Médecins spécialistes

UMFCS : Unité Mixte de Formation Continue en Santé

UNAFORMEC : Union Nationale des Associations de Formation médicale Continue

UNOF : Union Nationale des Omnipraticiens Français

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

URPS : Union Régionale des Professions de Santé

URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

AVANT-PROPOS

La formation médicale continue a existé à toutes les époques, au moins de manière informelle, sous forme orale ou écrite, même si le concept n'était pas clairement individualisé.

C'est ainsi que dans le Serment d'Hippocrate, dès l'Antiquité, cette notion de transmission du savoir était présente : « Je mettrai mon maître de médecine au même rang que les auteurs de mes jours, je partagerai avec lui mon avoir, et, dans la nécessité, je pourvoirai à ses besoins ; je tiendrai ses enfants pour des frères, et, s'ils désirent apprendre la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement. Je ferai part des préceptes à mes fils, à ceux de mon maître et aux disciples liés par un engagement et un serment suivant la loi médicale, mais à nul autre ». (1)

De même, la prière de Maïmonide (philosophe, théologien et médecin (2)), au XIIème siècle, soulignait aussi la nécessité d'entretenir perpétuellement ses compétences : « Donne-moi la force, la volonté et l'occasion d'élargir de plus en plus mes connaissances. Je peux aujourd'hui découvrir dans mon savoir des choses que je ne soupçonnais pas hier, car l'art est grand mais l'esprit de l'homme pénètre tout ». (3, 4)

Puis, la formulation du serment a changé au fil des évolutions sociétales. Depuis la publication du premier code de déontologie médicale, en 1947, le serment médical est plus précis dans la nécessité d'un principe de formation médicale continue : « Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me sont demandés ». (3, 5)

Dans les faits, ce n'est qu'à partir du XIXème siècle, qu'une organisation officielle de l'échange du savoir s'est réellement mise en place dans plusieurs régions françaises. Ces dernières étaient le siège des écoles de médecine créées à la suite de la loi du 10 mars 1803. Par cette loi, le Consulat mettait fin à la liberté d'exercer la médecine sans diplôme et prenait dès lors des dispositions pour régir la formation comme : le contrôle des connaissances par des examens, l'acquisition du diplôme par la soutenance d'une thèse, l'installation sur le territoire français... (6, 7)

Aussi, il nous est apparu intéressant de mentionner, ici, quelques exemples de diffusion des connaissances médicales à cette époque :

- En 1801, à Strasbourg, des professeurs de l'Ecole de médecine se réunissaient au sein d'une Association avec des médecins de terrain. (8)

- En 1819, une bibliothèque médicale était créée à la Krutenau (un quartier de Strasbourg) à partir de collections privées et de celles de l'ancienne Académie luthérienne. (8)

- En 1829, à Colmar, des praticiens ont fondé la Conférence du Haut-Rhin et se réunissaient à leur domicile. (8)

- En 1830, naquit la Gazette médicale de Paris qui se voulait une nouvelle source d'instruction avec analyse critique. (9)

- En 1842, s'est constituée la Société de Médecine de Strasbourg entre des médecins de terrain et des médecins hospitalo-universitaires. Et, la dixième édition du Congrès scientifique de France s'y est déroulée. (10)

- En 1841, l'ophtalmologiste Victor Stoeber et le médecin Edouard Eissen fondèrent la Gazette médicale de Strasbourg qui publiait alors de nombreux articles venant de pays étrangers. A cette époque, la faculté de Strasbourg était très ouverte sur le monde extérieur et diffusait ainsi le mouvement scientifique venu notamment d'Allemagne (récits, voyages de médecins...). (10)

- En 1845, le Congrès Médical de France a eu lieu, à l'Hôtel de ville de Paris, avec 2000 médecins. Puis, en 1858, le Docteur Rayer fonda l'Association Générale des Médecins de France, préfigurant la création d'un Ordre des Médecins. (11)

Ainsi, voici illustrés les prémices de notre formation professionnelle continue dont l'organisation sera officialisée par l'Enseignement Post-Universitaire (EPU) dans les années 1930, puis la Formation Médicale Continue (FMC) à partir de 1974, l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) à partir de 1998 et enfin le Développement Professionnel Continu (DPC) depuis 2009. (12, 13)

A l'aube de devenir médecins généralistes, profession où nous serons désormais en dehors de la formation universitaire qui nous a pourtant continuellement accompagnés depuis la première année de médecine, il est essentiel de nous interroger sur la nature de la formation post-universitaire actuelle pour pérenniser nos compétences et sur ses évolutions souhaitables.

Ainsi, plusieurs questions se posent :

- Le DPC est-il adapté à la pratique actuelle de la médecine générale ?
- La nouvelle réforme doit-elle être corrigée pour répondre aux attentes de la profession en matière de formation continue ?

Depuis la création du DPC (réunion de la FMC et de l'EPP), l'année 2013 a été une année de transition puisqu'elle a vu l'entrée en vigueur de ce dispositif pour les 22 professions de santé concernées, après quelques années nécessaires à l'organisation et à la finalisation du dispositif.

Cette réforme a un objectif de santé publique clairement défini : « améliorer la qualité et la sécurité des soins », y compris dans le domaine de la santé publique, tout en maîtrisant les dépenses de santé.

En cette première année, les avis des acteurs en présence, tant instances officielles que professions de santé, ont été partagés sur ce nouveau système de formation : ce dernier

montre à la fois des avantages, des avancées mais aussi des inconvénients, des contraintes.

La formation continue des médecins a toujours été source de polémiques diverses en raison des nombreux problèmes d'indépendance qu'elle soulève vis-à-vis de l'Etat, des syndicats, des assurances ou de l'industrie pharmaceutique. Cela a fait émerger des interrogations sur l'objectivité des informations diffusées et sur l'existence possible de conflits d'intérêts. (14)

Le DPC a été présenté comme un dispositif répondant à ces problématiques récurrentes mais, c'est par les médecins, notamment généralistes, qu'il semble avoir été contesté le plus fortement au cours de cette année 2013.

Face aux nombreuses critiques (retards d'indemnisation, modalités d'enregistrement des organismes, modalités d'inscription des professionnels...), Mme Marisol Touraine, ministre des Affaires Sociales et de la Santé, a demandé le 1er juillet 2013 une évaluation de l'Organisme de Gestion du DPC (OGDPC) par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). Sa mission s'est rapidement élargie à la réforme en elle-même pour en examiner les différents aspects. S'il a mis en évidence certains dysfonctionnements de l'OGDPC, le rapport de l'IGAS, remis à la ministre en avril 2014, a surtout insisté sur un vice de conception de la réforme de la formation dans son ensemble. (14)

Sur le plan des travaux de recherche déjà effectués jusqu'à début 2015, en France, nous avons noté 356 thèses réalisées sur la FMC, portant en majorité sur l'évaluation d'une action particulière de FMC ou sur l'étude d'une des modalités de FMC (comme l'utilisation de l'informatique ou la réalisation de groupes de pairs ou la participation de l'industrie pharmaceutique...). Quelques thèses ont étudié le concept de FMC de manière générale en explorant ses enjeux, les attentes des médecins par rapport à leur formation. (cf Annexe 1)

Par ailleurs, jusqu'à février 2015, seulement 16 thèses sur le DPC ont été répertoriées dont quatre faisant un état des lieux du DPC en général : auprès de médecins généralistes de la Marne et des Ardennes (2014), de l'Yonne (2013), de la Gironde (2012), et de la France entière (2011). (cf Annexe 1)

Par conséquent, il existe peu de productions écrites concernant l'évaluation de la première année de mise en place du DPC et, en particulier, chez les médecins généralistes. C'est pour ces raisons que nous avons souhaité nous y consacrer, en limitant cependant notre travail de recherche à deux départements d'Aquitaine.

Dans ce contexte, l'objectif principal de cette thèse est d'établir le bilan de la première année de mise en place du DPC chez les médecins généralistes. Il semblerait que l'on puisse

supposer que le DPC n'a pas répondu aux attentes des médecins généralistes en matière de formation continue.

Nous présenterons d'abord l'historique de la FMC en France, puis nous détaillerons la nouvelle réforme du DPC. Par la suite, nous étudierons plus spécifiquement la situation du DPC en France lors de l'année 2013. Brièvement, nous nous intéresserons à la situation de la FMC à l'étranger.

En second lieu, nous décrirons l'enquête observationnelle, réalisée par questionnaire, à partir d'un échantillon représentatif et randomisé de 614 médecins généralistes de Dordogne et de Lot-et-Garonne.

La troisième partie exposera les résultats de l'enquête.

Enfin, nous procéderons à une analyse critique des résultats, ce qui nous permettra de proposer un certain nombre de pistes d'amélioration de cette nouvelle organisation de la formation continue des professions de santé.

I INTRODUCTION

A) Les modalités de la recherche bibliographique

Notre intérêt s'est d'abord porté sur les diverses ressources disponibles sur internet.

Les mots-clés utilisés ont été :

- en français : formation continue, formation médicale continue, formation professionnelle, développement professionnel continu, en France, en Europe, à l'international.
- en anglais : continuing (continuous) education, continuing medical education, continuing professional education, continuing medical development, continuing professional development, in France, in Europe, international.

Les sites suivants ont été consultés via le site de l'Université de Bordeaux (<http://www.u-bordeaux.fr/>) et son espace numérique de travail qui permet leur accès libre :

- les bases de données : Cochrane, PubMed/Medline, Pascal, Factiva.
- les bibliothèques numériques : Dawsonera et Scholarvox.
- les catalogues : BaBorD+ (Base Bordelaise Documentaire) et SUDoc (Système Universitaire de Documentation).
- les sites liés à une revue ou à un éditeur : les plateformes Dodocpro (publications de la Revue du praticien, la Revue du praticien en médecine générale, le Concours médical...) et Sciencedirect (productions de l'éditeur Elsevier Masson).

Des sites, directement en accès libre, ont permis de regrouper d'importantes informations :

- les syndicats de médecine générale : le syndicat des Médecins Généralistes (MGFRANCE) (<http://www.mgfrance.org/>), la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) (<http://www.csmf.org/>), l'Union Nationale des Omnipraticiens Français (UNOF) (<http://www.unof.org/>), le Syndicat des Médecins Libéraux (SML) (<http://www.lesml.org/>), la Fédération des Médecins de France (FMF) (<http://www.fmfpro.com>).
- les sociétés scientifiques de médecine générale : le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) (<http://www.cnge.fr/>), la Société Française de Médecine Générale (SFMG) (<http://www.sfmfg.org/accueil/>), la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG) (<http://www.sftg.net/>), la Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale (SFDRMG) (<http://www.unaformec.org/-SFDRMG-.html>). La SFDRMG est la société scientifique de l'Union Nationale des Associations de Formation médicale Continue (UNAFORMEC).
- les revues médicales : la revue Médecine (<http://www.jle.com/fr/index.phtml>), le British Medical Journal (BMJ) (<http://www.bmj.com/thebmj>), le Quotidien du médecin

(<http://www.lequotidiendumedecin.fr/>), le Généraliste (<http://www.legeneraliste.fr/>).

• la librairie de la documentation française (<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>) : il s'agit du service d'édition de la Direction de l'Information Légale et Administrative, qui publie un grand nombre d'ouvrages ou de rapports publics.

• l'OGDPC (<https://www.ogdpc.fr/> et <https://www.mondpc.fr/>)

• le Collège de Médecine Générale (CMG) (<http://www.lecmg.fr/internet/index.php>).

• la Haute Autorité de Santé (HAS) (<http://www.has-sante.fr/portail/jcms/1249588/fr/accueil>).

• le site de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)

(<http://www.uems.eu/>).

D'autre part, les ouvrages écrits que nous avons consultés ont été :

• « La formation médicale continue : Principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation » du Dr Pierre Gallois, Médecine-Sciences, édition Flammarion, 1997.

• « DPC, 100 questions-réponses, guide pratique », des Pr Bernard Gay et Jacques Lagarrigue, éditions Scientifiques L and C, Paris, 2013.

LES POINTS ESSENTIELS :

Les mots-clés de recherche :

➡ en français : formation continue, formation médicale continue, formation professionnelle, développement professionnel continu, en France, en Europe, à l'international.

➡ en anglais : continuing (continuous) education, continuing medical education, continuing professional education, continuing medical development, continuing professional development, in France, in Europe, international.

Les ressources documentaires:

➡ sites internet, accessibles via l'espace numérique de travail de l'Université de Bordeaux.

➡ sites internet, en accès libre : les syndicats et sociétés scientifiques de médecine générale, les revues médicales, la documentation française, l'OGDPC, le CMG, la HAS, l'UEMS.

➡ deux livres : du Dr Gallois et des Pr Gay et Lagarrigue.

B) La FMC en France

1) Les grandes étapes de son histoire

a) Les années 1930 et 1940 : la place de l'enseignement universitaire

La FMC a d'abord été universitaire par l'organisation des Enseignements Post-Universitaires dès les années 1930, avec les Assises de Médecine.

L'objectif premier était l'entretien et l'actualisation des connaissances.

Tout cela s'est accéléré en 1947 avec la création des Entretiens de Bichat à Paris (conférences d'universitaires à des médecins généralistes) qui ont essaimé dans les facultés de province en 1954 par l'intermédiaire des Collèges de Médecine Rurale. (12)

b) Les années 1950 : la décentralisation par la multiplication des associations traditionnelles

Dès les années 1950, des associations de formation locales se sont développées pour être au plus près du médecin généraliste, tant au niveau géographique que professionnel pour éviter un enseignement trop magistral et éloigné de la pratique. Ces structures associatives étaient autonomes (régies par la loi de 1901), multidisciplinaires, mais surtout composées de généralistes. Elles pouvaient être de taille très variable (de la structure de quartier à celle du département). Les médecins participaient à leur financement par le biais de leur cotisation.

L'Association de Médecine Rurale en est un exemple. Une des plus anciennes était la société de médecine du Loiret créée en 1896.

On a compté par la suite : 150 associations en 1970, 830 en 1986, plus de 1200 en 1994. (12)

c) Les années 1960 et 1970 : de la rivalité syndicats / associations traditionnelles à la naissance de la FMC

Un deuxième objectif de promotion de la profession a émergé dès les années 1960 et surtout au début des années 1970 : les syndicats médicaux se sont responsabilisés par rapport à la FMC. Ils ont voulu créer en 1964 une structure professionnelle unique de FMC, l'Association Médicale pour l'Enseignement Post-Universitaire, qui n'a pas fonctionné. L'Association Nationale pour la Formation du Médecin, purement associative est née en 1969.

Une nouvelle impulsion dans le domaine de la formation médicale a été donnée suite

à la loi Delors du 16 juillet 1971 instituant une obligation nationale de formation professionnelle permanente pour tous les actifs, en prévoyant un financement collectif.

En 1973, deux associations nationales concurrentes se sont ainsi créées :

- le Groupement des Organismes de Formation et d'Information Médicale Continue (GOFIMEC) par 12 responsables d'associations locales, suite à un appel de huit associations publié dans la Tribune Médicale : il promouvait l'autonomie des associations et l'indépendance vis-à-vis des syndicats dans la formation.

- l'Association pour la Formation Continue du Médecin (ASFORMED), sous l'impulsion des deux syndicats représentatifs (CSMF et FMF), en réponse à la formation du GOFIMEC : il réunissait syndicats et associations de formation et promouvait la création d'un Fonds d'Assurance Formation (FAF) conformément à la loi de 1971. En effet, cette loi instaurait une obligation d'autofinancement de la formation continue des français par chaque entreprise concernée. (12)

Face au concept de formation universitaire, en 1974, Guy Scharf notamment, médecin généraliste de Metz, a mis en valeur le concept de pédagogie d'adultes en s'inspirant des travaux de J.J Guilbert à l'OMS. Ainsi, l'EPU est devenue FMC. (12)

En 1978, l'UNAFORMEC (fusion du GOFIMEC et de l'ASFORMED) est fondée par la ministre de la Santé, Mme Simone Veil après de nombreuses tractations. Des fédérations départementales et régionales se sont mises progressivement en place. Une convention a été établie pour faciliter le dialogue entre syndicats et associations, ce qui a apaisé le climat. Une subvention d'un million de francs (puis, de trois millions de francs les années suivantes) a été allouée pour organiser à la fois des séminaires de formation sur des problématiques de santé publique et la formation des organisateurs.

Le troisième objectif de santé publique a ainsi été poursuivi. Tout cela s'est fait en dehors du FAF existant théoriquement depuis 1974, mais encore non fonctionnel. (12)

d) Les années 1980 : la cohabitation syndicats / associations

Suite à ces nouvelles règles, l'Ordre des médecins, les syndicats et l'UNAFORMEC ont défini, le 16 juillet 1981, les objectifs de la FMC :

- « entretenir, actualiser, améliorer les connaissances et les comportements ».
- « permettre l'adaptation des praticiens à tout objectif particulier du système de santé (prévention, épidémiologie, éducation sanitaire...) ».
- « participer à l'élaboration et à l'évaluation des connaissances et des filières de soins (recherches cliniques, recherches épidémiologiques...) ».
- « former le praticien à l'exercice de ses responsabilités individuelles et

collectives (enseignement et auto-évaluation des connaissances et des comportements...) ». (12)

En 1982, M. Jack Ralite, ministre de la Santé, a transféré les conventions de financement de la FMC aux syndicats médicaux par le biais du FAF, dorénavant opérationnel et financé par les cotisations des médecins via l'Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF), et par des fonds provenant de la Direction Générale de la Santé. En 1983, suite à la demande des syndicats, la Sécurité Sociale a financé (en tout 15 millions de francs) pour moitié l'UNAFORMEC et pour l'autre moitié les syndicats.

Syndicats et associations ont alors signé une nouvelle convention. L'UNAFORMEC se chargeait de la formation scientifique. Les syndicats s'occupaient de la formation professionnelle de leurs cadres grâce à des structures spécifiques qui sont l'Association Confédérale pour la Formation Médicale (ACFM) et l'Association Fédérale pour la Formation des Médecins (AFFM). (12)

e) Les années 1990 : une nouvelle FMC

Les moyens de la FMC ont augmenté en 1990 suite à la nouvelle convention médicale signée entre syndicats et Sécurité Sociale. Dès lors, la participation des médecins libéraux à une action de FMC validée était indemnisée.

En effet, la FMC conventionnelle ou Formation Professionnelle Conventionnelle (FPC) s'est organisée depuis 1990. (12, 13) Des commissions de validation spécifiques ont été créées auprès des Conseils Régionaux (CRFMC) et du Comité National de FMC ; elles validaient une FMC selon des critères de qualité qui avaient été définis par le Comité national de FMC en 1989 :

- l'adaptation à l'exercice de chaque praticien.
- la qualité scientifique.
- la qualité pédagogique.
- l'indépendance, restant la plus difficile à évaluer. (12, 15)

Les syndicats se sont montrés de plus en plus incontournables dans la FMC avec la création de MGForm (association de Formation des Médecins Généralistes) par MGFrance (né d'une scission de la CSMF et reconnu comme syndicat représentatif en 1989), l'extension des compétences de l'ACFM et de l'AFFM, et la composition exclusivement syndicale (CSMF, FMF, MGFrance, SML) du Conseil de Gestion du FAF.

Le FAF des Professions Médicales (FAF-PM) n'a été alimenté par les cotisations des médecins libéraux qu'après le décret du 25 mars 1993. Sur le plan de son financement par l'industrie pharmaceutique, un seul contrat a été signé avec le laboratoire Servier en 1992.

Dans ce contexte, deux écoles s'opposaient :

- celle des associations locales, nombreuses, souvent asyndicales organisant les FMC traditionnelles et conventionnelles.
- celle des associations nationales, syndicales organisant surtout les formations conventionnelles. (12)

Face à cette situation bloquée, l'ordonnance Juppé du 24 avril 1996 (complétée par l'arrêté du 6 mai 1997) a fixé pour tous les médecins une obligation légale de FMC. Jusqu'alors, l'obligation était déontologique.

« La FMC a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins et du mieux-être des patients, notamment dans le domaine de la prévention, ainsi que l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé publique. Elle est devenue une obligation légale pour les médecins... » (12)

En 1998 :

- Le 26 novembre, MGFrance est la seule organisation à signer la convention instituant la FPC pour les médecins généralistes, avec la création de l'organisme Gestionnaire Conventionnel (OGC), qui allait gérer les parties administratives et financières du dispositif. (15)

- L'EPP a été définie par la loi comme volontaire et non sanctionnante pour les médecins libéraux. Elle était cogérée par les Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) et l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (13)

f) Les années 2000 : la cohabitation FMC et EPP

Suite à la loi Kouchner de 2002, la loi du 13 août 2004 a confirmé l'obligation de FMC et institué trois Conseils Nationaux de FMC (CNFMC) pour les médecins libéraux, les médecins salariés et ceux exerçant en établissement de santé (15), qui ont existé jusqu'en septembre 2010. (16)

Cette loi a aussi introduit une obligation d'EPP (mise en place par la HAS) pour tous les médecins, distincte du perfectionnement des connaissances. (13)

Le décret du 14 avril 2005 a défini l'EPP : « elle a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par le praticien. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement de la santé publique dans le respect des règles déontologiques. Elle consiste en l'analyse des pratiques professionnelles en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la HAS et inclut la mise en œuvre et le suivi d'amélioration des

pratiques. L'EPP avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la FMC. » (15)

Les médecins spécialistes libéraux ont rejoint la FPC en 2005 suite à la signature de la convention généralistes / spécialistes. (15)

LES POINTS ESSENTIELS :

1930

Et

Les EPU.

1940



1950

Les associations traditionnelles.



1971

Loi Delors : la formation professionnelle permanente et obligatoire pour tous les actifs.



1974

Naissance du concept de FMC, pédagogie d'adultes et création du FAF.



1973

Création du GOFIMEC et de l'ASFORMED.



1978

Fusion GOFIMEC et ASFORMED en UNAFORMEC.



1983

FAF opérationnel.



1990

Convention pour la FMC conventionnelle et indemnisée.



1993

Financement du FAF-PM par les médecins libéraux.



1996

La FMC : une obligation légale.



1998

Convention pour la FPC des médecins généralistes avec création de l'OGC.
L'EPP : volontaire et non sanctionnante pour les médecins libéraux.



2004

L'EPP : une obligation légale.



2005

Convention pour la FPC des médecins libéraux spécialistes.

2) La FMC et l'EPP chez les médecins généralistes

Cette partie se propose de développer les caractéristiques du système de formation continue fonctionnant jusqu'en 2012, avant la mise en place du DPC.

a) L'agrément des organismes et des actions

Les organismes étaient agréés par différentes structures indépendantes :

- les CNFMC attribuaient un agrément à des organismes pour cinq ans.
- le comité paritaire national de FPC agréait des organismes de FPC, après avis favorable des CNFMC. L'agrément pouvait être attribué à quatre types d'organismes : les associations de formation continue des médecins libéraux, les sociétés savantes, les collèges d'enseignants en médecine, les départements universitaires de FMC ou de médecine générale.
- le FAF-PM agréait des organismes, indépendamment des CNFMC, dont le financement était alors pris en charge.
- la HAS s'occupait de l'agrément des organismes d'EPP, après avis positif des CNFMC. (15)

Chaque année, le comité paritaire de FPC (représentants des syndicats médicaux signataires et de l'union nationale des caisses d'Assurance Maladie) arrêtaient des thèmes de formation en rapport avec des thèmes conventionnels de maîtrise médicalisée des dépenses de santé et avec les objectifs de la loi de santé publique de 2004. Puis, le comité sélectionnait des actions de formation suite à un appel à projets et une évaluation par le conseil scientifique de la FPC. (15)

b) Les modalités de validation

Pour tout médecin, la validation de son obligation de FMC était conditionnée par l'obtention en cinq ans d'au moins 250 crédits dont :

- 150 crédits dans au moins deux des catégories 1 à 3 (FMC).
- et 100 crédits obligatoires dans la catégorie 4 (EPP). (cf Annexe 2)

Le 13 juillet 2006, un arrêté (paru au Journal Officiel du 9 août 2006) a détaillé le barème des crédits nécessaires à la validation de la FMC. Il était le même pour tous les médecins, quels que soient leur mode d'activité ou leur spécialité et était défini pour cinq ans, à partir de la date de mise en place du CRFMC local. (15)

L'EPP des médecins généralistes était réalisée par les URML : soit par des médecins habilités, soit par des organismes agréés. Ces unions délivraient alors un certificat qui devait être validé par une commission régionale ; le Conseil Départemental de l'Ordre délivrait ensuite une attestation. (15)

La validation de l'obligation de FMC/EPP était organisée par les CRFMC selon les critères du CNFMC et de la HAS. Chaque praticien devait adresser au fur et à mesure au CRFMC des copies des justificatifs pour constituer son dossier.

Si les 250 crédits avaient été acquis au terme des cinq ans, le CRFMC délivrait une attestation de validation et en informait le Conseil de l'Ordre.

Dans le cas contraire, le praticien avait six mois pour envoyer des justificatifs. A la fin des six mois, si le dossier restait toujours incomplet, le CRFMC devait en informer l'Ordre qui restait encore dans une démarche de concertation. Le CRFMC établissait alors avec le praticien concerné un plan de rattrapage de FMC.

En cas de non-production ou de refus de ce plan, le Conseil Régional de l'Ordre était informé et devait décider de la conduite à tenir, en s'orientant cette fois-ci vers une procédure disciplinaire. (15)

c) Les méthodes de formation

Selon une étude de 2008 (dans les Cahiers de sociologie et de démographie médicale) la presse médicale était citée comme moyen de FMC par 84% des médecins, devant la participation à un congrès médical (73%), la lecture de manuels (72%), l'internet (66%) et les séances de FMC organisées par les associations professionnelles (51%). (17)

Les différents moyens de la FMC jusqu'en 2012, coexistent toujours, même sous l'ère actuelle du DPC. En voici les méthodes principales :

- Les universités par le biais des Départements universitaires de FMC qui se sont multipliés depuis les années 1990 (12) ou par les Diplômes Universitaires (DU) et les Diplômes Inter-Universitaires (DIU). (18)

- Les séminaires, portant sur un thème prédéfini, organisés par des associations locales, nombreuses et disséminées sur tout le territoire. (18)

- Les congrès avec des conférences, organisés par des sociétés savantes ou des Collèges d'Enseignants... (18)

- Les groupes d'échanges avec les pairs, réunissant des médecins d'une même spécialité et d'une même zone géographique :

- le groupe de pairs, initié par la SFMG depuis la fin des années 1980 : de huit à dix séances par an, avec un participant modérateur ; chaque séance est partagée en trois temps : le cas clinique, la coordination des soins et un temps d'échanges libre.

- le groupe qualité, initié par les URML (qui en assurent l'indemnisation) : autour d'un médecin animateur et d'un thème prédéfini : des staffs (six par an, des descriptions de cas cliniques) et des réunions de restitution (quatre par an, des retours d'information de l'Assurance Maladie).

- le groupe d'analyse de pratiques, initié par MGForm : quatre sessions par an, autour d'un thème prédéfini, avec deux visites par an d'un médecin formé pour sensibiliser les médecins à l'audit ; enfin, les médecins doivent rédiger deux audits. (18)

- Les groupes Balint, initiés dans les années 1950 par Michael Balint, psychiatre : une réflexion autour de la relation soignant/soigné entre une dizaine de médecins et un ou deux psychanalystes. (18)

- Les recommandations émanant de différentes structures officielles depuis 1990 : la HAS, l'Assurance Maladie, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé (AFSSAPS, devenue Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé depuis 2011 (19)). (18)

- La presse médicale très diverse :
 - d'actualité : le Quotidien du médecin depuis 1970...
 - à but de FMC pour les médecins généralistes ou les spécialistes : le Concours médical créé en 1878, la Revue du praticien...
 - anglo-saxonne, qui publie les résultats des études menées en recherche médicale : New England Journal of Medicine, The Journal of the American Medical Association, The Lancet...
 - centrée sur le médicament : la revue Prescrire créée en 1980, qui était subventionnée annuellement par l'Etat, puis qui s'autofinance depuis 1993. (18, 20)

Le financement de la presse se fait toujours grâce aux abonnements et à la publicité de l'industrie pharmaceutique. Seules, les revues Prescrire, Médecines et Pratiques restent autonomes par leurs abonnements et donc indépendantes de l'industrie pharmaceutique. (18)

- L'industrie pharmaceutique avec une participation graduée (totale ou partielle) des laboratoires : (21)

- la visite médicale : des informations données en rapport avec la promotion d'un médicament.

- les soirées formation : avec des intervenants plus ou moins influents et la présentation fréquente de médicaments. (18)

- L'outil informatique s'est développé de façon considérable depuis 1995 :

- les logiciels d'aide à la prescription.

- les sites internet médicaux : de vulgarisation ou spécialisés.

- les moteurs de recherche classiques (google) ou spécialisés (CISMef, Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française, et PubMed).

- l'e-learning : une formation à distance utilisant les nouvelles technologies de l'information et de la communication.

- les groupes de pairs virtuels : des groupes de discussion sur un sujet précis par mail.

- les forums médicaux de patients.

- La formation d'un étudiant en médecine peut aussi contribuer à la formation continue : un stage de six mois en cabinet de médecine générale est obligatoire depuis 1997 pour les résidents puis les internes. (18)

En ce qui concerne l'EPP, elle était fondée sur l'autoanalyse et l'évaluation formative. Voici les méthodes qui étaient utilisées dans l'EPP, et que l'on peut aussi retrouver actuellement dans le DPC :

- L'analyse en groupe :

- les groupes d'analyse entre pairs, la méthode la plus utilisée en médecine générale.

- la revue de morbidité et de mortalité : l'analyse rétrospective d'un cas par toute une équipe médicale.

- l'exercice coordonné et protocolé d'une équipe pluridisciplinaire, en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé. (18)

- L'audit : évaluer les pratiques d'après l'analyse de plusieurs dossiers d'une même catégorie de patients. (18)

- Les réseaux : être membre d'un réseau et participer à des actions organisées par

celui-ci. (18)

- Les registres, observatoires, bases de données : la participation à un recueil de données informatisées, organisé par une société savante ou un réseau. (18)
- La visite académique : des médecins viennent échanger tous les deux mois au cabinet pendant environ 25 minutes. (18)
- Le chemin clinique : décrire une pathologie précise autour d'un cas de patient pour standardiser une prise en charge multidisciplinaire. (18)

d) Le financement

Concernant la FMC des médecins libéraux, un organisme pouvait être financé, selon son agrément, par :

- l'OGC pour la FPC : environ 70 millions d'euros en 2005. (22)
- le FAF-PM : environ cinq millions d'euros en 2005. (22)
- les droits d'inscription des médecins à un programme.
- les droits d'adhésion des médecins à une association de FMC.

L'industrie pharmaceutique pouvait y participer soit par un financement direct, soit par la mise à disposition de moyens de soutien aux formations, non directement quantifiables.

Les CNFMC et le FAF-PM acceptaient les financements de l'industrie pharmaceutique. La FPC les refusait. (15)

Pour 2005, la participation à la FMC de l'industrie pharmaceutique était estimée à un montant de 400 à 600 millions d'euros. Mais, ces ressources sont toujours restées difficilement évaluables précisément. (22)

Pour l'EPP, les sources de financement n'étaient pas clairement individualisables ; les URML et la Caisse nationale d'assurance maladie y participaient. La HAS n'acceptait pas la participation de l'industrie pharmaceutique. (15)

Depuis 1993, le FAF-PM est alimenté aussi par les cotisations pour la FMC collectées par l'URSSAF auprès (12) :

- des médecins ayant un exercice libéral, y compris les conjoints collaborateurs (base de 0,25% du plafond annuel de la Sécurité Sociale, soit 93 euros pour 2014).
- des médecins ayant déclaré un conjoint collaborateur, soumis depuis 2007 au taux de 0,34% au lieu de 0,25%. (23)

e) L'indemnisation

Dans le cadre de la FPC, il existait une indemnisation pour pertes de ressources de 15 consultations par jour (soit 345 euros) dans la limite de 8 jours par an :

- pour les médecins libéraux conventionnés en exercice.
- pour les médecins remplaçants, thésés ou non, en règle avec l'Ordre des médecins (dans la limite de 10 % de médecins remplaçants par session).

Bien sûr, la participation à la formation devait être complète pour donner lieu à une indemnisation. Dans la période 2011/2013, cette possibilité d'indemnisation a pu concerner aussi bien des programmes agréés FPC que DPC (chaque module de DPC était indemnisé 690 euros). (25)

Par contre, l'EPP n'était pas indemnisée. (15)

Actuellement, pour ce qui est des formations individuelles organisées par le FAF-PM, leur prise en charge concerne exclusivement les frais pédagogiques et intervient a posteriori et dans la limite d'un plafond de 420 euros par médecin et par an. En ce qui concerne les formations collectives par le biais d'associations de formation agréées FAF-PM, elles sont gratuites pour les médecins libéraux. (24)

f) Les chiffres de 2007

Selon les données des CNFMC :

- 86 769 médecins (sur 210 600 médecins en exercice recensés début 2008) différents ont été formés par un organisme agréé.
- les organismes agréés ont été financés à :
 - 30% par la FPC.
 - 2,6% par le FAF-PM.
 - 21% par les droits d'inscription des médecins.
 - 4,1% par les droits d'adhésion des médecins.
 - 11% par l'industrie pharmaceutique, mais avec des possibilités de soutien aux formations non comptabilisables, comme l'aide logistique... (15)

Le FAF-PM a formé 7 000 médecins, soit moins de 6% des cotisants. (15)

La FPC a été suivie par 20 000 médecins libéraux sur les 112 000 en activité de l'époque. La majeure partie était représentée par 15 565 médecins généralistes, soit 27% d'entre eux. Leur participation a été multipliée par 2,4 depuis 2001 où ils n'étaient que 6 451.

Les actions d'EPP ont concerné 22 400 médecins selon la HAS. (15)

LES POINTS ESSENTIELS :

L'agrément des organismes :

FMC
↓
CNFMC, Comité paritaire national de FPC, FAF-PM

EPP
↓
HAS

La validation de l'obligation :

FMC
↓
150 crédits

↓
Au total : 250 crédits en 5 ans.

EPP
↓
100 crédits

Les méthodes :

FMC
↓
Universités,
Séminaires, congrès,
Groupes d'échange avec les pairs,
Groupes Balint,
Recommandations :
HAS, Assurance Maladie, AFSSAPS,
Formation d'étudiants en médecine,
Presse médicale,
Industrie pharmaceutique,
Informatique.

EPP
↓
Analyse en groupe,
Audit,
Réseaux,
Registres, observatoires,
Bases de données,
Visite académique,
Chemin clinique.

Le financement :

FMC
↓
OGC, FAF-PM, Droits d'inscription/adhésion
+ ou – industrie pharmaceutique

EPP
↓
URML, Assurance Maladie

L'indemnisation :

pour la FPC des médecins libéraux conventionnés en exercice et les remplaçants :

- ➡ équivalent de 15 consultations par jour, soit 345 euros.
- ➡ au maximum 8 jours par an.

En 2007 :

➡ FMC : 86 769 médecins participants

➡ EPP : 22 400 médecins participants

C) Le dispositif de DPC

Depuis une dizaine d'années, le terme de DPC est un terme courant dans la littérature internationale, principalement dans les publications anglo-saxonnes et québécoises. (26)

Le concept de DPC a d'abord été mis en place en Amérique du Nord (27), aux Etats-Unis, à partir de 2004. (28). La France était le seul pays à avoir dissocié FMC et EPP. (26)

Mais, il y a encore très peu d'études à propos des effets du DPC sur les pratiques professionnelles et la qualité des soins. (27)

Les données scientifiques dont nous disposons en matière de formation continue sont limitées :

- La FMC traditionnelle n'a eu que des effets faibles ou non significatifs sur la qualité et la sécurité des soins. (27)
- La multiplicité des méthodes et la répétition des actions de formation ont augmenté l'impact de la formation sur les compétences ou les performances des médecins concernés.
- L'interactivité entre professionnels est intéressante : le médecin, lors de sa formation, doit avoir une évaluation externe et ne pas être son seul observateur. (26)

1) Les dates-clés du DPC

En 2009, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) du 21 juillet a rassemblé FMC et EPP en une seule entité : le DPC. Et, le code de la santé publique l'a rendu obligatoire. (14, 29)

Le DPC est étendu à l'ensemble des 22 professions de santé médicales et paramédicales : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, pharmaciens, préparateurs en pharmacie, puéricultrices, assistantes puéricultrices, aides-soignants, manipulateurs-radio, ergothérapeutes, masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens, diététiciens, pédicures-podologues, orthophonistes, opticiens-lunetiers, audioprothésistes, prothésistes et orthésistes, techniciens de laboratoire; cela représente environ 1,7 million de professionnels de santé en France. (14)

Cette extension à l'ensemble des professionnels de santé (dispositif de formation antérieur restreint aux médecins) est à l'origine de problèmes de gestion, de difficultés pratiques avec des retards de mise en œuvre, et de lourdeurs réglementaires (multiples décrets). (27)

En janvier 2011, les premiers programmes de DPC ont été proposés aux médecins libéraux dans le cadre conventionnel.

Les 30 décembre 2011 et 9 janvier 2012, 11 décrets ont précisé les modalités du DPC, l'organisation et le fonctionnement du dispositif pour tous les professionnels de santé. (29)

Le 19 avril 2012, l'Organisme Gestionnaire du DPC (OGDPC) est créé par convention : il fonctionne depuis le 1er juillet 2012. Lors du premier semestre 2012, les instances composant l'OGDPC se sont installées progressivement : le conseil de gestion, de surveillance, le comité paritaire et ses neuf sections, les Commissions Scientifiques Indépendantes (CSI). (29)

Le Décret N° 2012-694 du 7 mai 2012 a modifié l'article 11 du Code de déontologie médicale (article R.4127-11 du Code de la Santé Publique): « Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu ». (30)

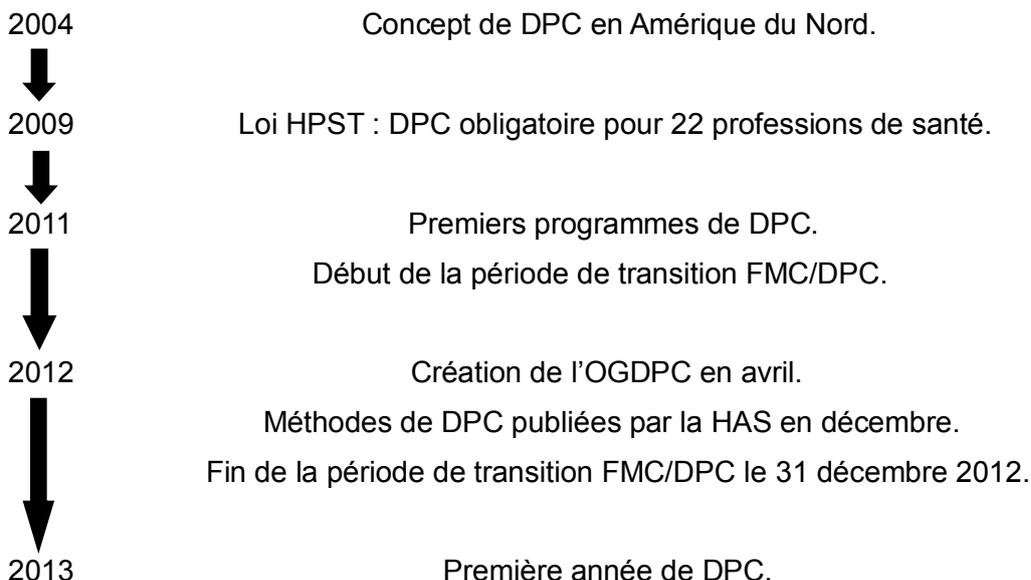
La période de transition, pour remplir son obligation de DPC, a eu lieu entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2012.

En décembre 2012, les méthodes de DPC validées par la HAS et les orientations nationales ont été publiées suite au travail des instances de l'OGDPC et des CSI : à partir de cette date, le DPC a remplacé le dispositif de formation continue conventionnelle, donc le système antérieur de points. (13, 29)

Ce système de DPC devait permettre de développer les coopérations inter-professionnelles et de décloisonner les différents modes d'exercice. Cette évolution française s'est inscrite dans une démarche d'amélioration des systèmes de soins déjà en place dans les pays développés. (31)

L'ensemble des textes réglementaires de la réforme du DPC est disponible sur le site de la HAS (www.has-sante.fr).

LES POINTS ESSENTIELS :



2) Ses objectifs

Ils ont été définis en juillet 2009, par la loi HPST, dans son article 59 : « le développement professionnel continu a pour objectif : l'EPP, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ».

Ses principes centraux sont :

- l'évaluation des besoins du praticien.
- une pédagogie centrée sur les pratiques.
- la prise en compte de la responsabilité sociale du médecin. (27)

3) Les organes structurant le DPC

a) L'OGDPC

C'est un Groupement d'Intérêt Public (GIP) constitué de représentants de l'Etat, de l'Assurance Maladie, de professionnels et d'employeurs.

Ses missions sont :

- assurer la maîtrise d'ouvrage du dispositif.
- organiser le financement du DPC pour les professionnels de santé libéraux

et ceux travaillant en centre de santé.

- contrôler les Organismes de DPC (ODPC).
- proposer des orientations nationales de DPC.
- assurer la gestion du système d'information. (29, 31)

b) Les CSI

Elles existent pour les médecins, les sages-femmes, les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes. Pour les paramédicaux, il s'agit du Haut Conseil des Professions Paramédicales (HCPP).

Leurs missions sont:

- évaluer les ODPC pour leur premier enregistrement puis actualiser régulièrement leur évaluation.
- donner un avis sur les orientations et les méthodes de DPC.
- établir la liste des DU ou DIU validant le DPC. (29, 31)

Depuis janvier 2013, la CSI des médecins est composée de 41 membres : 17 représentants du CMG, 17 représentants du Collège des médecins spécialistes, un représentant du service des armées et trois personnalités qualifiées, un représentant de la Conférence des doyens, un représentant de l'Ordre et un représentant de la HAS. (32)

c) Les ODPC

Les CSI et la Commission scientifique du HCPP évaluent les ODPC selon des critères (déterminés par décret) pour les agréer (enregistrement) ou pas sur la base des informations contenues dans le dossier d'évaluation joint à la demande d'enregistrement.

Si l'avis des CSI leur est favorable, leur liste est publiée par l'OGDPC sur son moteur de recherche. Ils sont alors autorisés à mettre en œuvre leur programme de DPC. Ces organismes peuvent être des associations, des entreprises, des universités, des établissements de santé...

Un organisme non enregistré peut proposer un programme de formation mais celui-ci ne permettra pas de valider son DPC. (29, 31)

L'arrêté du 19 juillet 2013, précisant les modalités d'évaluation des ODPC, a été publié au Journal Officiel le 26 juillet 2013. Trois critères sont prioritaires :

- leur indépendance financière, surtout vis-à-vis des industries de santé.
- les capacités scientifiques et pédagogiques des organismes, jugées selon une liste de recommandations.

Les ODPC se verront alors attribuer des notes de 0 à 10 (le 0 est éliminatoire), et il leur faudra obtenir la moyenne dans chacune des rubriques pour être admis ; s'il n'est pas retenu, l'organisme peut représenter un dossier à la CSI quatre mois après. (33)

Chaque ODPC réalise un bilan annuel de son activité et le transmet, au plus tard le 31 mars de l'année suivante, à l'OGDPC qui assurera son évaluation de suivi pour prolonger son agrément ou le désenregistrer. (29, 31)

LES POINTS ESSENTIELS :

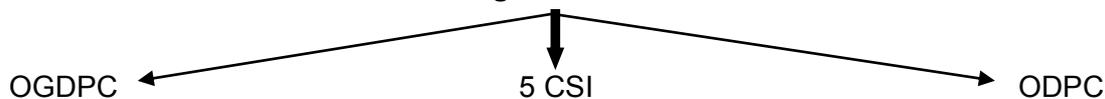
Les objectifs du DPC :



EPP,

Perfectionnement des connaissances,
Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins,
Prise en compte des priorités de santé publique,
Maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Les organes du DPC :



Médecins,
Chirurgiens-dentistes,
Pharmaciens,
Sages-femmes,
HCPP pour les paramédicaux.

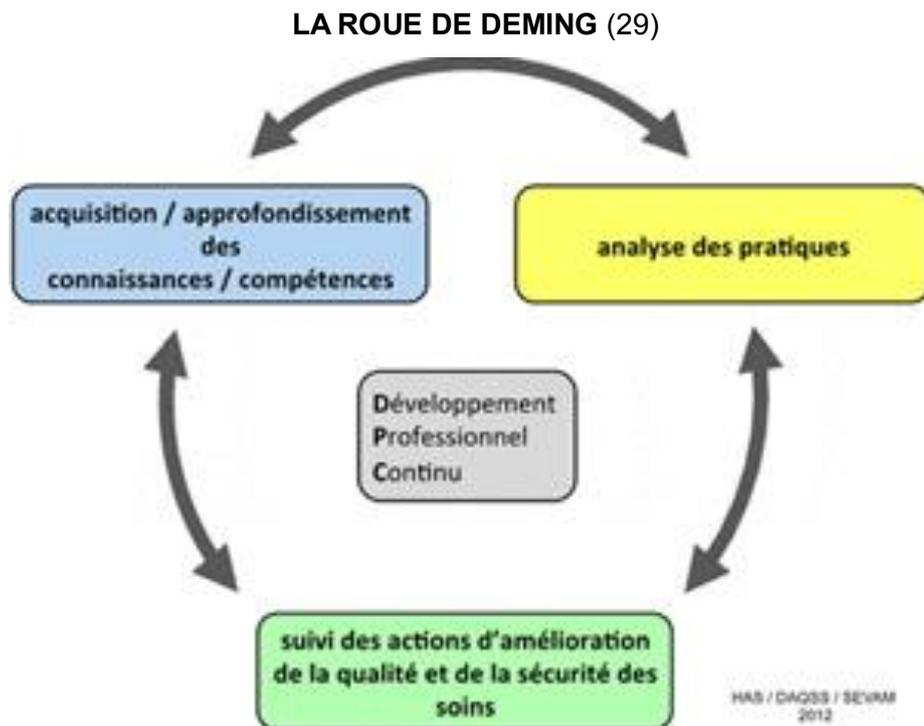
Les ODPC :

- ➡ Sont enregistrés par les CSI selon 3 principaux critères définis par arrêté.
- ➡ S'ils sont enregistrés, leur liste est publiée dans le moteur de recherche du site :
www.ogdpc.fr.
- ➡ Sont soumis à des évaluations de suivi pour évaluer le maintien de leur agrément DPC.

4) Les principes d'un programme de DPC

a) La démarche de qualité

La roue de Deming, ci-dessous, présente les principes d'une démarche de qualité en général. Le DPC fait ainsi coexister l'ensemble de ces thèmes dans le domaine de la formation médicale. (29)



Après avoir mesuré sa pratique par l'étude du dossier médical ou la simple observation, le DPC prévoit une analyse des écarts entre la pratique réelle et la pratique souhaitée (références) en groupe mono ou pluriprofessionnel, pour élaborer à terme, des actions d'amélioration qui devront être mises en place et seront à leur tour évaluées après application. (29)

b) Les invariants d'un programme d'évaluation et d'amélioration des pratiques

Chaque programme a :

- un thème.
- des objectifs à atteindre.
- une méthode avec certaines modalités.
- des références à des recommandations professionnelles.

- la confidentialité garantie de toutes les données.
- trois phases : l'élaboration des actions, la mise en œuvre et le suivi.
- une qualité qui associe : acceptabilité/faisabilité et validité/efficacité. (29)

c) La définition d'un programme de DPC

Il doit comporter certaines caractéristiques:

- être conforme à une orientation nationale ou régionale, elle-même cohérente avec les besoins des professionnels et des patients.
 - s'inscrire dans une démarche collective de formation annuelle ou pluriannuelle, appelée « parcours de DPC ».
 - être indépendant de toute influence, notamment celle des entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé (garantie dans les articles 4021-25 du décret 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'OGDPC).
 - garantir la confidentialité des données personnelles des professionnels de santé : celles relatives à leurs pratiques et celles de leurs patients.
 - être mis en œuvre par un ODP, enregistré auprès de l'OGDPC et évalué favorablement par la CSI compétente de la profession ou de la commission scientifique du HCPP.
 - comporter une des méthodes et des modalités validées par la HAS après avis de la CSI.
 - avoir des méthodes et des modalités précisant les conditions qui permettent d'apprécier la participation effective, en tant que participant ou en tant que formateur. (29)

En pratique, un programme de DPC articule deux activités qui impliquent un suivi:

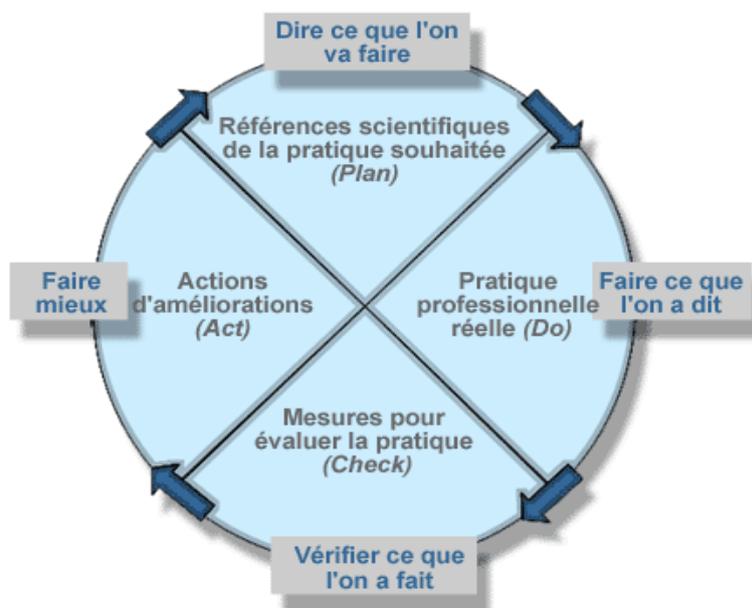
- l'analyse des pratiques professionnelles, lors d'une activité explicite qui comporte :
 - un temps dédié.
 - un référentiel d'analyse reposant sur des références actualisées (scientifiques, réglementaires, organisationnelles, éthiques, consensus d'experts...).
 - une analyse critique et constructive des pratiques réalisées, par rapport à la pratique attendue.
 - des objectifs et des actions d'amélioration.
 - un suivi de ces actions et une restitution des résultats aux professionnels.
- l'acquisition/perfectionnement des connaissances/compétences, lors d'une activité explicite qui comporte :

- un temps dédié.
- des objectifs pédagogiques.
- des supports pédagogiques reposant sur des références actualisées (scientifiques, réglementaires, éthiques, organisationnelles, consensus d'experts...).
- une évaluation, notamment de l'acquisition des connaissances, et une restitution des résultats aux professionnels. (29)

De plus, il existe un temps d'échange entre les participants au programme concernant leurs pratiques (difficultés rencontrées, modalités de prise en charge, résultats obtenus...). (29)

LES POINTS ESSENTIELS :

Le DPC : (29)



- ➡ Le DPC doit intégrer et faire interagir les trois concepts ci-dessus.
- ➡ Le professionnel va ainsi adopter une pratique réflexive. (29)

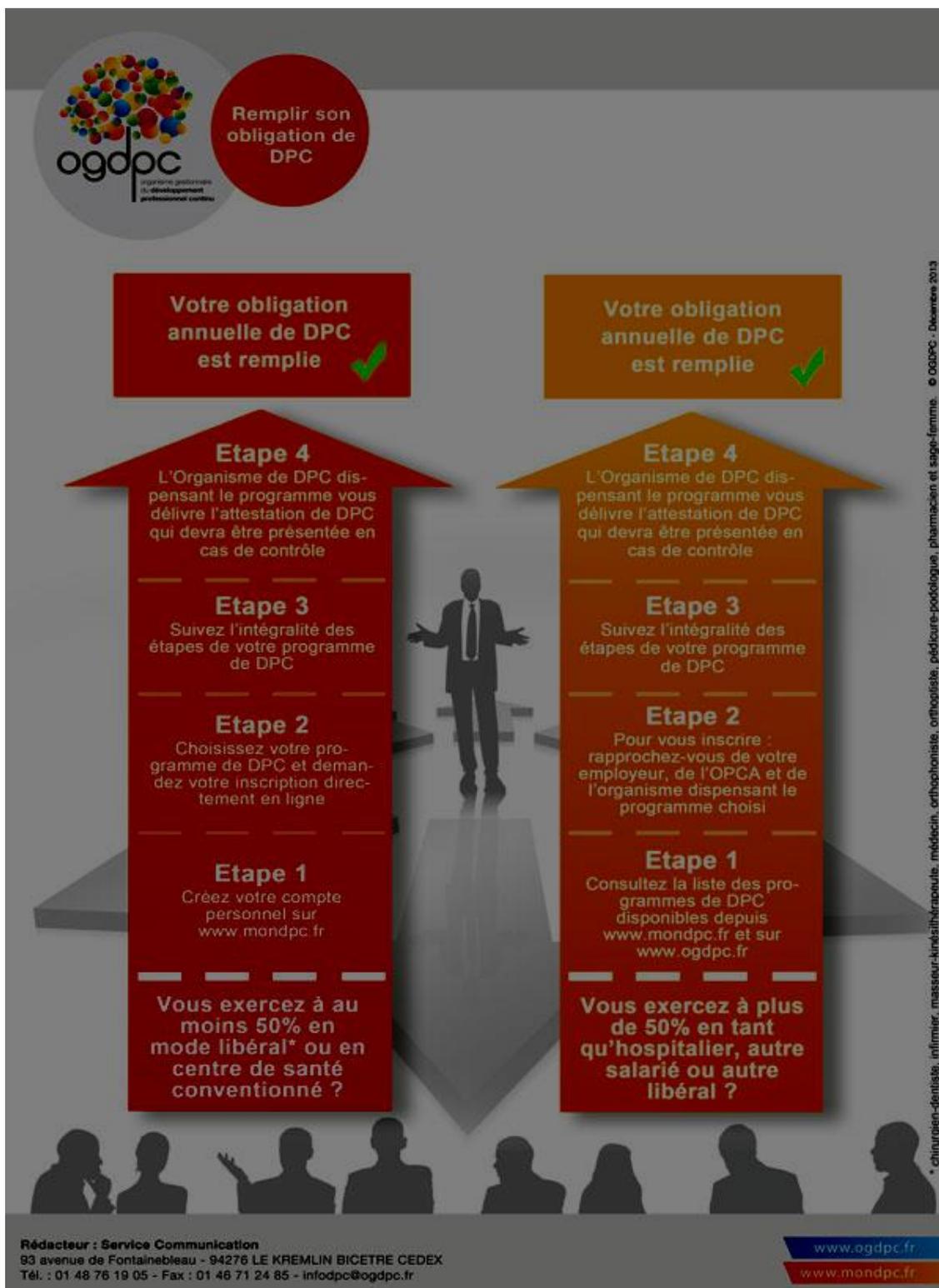
Les caractéristiques d'un programme de DPC :

- ➡ Fait partie d'une démarche collective de formation annuelle ou pluriannuelle.
- ➡ Est conforme à une orientation nationale ou régionale.
- ➡ Est organisé par un ODPC enregistré par l'OGDPC.
- ➡ Utilise des méthodes validées par la HAS.
- ➡ Est indépendant de toute influence.

5) Les modalités d'inscription à un programme de DPC

Elles diffèrent selon le statut de libéral ou de salarié.

LE PARCOURS DE DPC DES LIBERAUX ET DES SALARIES (34)



Pour connaître les ODPC agréés, le professionnel peut contacter l'OGDPC ou l'Union Régionale des Professions de Santé de sa région ou son instance ordinale (sites internet).

L'OGDPC peut être joint : (32)

- sur son site internet : www.ogdpc.fr (créé le 7 mars 2013)
- par téléphone : 01 48 76 19 05
- par courriel : infodpc@ogdpc.fr
- par courrier : OGDPC

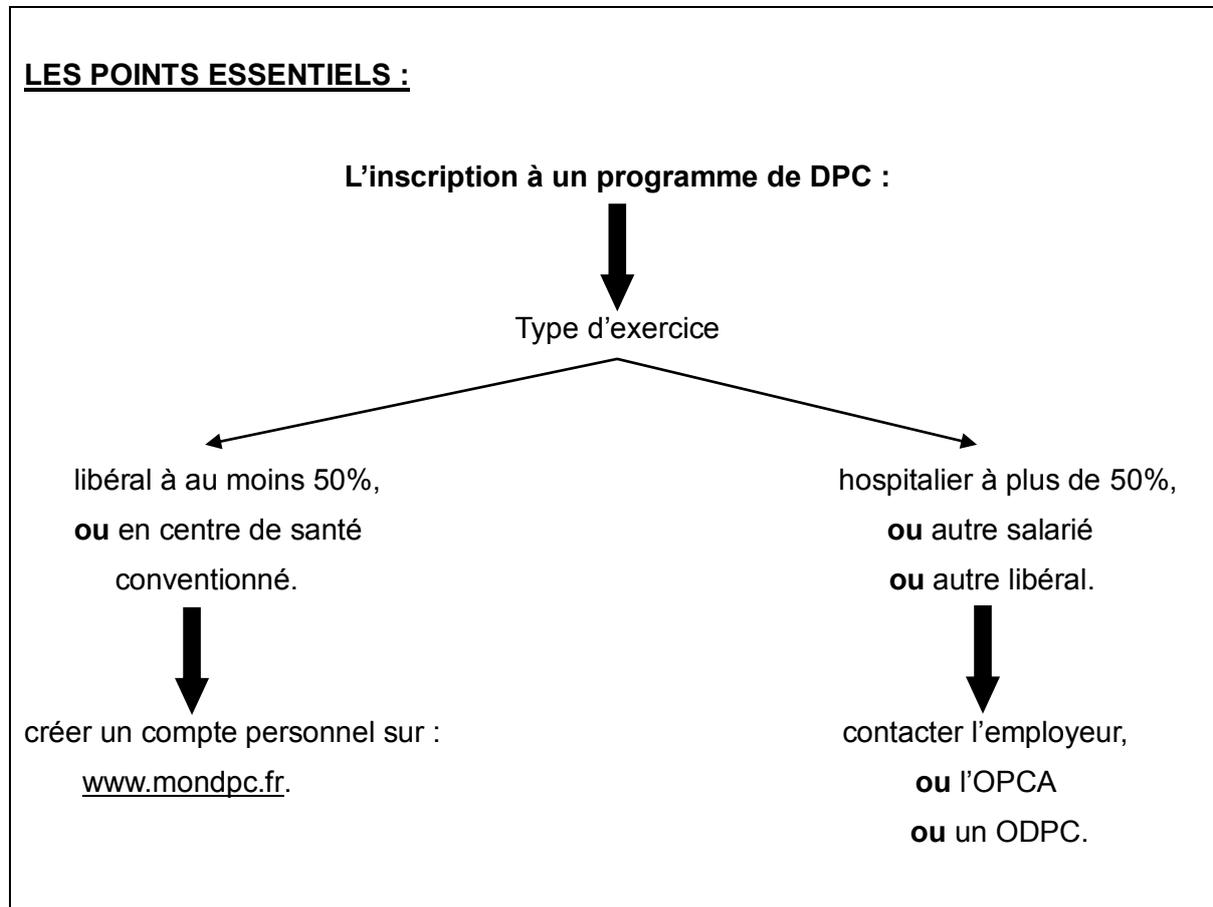
93, avenue de Fontainebleau
94276 Le Kremlin-Bicêtre Cedex

L'inscription à un programme n'est possible qu'en ligne via le site de l'OGDPC en créant son compte personnel sur www.mondpc.fr (créé le 25 mars 2013). (32)

Les organismes et leurs programmes disponibles sont consultables sur le moteur de recherche (par département, par région) du site de l'OGDPC : www.ogdpc.fr/ogdpc/organismes.

Chacun est libre de choisir un programme de DPC dans sa propre région ou dans une autre région de France. (38)

LES POINTS ESSENTIELS :



6) Ses méthodes, ses modalités

La HAS a publié, dès décembre 2012, une fiche « méthodes et modalités de DPC ». Puis, des fiches techniques (37 jusqu'en novembre 2014) décrivant en détail les méthodes des six types d'approche ont été mises en ligne (35). Ces fiches explicatives sont régulièrement mises à jour sur le site de la HAS. (36)

La formation repose sur une pédagogie interactive ou réflexive, centrée sur des situations cliniques.

Elle peut se dérouler selon des modalités très différentes :

- dans des contextes formels (formations présentielles).
- dans des contextes informels (formations non présentielles, travail personnel à propos d'un cas...).
- en groupe.
- en individuel. (35)

Les méthodes peuvent être présentées suivant un classement par type d'approche dominante.

a) Une approche pédagogique ou cognitive

- en groupe :
 - formation présentielle (congrès scientifique, séminaire, colloque, journée, atelier, formation interactive, formation universitaire...).
 - revue bibliographique et analyse d'articles.
- individuelle :
 - formation à distance (e-learning, supports écrits et numériques ...)
 - formations diplômantes ou certifiantes (autres que les DU, validés par les CSI et le HCPP, décrets du 30 décembre 2011).

Ce temps est à compléter par une activité d'analyse des pratiques :

- soit intégrée à la démarche cognitive, au moment de l'identification des besoins de formation ou de l'évaluation de l'impact de la formation.
- soit externalisée, en complément de l'activité cognitive, et articulée avec elle. (35)

b) Une approche d'analyse des pratiques

- la gestion des risques :
 - revue de mortalité et de morbidité, comité de retour d'expérience, revue des erreurs médicamenteuses.
 - analyse a priori des risques (analyse de processus, analyse des modes de défaillance et de leurs effets...).
- les revues de dossiers et analyses de cas :
 - groupe d'analyse de pratiques, staff des équipes médico-soignantes ou médicotecniques, pratiques réflexives sur situations réelles.
 - réunions de concertation pluridisciplinaire.
 - revue de pertinence.
- les indicateurs :
 - suivi d'indicateurs.
 - registres, observatoire, base de données.
 - audit clinique.
- l'analyse des parcours de soins :
 - chemin clinique.
 - patients traceurs (en développement 2013, effectif en 2014).
- l'analyse de parcours professionnel :
 - bilan de compétences.

Ce temps est à compléter par une activité d'acquisition des connaissances/compétences :

- soit intégrée à la démarche d'analyse des pratiques, au moment de l'appropriation du référentiel/ recommandation ou dans le cadre d'une action d'amélioration à réaliser.
- soit externalisée, en complément de l'activité d'analyse des pratiques, et articulée avec elle. (35)

c) Une approche intégrée à l'exercice professionnel

Il s'agit de méthodes où l'organisation en équipe de l'activité (clinique, biologique, pharmaceutique) quotidienne, implique à la fois une protocolisation et une analyse des pratiques.

- la gestion des risques en équipe (en développement en 2013, effectif en 2014).
- l'exercice coordonné protocolé et pluri-professionnel (en réseaux, maisons, pôles ou centres de santé...). (35)

7) Son organisation

Les programmes de DPC peuvent avoir une durée très variable : de quelques heures pour un e-learning à des dizaines d'heures pour un DU.

Les supports d'informations utilisés doivent s'appuyer sur des références scientifiques reconnues, en respectant des critères de qualité définis, et cela sans aucune promotion quelconque.

Les auteurs des supports et les intervenants doivent être clairement identifiés et déclarer leurs liens d'intérêts éventuels, notamment avec l'industrie pharmaceutique.

Chaque professionnel de santé doit constituer chaque année un bilan individuel d'activité en y notant ses besoins, le(s) programme(s) suivi(s) et les actions d'amélioration engagées. Chacun doit pouvoir justifier, par des documents, son implication dans le DPC. (35)

LES POINTS ESSENTIELS :

- ➡ Durée des programmes de DPC très variables : volume d'heures pour satisfaire à l'obligation de DPC non défini dans la loi (14).
- ➡ Utilisation de références scientifiques reconnues.
- ➡ Déclaration des liens d'intérêts des intervenants.
- ➡ Justificatifs de participation remis à chaque professionnel.

8) Son financement

Les fonds proviennent des employeurs, des établissements de santé, de l'Etat, de l'Assurance Maladie, et d'une partie de la taxe majorée sur l'industrie des produits de santé ; ce dernier financement doit être contrôlé par le ministère de la Santé. (31)

Ces fonds sont gérés :

- par l'OGDPC : pour les neuf professions de santé suivantes, qu'elles exercent en libéral ou en centre de santé : médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues.
- par le FAF : pour les autres professions de santé exerçant en libéral.
- par l'établissement de santé avec l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) ou l'Organisme Paritaire Collecteur Agréé : pour les salariés hospitaliers (OPCA). (14, 32)

Selon l'arrêté du 19/07/2013, l'industrie pharmaceutique peut participer au financement d'un organisme de DPC et/ou de ses sous-traitants ; c'est à l'Organisme Gestionnaire du DPC qu'il revient d'apprécier et de garantir le critère d'indépendance financière des organismes qu'il agréé. (14)

Sur le plan des liens plus généraux avec l'industrie pharmaceutique, il faut noter le dernier texte de loi datant de 2011 renforçant la transparence des liens d'intérêts et les dispositifs dits « anti-cadeaux ». (37)

LES POINTS ESSENTIELS :

Le financement du DPC :



Etat, Assurance Maladie, employeurs,
une partie de la taxe majorée sur l'industrie des produits de santé.



+ ou – industrie pharmaceutique.

La gestion des fonds du DPC :



OGDPC, FAF, ANFH, OPCA.

9) Ses modalités de validation

Les professionnels de santé ont trois possibilités pour satisfaire à leur obligation annuelle de DPC :

- participer au cours de chaque année civile, au moins à un programme de DPC collectif, annuel ou pluriannuel, proposé par un ODPC de leur choix, quelle que soit la durée de ce programme.
- obtenir un DU ou un DIU évalué favorablement par la commission scientifique compétente.
- participer en qualité de formateur à un programme de DPC. (38)

Les ODPC remettent obligatoirement une attestation aux professionnels de santé qui suivent un ou des programmes de DPC. (cf Annexe 3) Puis, ils en transmettent un exemplaire à chaque instance de contrôle :

- à l'employeur dans le cas des salariés ne dépendant pas d'une instance ordinale. (41)

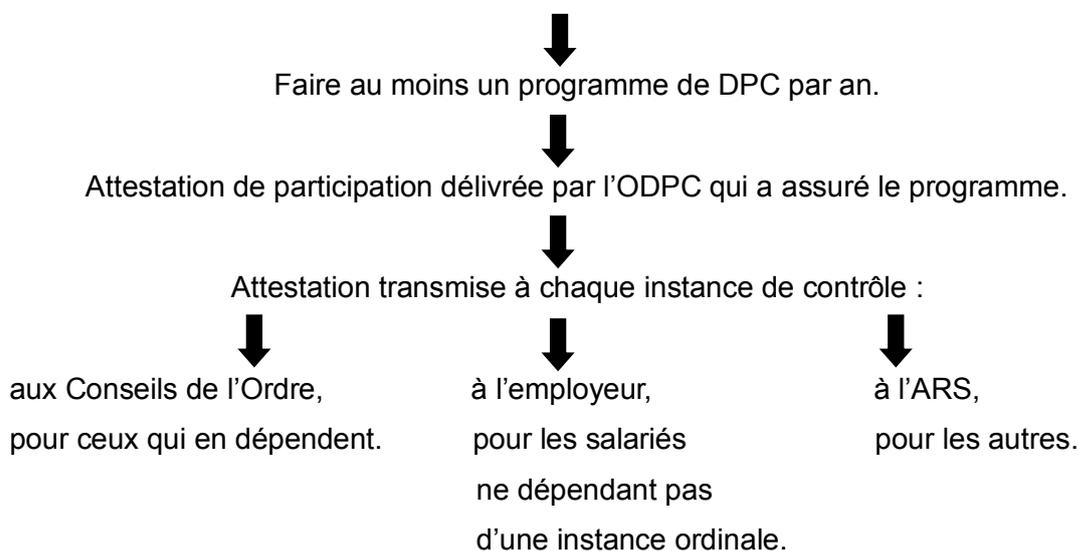
- au Conseil de l'ordre pour les salariés ou libéraux qui en dépendent : médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues. (40)

- à l'Agence Régionale de Santé (ARS) : pour les audioprothésistes, les opticiens-lunetiers, les prothésistes et orthésistes qui n'exercent pas à titre salarié, les autres auxiliaires médicaux à exercice libéral qui ne relèvent pas d'un ordre professionnel. (40)

En cas de non-participation, les sanctions encourues restent encore floues. (14)
L'instance de contrôle concernée, qui doit s'assurer au moins tous les cinq ans de l'obligation annuelle de DPC, proposera un plan annuel et personnalisé de DPC. Si ce dernier n'est pas respecté, cela peut constituer une insuffisance professionnelle qui sera alors sanctionnée par le Conseil de l'Ordre, par exemple, pour les médecins. (31)

LES POINTS ESSENTIELS :

La validation du DPC :



Les sanctions en cas de manquement :

- ➡ Contrôle de l'obligation par l'instance concernée au moins tous les cinq ans.
- ➡ Si manquement : mise en place d'un plan annuel et personnalisé de DPC.
- ➡ Si non-respect du plan : sanctions pour insuffisance professionnelle.

10) L'indemnisation du DPC des médecins par l'OGDPC

Les forfaits de DPC arrêtés lors de la section paritaire des médecins du 19 décembre 2012 et du 29 janvier 2014 étaient identiques. (42)

Les forfaits sont établis chaque année par la section paritaire concernée et ne sont pas reportables l'année suivante s'ils n'ont pas été utilisés par le professionnel. (43) Ils sont consultables sur le site de l'OGDPC lors de la consultation des programmes et se calculent automatiquement lors de l'inscription des programmes par les ODPC sur leur espace dédié.

La prise en charge globale maximum par programme et par participant est de 2990 €. Elle concerne le paiement de l'ODPC et l'indemnisation éventuelle du professionnel de santé. (32)

Ces forfaits concernent les professionnels exerçant à au moins 50% en libéral ou en centre de santé conventionné. (34) La participation à un programme doit être complète et certifiée par l'ODPC à l'OGDPC par des pièces justificatives. Les coordonnées bancaires du professionnel ou du centre de santé ont dû être mentionnées sur le compte personnel créé sur www.mondpc.fr. (39, 40)

Les forfaits 2014 de prise en charge du DPC des médecins (42)

PROGRAMME PRESENTIEL OU MIXTE	PROGRAMME NON PRESENTIEL
Forfait de base ODPC par participant et par programme : 299 €	Forfait de base ODPC par participant et par programme : 299 €
Forfait ODPC par ½ journée et par participant : 211,50 €	Forfait ODPC par ½ journée et par participant : 211,50 €
Indemnisation médecins / ½ journée : 172,50 €	Indemnisation médecins / programme : 517,50 €
Principe de prise en charge : - minimum : 1 demi-journée - maximum : 3,5 jours (soit 7 demi-journées)	Principe de prise en charge : - minimum : 3 étapes - maximum : 7 étapes

Si l'on exerce à plus de 50% en hospitalier ou en tant qu'autre salarié, le DPC est pris en charge par l'employeur ou éventuellement l'OPCA auprès duquel il cotise. (34, 41)

Le professionnel qui le souhaite (si nécessaire après accord de son employeur) peut participer à plusieurs programmes de DPC lors d'une même année, mais son indemnisation se fera dans la limite de son forfait annuel maximum disponible. (42)

Ces conditions d'indemnisation citées ci-dessus ont été modifiées depuis octobre 2014. En effet, on a constaté un accroissement des inscriptions des professionnels de santé à un programme de DPC en 2014 : 18 000 inscriptions par mois en moyenne, avec 24 000 inscriptions au mois de septembre. Donc, le Conseil de Gestion de l'OGDPC a pris certaines décisions :

- Pour les professionnels de santé concernés par le DPC et s'étant inscrits à partir du 17 octobre 2014, seule la première inscription réalisée (hors formations de formateur et maîtrise de stage) sera indemnisée, pour que chacun puisse satisfaire à son obligation annuelle.

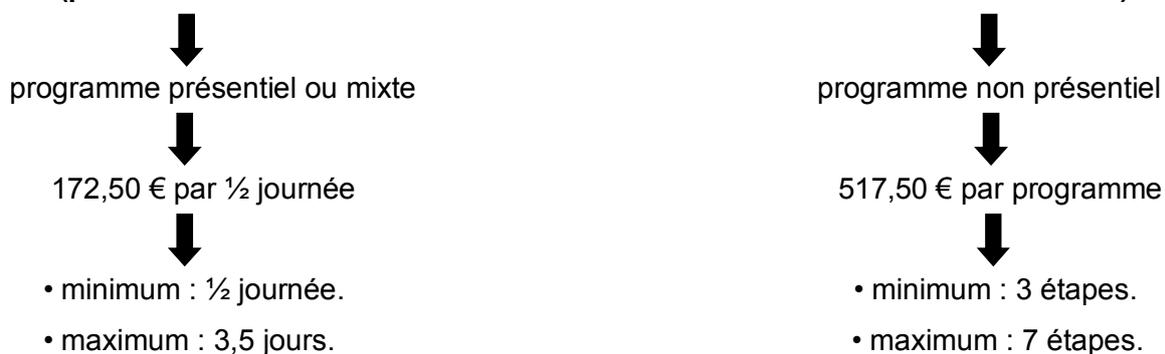
- Les professionnels qui se sont inscrits avant le 17 octobre 2014 auront une prise en charge d'un ou de plusieurs DPC comme prévu par le dispositif d'indemnisation précédent.

Par ailleurs, le budget initial 2014 a été majoré de 13 millions d'euros par rapport aux 166 millions d'euros prévus. (44)

LES POINTS ESSENTIELS :

L'indemnisation du DPC des médecins en 2013 et 2014 :

(pour les libéraux à au moins 50% ou ceux en centre de santé conventionné)



Pour ceux qui se sont inscrits à un programme à partir du 17 octobre 2014 :

↓
1 seul programme de DPC pris en charge.

D) Le DPC des médecins généralistes français en 2013

1) Les chiffres de l'OGDPC

a) La participation

En 2013, 72 984 professionnels de santé différents (pour 101 432 inscriptions au total), dont 98% de libéraux, se sont inscrits à une session d'un programme de DPC mono ou pluriprofessionnel terminé au 31 décembre 2013. (32)

Nombre de professionnels inscrits entre mars et août 2013

Professions Dates	Médecins	Paramédicaux	Pharmaciens	Chirurgiens- dentistes	Sages- femmes	Effectifs totaux
03/2013	*	600	*	*	*	3 844
06/06/2013	14 400	9 000	2 600	3 500	900	30 400
17/07/2013	19 900	15 700	6 500	5 800	1 100	49 000
18/08/2013	21 806	*	*	*	*	*

* Donnée non communiquée

Ce tableau a été constitué, par l'auteur, à partir des chiffres publiés par l'OGDPC tout au long de l'année 2013 : sur son site internet, dans la partie « Edito » (de la page d'accueil : <https://www.ogdpc.fr/>) signée par le Dr Monique Weber, directeur général.

Pour l'année 2013, les médecins ont été les plus nombreux : 29 484 médecins différents, dont 99% de libéraux (sur 50 343 inscriptions). (32)

b) Le financement

Le site www.ogpdc.fr a comptabilisé plus de 587 000 visites et le site www.mondpc.fr, plus de 600 000 visites. (32)

Le budget global 2013 de l'OGDPC était de 155,1 millions d'euros, réparti en :

- 8 millions d'euros : pour les frais de structure.
- 19,3 millions d'euros : pour le DPC des médecins salariés d'un établissement dont l'OPCA a passé convention avec l'OGDPC.
- 57,5 millions d'euros pour l'indemnisation des neuf professions de santé dépendant de l'OGDPC.

• 70,3 millions d'euros pour le financement des programmes de DPC des neuf professions de santé éligibles.

L'enveloppe de la section « médecins » a été de 83 200 000 euros.

Le budget réalisé a été de 133 826 946 euros, soit un reliquat de 21 273 054 euros.

(32)

De juin à décembre 2013, 19 063 indemnisations ont été traitées par l'OGDPC, dont 12 882 pour les médecins. Les professionnels de santé ont été 75% à être indemnisés en moins de 46 jours ; le délai moyen pour les médecins a été de 33 jours.

Ce délai moyen d'indemnisation pour les professionnels de santé s'entend en jours ouvrés et après le paiement de l'ODPC qui a assuré le programme en question. Le délai moyen de paiement de l'organisme a été, lui, de 36 jours. (32)

c) L'offre de formation

Au 30 juin 2013, il y avait 2 000 organismes et 4 600 programmes (8 500 au 17 juillet 2014).

Dans l'année, plus de 2 000 organismes ont été enregistrés favorablement, dont plus de 930 pour les médecins.

En tout, c'est 12 641 programmes de DPC qui ont été déposés et publiés, dont 5704 pour les médecins. (32)

Nombre de programmes disponibles pour chaque professionnel de santé entre juin et juillet 2013

(1 programme pouvant être commun à plusieurs professionnels)

Professions Dates	Médecins	Paramédicaux	Pharmaciens	Chirurgiens- dentistes	Sages- femmes
30/06/2013	2 400	2 100	6 00	400	300
17/07/2013	4 000	4 700	1 050	510	600

Ce tableau a été constitué, par l'auteur, à partir des chiffres publiés par l'OGDPC tout au long de l'année 2013 : sur son site internet, dans la partie « Edito » (de la page d'accueil : <https://www.ogdpc.fr/>) signée par le Dr Monique Weber, directeur général.

d) Les premières tendances de 2014

Début avril 2014, l'OGDPC comptabilisait près de 65 000 inscriptions, soit plus de 52 000 professionnels de santé différents dont plus de 4 600 chirurgiens-dentistes, 12 600

infirmiers, 5 000 masseurs-kinésithérapeutes, 18 000 médecins, 2 000 orthophonistes, 700 orthoptistes, 800 pédicures-podologues, 7 000 pharmaciens, 800 sages-femmes.

En août 2014, près de 90 000 professionnels étaient déjà inscrits à une session de DPC depuis le début de l'année ; il y a eu 18 000 nouvelles inscriptions à un programme de DPC chaque mois pendant le premier semestre.

Ces données de 2014 ont été relevées par l'auteur à partir des chiffres publiés par l'OGDPC : sur son site internet, dans la partie « Edito » (de la page d'accueil : <https://www.ogdpc.fr/>) signée par le Dr Monique Weber, directeur général.

LES POINTS ESSENTIELS :

2013 :

- ➡ 72 984 professionnels inscrits dont 29 484 médecins.
- ➡ Budget de l'OGDPC : 155,1 millions d'euros dont 83 200 000 euros pour les médecins.
- ➡ Délai moyen d'indemnisation pour les médecins de 33 jours.
- ➡ 2 000 organismes enregistrés favorablement dont plus de 930 pour les médecins.
- ➡ 12 641 programmes dont 5 704 pour les médecins.

2014 :

- ➡ jusqu'à août, 90 000 professionnels se sont inscrits à un DPC.
- ➡ 18 000 inscriptions par mois pendant les six premiers mois de l'année.

2) L'opinion des principaux acteurs en présence

a) L'OGDPC

En avril 2013, le Dr Monique Weber, directeur général de l'OGDPC annonçait que le DPC montait progressivement en charge dans la période transitoire du premier semestre 2013. D'après elle, les professionnels étaient déjà « très demandeurs » dans leur ensemble, surtout ceux qui participaient à la FMC conventionnelle. (45)

Le 12 septembre 2013, elle estimait que « le bilan est satisfaisant » et ce d'autant plus

que beaucoup d'inscriptions étaient encore en attente. Mais, la situation était complexe à gérer entre les différentes instances de l'OGDPC et la gestion de plus de 2000 organismes. Elle espérait que la mission de l'IGAS, demandée en juillet, pourrait aider à simplifier le dispositif. (46)

Dans le rapport d'activité 2013 de l'OGDPC, publié en juin 2014, le Dr Weber qualifiait l'année 2013 de « mouvementée » même si les objectifs du Conseil de gestion ont été atteints, tout en affirmant la volonté de consolider et de stabiliser le DPC en 2014. (32)

b) Le CMG

Le CMG est une association qui est née à l'initiative des syndicats représentatifs de médecine générale (UNOF-CSMF, SML, MGFrance, Union généraliste/FMF), et des sociétés scientifiques de médecine générale (CNGE, SFMG, SFTG, SFDRMG). (47)

Fin 2012, le CMG souhaitait « une clarification du dispositif » de DPC, qui restait assez flou dans ses modalités opérationnelles puisque les décrets d'application n'étaient toujours pas finalisés. Il demandait une troisième année de transition avec la nécessité d'une concertation préalable avec les professionnels. « Sans moyens financiers et sans volonté politique forte, le dispositif de DPC sera mort-né ». (48)

Le 24 septembre 2013, les représentants du CMG ont suspendu leur participation à la CSI des médecins pour les motifs suivants :

- l'absence de gouvernance partagée.
- une marge de manœuvre très réduite des CSI, ce qui empêche la bonne évaluation scientifique du contenu des programmes.
- une impossibilité de garantir l'indépendance des programmes : notamment à cause de la possibilité de partenariat ou de sous-traitance des organismes agréés DPC avec des organismes non enregistrés comme tel.
- la possibilité de financement des organismes et/ou des sous-traitants par l'industrie pharmaceutique suite à un arrêté du 19 juillet 2013 ; cela s'est fait en contradiction avec le vote de la CSI des médecins du 19 mars 2013 qui refusait ce financement à la majorité absolue. (49)

En décembre 2013, il a fait trois propositions pour essayer de débloquer la situation :

- instaurer une gouvernance du DPC.
- assurer l'indépendance de la CSI par la possibilité d'autosaisine.
- rediscuter les critères de validation des ODPC. (50)

Le 28 janvier 2014, le Pr Serge Gilberg a été réélu président de la section généraliste de la CSI, qui a repris alors ses travaux avec des objectifs précis :

- une rigueur dans l'examen des dossiers.
- la mise en place d'une cellule de veille sur les dérives constatées et d'un groupe chargé de définir et d'organiser des plans de contrôles scientifiques et pédagogiques des organismes.
- un calendrier de réunions.
- l'objectif d'un bilan d'étape en mai 2014. (51)

Puis, le 8 septembre 2014, le Collège a émis des inquiétudes envers l'article 27 du projet de loi de santé et a fait des propositions pour un « DPC utile, efficace et optimisé » :

- « Rechercher la lisibilité et l'efficacité ».
- « Préciser la nature de l'obligation ».
- « Intégrer les professionnels dans une gouvernance paritaire, pour tous les aspects du pilotage et de l'organisation du dispositif ».
- « Prendre en compte les Collèges Nationaux Professionnels qui ont un rôle essentiel dans la régulation de l'offre de DPC ». (52)

Suite à l'annonce de l'OGDPC du 16 octobre 2014 (un seul DPC par an désormais indemnisé), des protestations se sont manifestées de la part de différentes structures :

- Les syndicats (MGFrance, CSMF, FMF, SML) ont publié un communiqué commun. (53, 54, 55)
- Le Docteur Gérard Galliot, Président du Conseil de surveillance de l'OGDPC a dénoncé la modification « des règles du jeu en cours d'année ». (55)
- Le Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale a mentionné le « caractère totalement improvisé d'une mesure d'une telle envergure » et s'est inquiété de l'avenir du maintien hors quota des formations concernant la maîtrise de stage. (56)

Dans ce contexte, depuis le 27 octobre 2014, le CMG a mis en ligne une pétition avec les quatre revendications suivantes pour l'évolution du DPC :

« L'ouverture immédiate de négociations sous forme d'un Grenelle du développement professionnel continu, une gouvernance paritaire Etat/Représentants des médecins, un financement pérenne au niveau des standards européens, une définition paritaire des thèmes, des méthodes et des besoins ». Au 27 novembre 2014, on comptait plus de 6 000 signataires (6 698 signataires jusqu'au 4 février 2015). (57)

Pour finir, le 12 novembre 2014, le CMG a envoyé une lettre à la Direction Générale de l'Offre de Soins. Il est rapporté l'existence d'« une réelle crise de confiance et de

crédibilité » et deux exigences primordiales (déjà évoquées en septembre 2014) pour rétablir la confiance :

- « une visibilité sur le schéma cible et les objectifs précis à atteindre ».
- « des mesures concrètes pour la gestion de l'année 2015 ». (58)

c) L'IGAS

Dans son rapport d'avril 2014, l'IGAS a noté qu'il n'y a pas eu « de manquements graves mais une série de dysfonctionnements » de la part de l'OGDPC. Elle souligne toutefois « plusieurs vices de conception » de la réforme sur fond de « conduite de projet défectueuse ». (14)

Les principales critiques émises par l'IGAS ont été les suivantes :

- une enveloppe budgétaire de 155 millions d'euros insuffisante si tous les effectifs de l'ensemble des professions de santé concernées participaient.
- une omniprésence de l'Etat avec un cadre juridique trop rigide de l'OGDPC responsable de retards de paiement importants (30 à 40 jours en moyenne).
- Le recours exclusif à l'informatique.
- Le manque de garantie dans les procédures d'évaluation des ODPC par les CSI ainsi que la suspicion de conflits d'intérêts avec des contrôles a posteriori non effectifs.
- La possibilité de financement des ODPC par l'industrie pharmaceutique, et plus largement l'ouverture du DPC à tout type d'organisme de formation, ouverture liée à une directive européenne sur la libre circulation des services.
- Les sanctions, pour non-respect de l'obligation de formation, trop peu définies. (14)

A partir de ces constatations, l'IGAS a proposé quatre scénarios pour l'avenir du DPC, où l'objectif est d'augmenter les responsabilités des différents acteurs de la profession par rapport à la prépondérance actuelle de la gestion de l'Etat :

- 1^{er} scénario : améliorer et renforcer le dispositif actuel.
- 2^{ème} scénario (préféré par l'IGAS) : recentrer les missions de l'OGDPC sur la formation interprofessionnelle et les priorités de santé publique. La charge de travail liée à la gestion des formations DPC, spécifiques à chaque profession, serait répartie sur les différents organismes collecteurs (ANFH, OPCA, FAF).
- 3^{ème} scénario : le DPC est un socle de connaissances (diffusé par des organismes de formation agréés) à actualiser et déterminé par le professionnel après évaluation de sa pratique.
- 4^{ème} scénario : l'obligation de DPC devient uniquement déontologique et non plus légale ; l'OGDPC est supprimé. (14)

En mai 2014, le CMG a affirmé dans un communiqué de presse son refus de ces quatre scénarios. (59)

LES POINTS ESSENTIELS :

Les avis sur la mise en place du DPC :

➡ L'OGDPC, suite à son rapport de juin 2014 :

- ➡ Objectifs du Conseil de gestion remplis en 2013.
- ➡ Consolider le dispositif de DPC.

➡ Le CMG :

➡ **Septembre 2013** : suspension de la participation du CMG à la CSI pour des insuffisances de garantie de la qualité scientifique des ODPC et de l'indépendance des programmes proposés.

➡ **Janvier 2014** : reprise de la participation du CMG à la CSI.

➡ **Octobre 2014** :

- L'OGDPC annonce la prise en charge désormais d'un seul programme de DPC par professionnel à partir du 17 octobre 2014, pour les nouvelles inscriptions.

- Face à cette situation, les organisations syndicales et scientifiques du CMG plaident ensemble pour une évolution du DPC.

- Le CMG a mis en ligne une pétition dans ce sens (plus de 6 000 signataires fin novembre 2014).

➡ L'IGAS, suite à son rapport d'avril 2014 :

➡ « plusieurs vices de conception » de la réforme sur fond de « conduite de projet défectueuse ».

➡ pas « de manquements graves mais une série de dysfonctionnements » de la part de l'OGDPC.

➡ quatre scénarios d'avenir proposés pour le DPC.

3) Les organismes de DPC enregistrés en Aquitaine pour l'ensemble des professionnels de santé

a) ceux enregistrés jusqu'au 30 juin 2013

En 2013, on a observé une centralisation des offres en Gironde dans différents villes. Les Pyrénées-Atlantiques étaient dotées de 5 offres de DPC réparties sur plusieurs villes.

Par contre, Dordogne, Landes et Lot-et-Garonne présentaient très peu d'offres de formation.

Les organismes de DPC enregistrés jusqu'au 30 juin 2013

Dordogne : 3 ODPC	Gironde : 17 ODPC	Landes : 1 ODPC	Lot-et-Garonne : 1 ODPC	Pyrénées-Atlantiques : 5 ODPC
-CH, Périgueux -Tournebise Thierry, Prignonrieux -CH, Montpon-Ménésterol	-AFSOS, Bègles -CH, Cadillac -ABAF, Cenon -CH, Sainte Foix la Grande -SAS MACS, Gujan-Mestras -CH Charles Perrens, Bordeaux -UMFCS, Bordeaux -CCECQA, Pessac -CHU, Bordeaux -CH, Libourne -CH, Blaye -FORMAVIH, Le Teich -CGBSO, Bruges -UNAFORMEC, Bègles -AMMEFI, Montagne -Institut G.Portmann, Bordeaux -GREEM, Blanquefort	-Centre Européen de Rééducation du sportif, Capbreton	-CH Agen, Pont du Casse	-GEMA, Bayonne -CH, Pau -CH, Bayonne -CH, Oloron Sainte Marie -AMOBB, Pau

Ce tableau a été construit, par l'auteur, à partir des données disponibles en juillet 2013 sur le moteur de recherche de l'OGDPC : <https://www.ogdpc.fr/ogdpc/organismes>.

Abréviations utilisées dans le tableau ci-dessus :

ABAF : Association des Biologistes d'Aquitaine pour la Formation

AFSOS : Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support

AMMEFI : Association de Médecine et Mésothérapie Esthétique France-International

AMOBB : Association des Médecins Ophtalmologistes de Béarn et Bigorre

CCECQA : Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine

CGBSO : Collège de Gynécologie de Bordeaux et du Sud-Ouest

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

GEMA : Groupe d'Enseignement Médical Agréé

GREEM : Groupe de Recherche, d'Evaluation et d'Enseignement

SAS: Société par Actions Simplifiées

UNAFORMEC : Union Nationale des Associations de Formation médicale Continue

UMFCS : Unité Mixte de Formation Continue en Santé

b) ceux enregistrés jusqu'au 30 juin 2014

En un an, le nombre d'organismes enregistrés en Aquitaine est passé de 27 à 94 soit une augmentation de 348%.

La Dordogne (11 ODPC), la Gironde (57 ODPC), le Lot-et-Garonne (3 ODPC) et les Pyrénées-Atlantiques (18 ODPC) ont multiplié leur offre de 300 à 370% ; pour les Landes (5 ODPC), l'offre a été multipliée de 500%. (cf Annexe 4)

Au 12 novembre 2014, le moteur de recherche de l'OGDPC indiquait :

- 16 organismes en Dordogne
- 84 organismes en Gironde
- 11 organismes dans les Landes
- 8 organismes en Lot-et-Garonne
- 32 organismes dans les Pyrénées-Atlantiques

Soit un total de 151 organismes en cette fin d'année 2014.

La période d'enregistrement suivante a été ouverte en janvier 2015.

Fin 2014, la Gironde, suivie par les Pyrénées-Atlantiques, concentrait toujours une aussi grande variété d'organismes. Nous avons constaté que ces deux départements sont aussi les plus dotés en médecins. (60)

LES POINTS ESSENTIELS :

Les ODPC en Aquitaine entre 2013 et 2014

Départements	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Pyrénées-Atlantiques
Dates					
30 juin 2013	3	17	1	1	5
30 juin 2014	11	57	5	3	18
12 novembre 2014	16	84	11	8	32

4) La démographie en 2013 des médecins généralistes d'Aquitaine

Il nous a semblé important de présenter un état des lieux de la démographie des médecins généralistes d'Aquitaine, en cette année 2013, pour comprendre tous les enjeux et les résultats de notre enquête.

Dans notre région, 14 436 médecins étaient inscrits au tableau de l'Ordre soit 5,3% de l'effectif national (276 354 médecins (61)), dont 10 336 en activité régulière (pour 198 760 au niveau national (61)). Les médecins généralistes étaient au nombre de 4 908. (60)

Voici trois tableaux résumant les principales caractéristiques des médecins généralistes d'Aquitaine.

Caractéristiques des 4 908 médecins généralistes aquitains en fonction de leur département d'installation, en 2013 (60)

Départements	Nombre d'actifs	Moyenne d'âge	% femmes	<40 ans	≥60 ans
Dordogne	527	54 ans	35%	9%	28%
Gironde	2 346	52 ans	42%	13%	25%
Landes	570	52 ans	40%	10%	23%
Lot-et-Garonne	392	54 ans	30%	9%	31%
Pyrénées-Atlantiques	1 073	51 ans	40%	16%	23%

**Type d'exercice des médecins généralistes aquitains
en fonction de leur département d'installation en 2013 (60)**

Départements	LIBERAL	MIXTE	SALARIE
Dordogne	60,3%	7,8%	31,9%
Gironde	66,3%	3,7%	30%
Landes	68,4%	4,6%	27,4%
Lot-et-Garonne	60,6%	7,2%	32,2%
Pyrénées-Atlantiques	63,4%	5%	31,6%

**Densité départementale des médecins généralistes aquitains,
en activité régulière, en 2013 (60)**

Départements	Densité des médecins généralistes (pour 100 000 habitants)
Dordogne	125,2
Gironde	159,2
Landes	145,9
Lot-et-Garonne	116,4
Pyrénées-Atlantiques	161,5

LES POINTS ESSENTIELS :

Le nombre de médecins en 2013 :

- ➡ En France : 198 760.
- ➡ En Aquitaine : 10 336.

Le nombre de médecins généralistes, en activité régulière, en Aquitaine, en 2013 :

Aquitaine	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Pyrénées-Atlantiques
4 908	527	2 346	570	392	1 073

En Aquitaine :

- ➡ Pourcentage de médecins généralistes libéraux : de 60,3% en Dordogne à 68,4% dans les Landes.
- ➡ Moyenne d'âge : de 51 ans dans les Pyrénées-Atlantiques à 54 ans dans les départements de Dordogne et Lot-et-Garonne.
- ➡ Densité de médecins généralistes (pour 100 000 habitants) :
 - la plus faible : en Dordogne (125,2) et Lot-et-Garonne (116,4).
 - la plus forte : en Gironde (159,2) et dans les Pyrénées-Atlantiques (161,5).

E) La FMC à l'étranger

Depuis les années 2000, le concept de FMC-DPC s'est développé en Europe mais, il a été différemment adapté selon les pays et leur système de santé. Il existe une très grande hétérogénéité de ces systèmes de formation continue en Europe et plus largement, au niveau international. (62)

1) En Europe

Le terme DPC est utilisé en Allemagne, Roumanie, Croatie, Royaume-Uni et France. Six autres pays parlent indifféremment de DPC et de FMC : Danemark, Irlande, Finlande, Slovaquie, Slovénie, Suède. Les autres pays en sont restés à l'appellation FMC. (63)

On observe donc de grandes disparités dans ce domaine selon le pays. (64)

a) Volontariat ou obligation

Il s'agit d'une obligation :

- professionnelle au Royaume-Uni et en Irlande.
- légale en France, Italie, Grèce, Lettonie, Lituanie, Autriche, Slovénie, Croatie, Hongrie, Slovaquie, Irlande.
- professionnelle et légale en Suisse, Pays-Bas, Allemagne, République Tchèque, Pologne, Roumanie. (64)

Le système repose sur le volontariat en Espagne, Portugal, Norvège, Suède, Finlande, Estonie, Danemark, Belgique, Luxembourg, Chypre et à Malte. (64)

b) Les modalités de validation

Dans la plupart des pays, la validation se fait grâce à l'obtention de crédits (un crédit = une heure) selon une certaine périodicité (de trois à sept ans), avec une moyenne de 40 crédits par an.

Certains pays ont un système sans crédit : Danemark, Finlande, France, Luxembourg, Malte, Norvège. (64)

La réalisation d'un portfolio est obligatoire au Royaume-Uni depuis 2007, et en Suisse. Il est facultatif et volontaire en Finlande et au Danemark. (63)

Une recertification existe dans huit pays : Royaume-Uni, Pays-Bas, Croatie, Roumanie,

Slovaquie, Slovénie, Estonie, Lettonie. (64)

A Chypre, un certificat est délivré tous les trois ans, à titre incitatif. (63)

c) Les sanctions

Elles n'existent pas en France, Espagne, Portugal, Italie, Pologne, République Tchèque, Estonie, Suède, Finlande, Danemark, Luxembourg, et à Chypre et à Malte. (64)

Dans d'autres pays, ces sanctions sont effectives et sont de différentes natures :

- professionnelles en Allemagne (baisse de revenus (63)), Suisse (blâme ou amende (63)), Autriche, Hongrie, Slovaquie, Royaume-Uni, Irlande.
- avec perte de licence en Allemagne, Suisse, Slovaquie, Lettonie, Lituanie, Croatie, Slovénie, Grèce, Roumanie et aux Pays-Bas.
- avec des limites imposées par les assureurs en Belgique et Suisse. (64)

d) Des incitations

En Belgique, les médecins généralistes ont une majoration des honoraires et un forfait annuel de 1 027 euros.

En Norvège, les honoraires des médecins sont majorés de 20%.

En Irlande, 10 jours par an de DPC sont financés. (63)

e) Le financement et la gestion du dispositif

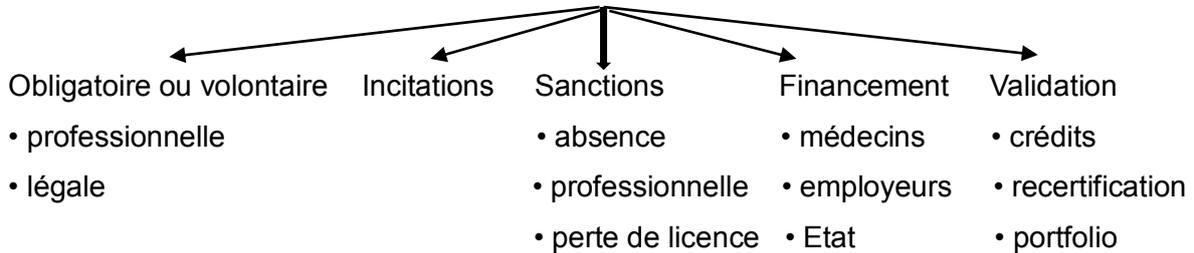
Le financement peut provenir de multiples sources : des médecins individuellement (dans 29 pays sur les 34 membres de l'UEMS, dont 24 dans l'Union Européenne), mais aussi, des employeurs, de l'Etat, d'organismes de formation, d'industries. Tout cela se fait dans des proportions variables selon les pays. (64)

La gestion de la formation continue est surtout assurée par la profession elle-même. Mais, dans certains pays, l'Etat fait aussi partie des autorités responsables : en France, Grèce, Hongrie, Slovaquie, Espagne, Suisse. (64) En Belgique, un organisme paritaire profession/caisses d'assurance maladie s'occupe de cette gestion. (63)

LES POINTS ESSENTIELS :

La formation continue des médecins en Europe :

HETEROGENEITE



2) En dehors de l'Europe

En Arménie, il y a une obligation légale de formation continue, sans recertification.

En Turquie, il existe une recertification avec un dispositif de FMC/DPC volontaire.

En Israël, il n'y a pas de recertification et pas d'obligation.

Dans ces trois pays, la validation se fait par crédits ; et le dispositif n'est pas sanctionnant. (64)

Aux Etats-Unis, la formation est obligatoire par le biais de programmes de DPC qui sont élaborés par chaque discipline médicale (les « boards ») avec l'acquisition de crédits. La recertification des médecins est obligatoire pour exercer : évaluation des compétences et comparaison aux recommandations tous les six à dix ans. Pour les médecins généralistes, l'autoévaluation est complétée tous les dix ans par un examen de 180 questions. La sanction est la perte de licence. (26, 64)

Au Canada, les médecins doivent acquérir 250 crédits tous les cinq ans. (26) Leur DPC est obligatoire, autogéré et avec recertification. (27, 64)

Au Québec, le DPC se fait avec le suivi d'un portfolio depuis 2007.

En Australie et Nouvelle-Zélande, il faut acquérir des crédits tous les trois ans.

Dans tous ces pays anglo-saxons, les « boards » de chaque discipline garantissent la formation continue de leurs adhérents. (26)

Medical Education (EACCME). En janvier 2000, ces deux structures ont mis en place l'accréditation des événements de formation. L'objectif était de faciliter la réciprocité des crédits de FMC-DPC obtenus par la participation d'un médecin spécialiste à une formation au niveau européen et/ou à l'international. Ces médecins obtiennent alors des crédits européens de FMC (European Continuing Medical Education Credits) pour leur participation à un événement présentiel (congrès médical international). (27, 62) L'EACCME attribue un crédit pour une heure de formation, trois crédits pour une demi-journée et 6 crédits pour une journée. (64)

Depuis avril 2009, les méthodes électroniques de FMC ont été agréées. (28)

En 2010, l'UEMS a organisé l'European Accreditation Council for Medical Specialist Qualification (EACMSQ) pour essayer d'harmoniser l'évaluation des compétences. (28, 62)

Au niveau international, l'UEMS-EACCME a signé un accord de reconnaissance mutuelle des crédits de FMC :

- avec l'American Medical Association, pour les Etats-Unis, depuis 2000 et renouvelé tous les quatre ans.
- avec le Collège royal des médecins et chirurgiens, pour le Canada, depuis avril 2011 et jusqu'au 30 avril 2015. (62, 67)

Le 28 février 2014 a eu lieu, à Bruxelles, la deuxième Conférence FMC-DPC organisée par l'UEMS-EACCME ; cela a été l'occasion de refaire le point dans ce domaine à l'échelle européenne. (68)

LES POINTS ESSENTIELS :

Des essais d'harmonisation :

1958



Création de l'UEMS.

1999



Création de l'EACCME :

faciliter la réciprocité des crédits de formation en accréditant des événements :
en Europe, aux Etats-Unis et au Canada.

2004



Recommandations du groupe de Rome.

2010



Création de l'EACMSQ : harmoniser l'évaluation des compétences.

2014

2^{ème} Conférence de l'UEMS pour la FMC/DPC.

F) Synthèse du travail de recherche

1) La question de recherche

Quel est le bilan de la première année 2013 de mise en place de l'obligation de DPC chez les médecins généralistes ?

2) Les hypothèses

Le DPC n'a pas répondu aux attentes des médecins généralistes en matière de formation continue.

Le dispositif de DPC doit être modifié pour être davantage adapté à l'exercice actuel de la Médecine Générale et ainsi permettre l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

3) Les objectifs

L'objectif principal est de dresser le bilan de l'année 2013, année de transition entre FMC/EPP et DPC, chez les médecins généralistes de Dordogne et de Lot-et-Garonne.

Les objectifs secondaires sont :

- d'identifier le mode de FMC choisi par les médecins généralistes.
- de montrer les différences de représentation du DPC, le niveau d'implication de chacun, les difficultés rencontrées pour y participer.
- d'exposer les difficultés de sa mise en œuvre : identifier les déterminants de participation ou de non-participation.
- de suggérer des pistes de réflexions pour l'améliorer et ainsi permettre une plus grande adhésion au dispositif des médecins généralistes.

II METHODES

A) Le type d'enquête

Afin de répondre aux objectifs de ce travail de recherche, la réalisation d'une enquête observationnelle, à l'aide d'un questionnaire auprès de médecins généralistes, nous est apparue la méthode la plus adaptée.

En effet, dans l'idéal, la population cible qui nous intéresse et à qui nous souhaiterions pouvoir étendre les résultats est la population de médecins généralistes d'Aquitaine.

Or, ici, pour des raisons évidentes d'ordre financier et logistique, un échantillon a dû être choisi et extrait d'une population source donnée.

L'étude présentée dans ce travail est une enquête observationnelle, représentative et randomisée ; elle a été réalisée auprès d'un échantillon de 614 médecins généralistes de Dordogne (355 sujets) et de Lot-et-Garonne (259 sujets) grâce à un questionnaire écrit et standardisé, autoadministré (par courrier ou par courriel) et anonyme.

B) La population

La constitution de notre échantillon a nécessité, entre juin et juillet 2014, différentes étapes qui sont détaillées ci-après.

1) Le recensement de la population source

La population source a été définie par les critères suivants :

- être médecin généraliste en Dordogne ou en Lot-et-Garonne.
- avoir une activité principale libérale.

Pour établir la liste des membres de la population source, nous avons croisé, en juillet 2014, les données de différentes sources considérées comme fiables :

- l'annuaire en ligne des pages jaunes (<http://www.pagesjaunes.fr/>).
- l'annuaire en ligne des médecins disponible sur le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins. (69)
 - la liste des 81 Maîtres de Stage des Universités (MSU) (mise à jour en mars 2014), disponible sur le site du DMG. (70)
 - la liste des médecins généralistes agréés en 2014 (mise à jour le 10 mars 2014), disponible sur le site de l'ARS. (71, 72)
 - le dossier sur la démographie médicale en Aquitaine, en 2013, disponible sur le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins (60) et dont les résultats utiles dans ce

travail ont été rapportés dans la partie « I Introduction D) 4) ».

Suite à ce recensement, l'effectif de la population source en juillet 2014 était de :

- 387 sujets en Dordogne.
- 282 sujets en Lot-et-Garonne.

Soit une population source « N » de 669 médecins.

2) Le calcul de la taille de l'échantillon

Pour calculer la taille nécessaire de l'échantillon « n » à sélectionner pour qu'il soit représentatif, nous avons procédé à des calculs statistiques adaptés selon les paramètres classiques suivants choisis : (73, 74)

- un intervalle de confiance de 95% (d'où un coefficient de marge à 1,96 qui est défini comme tel) : il s'agit d'un intervalle de valeur qui a 95% de chance de contenir la vraie valeur du paramètre observé, le risque de se tromper étant de 5%.

- une marge d'erreur « e » de 5%.

- un « p » à 50% : l'hypothèse est que le partage des opinions au sein de la population se fera à parts égales ; ce postulat est posé pour ne pas présumer de la répartition des réponses au sein de la population qui a pour l'instant des caractéristiques inconnues.

Pour résumer ces conditions, nous pouvons dire que le résultat du paramètre étudié au sein de l'échantillon sera fiable à 95%, avec une marge d'erreur de plus ou moins 5% autour de la valeur obtenue ; et, seulement 5% de l'échantillon sera en dehors de l'intervalle de confiance.

Les formules de calculs statistiques que l'on peut alors utiliser s'appuient sur la Loi de Bernouilli : (73, 74)

Sur une population finie N :

$$n = \frac{(1,96)^2 \times N}{(1,96)^2 + (2 \times e)^2 \times (N-1)} = \frac{3,8416 \times 669}{3,8416 + 0,01 \times 668} = \frac{2570}{10,52} = 245$$

Soit un échantillon « n » de 245 sujets.

Des calculateurs automatiques en ligne permettent désormais de déterminer directement la taille d'un échantillon à l'aide de tous ces paramètres. (75)

3) Le taux de réponse prévisionnel

Un taux de réponse au questionnaire doit être estimé pour établir l'effectif de l'échantillon « n' » à qui l'on doit faire les envois, pour espérer avoir un nombre de réponses s'approchant au plus près de notre échantillon représentatif.

Nous avons fait l'hypothèse d'un taux de réponse maximal de 40% au vu d'autres enquêtes observationnelles déjà réalisées dans des thèses de médecine françaises sur des thèmes variés.

Soit $n' = 245 / 0,40 = 613$ envois nécessaires sur les 669 médecins.

4) La randomisation

Enfin, cet échantillon « n' » doit être obtenu par une technique d'échantillonnage probabiliste : le tirage au sort, qui est une technique aléatoire simple, est un mode de randomisation gratuit et le plus simple à organiser.

Pour finir, il a fallu randomiser au prorata de l'effectif des médecins généralistes de chaque département pour respecter le poids de chacun dans l'échantillon :

- Dordogne : $387 / 669 = X / 613$ Soit $X = 387 \times 613 / 669 = 354,60$
Soit 355 sujets à tirer au sort (57,82% de l'échantillon).
- Lot-et-Garonne : $282 / 669 = X' / 613$ Soit $X' = 282 \times 613 / 669 = 258,40$
Soit 259 sujets à tirer au sort (42,18% de l'échantillon).

Soit « n' » réévalué à 614 envois nécessaires.

Après ces différentes étapes, nous avons pu constituer dans le logiciel EXCEL (version 2013, de Microsoft) des tables de données, c'est-à-dire la liste complète des médecins généralistes de chaque département :

- une table pour les 387 médecins de Dordogne.
- une table pour les 282 médecins de Lot-et-Garonne.

Pour éliminer le risque d'un biais de sondage, les tables de données n'ont été constituées ni par ordre alphabétique, ni par ville, ni par regroupement de toute autre caractéristique.

Un numéro d'identification anonyme a été attribué à chacun des médecins pour permettre la bonne réalisation du tirage au sort.

Chaque ligne correspondait à un médecin et chaque colonne correspondait successivement aux rubriques : Titre (Docteur), Prénom, Nom, Rue, Ville, Code Postal,

Numéro d'anonymat.

Le tirage au sort de l'échantillon à partir de la population source ainsi répertoriée s'est fait grâce à la fonction d'EXCEL : «ALEA.ENTRE.BORNES».

Pour chaque table de données, la formule suivante a été appliquée:

- pour la Dordogne : « =ALEA.ENTRE.BORNES(1;387) ».
- pour le Lot-et-Garonne : « =ALEA.ENTRE.BORNES(1;282) ».

Le tirage au sort a été poursuivi jusqu'à obtenir la sélection de 355 sujets pour la Dordogne et 259 sujets pour le Lot-et-Garonne. Les sujets restants ont donc été exclus de l'échantillon : soit 55 sujets exclus (669 - 614).

C) Le questionnaire

1) Son élaboration

Nous avons fait les premières ébauches à partir de novembre 2013 ; le questionnaire restait long à remplir avec beaucoup de questions ouvertes.

Puis, le questionnaire a été recorrigé plusieurs fois en accord avec le directeur de thèse jusqu'en mai 2014 pour le condenser en une feuille recto-verso, afin d'en faciliter l'envoi par courrier, de diminuer le temps de réponse, et finalement d'améliorer le taux de réponse.

Du 2 au 7 juin 2014, une version test du questionnaire (cf Annexe 6) a été envoyée à sept médecins généralistes qui ont bien voulu tous participer : anciens maîtres de stage ou leurs associés ou encore des médecins rencontrés lors de remplacements. Ce test réel a permis de modifier certaines questions devant les difficultés rencontrées par les testeurs.

Voici les principales modifications :

- les questions 1 et 5 ont été précisées par des Questionnaires à Choix Multiple (QCM) à réponses multiples.
- la question 3 a été supprimée et remplacée par la question 8 du nouveau questionnaire.
- la question 4 a été remodelée dans sa partie « a) » pour être plus clairement compréhensible : création d'un tableau et d'un QCM à réponses multiples.
- les questions 6, 7, 8 ont été fermées avec des QCM à échelle ou à réponses multiples, car les réponses aux questions ouvertes restaient trop floues.

Pendant l'été, il y a eu une relecture du questionnaire par des non médecins pour revoir le mode de présentation, l'enchaînement et la bonne compréhension des questions.

La version définitive a été construite jusqu'à fin août 2014 et validée par le directeur de thèse. (cf Annexe 7)

2) Sa composition

En préambule du questionnaire, une lettre explicative, réalisée avec le DMG, a été jointe. Elle permettait de donner une information éclairée aux médecins généralistes sur le contexte et la nature de l'enquête pour laquelle ils étaient sollicités, en insistant sur différents points :

- le soutien de ce travail par le DMG de l'Université de Bordeaux (logo, coordonnées du DMG, référence officielle du dossier).
- la garantie de leur anonymat.
- le temps estimé pour remplir le questionnaire.
- les modalités de renvoi du questionnaire.
- l'assurance de leur communiquer à terme les résultats de l'enquête.
- l'existence du site www.ogdpc.fr pour avoir une information complète sur le DPC.

Le questionnaire a été organisé en plusieurs parties sur une feuille recto/verso avec, en majorité, des questions fermées sous forme de QCM (à réponse unique ou multiple ou à échelle), quelques zones de texte libres à remplir et une question ouverte, la question 8. (cf Annexe 7)

La première partie comprend les caractéristiques du répondant : sexe, tranche d'âge, département d'exercice, milieu d'exercice (rural ou semi-rural, urbain) et mode d'exercice (seul, groupe, maison de santé, pôle de santé), rôle de MSU.

La deuxième partie comprend une série de huit questions :

- question 1 : la participation à une ou plusieurs FMC conventionnelles en 2011 et 2012, avec le nombre de FMC par an et la structure de FMC.
- question 2 : le mode d'information sur le nouveau DPC.
- question 3 : la participation à un ou plusieurs DPC en 2013 :
 - a) Si le DPC a été fait :
 - le nombre de DPC faits.
 - pour chaque DPC : le thème, l'organisme, la méthode, les modalités, l'organisation, avec le premier critère de choix à préciser pour chaque DPC.
 - les éléments ayant incité à participer au DPC.
 - l'indemnisation reçue ou pas pour le DPC et son délai.
 - les changements induits ou pas par le DPC dans sa pratique professionnelle.

- b) Si le DPC n'a pas été fait :
 - les obstacles à la participation.
 - les mesures qui inciteraient à participer au DPC.
 - question 4 : la participation à une ou plusieurs FMC non agréées DPC en 2013 avec le nombre de FMC faites et la structure de FMC.
 - question 5 : l'opinion sur le caractère obligatoire et « sanctionnant » du DPC :
 - a) une échelle de réponse avec l'adjectif « adapté ».
 - b) une échelle de réponse avec l'adjectif « applicable ».
 - question 6 : l'opinion sur le financement préféré du DPC (Etat, autofinancement de la profession, industrie pharmaceutique) selon une échelle de réponse avec l'adjectif « favorable ».
 - question 7 : les suggestions d'amélioration du DPC.
 - question 8 : le ressenti par rapport au DPC.
- La dernière partie est une zone de commentaires libres. (cf Annexe 7)

D) Le déroulement de l'étude

1) La diffusion du questionnaire

a) Le choix des modalités de diffusion

Une enquête conduite uniquement par mail allait bien sûr restreindre l'échantillon à une population de médecins généralistes qui ont une adresse mail et à ceux qui ont bien voulu la communiquer au Conseil Départemental de l'Ordre (CDO). De plus, les adresses mail étant non communicables par les CDO, il était impossible de déterminer un échantillon sur lequel travailler et encore moins de faire un tirage au sort.

L'envoi par courrier représentait donc le mode de diffusion le plus adapté pour pouvoir réaliser cette enquête observationnelle représentative et randomisée. Suite à la présentation de notre projet complet avec sa méthodologie détaillée lors de l'été 2014, le DMG a validé notre dossier et a accepté d'apporter son aide pour diffuser par courrier le questionnaire début septembre 2014.

Le courriel restait tout de même un mode de relance suite aux courriers envoyés, afin d'augmenter le taux de réponse si nécessaire. Après demande de mi-décembre 2013 à mi-janvier 2014, auprès des différents CDO de l'Aquitaine, ceux de Dordogne et de Lot-et-Garonne nous ont répondu qu'ils accepteraient de transmettre une éventuelle relance de questionnaire.

b) L'envoi du questionnaire

Tout d'abord, voici une estimation du coût de l'enquête qui a été pris en charge par le DMG :

- 614 enveloppes d'envoi (format 110×220mm) au logo de l'Université de Bordeaux : soit environ 9,50 euros.
- 614 timbres (au tarif « lettre verte 20 g ») : soit environ 374 euros.
- 614 enveloppes pré-timbrées (format 110×220mm, au tarif lettre verte 20 g) : soit environ 446 euros.
- 614 courriers d'accompagnement (une page en format A4) imprimés par le DMG : soit environ 35 euros.
- 614 questionnaires (une feuille en format A4) imprimés par le DMG : soit environ 65 euros.

Soit un coût total estimé de 929,50 euros.

Une enveloppe au logo de l'Université de Bordeaux contenait le questionnaire avec son courrier d'accompagnement et une enveloppe de retour affranchie.

Nous avons imprimé les étiquettes d'adresse de chaque médecin destinataire via le logiciel ACCESS (version 2013) à partir des tables de données précédemment enregistrées sur EXCEL suite à la randomisation.

De même, l'enveloppe de retour a été étiquetée à l'adresse personnelle de l'auteur.

Les 614 envois ont été réalisés en une seule fois le 12 septembre 2014 par le DMG, via le bureau de Poste du site Carreire de l'Université de Bordeaux.

Pour augmenter le taux de répondants, il a fallu ensuite organiser des relances :

- Nous avons demandé, les 9 octobre et 8 novembre 2014, une relance de questionnaire par courriel aux CDO de Dordogne et de Lot-et-Garonne. Le mail de relance contenait deux pièces jointes : la lettre d'accompagnement déjà envoyée par courrier et une version du questionnaire en formulaire WORD, avec des cases à cocher et des zones de texte à compléter, permettant un renvoi direct par mail. Ce mail a été répercuté par le CDO de Lot-et-Garonne les 9 octobre et 10 novembre 2014 et par le CDO de Dordogne les 13 octobre et 21 novembre 2014.
- Le 9 octobre, cinq envois par courrier (chacun avec une enveloppe de retour affranchie) ont dû être retournés à chaque médecin expéditeur concerné :
 - trois médecins qui n'avaient rempli que le recto du questionnaire, mais avaient précisé leurs coordonnées.
 - deux médecins qui avaient renvoyé par erreur, au lieu du questionnaire, une ordonnance pour l'un et un certificat de tutelle pour l'autre.

- Le 10 novembre, six courriers (chacun avec une enveloppe de retour affranchie) ont été renvoyés :

- un médecin qui n'avait rempli que le recto du questionnaire, mais avait précisé ses coordonnées.

- cinq courriers ont été renvoyés par la poste au DMG pour le motif « destinataire inconnu à l'adresse » ; après vérification de chaque adresse, les courriers ont été renvoyés à ces mêmes médecins.

2) Le recueil des données

Les questionnaires reçus par courrier ou par mail et retenus comme valides ont été inclus au fur et à mesure entre le 15 septembre 2014 et le 10 décembre 2014.

Les critères d'inclusion ont été :

- être médecin généraliste installé en Dordogne ou en Lot-et-Garonne.
- avoir une activité libérale principale.
- avoir exercé comme tel au moins en 2013.
- faire partie de l'échantillon « n' » tiré au sort.

Des questionnaires non valides ont été exclus de la base de données pour différentes raisons :

- le médecin était remplaçant en 2013.
- le médecin était en retraite de son activité de médecine générale en 2013.
- le médecin était en congé de longue maladie en 2013.
- le questionnaire était incomplet : le recto était rempli, pas le verso.
- un papier autre que le questionnaire a été renvoyé par erreur : une ordonnance par exemple...

La base de données a été constituée par l'auteur sous forme de tables de données sur le logiciel EXCEL entre le 15 septembre et le 10 décembre 2014. Plusieurs feuilles de calcul ont été créées pour faciliter l'analyse des données par la suite.

Au sein de chaque table, une ligne correspondait à un médecin répondant et chaque colonne correspondait à une variable étudiée dans le questionnaire.

Les réponses à chaque question du questionnaire ont été codées pour permettre leur exploitation par EXCEL :

- pour les QCM à réponse unique, les modalités ont été numérotées: 1, 2, 3... Seul, le numéro de la modalité choisie a été saisi.

- pour les QCM à réponse multiple, chaque modalité a été codée en vrai = 0 ou faux = 1; donc a été saisi 0 ou 1 pour chaque modalité.

- pour les QCM à réponse à échelle, chaque modalité a été numérotée: 1, 2, 3... Seul, le numéro de la modalité choisie a été saisi.

- pour les questions ouvertes, les réponses ont été triées pour être regroupées par rubrique, chacune traduisant une idée générale ; chaque rubrique est devenue une modalité de réponse dans la base de données ; chaque modalité a été codée en vrai = 0 ou faux = 1 ; donc a été saisi 0 ou 1 pour chaque modalité.

- les réponses manquantes ont dû aussi être codées : dans ce cas, une cellule vide a été laissée.

La grille de codage du questionnaire est disponible, sur demande, auprès de l'auteur.

Un relecteur extérieur à l'enquête a fait une double lecture des données collectées pour en vérifier la bonne saisie et permettre alors d'éliminer des erreurs de saisie ou des doublons de ligne.

Un fichier EXCEL avec l'ensemble des données collectées a été sauvegardé et nous avons travaillé sur une copie pour éviter tout risque d'erreur.

E) La méthode d'analyse des données

Les données recueillies dans la base de données ont été analysées par le logiciel EXCEL du 15 octobre 2014 au 15 décembre 2014.

Dans un premier temps, l'analyse des données a été uni-variée :

- pour des variables quantitatives, avec des résumés statistiques (illustrés par des tableaux ou graphiques), via les rubriques « Formules » puis « Statistiques ».

- pour des variables qualitatives, en obtenant un tri à plat grâce à la constitution de tableaux croisés dynamiques traduits par la suite en graphiques croisés dynamiques.

Dans un second temps, l'analyse des données a été multivariée :

- pour certaines variables, en obtenant un tri croisé suite à la constitution de tableaux croisés dynamiques avec leur graphique croisé dynamique correspondant.

Enfin, des tests du Chi2 ont été réalisés, entre certaines variables, par un opérateur extérieur à l'enquête, grâce au logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) d'IBM (International Business Machines).

LES POINTS ESSENTIELS :

JUILLET 2014

Recensement de la population source « N » = 669

Dordogne = 387

Lot-et-Garonne = 282

Calcul de la taille de l'échantillon.

Echantillon « n » = 245

Taux de réponse maximal estimé de 40%.

Echantillon « n' » = 614

Dordogne = 355

Lot-et-Garonne = 259

Tirage au sort de « n' » parmi « N ».

614 courriers envoyés

SEPTEMBRE 2014

OCTOBRE 2014

1^{ère} relance par courriel via les CDO de Dordogne et Lot-et-Garonne
ET : 5 renvois de courriers.

NOVEMBRE 2014

2^{ème} relance par courriel via les CDO de Dordogne et Lot-et-Garonne
ET : 6 renvois de courriers.

DECEMBRE 2014

Fin du recueil des données et de l'analyse des données.

III RESULTATS

A) La description des répondants

L'ensemble des données exposées dans ce chapitre de « Résultats » sont disponibles sur demande auprès de l'auteur.

1) Le taux de participation

La période d'inclusion a duré trois mois : entre le 15/09 et le 14/12/2014.

Au 10 décembre 2014, 259 réponses (255 par courrier et 4 par mail) ont été reçues sur 614 questionnaires envoyés.

Nombre de réponses reçues par semaine, du 15/09 au 14/12/2014, et pourcentages cumulés sur le total des questionnaires envoyés

Semaine	Nombre de réponses reçus	Effectifs cumulés	Pourcentages cumulés
Du 15 au 21/09/2014	120	120	19,54%
Du 22 au 28/09/2014	69	189	30,78%
Du 29/09 au 5/10/2014	22	211	34,36%
Du 6 au 12/10/2014	9	220	35,83%
Du 13 au 19/10/2014	9	229	37,29%
Du 20 au 26/10/2014	3	232	37,78%
Du 27/10 au 2/11/2014	2	234	38,11%
Du 3 au 9/11/2014	2	236	38,43%
Du 10 au 16/11/2014	5	241	39,25%
Du 17 au 23/11/2014	2	243	39,57%
Du 24/11 au 30/11/2014	5	248	40,39%
Du 1 ^{er} au 7/12/2014	5	253	41,20%
Du 8 au 14/12/2014	6	259	42,18%

Le taux de réponses reçues de 30% a été atteint dès la fin de la deuxième semaine. Sans relance, ce taux est monté jusqu'à 35,83% à la fin de la quatrième semaine.

Suite aux relances par courrier (les 9/10 et 10/11/2014) et par courriel (via le CDO de Lot-et-Garonne les 9/10 et 10/11/2014 et le CDO de Dordogne les 13/10 et 21/11/2014), ce taux a augmenté de 6,35% entre la fin du premier mois (35,83% au 12/10/2014) et la fin du troisième mois (42,18% au 14/12/14).

Sur les 11 relances par courrier, six questionnaires ont été renvoyés par les médecins et ont tous été exploitables, soit un taux de réponses valides de 54,55%.

Suite aux relances par courriel, quatre questionnaires ont été renvoyés par courriel et ont tous été exploitables.

Sur ce total de 259 réponses, 18 enveloppes de réponse ont été exclues car elles avaient un contenu non valide :

- six questionnaires incomplets : le recto seulement a été rempli.
- cinq questionnaires correspondant à des médecins retraités.
- un questionnaire correspondant à un médecin spécialiste.
- un questionnaire correspondant à un médecin en congé de longue maladie.
- un questionnaire correspondant à un médecin qui était encore remplaçant en 2013.
- une ordonnance renvoyée par un médecin au lieu du questionnaire.
- trois enveloppes renvoyées par la Poste à l'auteur pour « destinataire inconnu à l'adresse » : après recherche, aucune nouvelle adresse n'a pu être retrouvée pour les ré-adresser aux médecins concernés.

Sur les 259 réponses reçues, 241 questionnaires exploitables ont été inclus pour constituer l'échantillon d'intérêt, soit un taux de réponses valides de 39,25%.

LES POINTS ESSENTIELS :

614 questionnaires envoyés.



259 réponses reçues = 42,18%

Dont, 18 non valides et exclues.



241 questionnaires valides et inclus = 39,25%

Voici quelques précisions nécessaires à la lecture de l'ensemble des graphiques de résultats présentés par la suite:

- NPR : N'a Pas Répondu.

- NSP : Ne Sait Pas.

- la rubrique NPR correspond à ceux qui n'ont pas répondu :

- à la question concernée s'il s'agit d'un QCM à réponse unique.

- à l'ensemble des items de réponses s'il s'agit d'un QCM à réponse multiple.

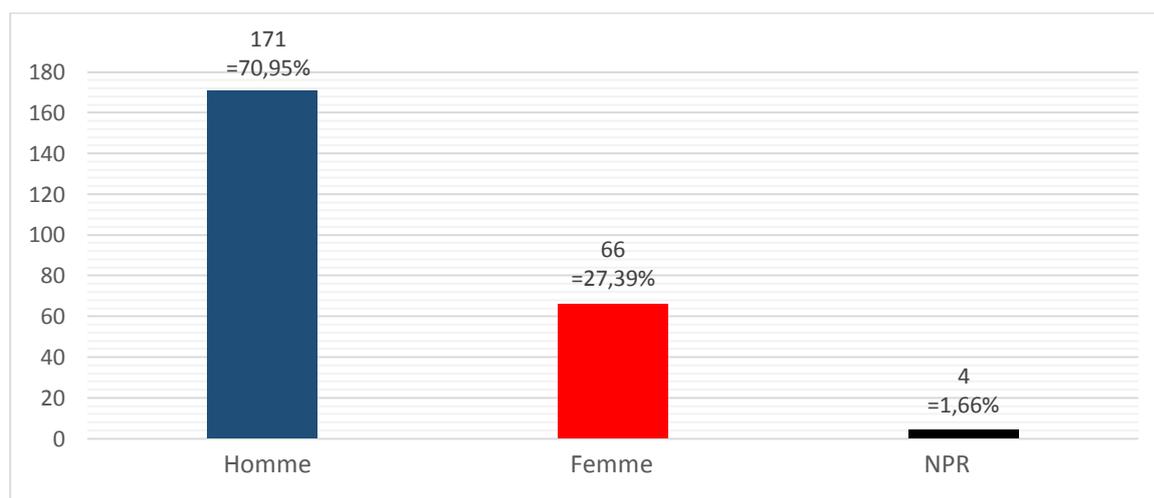
- à l'ensemble des items de réponses créés par l'auteur s'il s'agit d'une question ouverte.

- à l'intérieur de chaque graphique, les effectifs de chaque colonne sont indiqués avec leur pourcentage correspondant au sein de l'échantillon étudié (échantillon indiqué dans le titre de chaque graphique).

2) Les caractéristiques de l'échantillon

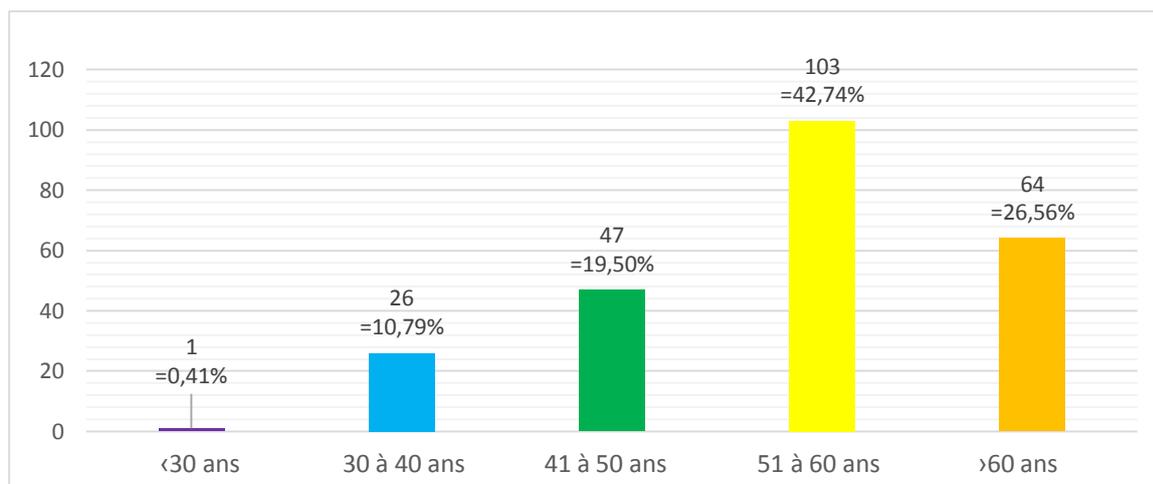
a) Le sexe

Répartition des médecins en fonction du sexe



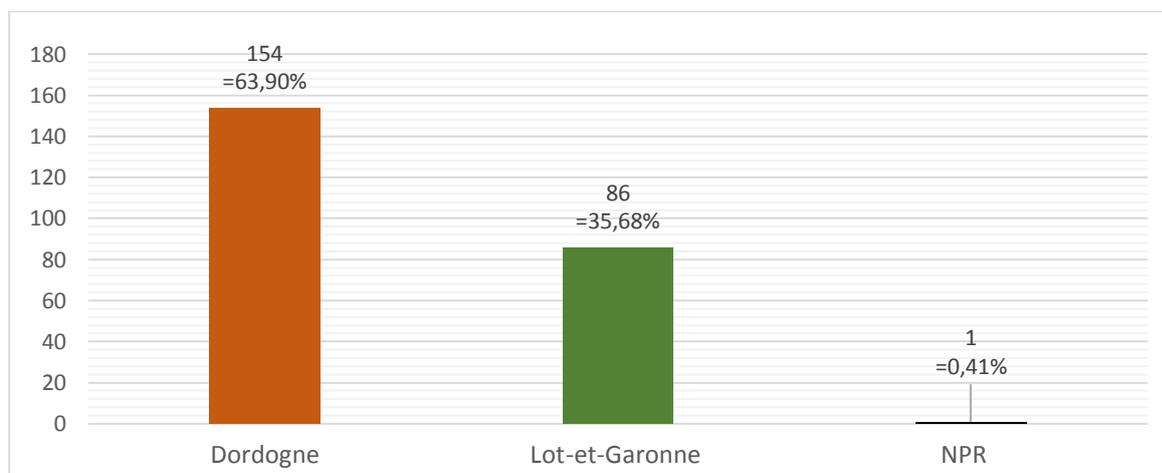
b) L'âge

Répartition des médecins en fonction de l'âge



c) Le département d'exercice

Répartition des médecins en fonction du département d'exercice

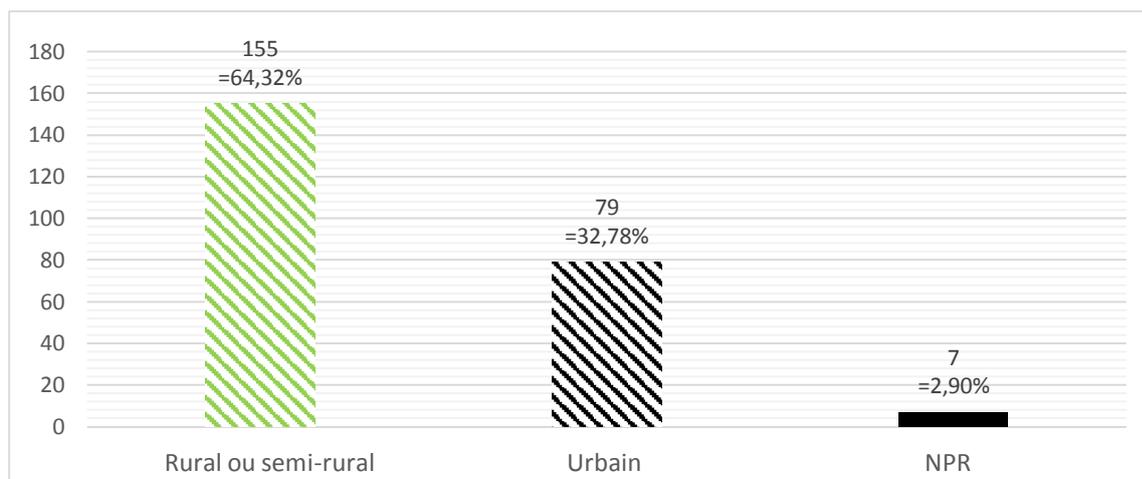


Sur les 355 médecins de Dordogne qui ont reçu le questionnaire, 154 ont répondu, soit un taux de participation de 43,38% chez les médecins de Dordogne.

Sur les 259 médecins de Lot-et-Garonne qui ont reçu le questionnaire, 86 ont répondu, soit un taux de participation de 33,20% chez les médecins de Lot-et-Garonne.

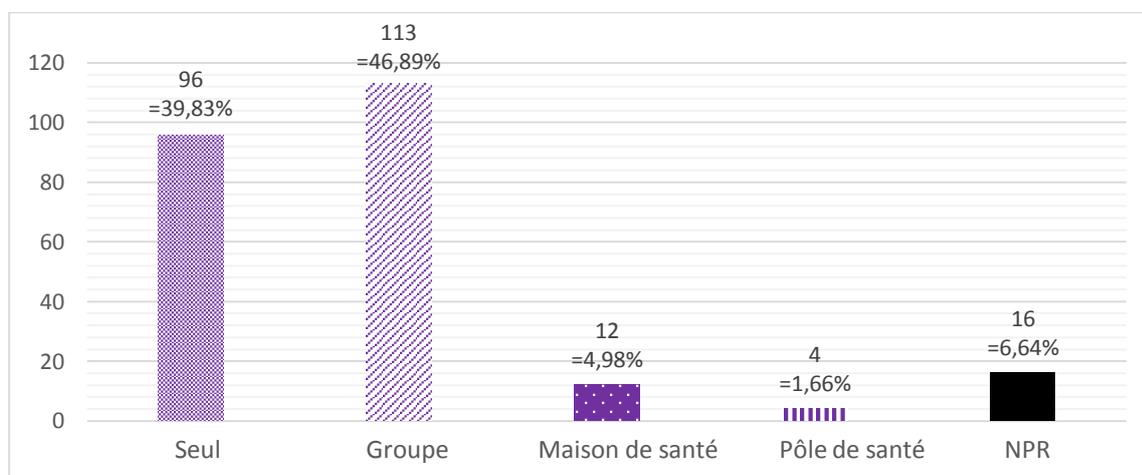
d) Le milieu d'exercice

Répartition des médecins en fonction du milieu d'exercice



e) Le mode d'exercice

Répartition des médecins en fonction du mode d'exercice



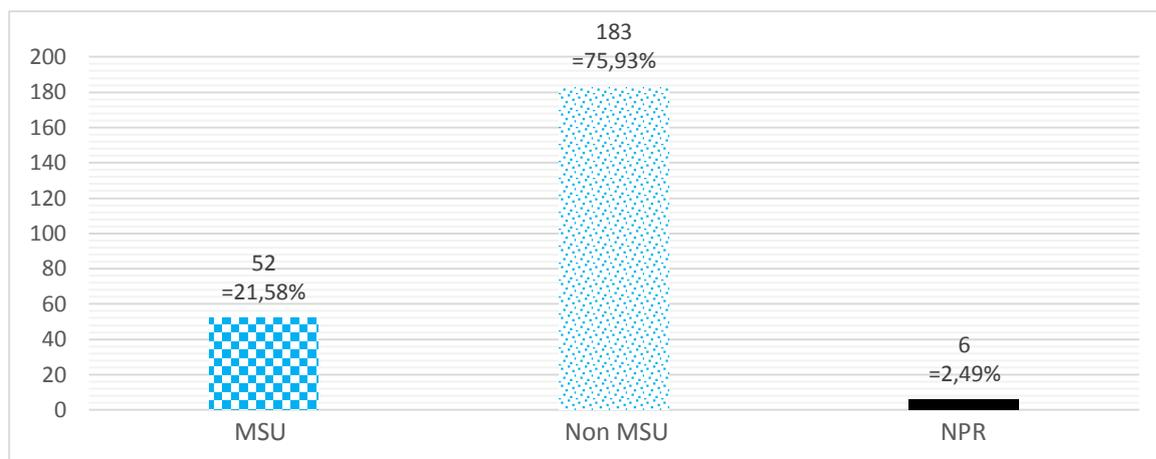
La maison de santé est « une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens ». (76)

Le pôle de santé est constitué "entre professionnels de santé, le cas échéant de maisons de santé, de centres de santé, de réseaux de santé, d'établissements de santé, d'établissements et de services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire, et des groupements de coopération sociale et médicosociale". (77)

Les médecins en groupe ou en maison de santé représentent 51,87% de l'échantillon, contre 39,83% de médecins exerçant seuls.

f) Le rôle de MSU

Répartition des médecins en fonction de leur statut de MSU



D'après les listes officielles du DMG (70), les médecins MSU tirés au sort dans l'échantillon ont pu être décomptés :

- 45 sur 49 pour la Dordogne.
- 24 sur 32 pour le Lot-et-Garonne.

Soit, un total de 69 MSU qui ont reçu le questionnaire.

Sur ces 69 médecins, 52 ont participé à l'enquête, soit un taux de participation de 75,36%.

Sur les 545 médecins non MSU, 189 ont participé à l'enquête, soit un taux de participation de 34,68%.

Il nous a semblé intéressant de croiser entre eux les résultats de différentes caractéristiques. Ces résultats croisés sont détaillés en Annexe 8.

LES POINTS ESSENTIELS :

➔ Taux de participation :

• par département :

- 43,38% des médecins de Dordogne.
- 33,20% des médecins de Lot-et-Garonne.

• selon le statut de MSU:

- 75,36% des médecins MSU.
- 34,68% des non MSU.

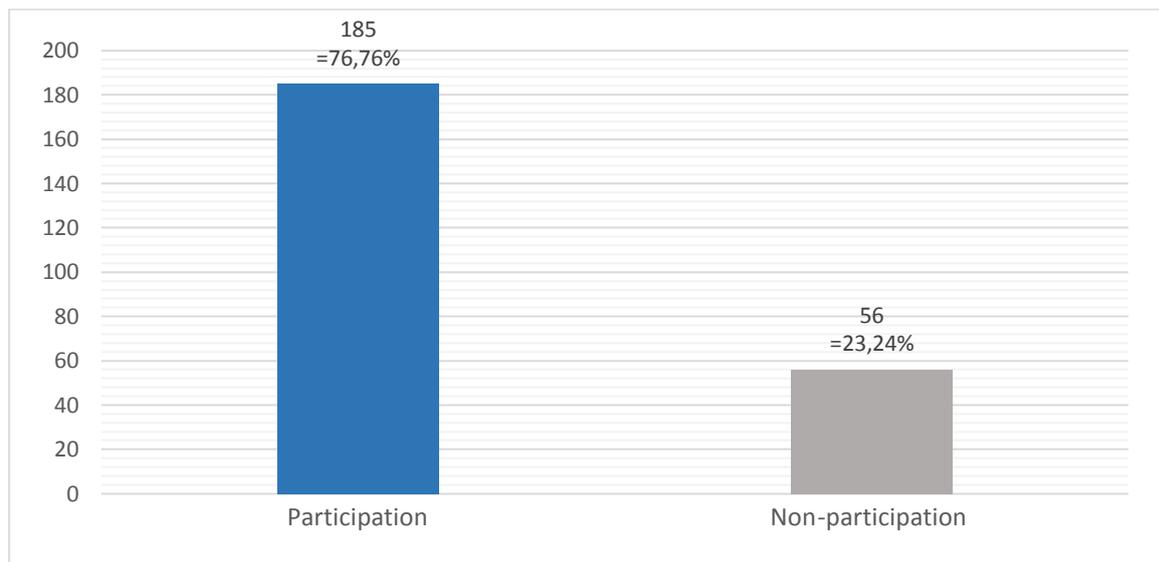
Synthèse des caractéristiques des médecins répondants

Caractéristiques	Effectifs	Pourcentages
Sexe		
Homme	171	70,95%
Femme	66	27,39%
NPR	4	1,66%
Total	241	100,00%
Age		
- de 30 ans	1	0,41%
30 à 40 ans	26	10,79%
41 à 50 ans	47	19,50%
51 à 60 ans	103	42,74%
+ de 60 ans	64	26,56%
Total	241	100,00%
Département		
Dordogne	154	63,90%
Lot-et-Garonne	86	35,68%
NPR	1	0,41%
Total	241	100,00%
Milieu d'exercice		
Rural ou semi-rural	155	64,32%
Urbain	79	32,78%
NPR	7	2,90%
Total	241	100,00%
Mode d'exercice		
Seul	96	39,83%
Groupe	113	46,89%
Maison de santé	12	4,98%
Pôle de santé	4	1,66%
NPR	16	6,64%
Total	241	100,00%
MSU		
Oui	52	21,58%
Non	183	75,93%
NPR	6	2,49%
Total	241	100,00%

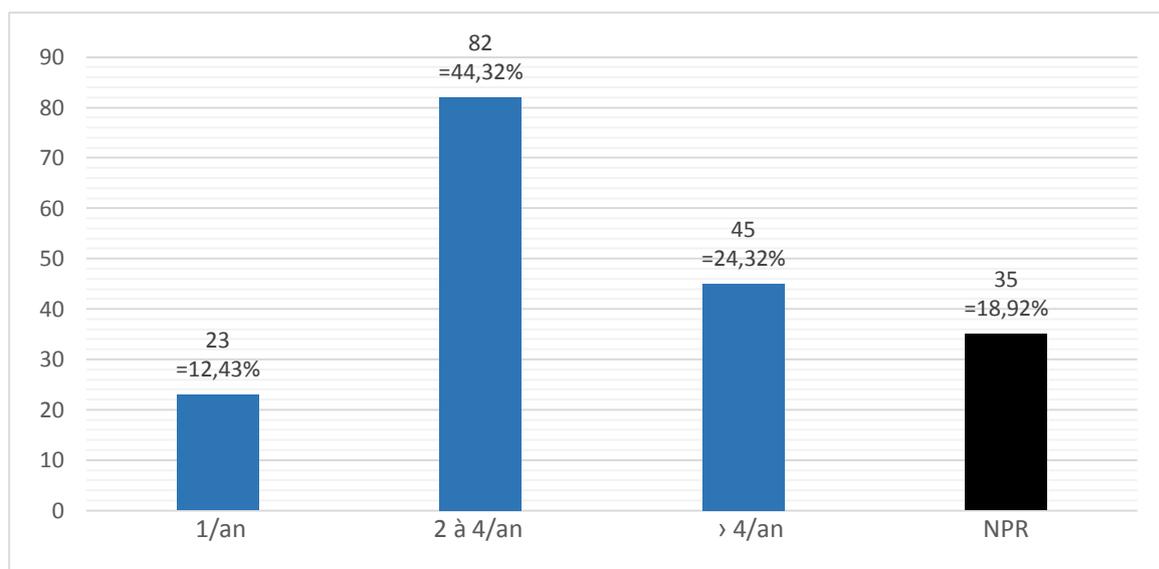
B) L'analyse globale des résultats

1) La participation à la FMC conventionnelle en 2011 et 2012

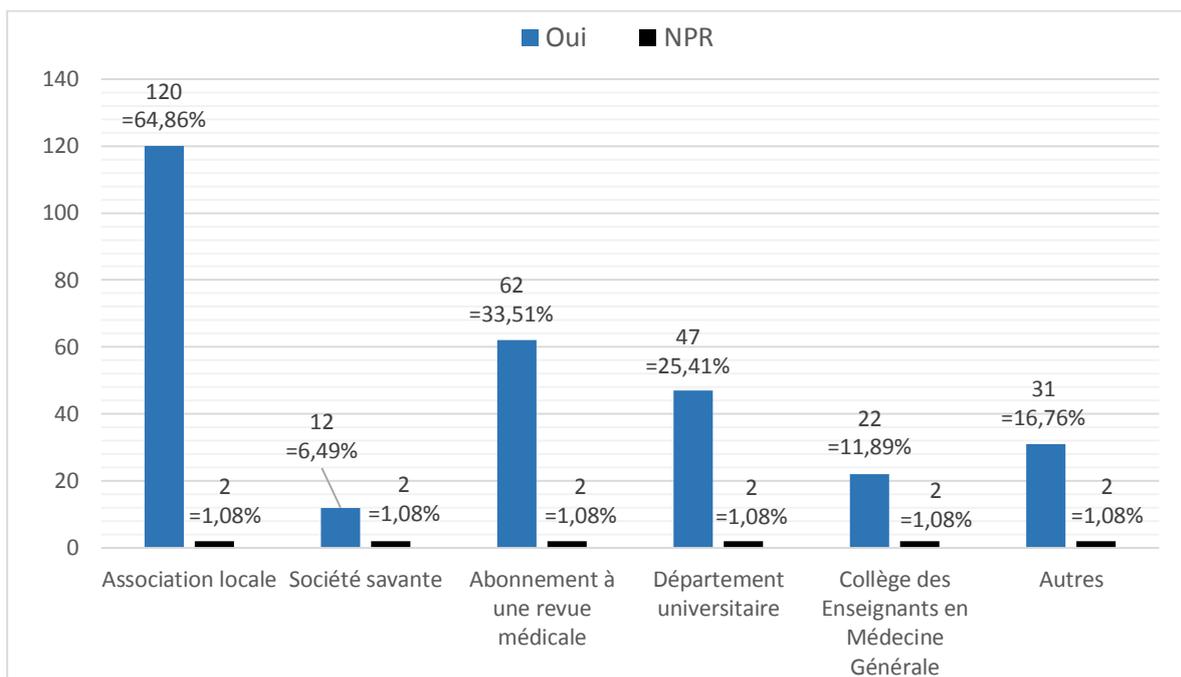
Répartition des médecins en fonction de leur participation en 2011 et 2012 à un ou plusieurs programmes de FMC



Répartition des médecins ayant participé en 2011 et 2012 à une ou plusieurs FMC en fonction du nombre de FMC faites

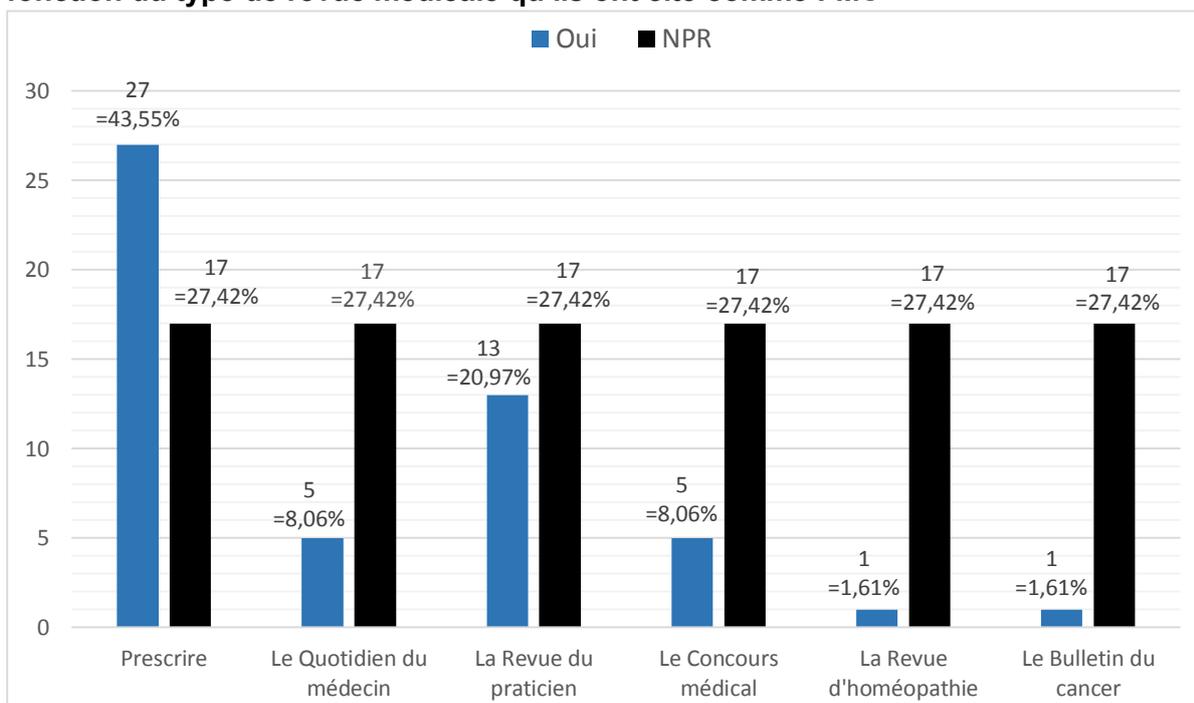


Répartition des médecins ayant participé en 2011 et 2012 à une ou plusieurs FMC en fonction du type d'organisme de FMC utilisé



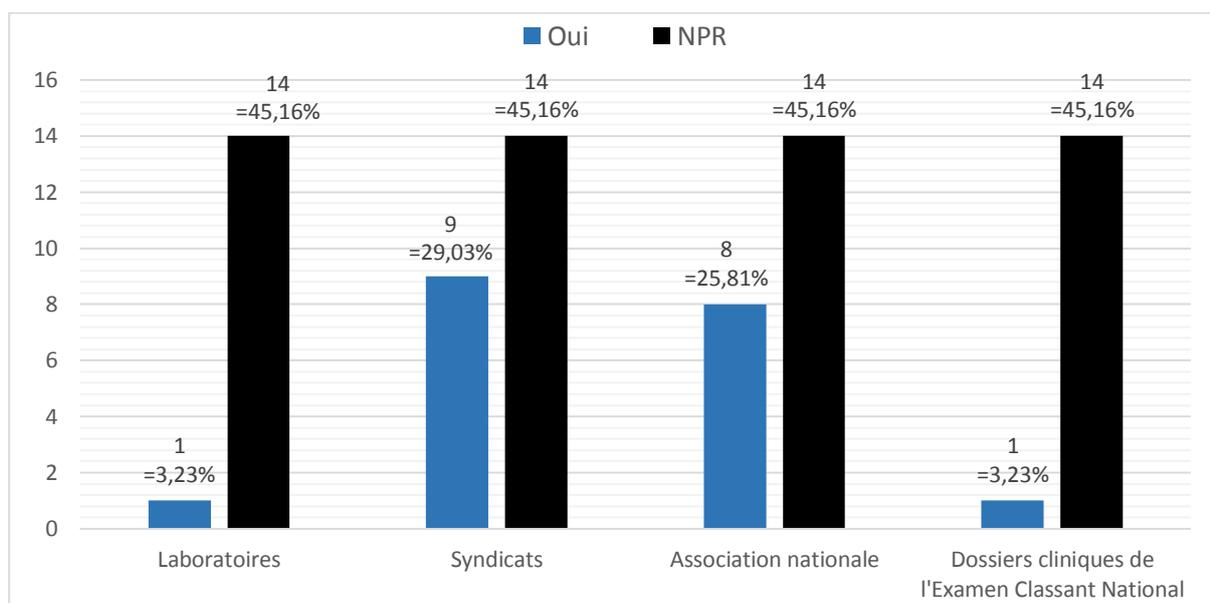
Un même médecin a pu noter un ou plusieurs types d'organismes de FMC.

Répartition des médecins ayant participé en 2011 et 2012 à une ou plusieurs FMC en fonction du type de revue médicale qu'ils ont cité comme FMC



Un même médecin a pu citer une ou plusieurs revues médicales.

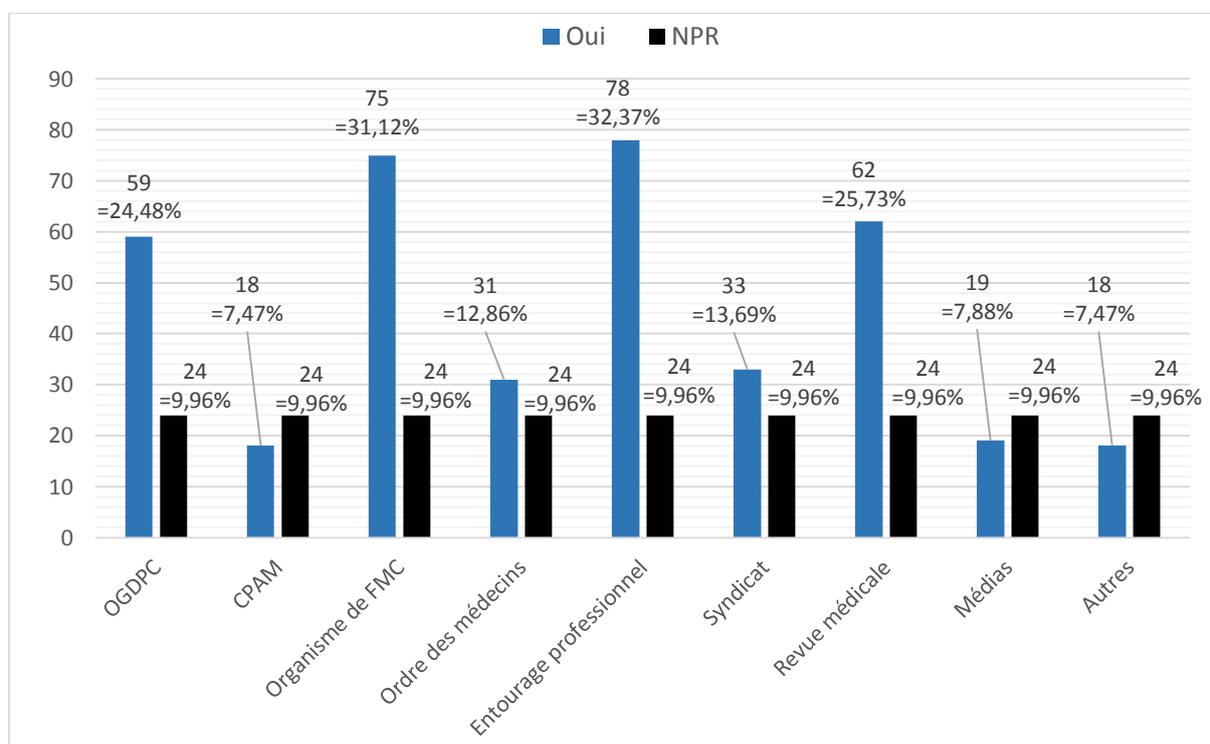
Répartition des médecins ayant participé en 2011 et 2012 à une ou plusieurs FMC en fonction du type d'organisme de FMC qu'ils ont cité dans la rubrique « Autres »



Un même médecin a pu citer un ou plusieurs organismes dans la rubrique « Autres ».

2) Le mode d'information sur le DPC

Répartition des médecins en fonction de la manière dont ils ont été informés du dispositif de DPC

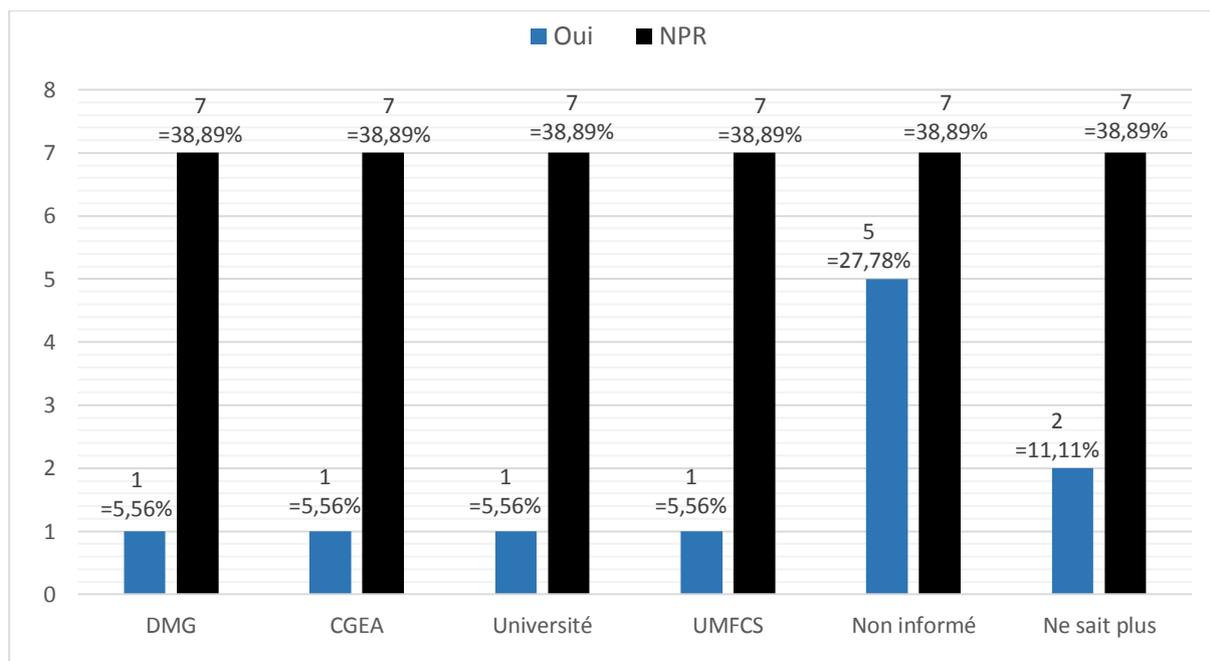


Un même médecin a pu noter un ou plusieurs modes d'information sur le DPC.

On dénombre 89 médecins sur les 241 (soit 36,93%) déclarant avoir été informés par au moins l'une des trois autorités officielles : OGDPC, CPAM, Ordre des médecins.

Parmi les 18 médecins classés dans la rubrique « Autres », il faut noter cinq médecins sur les 241 (soit 2,07%) déclarant ne pas avoir été informés du dispositif de DPC.

Répartition des médecins en fonction de la manière dont ils ont été informés du dispositif de DPC qu'ils ont citée dans la rubrique « Autres »

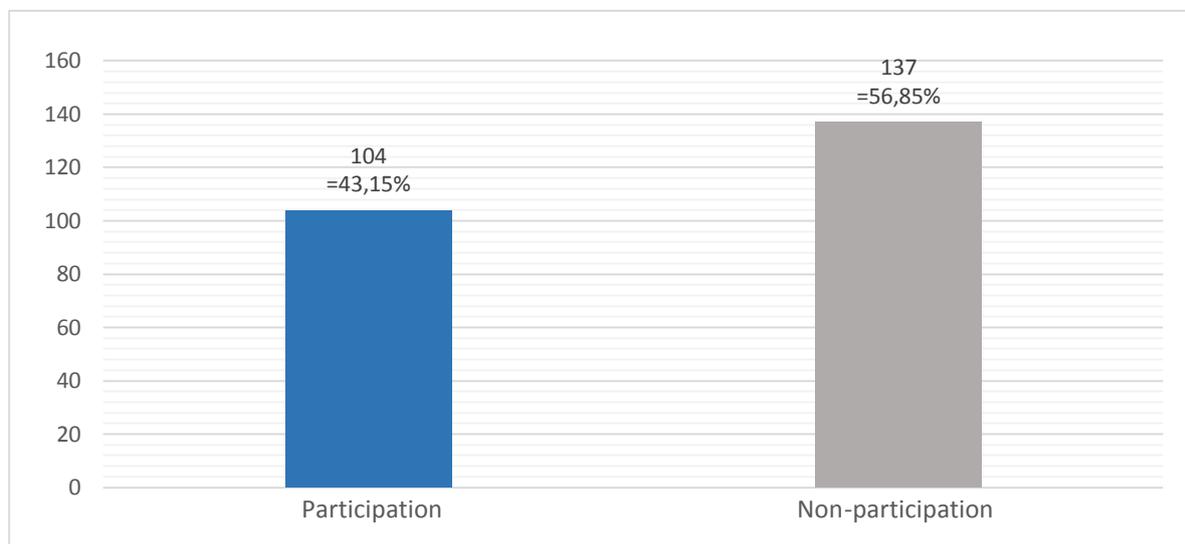


CGEA : Collège des Généralistes Enseignants d'Aquitaine

UMFCS : Unité Mixte de Formation Continue en Santé

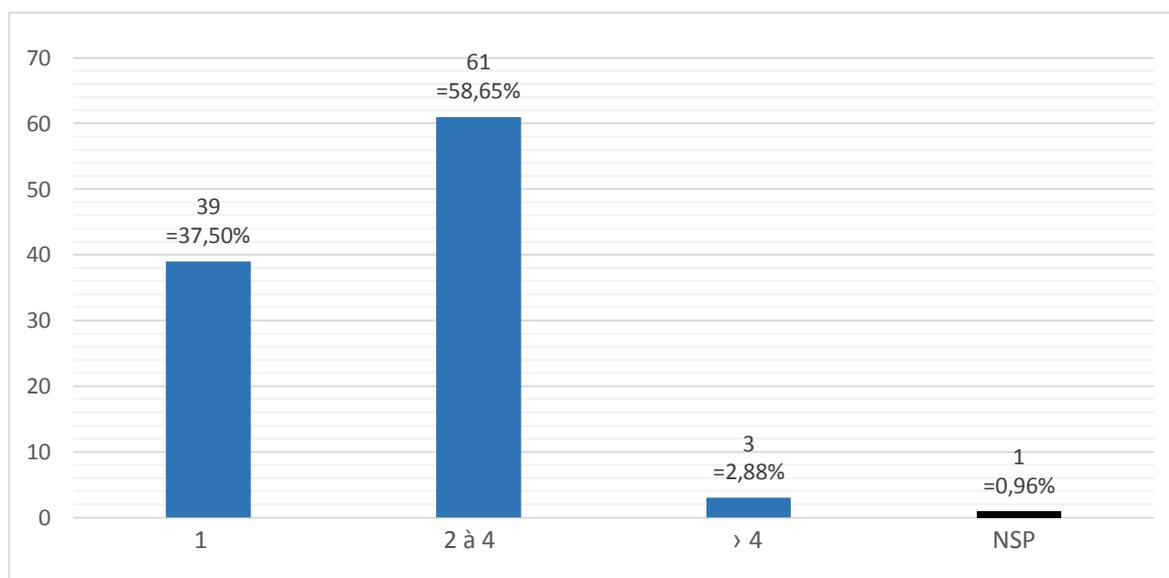
3) La participation ou la non-participation à un ou plusieurs programmes de DPC en 2013

Répartition des médecins en fonction de leur participation en 2013 à un ou plusieurs programmes de DPC



a) Les médecins qui ont participé en 2013 au DPC

Répartition des médecins ayant participé en 2013 à un ou plusieurs programmes de DPC en fonction du nombre de DPC réalisés



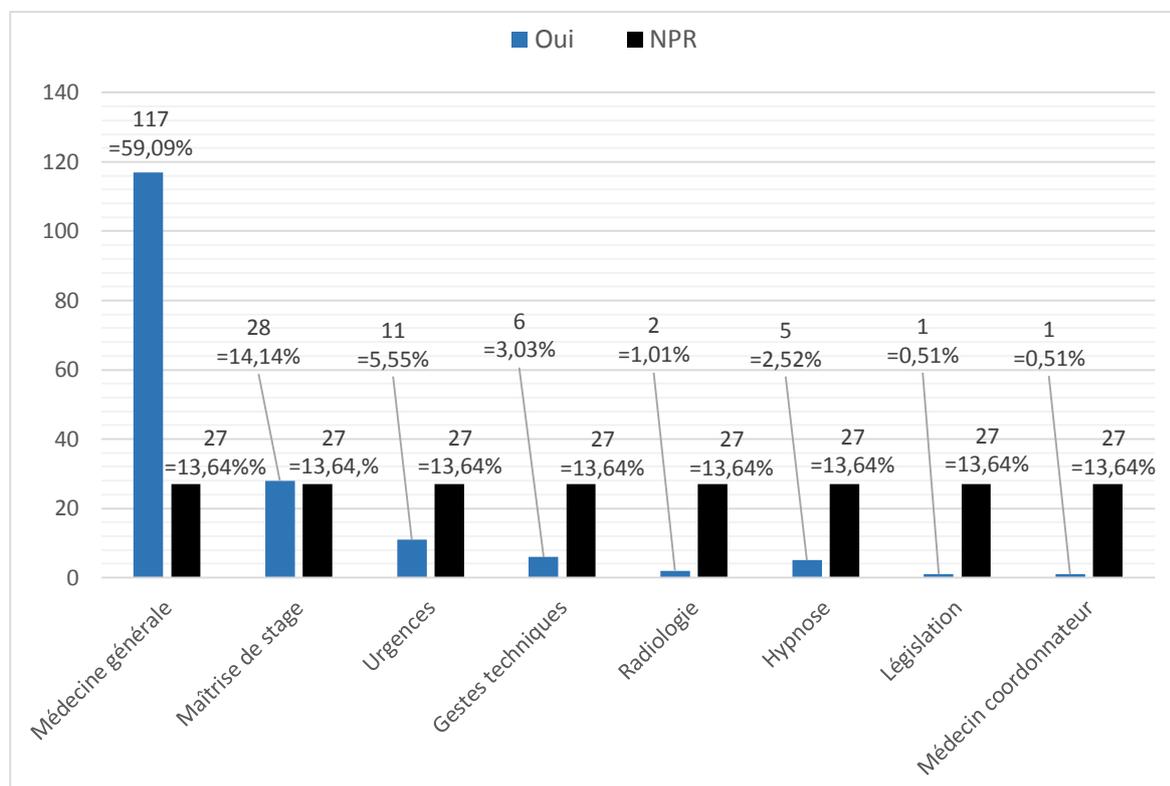
Des informations sont nécessaires à la lecture des six graphiques suivants.

Sur les 104 médecins qui ont participé au DPC en 2013, 16 n'ont rempli aucune des rubriques du tableau destiné à préciser les caractéristiques de leur(s) DPC.

Par conséquent, 88 médecins ont noté au moins un programme de DPC dans le tableau précité. Au total, on dénombre 198 programmes de DPC, soit une moyenne d'un peu plus de 2 programmes par médecin, en 2013.

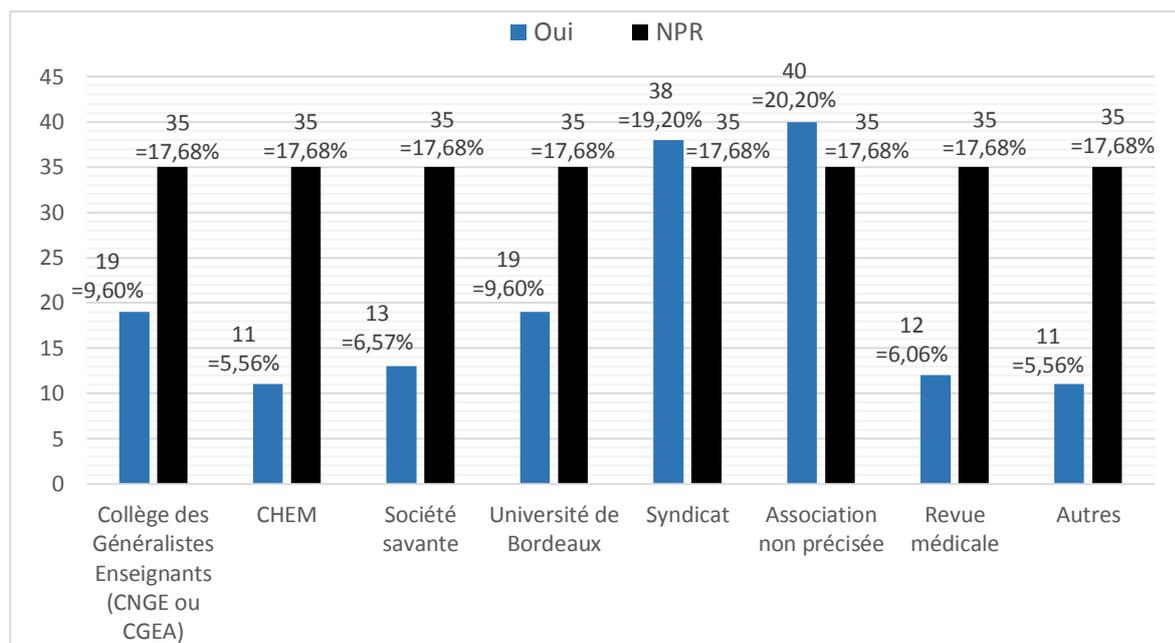
Les termes « méthode », « modalités », « organisation » ont été définis dans le questionnaire. (cf Annexe 7)

Répartition des 198 programmes de DPC faits en 2013 en fonction de leur thème



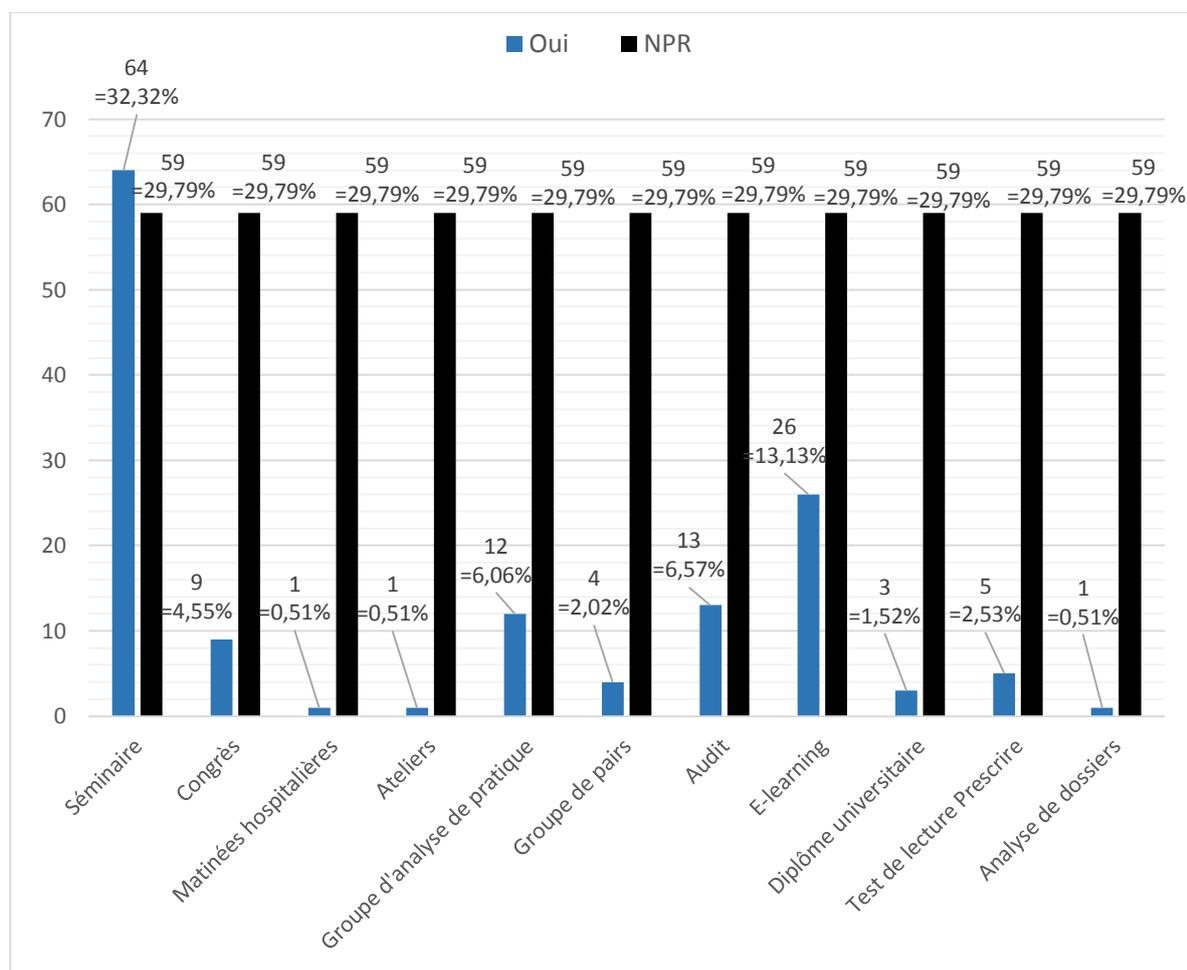
La rubrique « Médecine générale » regroupe des thèmes relatifs à des pathologies de médecine générale (et non de médecine spécialisée) comme : les infections urinaires, les troubles du sommeil, la maladie d'Alzheimer...

Répartition des 198 programmes de DPC faits en 2013 en fonction de leur organisme

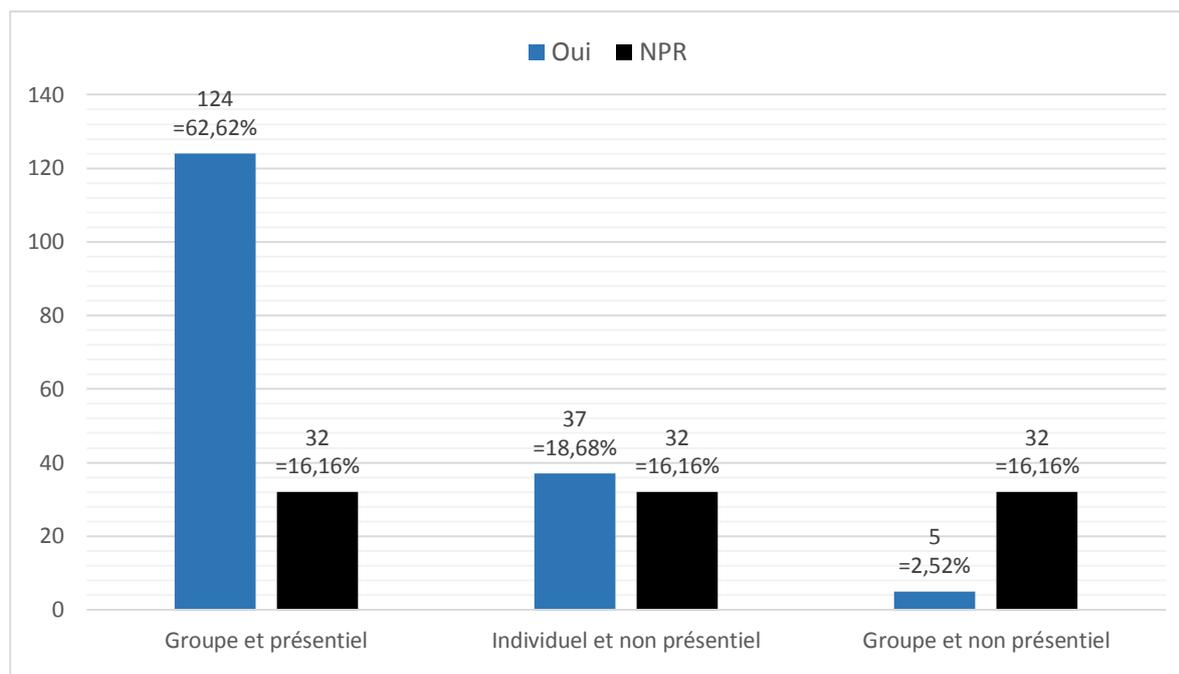


Dans la rubrique « Autres », il y a : un groupe de pairs, une université autre que celle de Bordeaux, neuf organismes sous le nom de « OGDPC », sans plus de précision.

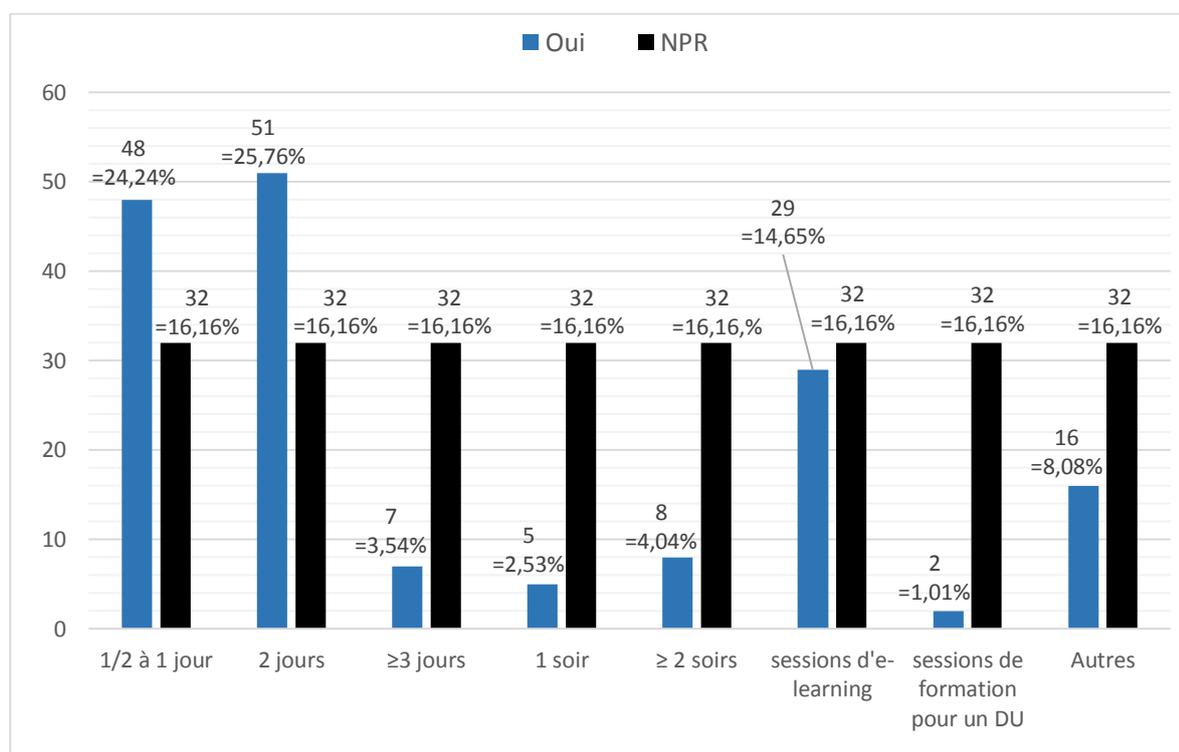
Répartition des 198 programmes de DPC faits en 2013 en fonction de leur méthode



Répartition des 198 programmes de DPC faits en 2013 en fonction de leurs modalités

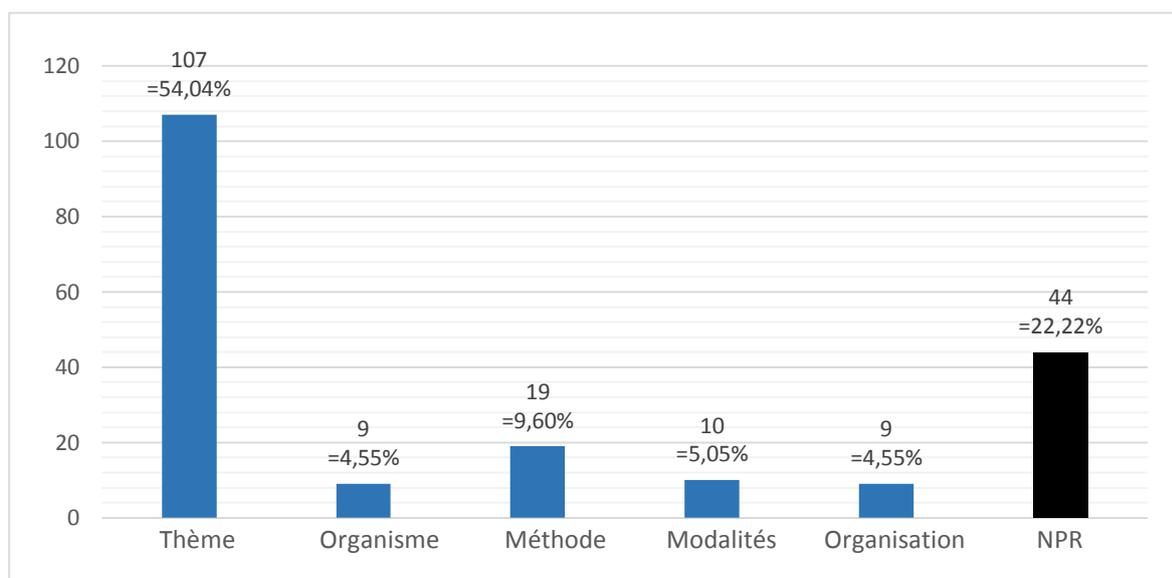


Répartition des 198 programmes de DPC faits en 2013 en fonction de leur organisation

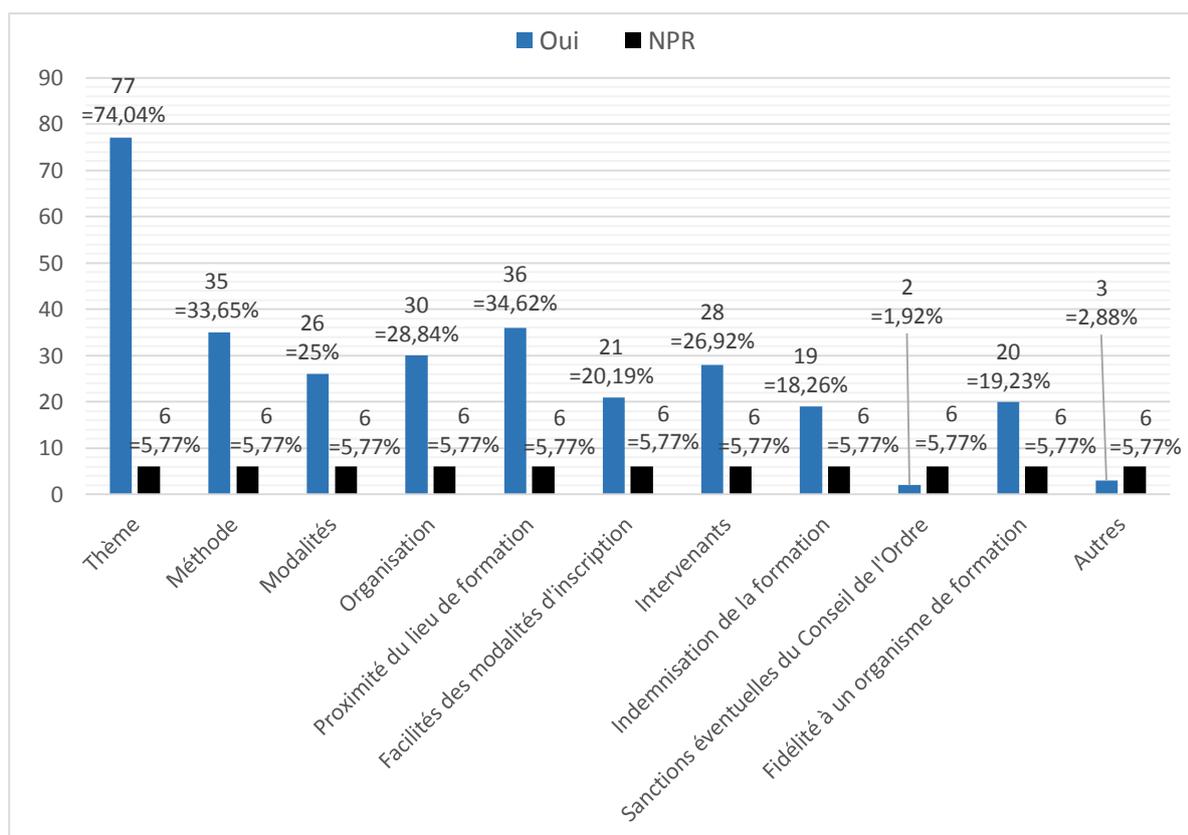


Dans la rubrique « Autres », il y a : un samedi (3 programmes), un samedi matin par mois (4 programmes), deux week-end (2 programmes), neuf jours par an (1 programme), treize jours par an (1 programme), une séance par mois de test de lecture Prescrire (2 programmes), une séance par trimestre de synthèse Prescrire (3 programmes).

Répartition des 198 programmes de DPC faits en 2013 en fonction du premier critère de choix que les 88 médecins ont cité



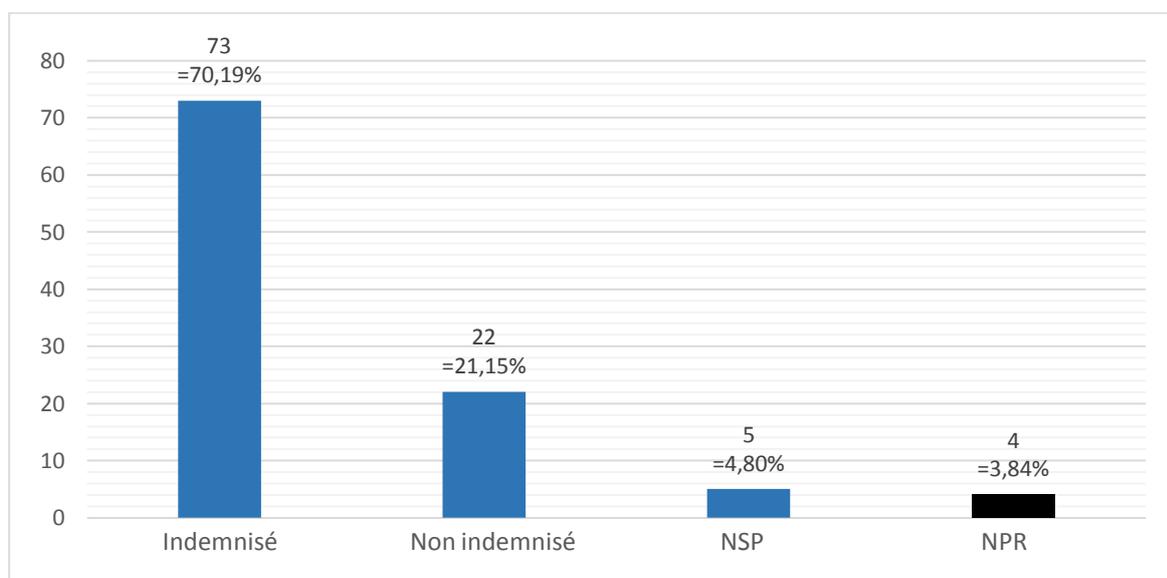
Répartition des médecins ayant participé en 2013 au DPC en fonction des éléments qui les ont incités à y participer



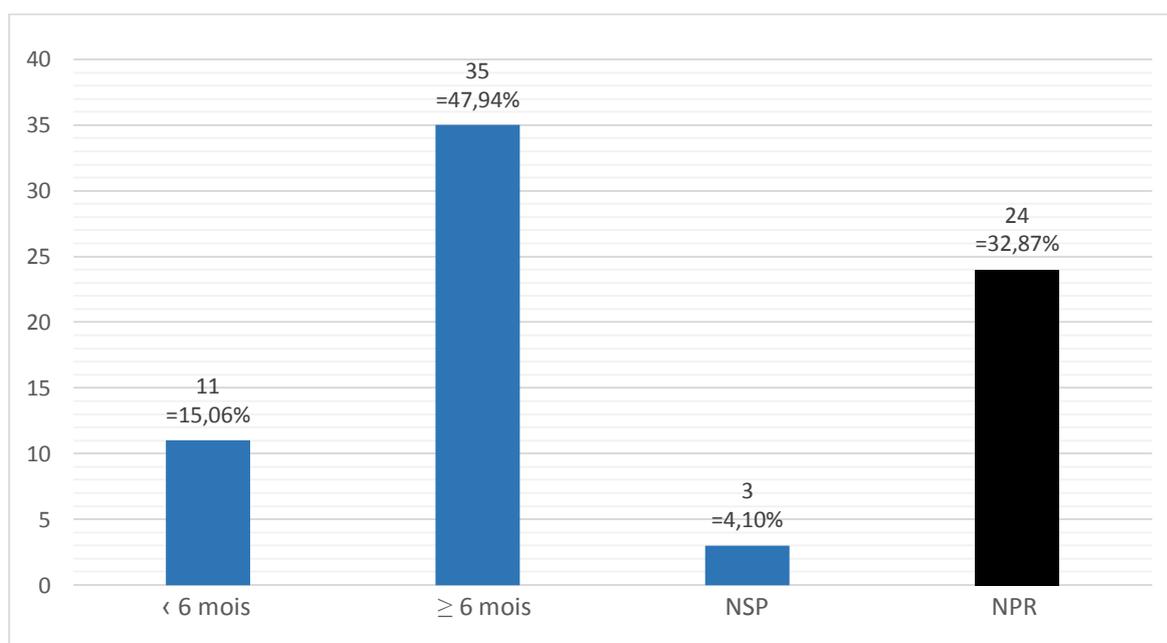
Un même médecin a pu noter un ou plusieurs éléments incitatifs.

Dans la rubrique « Autres », un médecin cite le groupe de pairs, un autre la déontologie, et un troisième l'e-learning.

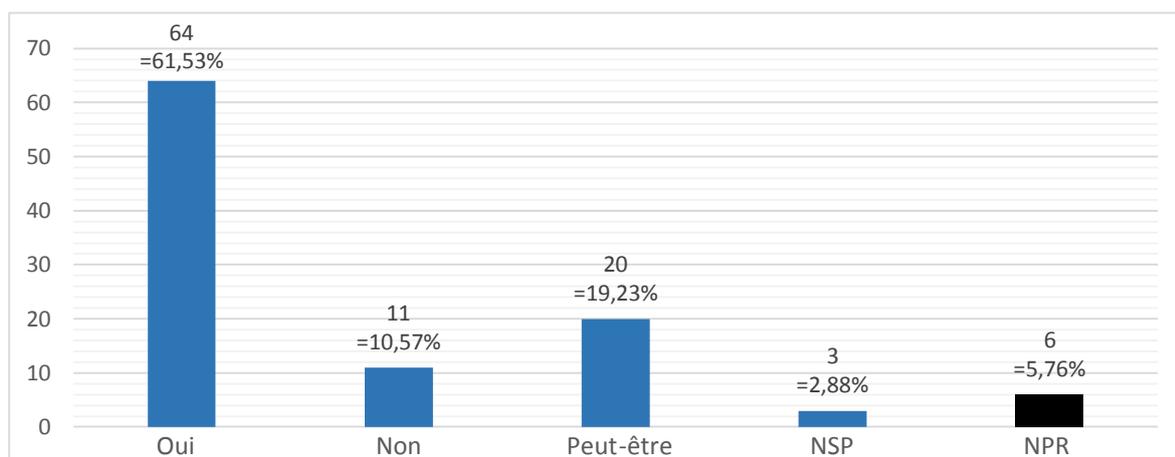
Répartition, en fonction de l'indemnisation reçue, des médecins ayant participé au DPC, en 2013



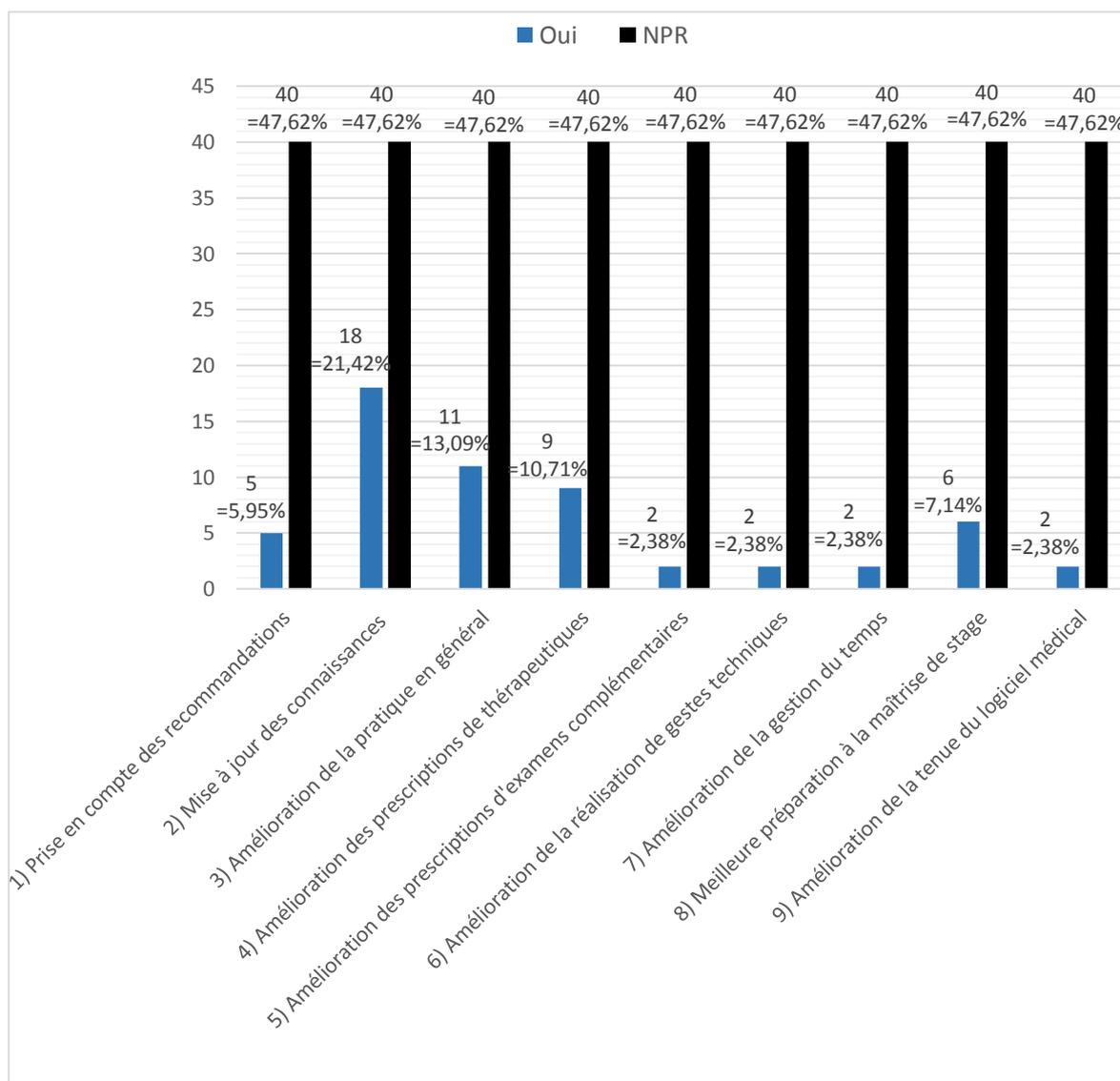
Répartition, en fonction du délai de l'indemnisation reçue, des médecins ayant participé au DPC, en 2013 et ayant été indemnisés



Répartition des médecins ayant participé au DPC, en 2013 en fonction des changements induits par le DPC dans leur pratique



Répartition des 84 médecins qui ont répondu « Oui » ou « Peut-être », en fonction des types de changements induits par le DPC dans leur pratique et qu'ils ont cités

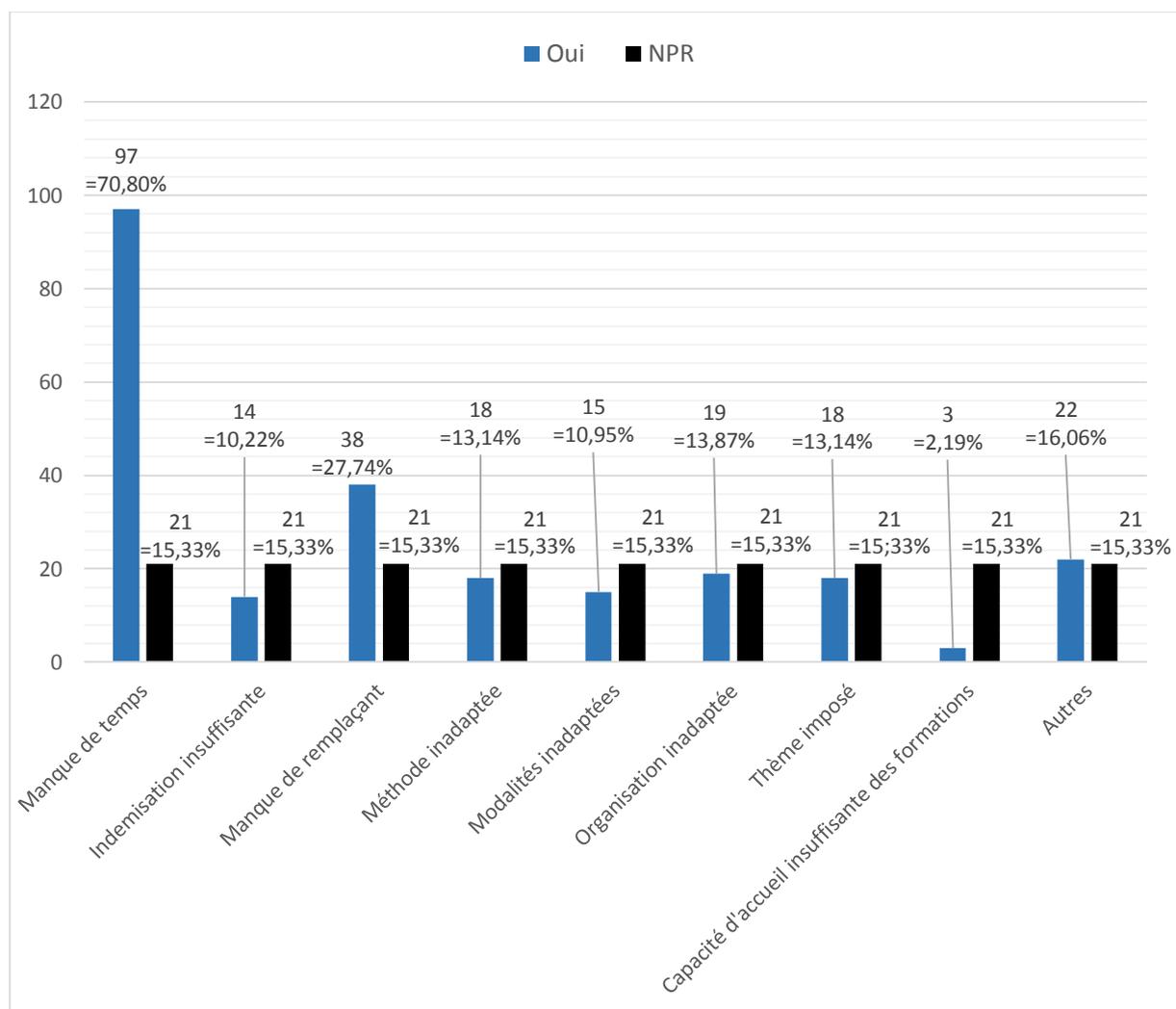


Un même médecin a pu citer un ou plusieurs changements induits par le DPC.

Parmi les 84 médecins, nous pouvons noter que 23 sur les 84 (soit 27,38%) ont donné au moins une réponse en rapport avec la notion d'amélioration de la pratique, que l'on a pu classer : soit dans la rubrique « Amélioration de la pratique en général », soit dans les rubriques « 4 » ou « 5 » ou « 6 » ou « 7 » (rubriques précisant le type d'amélioration de la pratique).

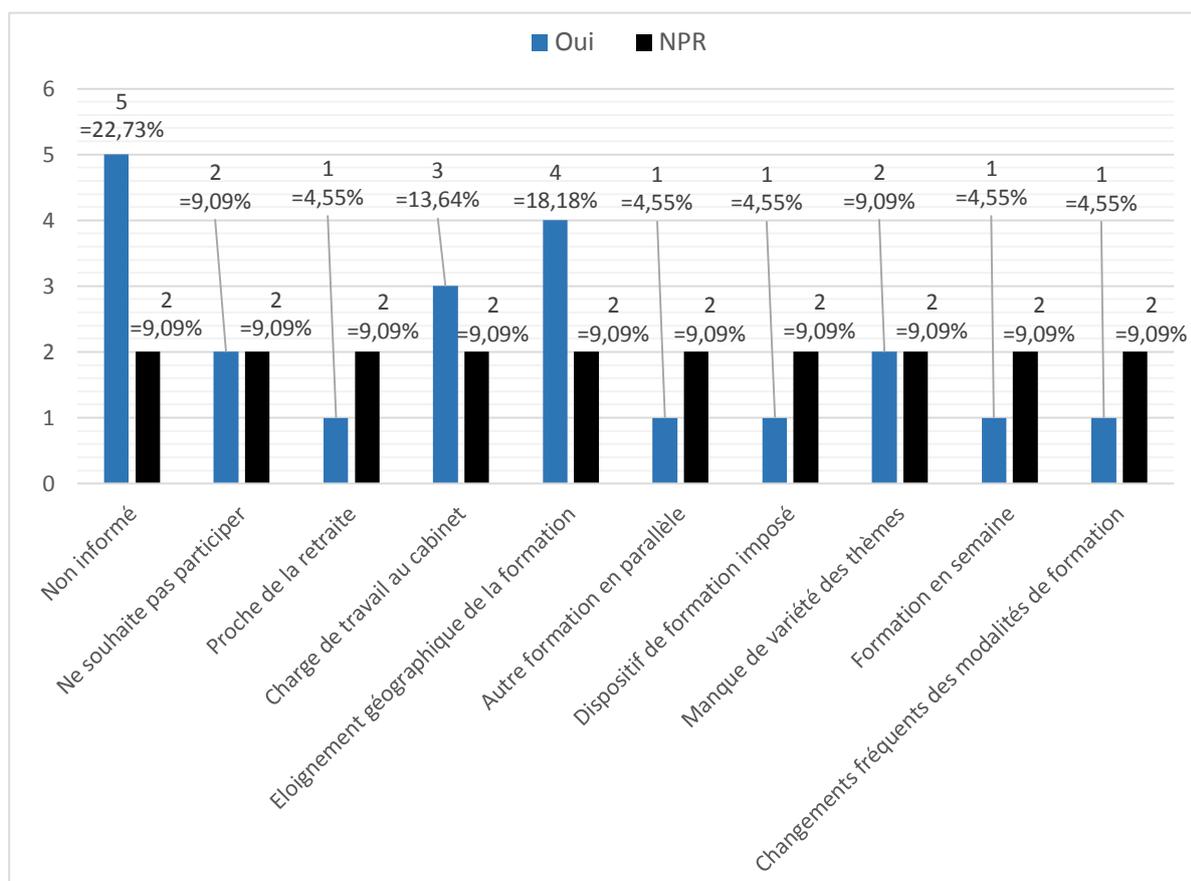
b) Les médecins qui n'ont pas participé en 2013 au DPC

Répartition des médecins n'ayant participé à aucun programme de DPC en 2013 en fonction des obstacles à leur participation



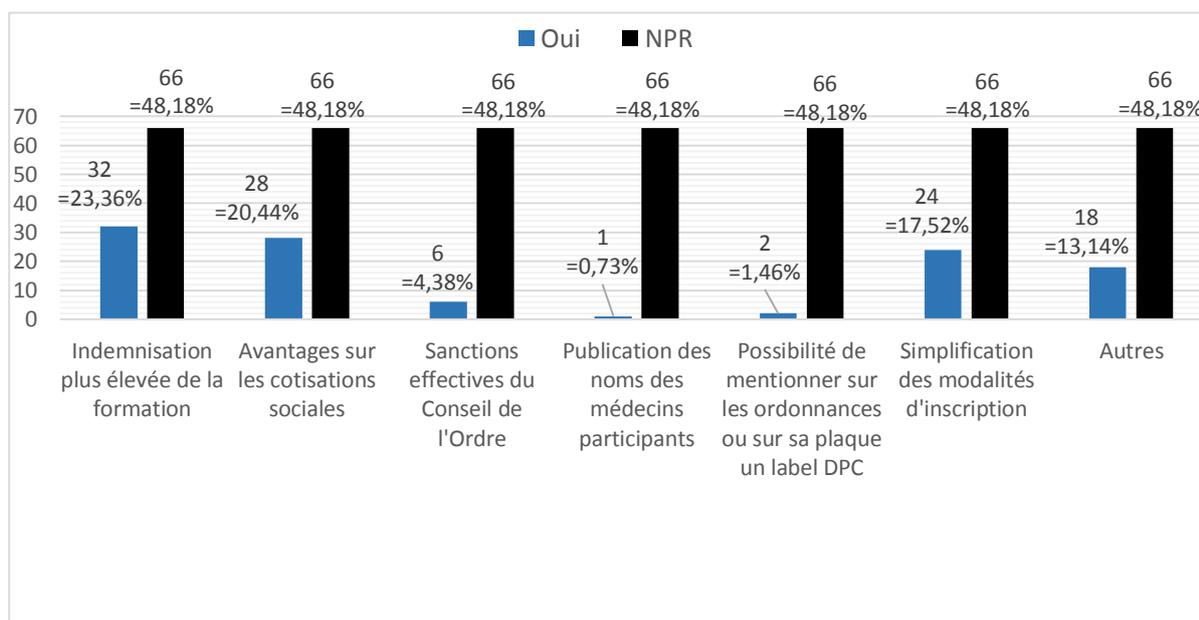
Un même médecin a pu noter un ou plusieurs obstacles à sa participation.

Répartition des médecins n'ayant participé à aucun programme de DPC en 2013 en fonction des obstacles à leur participation qu'ils ont cités dans la rubrique « Autres »



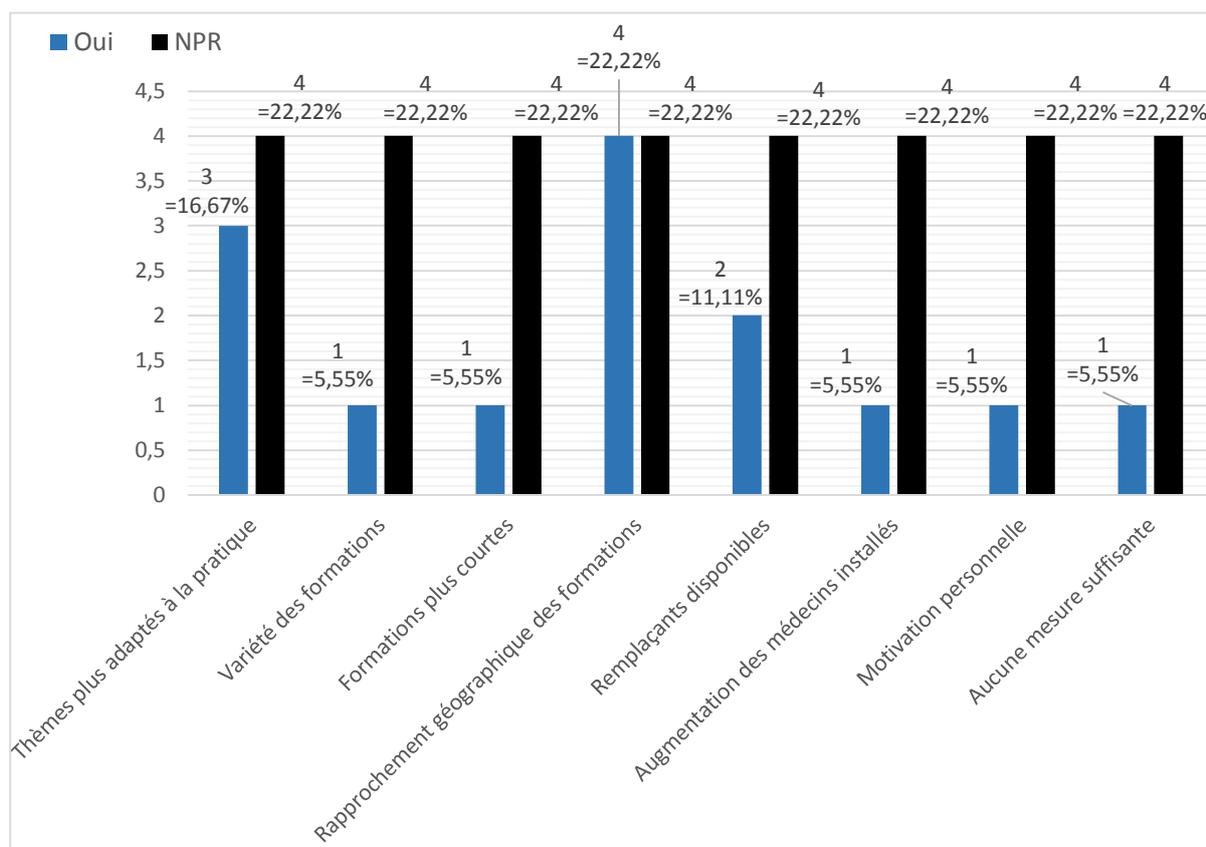
Un même médecin a pu citer un ou plusieurs obstacles à sa participation dans la rubrique « Autres ».

Répartition des médecins n'ayant participé à aucun programme de DPC en 2013 en fonction des mesures qui pourraient les y inciter



Un même médecin a pu noter une ou plusieurs mesures incitatives.

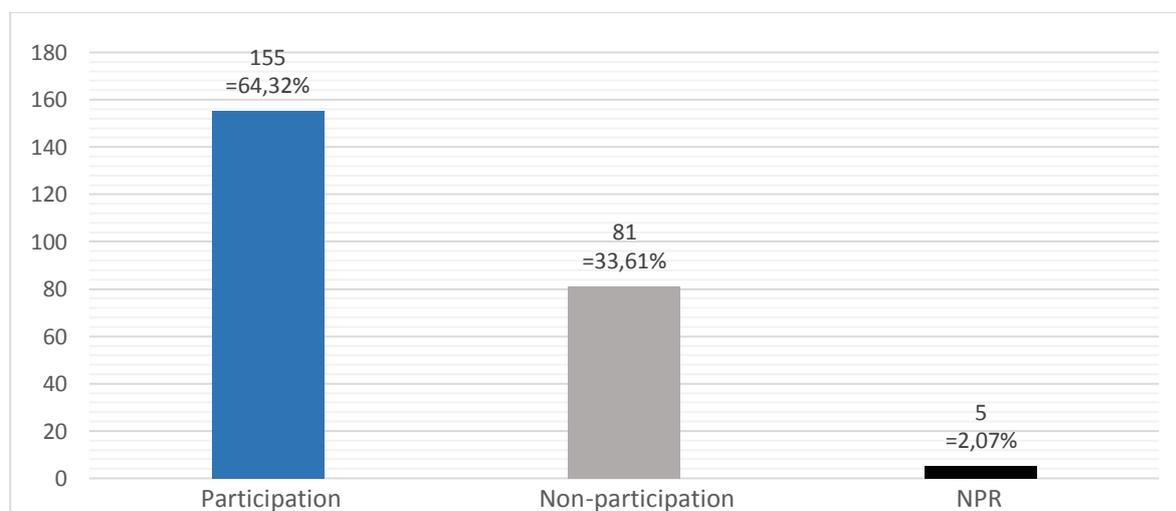
Répartition des médecins n'ayant participé à aucun programme de DPC en 2013 en fonction des mesures incitatives qu'ils ont citées dans la rubrique « Autres »



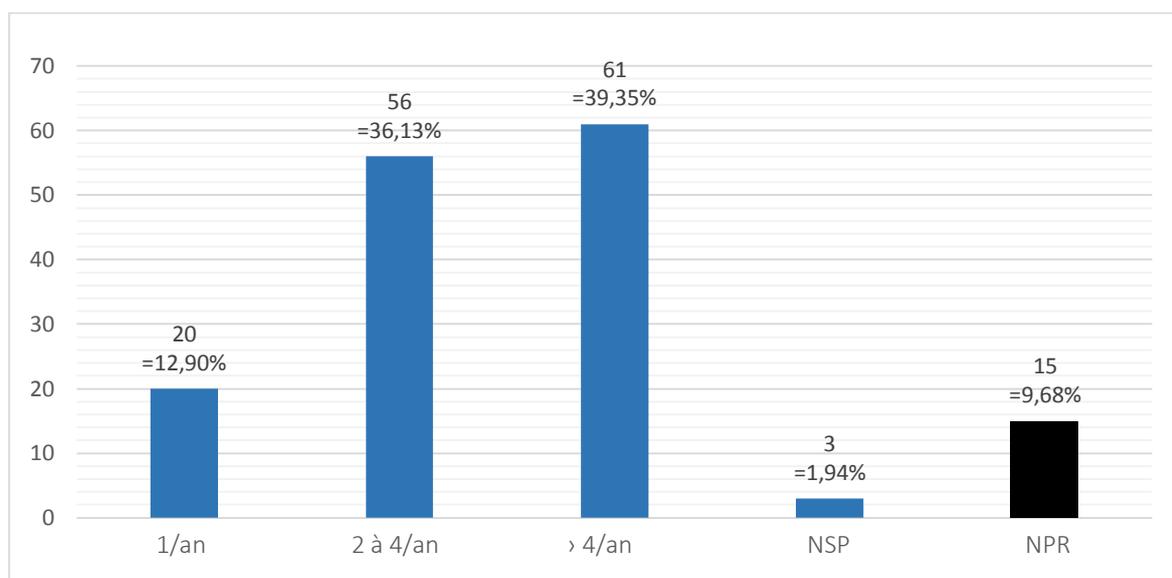
Un même médecin a pu citer une ou plusieurs mesures incitatives dans la rubrique « Autres ».

4) La participation à la FMC non agréée DPC en 2013

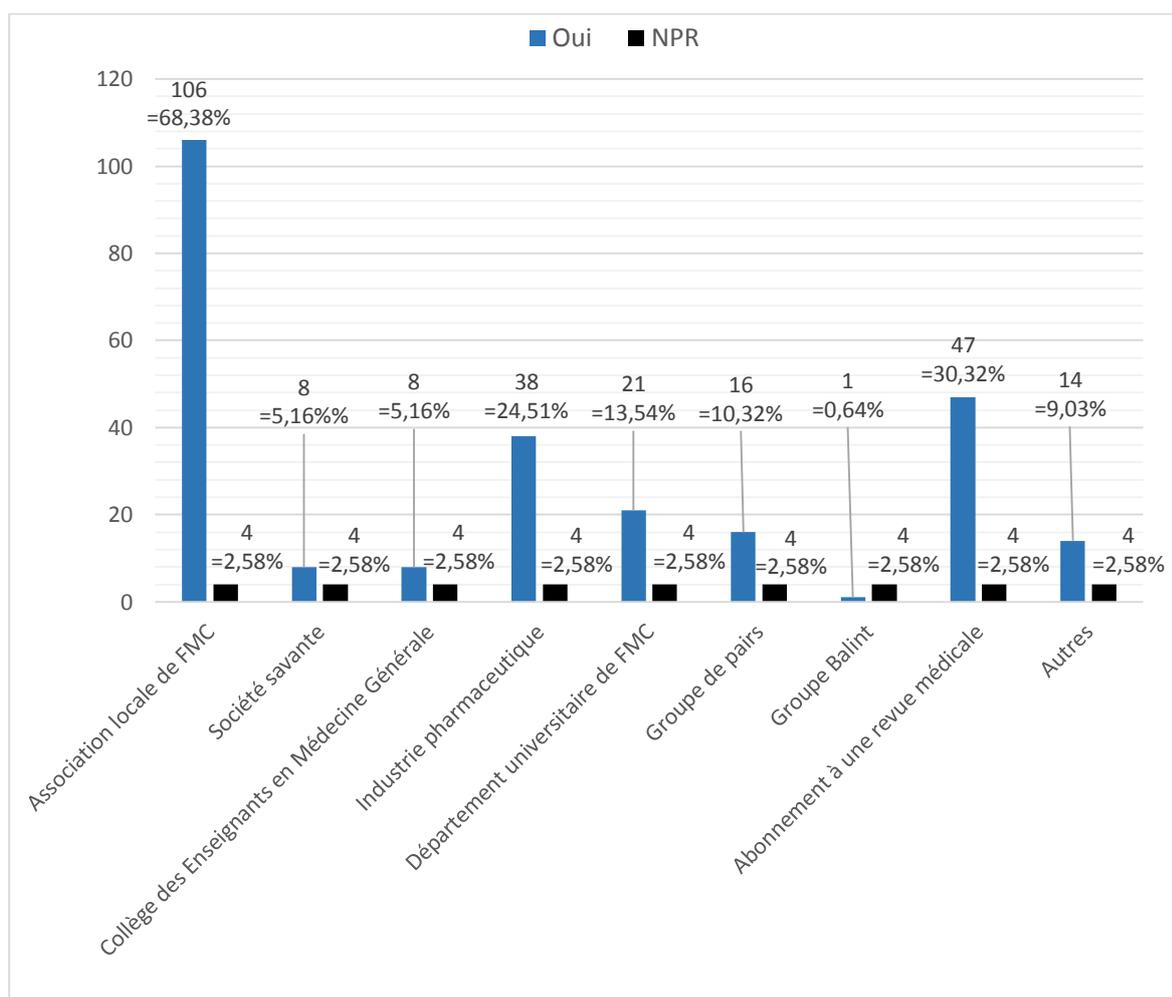
Répartition des médecins en fonction de leur participation en 2013 à une ou plusieurs FMC non agréées DPC



Répartition des médecins ayant participé en 2013 à une ou plusieurs FMC non agréées DPC en fonction du nombre de FMC réalisées

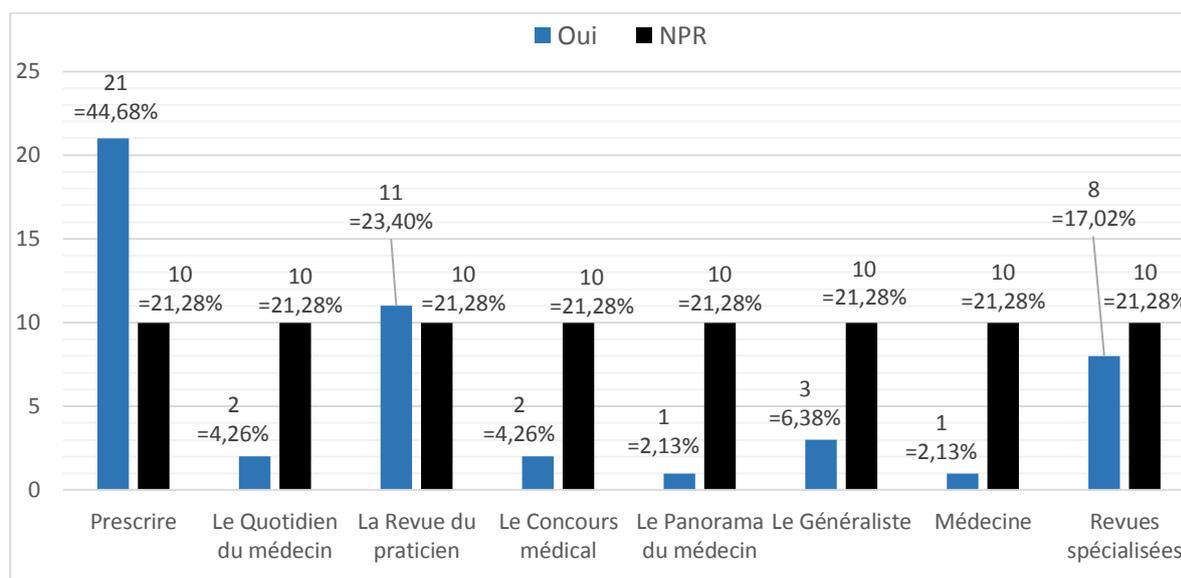


Répartition des médecins ayant participé en 2013 à une ou plusieurs FMC non agréées en fonction du type de structure utilisée



Un même médecin a pu noter une ou plusieurs structures de FMC.

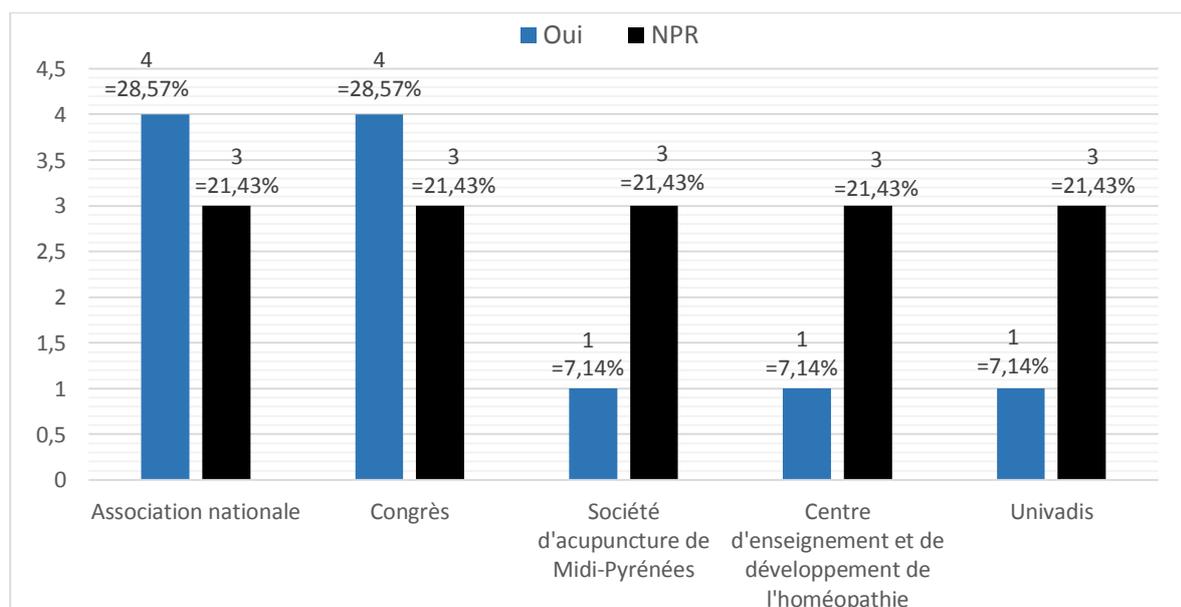
Répartition des médecins ayant participé en 2013 à une ou plusieurs FMC non agréées en fonction du type de revue médicale utilisée qu'ils ont cité



Un même médecin a pu citer une ou plusieurs revues médicales.

Dans les revues spécialisées, il y a les Annales Françaises de médecine d'urgence (1 effectif), la Revue de gériatrie (1 effectif), Médecine et enfance (1 effectif), la Revue de médecine aéronautique (1 effectif), la Revue d'homéopathie (1 effectif), la Revue française d'acupuncture (1 effectif), Pratiques en nutrition (1 effectif), une revue étrangère non précisée (1 effectif).

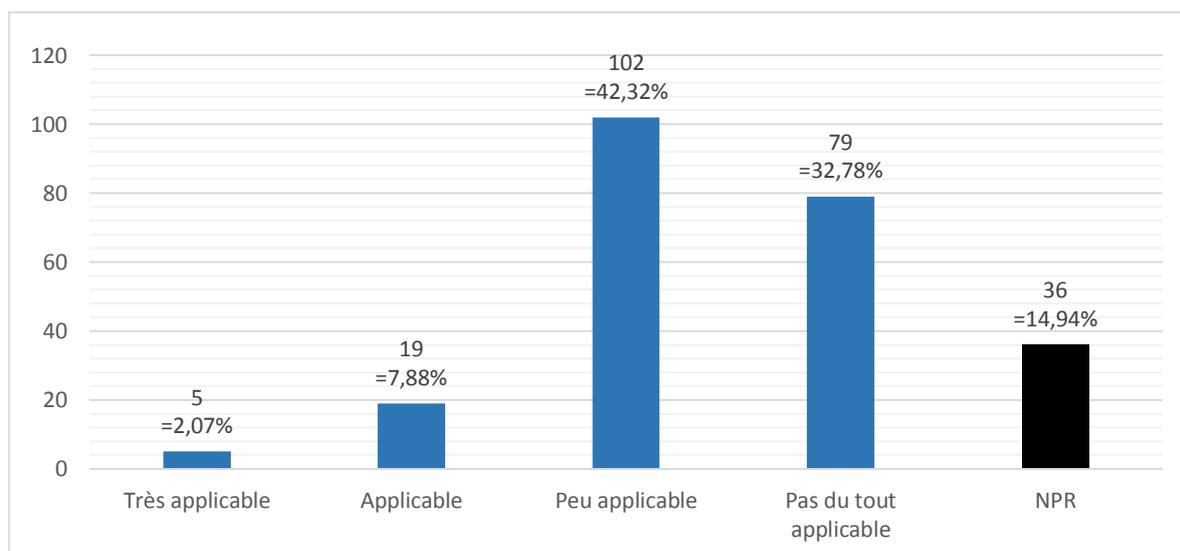
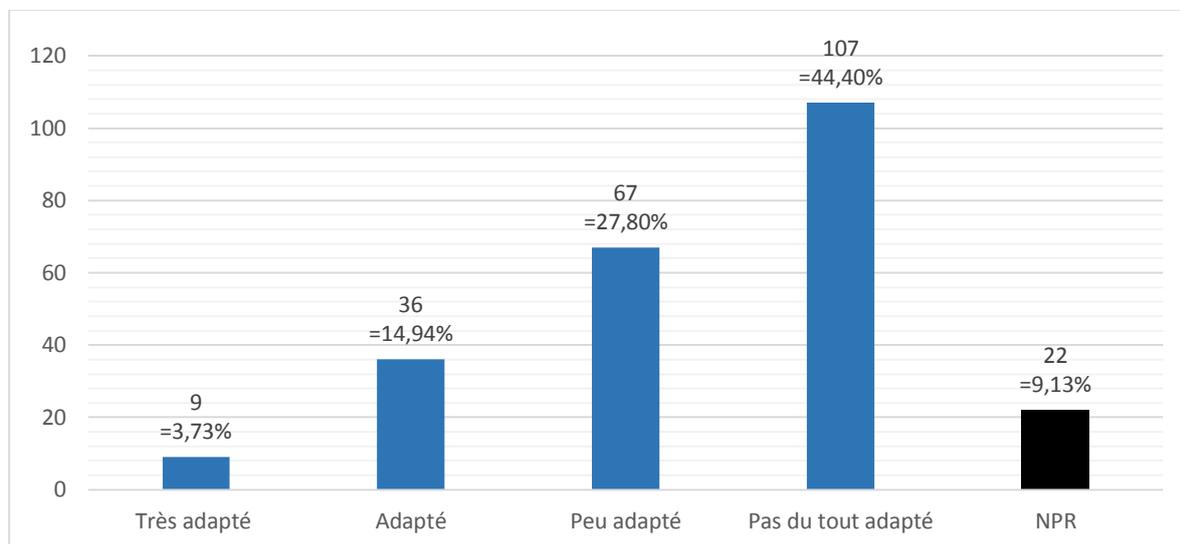
Répartition des médecins ayant participé en 2013 à une ou plusieurs FMC non agréées en fonction du type de structure utilisée qu'ils ont cité dans la rubrique « Autres »



Univadis est un site internet du laboratoire Merck qui propose des informations médicales diverses aux professionnels de santé. (78)

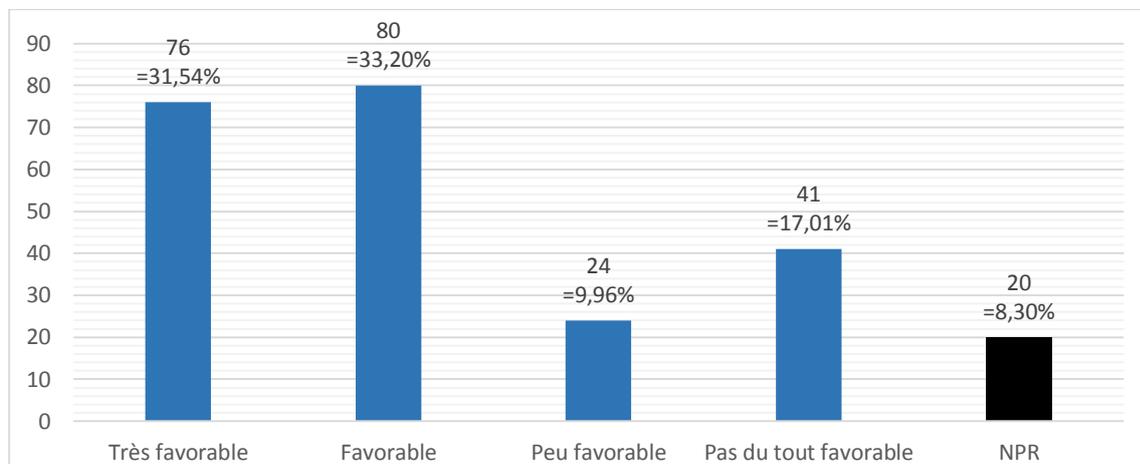
5) L'opinion sur le caractère obligatoire et sanctionnant du DPC

Répartition des médecins en fonction de leur opinion sur le caractère obligatoire et sanctionnant du DPC

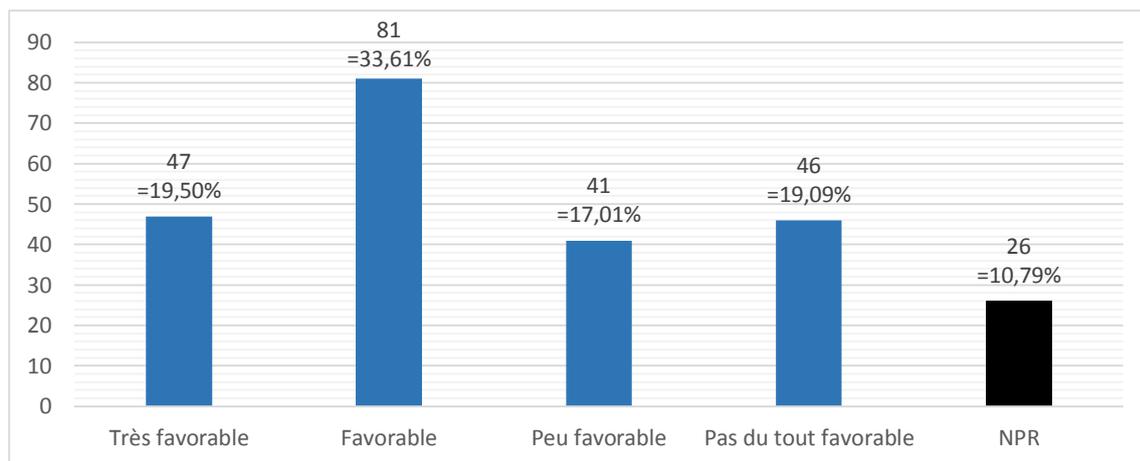


6) L'opinion sur le financement du DPC

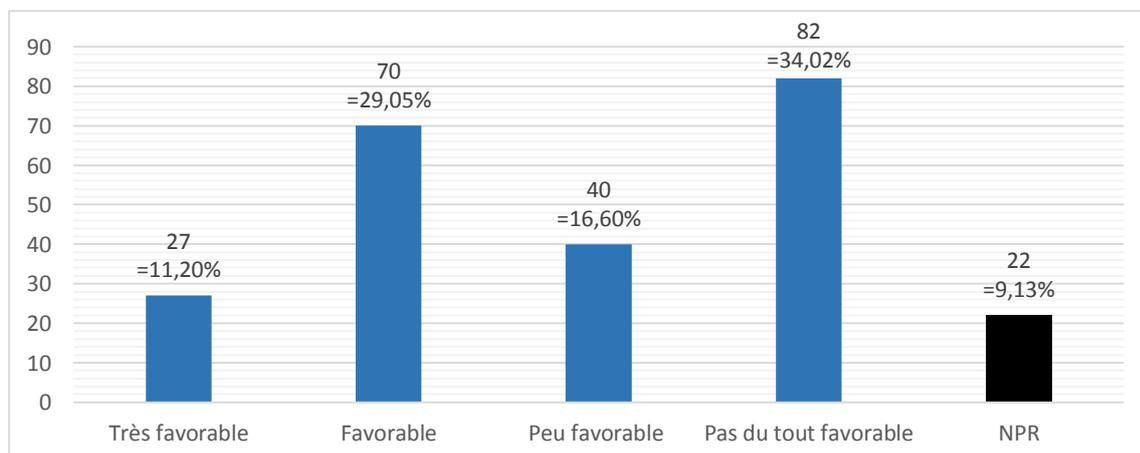
Répartition des médecins en fonction de leur opinion sur le financement par l'Etat du DPC



Répartition des médecins en fonction de leur opinion sur l'autofinancement du DPC

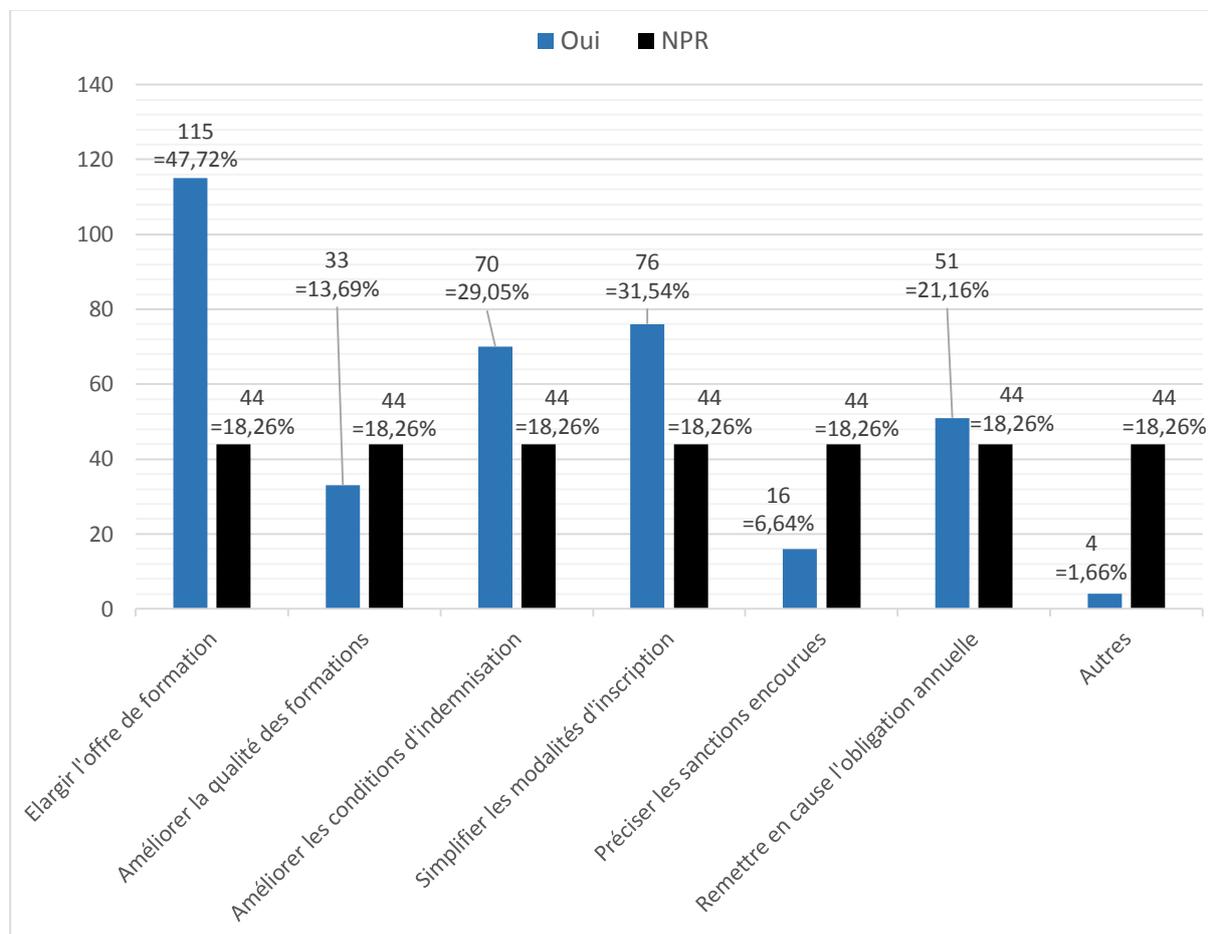


Répartition des médecins en fonction de leur opinion sur le financement par l'industrie pharmaceutique du DPC



7) Les suggestions d'amélioration du DPC

Répartition des médecins en fonction de leurs suggestions d'amélioration du DPC



Un même médecin a pu noter une ou plusieurs suggestions d'amélioration du DPC.

Dans la rubrique « Autres », il y a quatre médecins qui se prononcent pour :

- l'amélioration des conditions d'exercice de la médecine générale (2 effectifs).
- l'augmentation de l'obligation annuelle de DPC (1 effectif).
- la disparition du DPC (1 effectif).

8) Le ressenti vis-à-vis du DPC et les commentaires libres

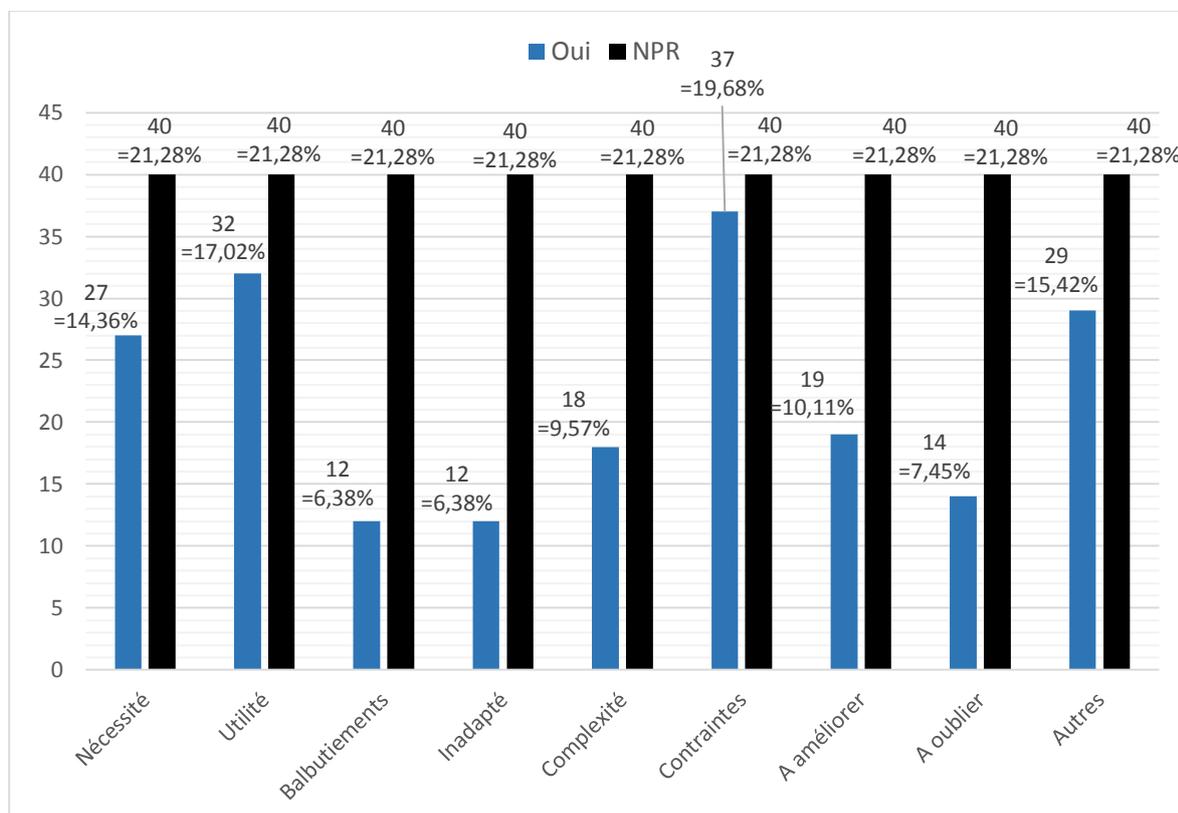
Sur les 241 médecins, 53 n'ont formulé aucune réponse pour les deux questions ouvertes de fin de questionnaire (la question 8 et la zone de commentaires libres), soit un taux de participation de 78%.

Les réponses des 188 médecins qui se sont exprimés dans l'une et/ou l'autre des deux rubriques ont été classées par l'auteur.

Ce classement a permis de construire trois représentations graphiques :

- une sur le ressenti vis-à-vis du DPC.
- une sur les problèmes posés par le DPC.
- une sur les perspectives d'évolution du dispositif.

Répartition des 188 médecins en fonction de leur ressenti vis-à-vis du DPC

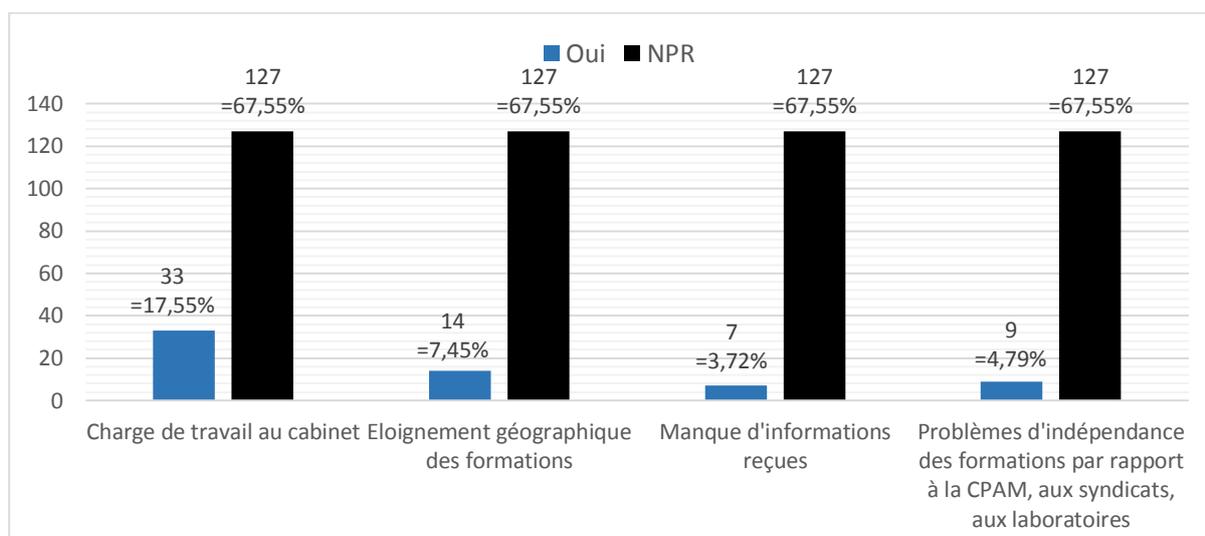


Dans la rubrique « Autres », il y a des médecins qui :

- considèrent qu'il devrait s'agir seulement d'une obligation déontologique (12 effectifs).
- sont découragés par les changements trop fréquents de dispositif (4 effectifs).
- sont démobilisés à l'approche de la retraite (11 effectifs).
- sont sans avis (2 effectifs).

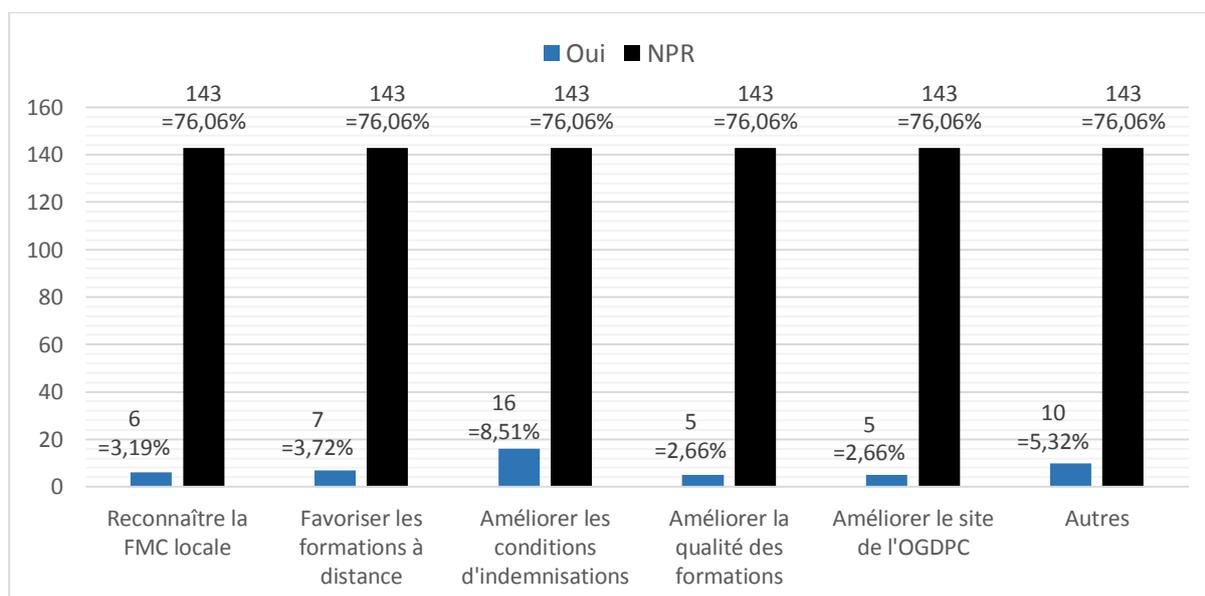
Sur les 188 médecins, 148 se sont prononcés à propos de leur ressenti vis-vis du DPC, soit 78,72%.

Répartition des 188 médecins en fonction des problèmes posés par le DPC qu'ils ont cités



Sur les 188 médecins, 61 ont noté une ou plusieurs contraintes du dispositif, soit 32,45%.

Répartition des 188 médecins en fonction des perspectives d'évolution du DPC qu'ils ont citées



Dans la rubrique « Autres », il y a des médecins qui proposent de:

- favoriser les formations universitaires (1 effectif).
- favoriser les formations par l'hôpital et par les spécialistes (4 effectifs).
- développer l'autofinancement du dispositif (4 effectifs).
- développer le financement par les laboratoires pharmaceutiques (1 effectif).

Sur les 188 médecins, 45 ont mentionné une ou plusieurs perspectives d'évolution du DPC, soit 23,94%.

LES POINTS ESSENTIELS :

➡ **76,76% des 241 médecins (185) ont participé à un ou plusieurs programmes de FMC en 2011-2012.**

Parmi les 185 participants :

- 68,64% en ont fait au moins deux par an.
- les organismes de FMC cités : les associations locales de FMC (64,86%), l'abonnement à une revue médicale (33,51%, dont 43,55% pour la revue Prescrire).

➡ **Les 241 médecins ont été informés sur le DPC à seulement 36,93% par une des trois autorités suivantes : OGDPC, CPAM, Ordre des médecins.**

Les principales sources d'informations ont été : l'entourage professionnel (32,37%), un organisme de FMC (31,12%), une revue médicale (25,73%), l'OGDPC à 24,48%. Et 2,07% n'ont pas été informés.

➡ **43,15% des 241 médecins (104) ont participé à un ou plusieurs programmes de DPC en 2013.**

Parmi les 104 participants :

- 61,53% en ont fait au moins deux.
- 198 programmes de DPC ont été répertoriés sur les 88 médecins qui ont noté en détail les programmes qu'ils ont faits.
- les éléments incitatifs cités ont été : le thème (74,04%), la méthode (33,65%).
- 70,19% ont été indemnisés, avec un délai supérieur ou égal à six mois pour 47,94%.
- 80,76% ont déclaré que leur DPC a induit (61,53%) ou a peut-être induit (19,23%) des changements dans leur pratique, dont la mise à jour des connaissances pour 21,42%, l'amélioration de la pratique pour 27,38%.

Parmi les 198 programmes :

- les thèmes : relatifs à la médecine générale (59,09%), à la maîtrise de stage (14,14%)
- les organismes : des associations non précisées (20,20%), des syndicats (19,20%).
- la méthode : des séminaires (32,32%), de l'e-learning (13,13%).
- les modalités : en groupe et présentiel (62,62%), en individuel et non présentiel (18,68%).
- l'organisation : 1/2 à 1 jour (24,24%), 2 jours (25,76%), des sessions d'e-learning (14,65%).
- le premier critère de choix : le thème (54,04%), la méthode (9,60%).

Parmi les 137 non participants :

- les obstacles à la participation cités ont été : le manque de temps (70,80%), le manque de

remplaçants (27,74%).

- les mesures incitatives citées ont été : l'indemnisation plus élevée de la formation (23,36%), des avantages sur les cotisations sociales (20,44%), la simplification des modalités d'inscription (17,52%).

➡ **64,32% des 241 (155) médecins ont participé à un ou plusieurs programmes de FMC en 2013.**

Parmi les 155 participants :

- 75,48% en ont fait au moins deux.
- les organismes de FMC cités : les associations locales de FMC (68,38%), l'abonnement à une revue médicale (30,32%, dont 44,68% pour la revue Prescrire).
- l'industrie pharmaceutique (24,51%).

➡ **L'opinion sur le caractère obligatoire et sanctionnant du DPC par le Conseil de l'Ordre :**

- 72,20% des 241 médecins pensent qu'il est peu ou pas adapté.
- 75,10% des 241 médecins pensent qu'il est peu ou pas applicable.

➡ **L'opinion sur le financement du DPC :**

- 64,74% des 241 médecins sont favorables ou très favorables à un financement du DPC par l'Etat.
- 53,11% des 241 médecins sont favorables ou très favorables à un autofinancement du DPC.
- 50,62% des 241 médecins sont peu ou pas du tout favorables à un financement du DPC par l'industrie pharmaceutique.

➡ **Les suggestions d'amélioration du DPC :**

élargir l'offre de formation (47,72%), simplifier les modalités d'inscription (31,54%), améliorer les conditions d'indemnisation (29,05%), remettre en cause l'obligation annuelle (21,16%).

➡ **Parmi les 188 répondants à l'une ou l'autre des deux dernières questions ouvertes :**

- 78,27% ont exprimé leur ressenti vis-à-vis du DPC: contraintes (19,68%), utilité (17,02%), nécessité (14,36%), à améliorer (10,11%).
- 32,45% ont exprimé des problèmes posés par le DPC: la charge de travail au cabinet (17,55%), l'éloignement géographique des formations (7,45%).
- 23,94% ont exprimé des perspectives d'évolution pour le DPC: améliorer les conditions d'indemnisation (8,51%), favoriser les formations à distance (3,72%).

C) Les résultats croisés

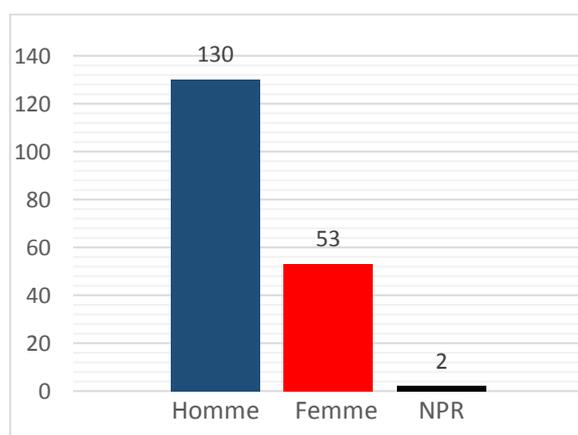
Dans cette partie de résultats, des tests du Chi2 ont été réalisés.

Pour ces tests, le seuil de signification a été fixé à 5%. Donc, si « $p < 0,05$ », nous pouvons dire que les deux variables étudiées sont liées avec un niveau de confiance de 95%. Par contre, le test n'est pas valide si les effectifs théoriques calculés sont inférieurs à 5. (82)

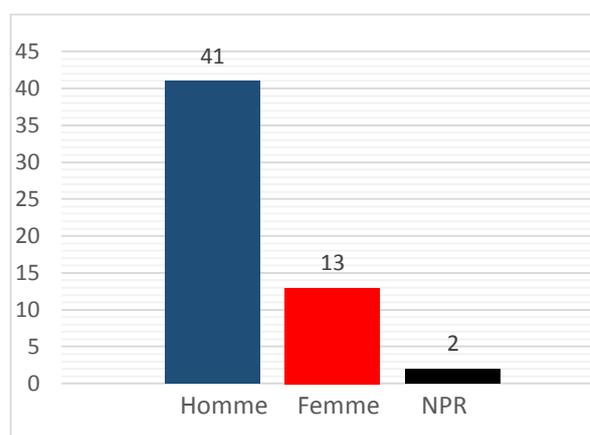
1) En fonction des caractéristiques de la population

a) En fonction du sexe

Répartition des médecins qui ont fait de la FMC en 2011-2012 en fonction du sexe



Répartition des médecins qui n'ont pas fait de FMC en 2011-2012 en fonction du sexe

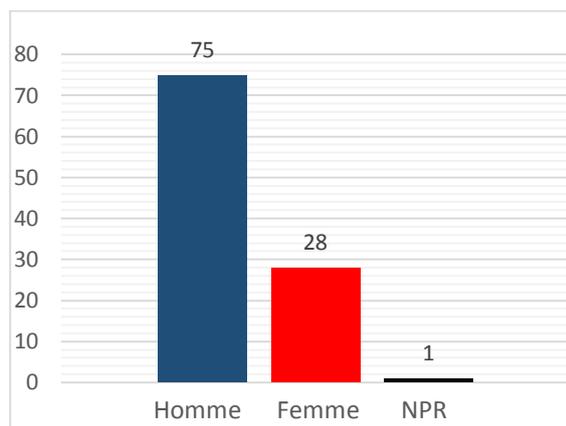


Les résultats croisés montrent que :

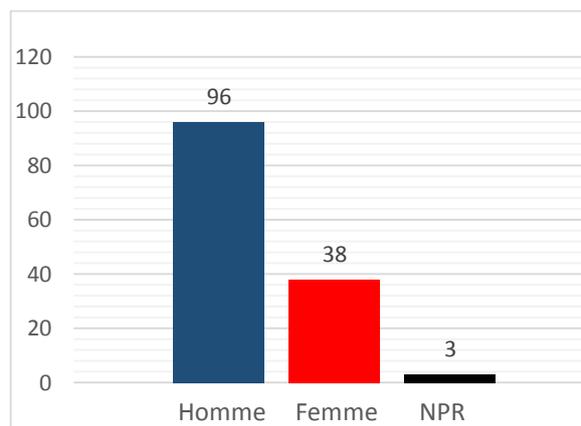
- 76,02% des hommes répondant à cette question ont fait de la FMC en 2011-2012.
- 80,30% des femmes répondant à cette question ont fait de la FMC en 2011-2012.
- 23,98% des hommes répondant à cette question n'ont pas fait de FMC en 2011-2012.
- 19,70% des femmes répondant à cette question n'ont pas fait de FMC en 2011-2012.

Selon le test du Chi2 : $p= 0,481$.

Répartition des médecins qui ont fait du DPC en 2013 en fonction du sexe



Répartition des médecins qui n'ont pas fait de DPC en 2013 en fonction du sexe

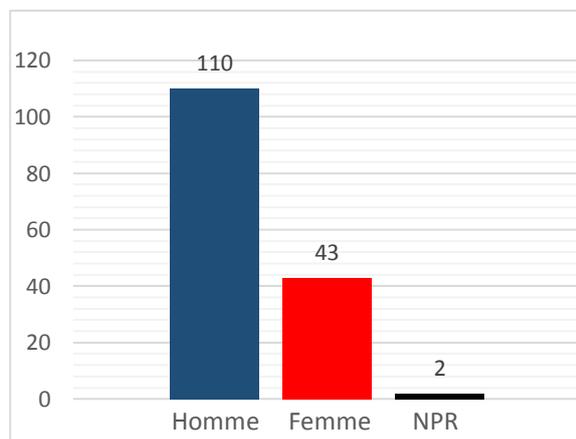


Les résultats croisés montrent que :

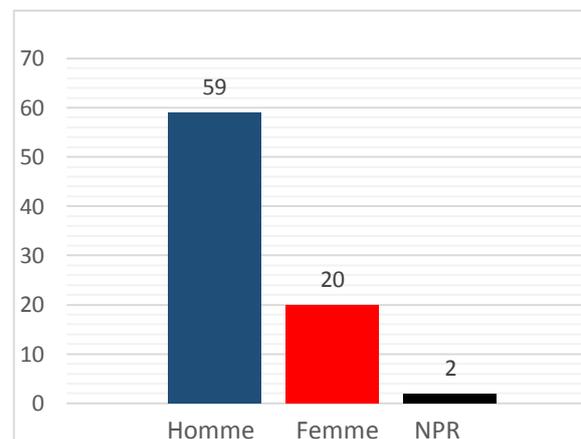
- 43,86% des hommes répondant à cette question ont fait du DPC en 2013.
- 42,42% des femmes répondant à cette question ont fait du DPC en 2013.
- 56,14% des hommes répondant à cette question n'ont pas fait de DPC en 2013.
- 57,58% des femmes répondant à cette question n'ont pas fait de DPC en 2013.

Selon le test du Chi2 : p= 0,842.

Répartition des médecins qui ont fait de la FMC en 2013 en fonction du sexe



Répartition des médecins qui n'ont pas fait de FMC en 2013 en fonction du sexe



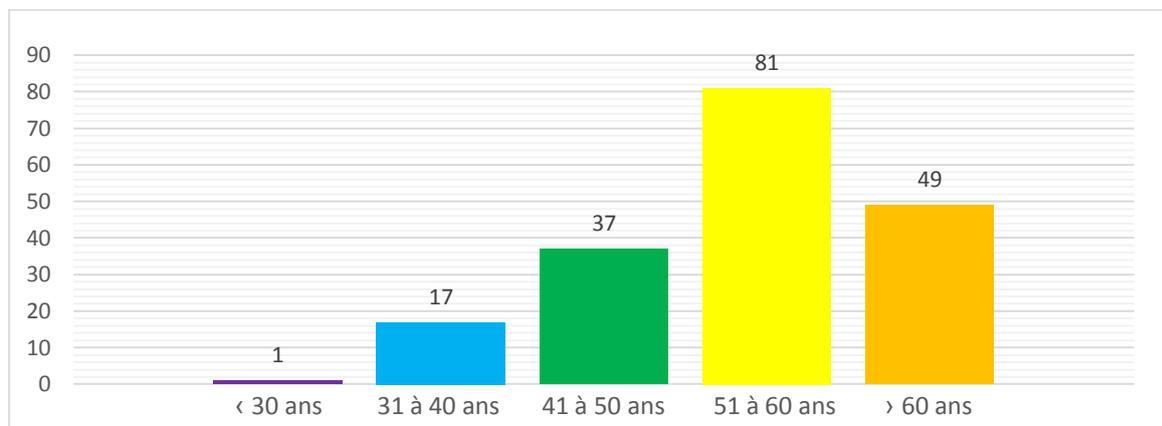
Les résultats croisés montrent que :

- 65,09% des hommes répondant à cette question ont fait de la FMC en 2013.
- 68,25% des femmes répondant à cette question ont fait de la FMC en 2013.
- 34,91% des hommes répondant à cette question n'ont pas fait de FMC en 2013.
- 31,75% des femmes répondant à cette question n'ont pas fait de FMC en 2013.

Selon le test du Chi2 : p= 0,651.

b) En fonction de l'âge

Répartition des médecins qui ont fait de la FMC en 2011-2012 en fonction de l'âge

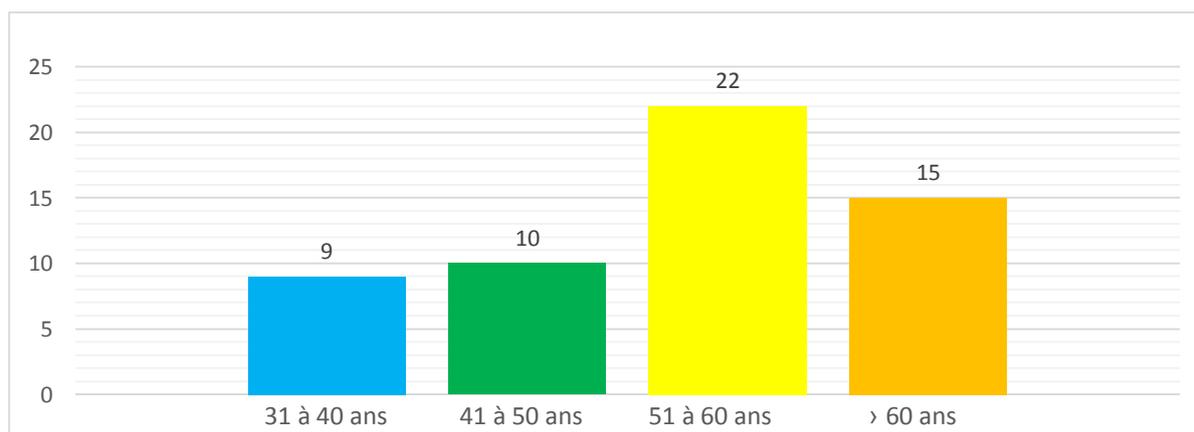


Les résultats croisés montrent que :

- 100% des médecins répondants de moins de 30 ans ont fait de la FMC en 2011-2012.
- 65,38% des médecins répondants de 31 à 40 ans ont fait de la FMC en 2011-2012.
- 78,72% des médecins répondants de 41 à 50 ans ont fait de la FMC en 2011-2012.
- 78,64% des médecins répondants de 51 à 60 ans ont fait de la FMC en 2011-2012.
- 76,56% des médecins répondants de plus de 60 ans ont fait de la FMC en 2011-2012.

Selon le test du Chi2 : $p= 0,645$.

Répartition des médecins qui n'ont pas fait de FMC en 2011-2012 en fonction de l'âge



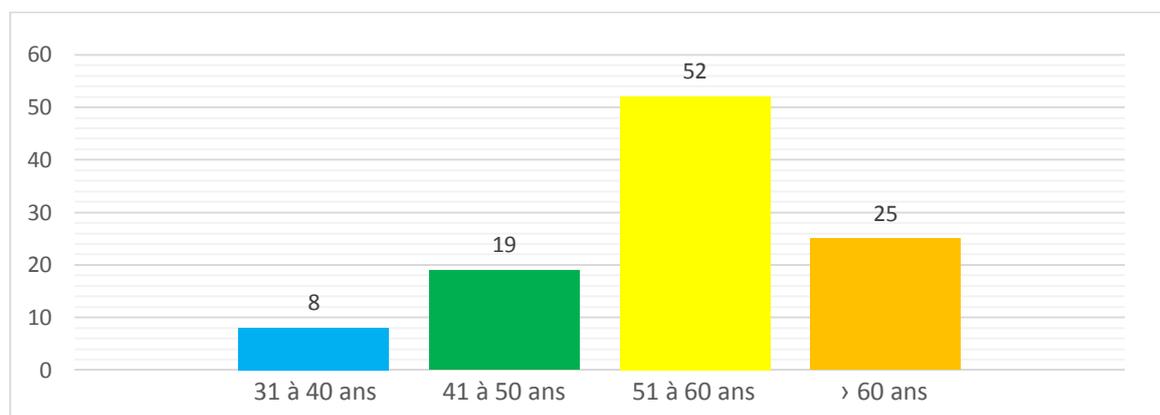
Les résultats croisés montrent que :

- 34,62% des médecins répondants de 31 à 40 ans n'ont pas fait de FMC en 2011-2012.
- 21,28% des médecins répondants de 41 à 50 ans n'ont pas fait de FMC en 2011-2012.

- 21,36% des médecins répondants de 51 à 60 ans n'ont pas fait de FMC en 2011-2012.

- 23,44% des médecins répondants de plus de 60 ans n'ont pas fait de FMC en 2011-2012.

Répartition des médecins qui ont fait du DPC en 2013 en fonction de l'âge

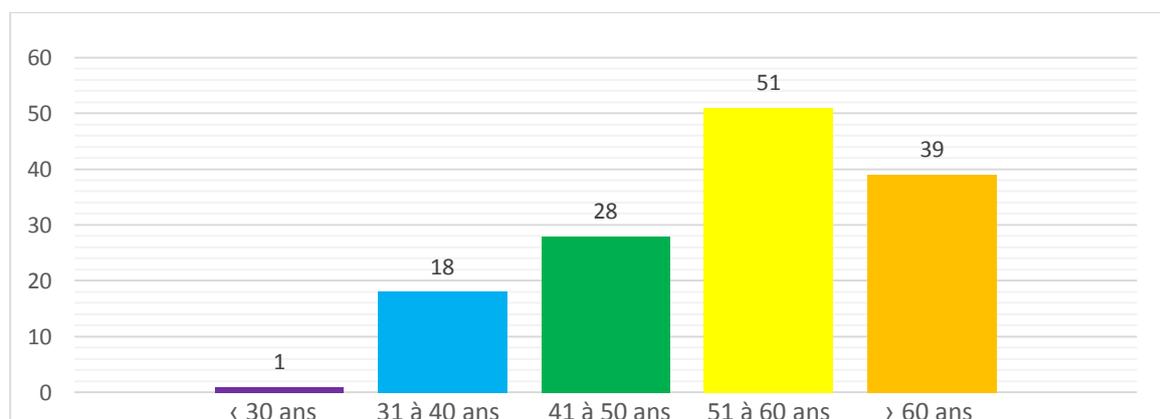


Les résultats croisés montrent que :

- aucun médecin de moins de 30 ans n'a fait du DPC en 2013.
- 30,77% des médecins répondants de 31 à 40 ans ont fait du DPC en 2013.
- 40,43% des médecins répondants de 41 à 50 ans ont fait du DPC en 2013.
- 50,49% des médecins répondants de 51 à 60 ans ont fait du DPC en 2013.
- 39,06% des médecins répondants de plus de 60 ans ont fait du DPC en 2013.

Selon le test du Chi2 : $p = 0,265$.

Répartition des médecins qui n'ont pas fait de DPC en 2013 en fonction de l'âge

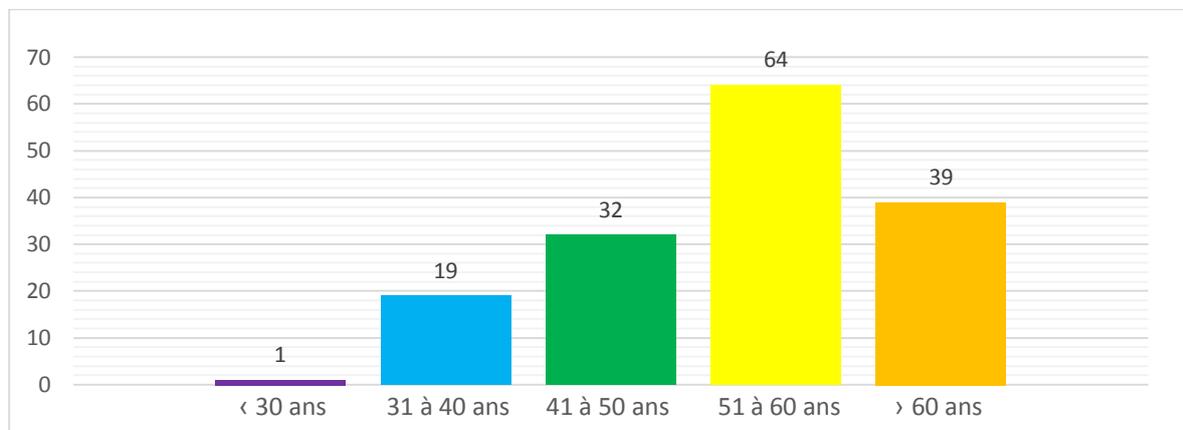


Les résultats croisés montrent que :

- 100% des médecins répondants de moins de 30 ans n'ont pas fait de DPC en 2013.
- 69,23% des médecins répondants de 31 à 40 ans n'ont pas fait de DPC en 2013.
- 59,57% des médecins répondants de 41 à 50 ans n'ont pas fait de DPC en 2013.

- 49,51% des médecins répondants de 51 à 60 ans n'ont pas fait de DPC en 2013.
- 60,94% des médecins répondants de plus de 60 ans n'ont pas fait de DPC en 2013.

Répartition des médecins qui ont fait de la FMC en 2013 en fonction de l'âge

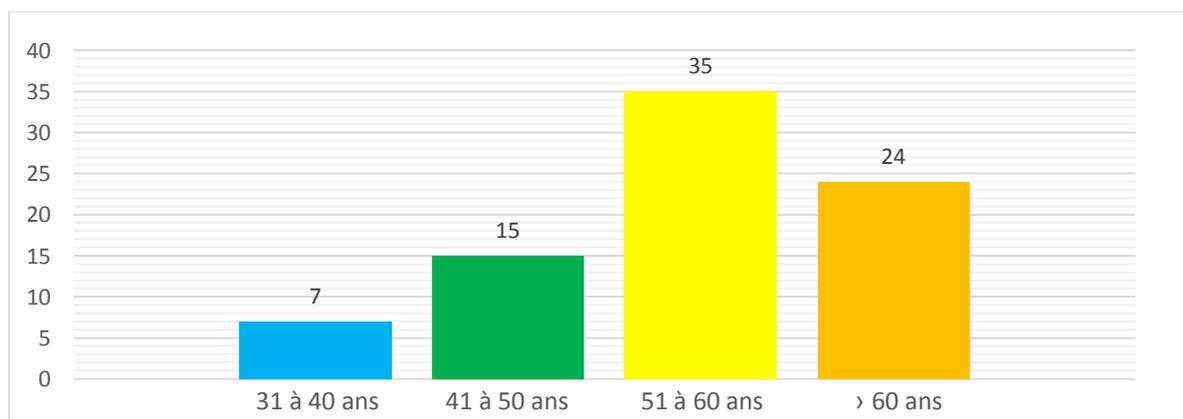


Les résultats croisés montrent que :

- 100% des médecins répondants de moins de 30 ans ont fait de la FMC en 2013.
- 73,07% des médecins répondants de 31 à 40 ans ont fait de la FMC en 2013.
- 68,09% des médecins répondants de 41 à 50 ans ont fait de la FMC en 2013.
- 64,65% des médecins répondants de 51 à 60 ans ont fait de la FMC en 2013.
- 61,90% des médecins répondants de plus de 60 ans ont fait de la FMC en 2013.

Selon le test du Chi2 : $p= 0,787$.

Répartition des médecins qui n'ont pas fait de FMC en 2013 en fonction de l'âge

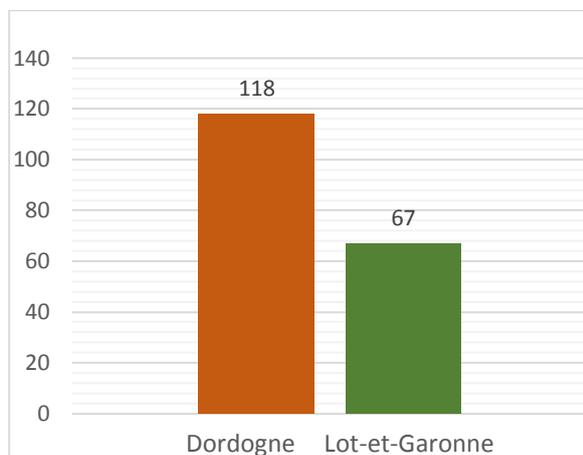


Les résultats croisés montrent que :

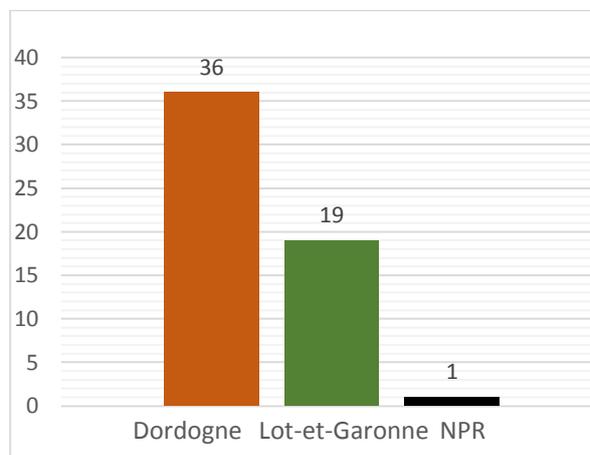
- 34,62% des médecins répondants de 31 à 40 ans n'ont pas fait de FMC en 2013.
- 21,28% des médecins répondants de 41 à 50 ans n'ont pas fait de FMC en 2013.
- 21,36% des médecins répondants de 51 à 60 ans n'ont pas fait de FMC en 2013.
- 23,44% des médecins répondants de plus de 60 ans n'ont pas fait de FMC en 2013.

c) En fonction du département d'exercice

Répartition des médecins qui ont fait de la FMC en 2011-2012 en fonction du département



Répartition des médecins qui n'ont pas fait de FMC en 2011-2012 en fonction du département

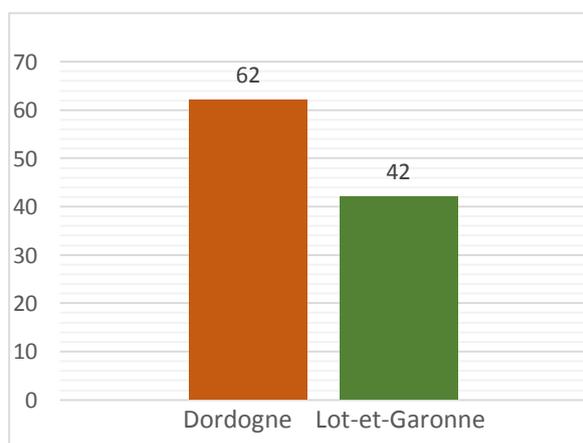


Les résultats croisés montrent que :

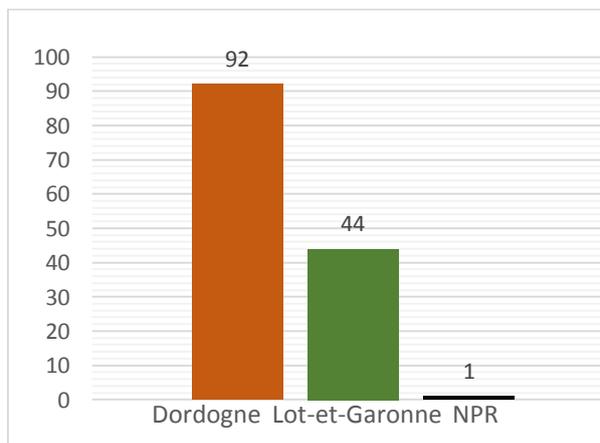
- 76,62% des médecins répondants de Dordogne ont fait de la FMC en 2011-2012.
- 77,91% des médecins répondants de Lot-et-Garonne ont fait de la FMC en 2011-2012.
- 23,38% des médecins répondants de Dordogne n'ont pas fait de FMC en 2011-2012.
- 22,09% des médecins répondants de Lot-et-Garonne n'ont pas fait de FMC en 2011-2012.

Selon le test du Chi2 : p= 0,821.

Répartition des médecins qui ont fait du DPC en 2013 en fonction du département



Répartition des médecins qui n'ont pas fait de DPC en 2013 en fonction du département



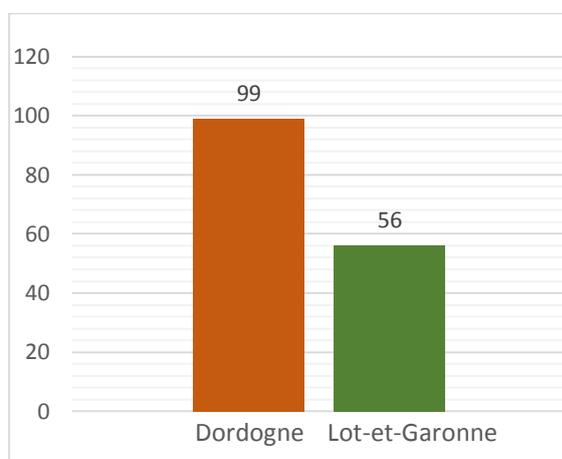
Les résultats croisés montrent que :

- 40,26% des médecins répondants de Dordogne ont fait du DPC en 2013.
- 48,84% des médecins répondants de Lot-et-Garonne ont fait du DPC en 2013.
- 59,74% des médecins répondants de Dordogne n'ont pas fait de DPC en 2013.
- 51,16% des médecins répondants de Lot-et-Garonne n'ont pas fait de DPC en

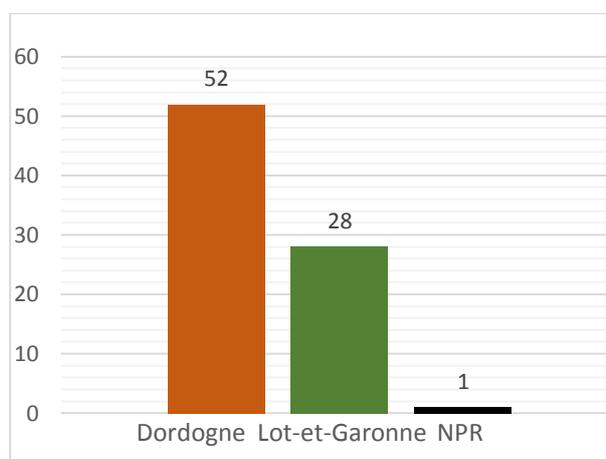
2013.

Selon le test du Chi2 : $p= 0,198$.

Répartition des médecins qui ont fait de la FMC en 2013 en fonction du département



Répartition des médecins qui n'ont pas fait de FMC en 2013 en fonction du département



Les résultats croisés montrent que :

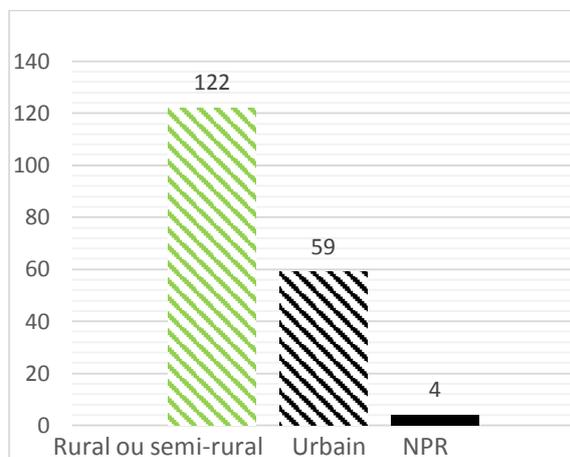
- 65,56% des médecins répondants de Dordogne ont fait de la FMC en 2013.
- 66,67% des médecins répondants de Lot-et-Garonne ont fait de la FMC en 2013.
- 34,44% des médecins répondants de Dordogne n'ont pas fait de FMC en 2013.
- 33,33% des médecins répondants de Lot-et-Garonne n'ont pas fait de FMC en

2013.

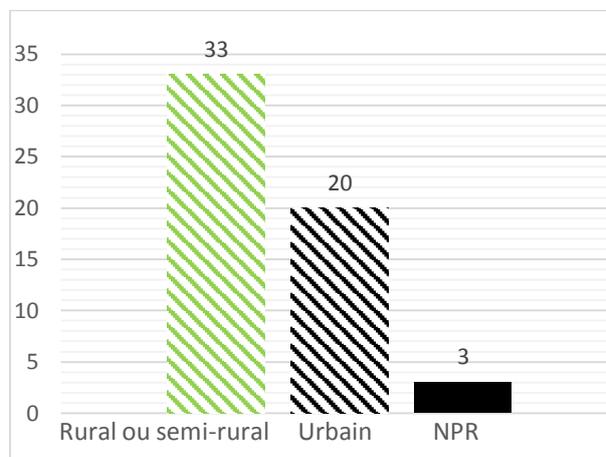
Selon le test du Chi2 : $p= 0,864$.

d) En fonction du milieu d'exercice

Répartition des médecins qui ont fait de la FMC en 2011-2012 en fonction du milieu d'exercice



Répartition des médecins qui n'ont pas fait de FMC en 2011-2012 en fonction du milieu d'exercice



Les résultats croisés montrent que :

- 78,71% des médecins répondants en rural ou semi-rural ont fait de la FMC en 2011-2012.

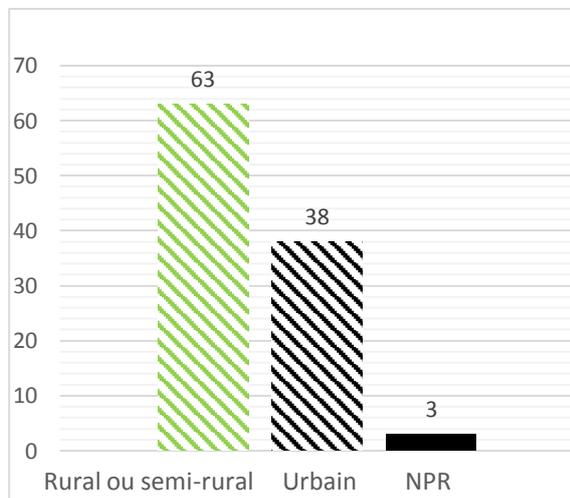
- 74,68% des médecins répondants en urbain ont fait de la FMC en 2011-2012.

- 21,29% des médecins répondants en rural ou semi-rural n'ont pas fait de FMC en 2011-2012.

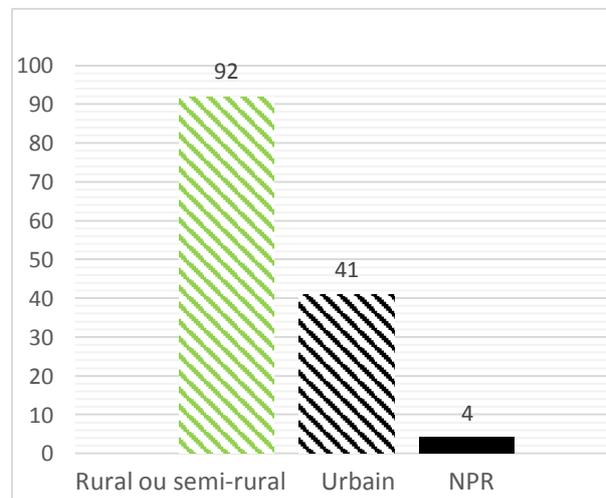
- 25,32% des médecins répondants en urbain n'ont pas fait de FMC en 2011-2012.

Selon le test du Chi2 : $p= 0,487$.

Répartition des médecins qui ont fait du DPC en 2013 en fonction du milieu d'exercice



Répartition des médecins qui n'ont pas fait de DPC en 2013 en fonction du milieu d'exercice

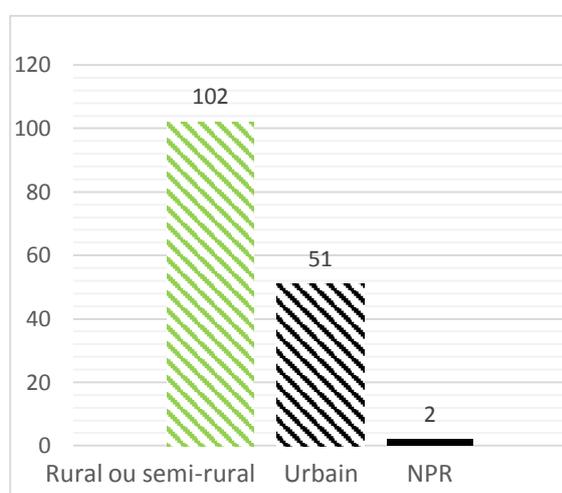


Les résultats croisés montrent que :

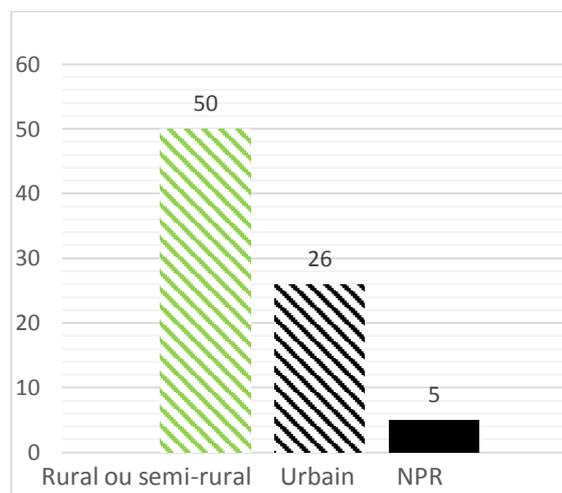
- 40,65 % des médecins répondants en rural ou semi-rural ont fait du DPC en 2013.
- 48,10 % des médecins répondants en urbain ont fait du DPC en 2013.
- 59,35% des médecins répondants en rural ou semi-rural n'ont pas fait de DPC en 2013.
- 51,90 % des médecins répondants en urbain n'ont pas fait de DPC en 2013.

Selon le test du Chi2 : $p= 0,276$.

Répartition des médecins qui ont fait de la FMC en 2013 en fonction du milieu d'exercice



Répartition des médecins qui n'ont pas fait de FMC en 2013 en fonction du milieu d'exercice



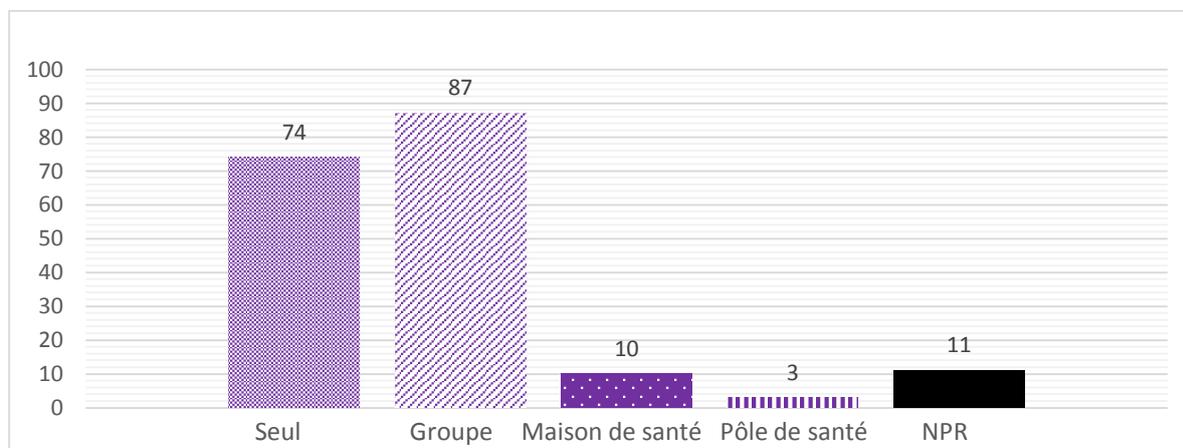
Les résultats croisés montrent que :

- 67,10% des médecins répondants en rural ou semi-rural ont fait de la FMC en 2013.
- 66,23 % des médecins répondants en urbain ont fait de la FMC en 2013.
- 32,80% des médecins répondants en rural ou semi-rural n'ont pas fait de FMC en 2013.
- 33,77 % des médecins répondants en urbain n'ont pas fait de FMC en 2013.

Selon le test du Chi2 : $p= 0,487$.

e) En fonction du mode d'exercice

Répartition des médecins qui ont fait de la FMC en 2011-2012 en fonction du mode d'exercice



Les résultats croisés montrent que :

- 77,08% des médecins répondants exerçant seuls ont fait de la FMC en 2011-2012.
- 76,99% des médecins répondants exerçant en groupe ont fait de la FMC en 2011-2012.
- 83,33% des médecins répondants en maison de santé ont fait de la FMC en 2011-2012.
- 75% des médecins répondants en pôle de santé ont fait de la FMC en 2011-2012.

Selon le test du Chi2 : $p= 0,966$.

Répartition des médecins qui n'ont pas fait de la FMC en 2011-2012 en fonction du mode d'exercice



Les résultats croisés montrent que :

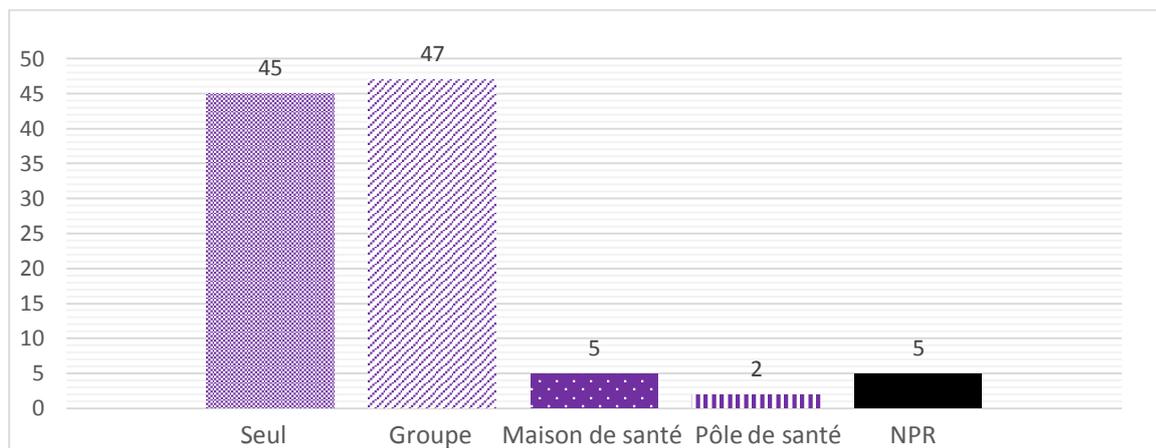
- 22,92% des médecins répondants exerçant seuls n'ont pas fait de FMC en 2011-2012.

- 23,01% des médecins répondants exerçant en groupe n'ont pas fait de FMC en 2011-2012.

- 16,67% des médecins répondants en maison de santé n'ont pas fait de FMC en 2011-2012.

- 25% des médecins répondants en pôle de santé n'ont pas fait de FMC en 2011-2012.

Répartition des médecins qui ont fait du DPC en 2013 en fonction du mode d'exercice



Les résultats croisés montrent que :

- 46,88% des médecins répondants exerçant seuls ont fait du DPC en 2013.
- 41,59% des médecins répondants exerçant en groupe ont fait du DPC en 2013.
- 41,67% des médecins répondants en maison de santé ont fait du DPC en 2013.
- 50% des médecins répondants en pôle de santé ont fait du DPC en 2013.

Selon le test du Chi2 : p= 0,88.

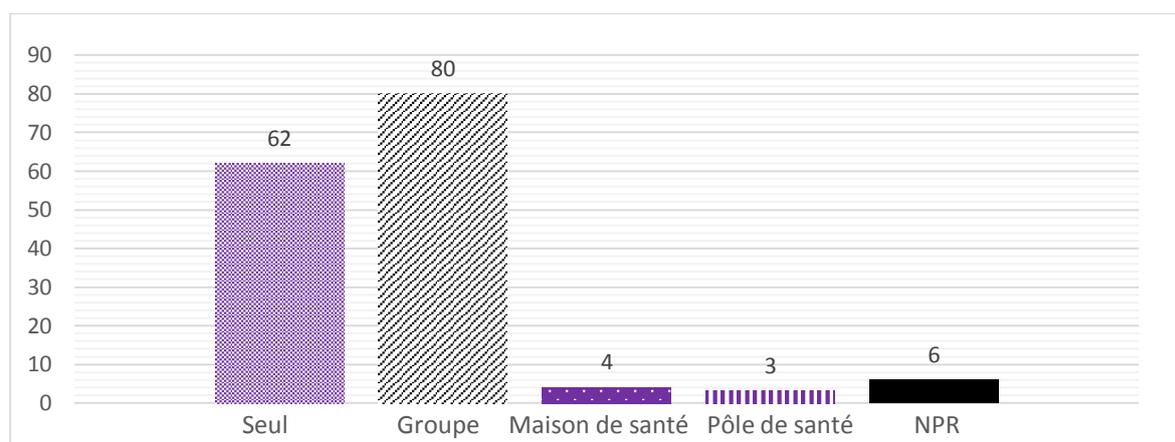
Répartition des médecins qui n'ont pas fait de DPC en 2013 en fonction du mode d'exercice



Les résultats croisés montrent que :

- 53,12% des médecins répondants exerçant seuls n'ont pas fait de DPC en 2013.
- 58,41% des médecins répondants exerçant en groupe n'ont pas fait de DPC en 2013.
- 58,33% des médecins répondants en maison de santé n'ont pas fait de DPC en 2013.
- 50% des médecins répondants en pôle de santé n'ont pas fait de DPC en 2013.

Répartition des médecins qui ont fait de la FMC en 2013 en fonction du mode d'exercice

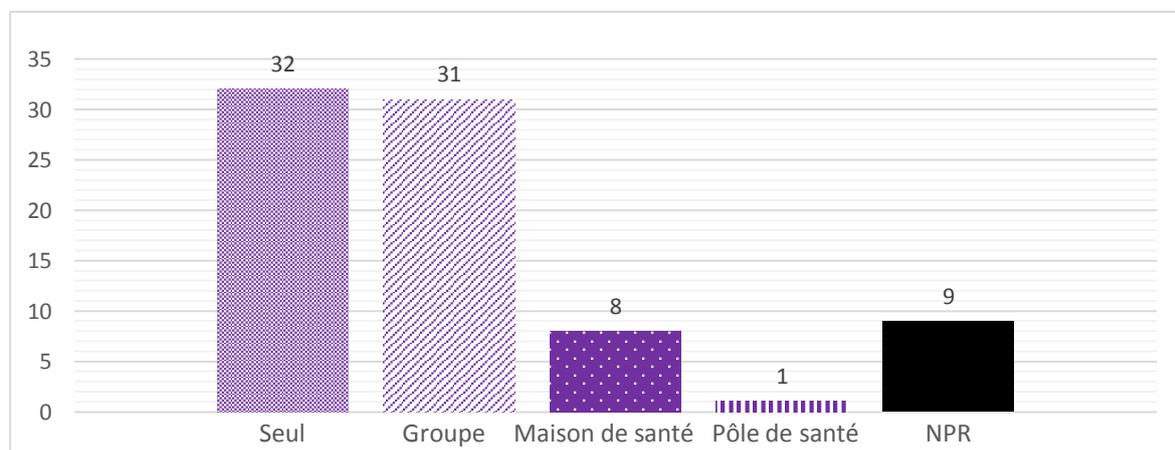


Les résultats croisés montrent que :

- 65,96% des médecins répondants exerçant seuls ont fait de la FMC en 2013.
- 72,07% des médecins répondants exerçant en groupe ont fait de la FMC en 2013.
- 33,33% des médecins répondants en maison de santé ont fait de la FMC en 2013.
- 75% des médecins répondants en pôle de santé ont fait de la FMC en 2013.

Selon le test du Chi2 : $p = 0,054$.

Répartition des médecins qui n'ont pas fait de FMC en 2013 en fonction du mode d'exercice

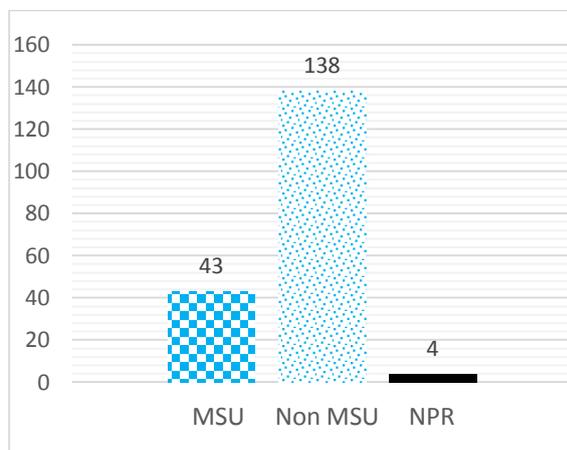


Les résultats croisés montrent que :

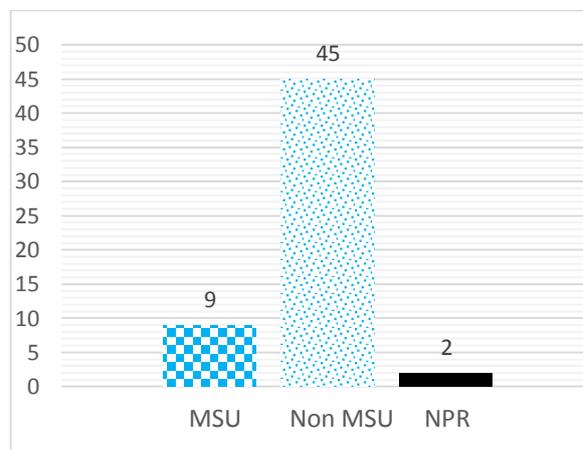
- 34,04% des médecins répondants exerçant seuls n'ont pas fait de FMC en 2013.
- 27,93% des médecins répondants exerçant en groupe n'ont pas fait de FMC en 2013.
- 66,67% des médecins répondants en maison de santé n'ont pas fait de FMC en 2013.
- 25% des médecins répondants en pôle de santé n'ont pas fait de FMC en 2013.

f) En fonction du statut de MSU

Répartition des médecins qui ont fait de la FMC en 2011-2012 en fonction de leur statut de MSU



Répartition des médecins qui n'ont pas fait de FMC en 2011-2012 en fonction de leur statut de MSU

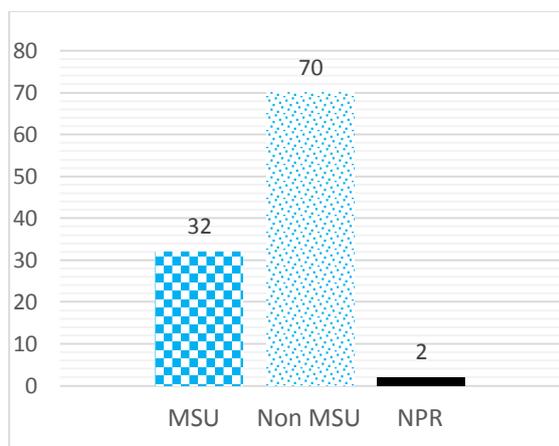


Les résultats croisés montrent que :

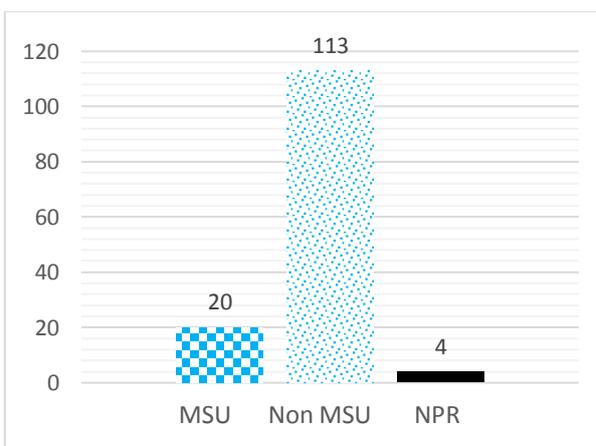
- 82,69% des médecins MSU répondants ont fait de la FMC en 2011-2012.
- 75,41% des médecins non MSU répondants ont fait de la FMC en 2011-2012.
- 17,31% des médecins MSU répondants n'ont pas fait de FMC en 2011-2012.
- 24,59% des médecins non MSU répondants n'ont pas fait de FMC en 2011-2012.

Selon le test du Chi2 : $p= 0,271$.

Répartition des médecins qui ont fait du DPC en 2013 en fonction de leur statut de MSU



Répartition des médecins qui n'ont pas fait de DPC en 2013 en fonction de leur statut de MSU



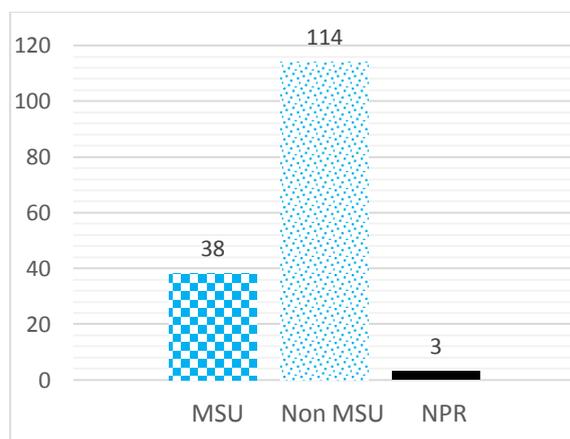
Les résultats croisés montrent que :

- 61,54% des médecins MSU répondants ont fait du DPC en 2013.
- 38,25% des médecins non MSU répondants ont fait du DPC en 2013.
- 38,46% des médecins MSU répondants n'ont pas fait de DPC en 2013.

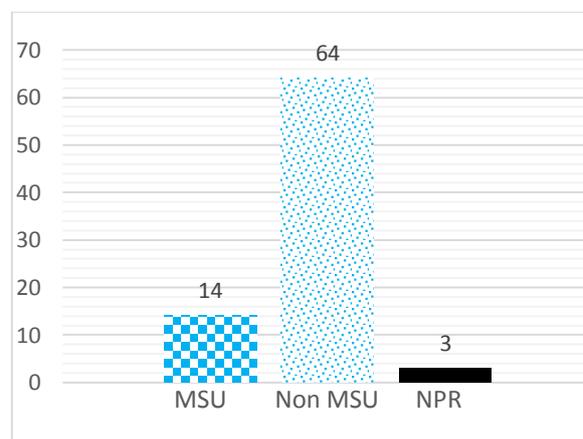
- 61,75% des médecins non MSU répondants n'ont pas fait de DPC en 2013.

Selon le test du Chi2 : $p= 0,003$. Ces résultats sont significatifs.

Répartition des médecins qui ont fait de la FMC en 2013 en fonction de leur statut de MSU



Répartition des médecins qui n'ont pas fait de FMC en 2013 en fonction de leur statut de MSU



Les résultats croisés montrent que :

- 73,08% des médecins MSU répondants ont fait de la FMC en 2013.
- 64,04% des médecins non MSU répondants ont fait de la FMC en 2013.
- 26,92% des médecins MSU répondants n'ont pas fait de FMC en 2013.
- 35,96% des médecins non MSU répondants n'ont pas fait de FMC en 2013.

Selon le test du Chi2 : $p= 0,226$.

LES POINTS ESSENTIELS :

➡ Le sexe, l'âge, le département d'exercice, le milieu d'exercice, le mode d'exercice et le fait d'être MSU ou non ne sont pas des facteurs ayant influencé la participation ou non à la FMC en 2011-2012.

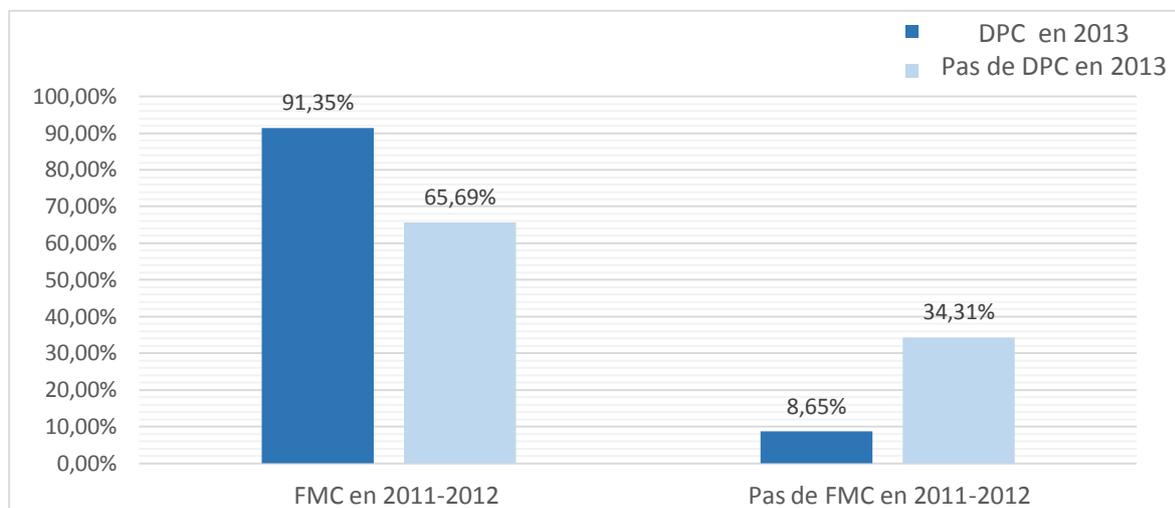
➡ Le sexe, l'âge, le département d'exercice, le milieu d'exercice, le mode d'exercice ne sont pas des facteurs ayant influencé la participation ou non au DPC en 2013.

Par contre, il existe un lien entre le fait d'être MSU et d'avoir fait du DPC en 2013 (Chi2 : $p= 0,003$).

➡ Le sexe, l'âge, le département d'exercice, le milieu d'exercice, le mode d'exercice et le fait d'être MSU ou non ne sont pas des facteurs ayant influencé la participation ou non à la FMC en 2013.

2) FMC en 2011-2012 et DPC en 2013

Pourcentage de médecins ayant fait ou non du DPC en 2013 en fonction de leur participation ou non à de la FMC en 2011-2012

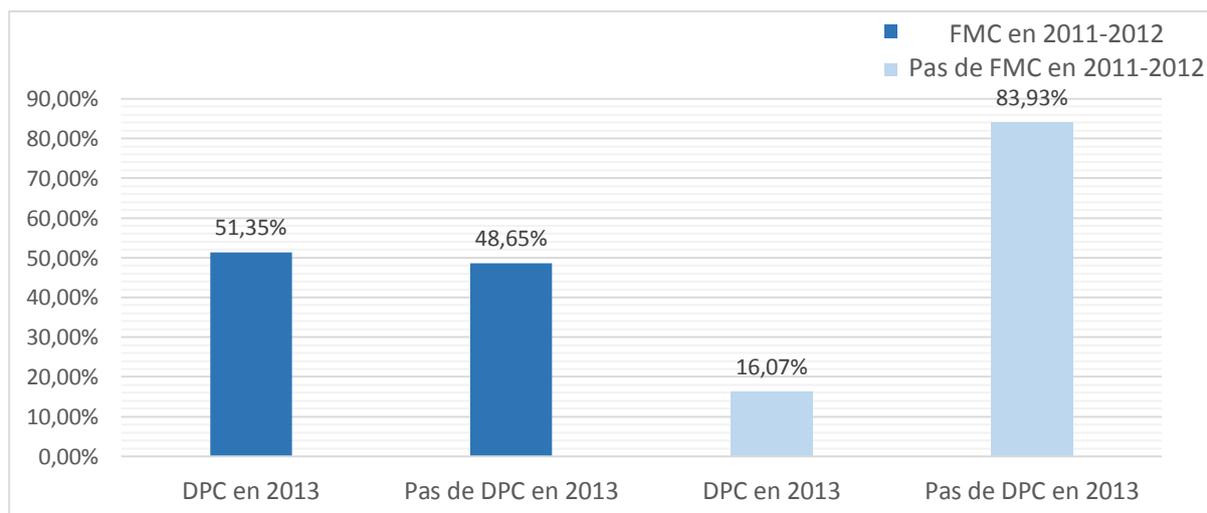


Les résultats croisés montrent que :

- 91,35% de ceux qui ont fait du DPC en 2013, ont fait de la FMC en 2011-2012.
- 65,69% de ceux qui n'ont pas fait de DPC en 2013, ont fait de la FMC en 2011-2012.

Selon le test du Chi2 : $p < 0,000003$ (arrondi à $p < 0,00001$ dans le « Résumé »). Ces résultats sont significatifs.

Pourcentage de médecins ayant fait ou non de la FMC en 2011-2012 en fonction de leur participation ou non au DPC en 2013

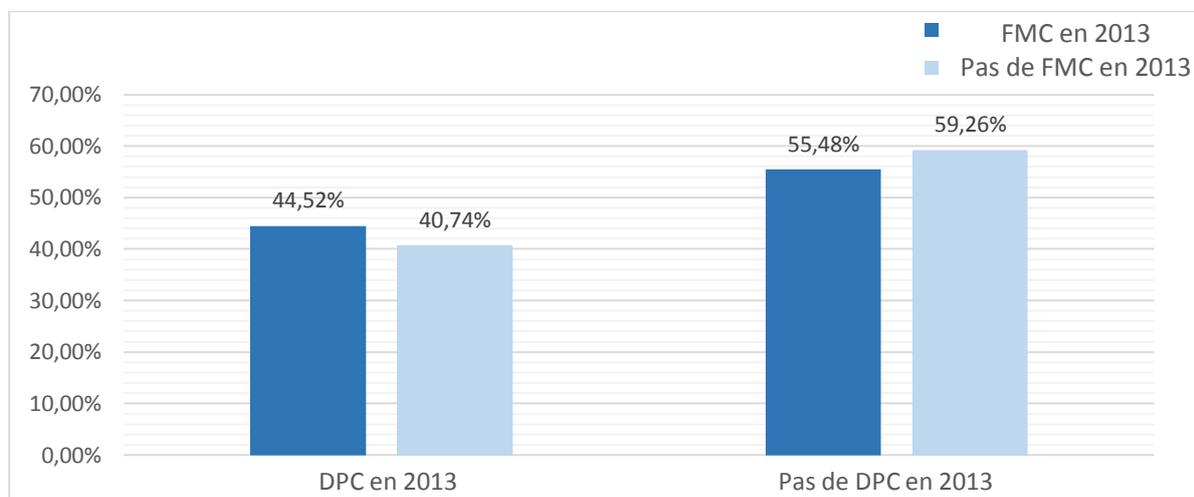


Les résultats croisés montrent que :

- 51,35% de ceux qui ont fait de la FMC en 2011-2012, ont fait du DPC en 2013.
- 83,93% de ceux qui n'ont pas fait de FMC en 2011-2012, n'ont pas fait de DPC en 2013.

3) DPC en 2013 et FMC en 2013

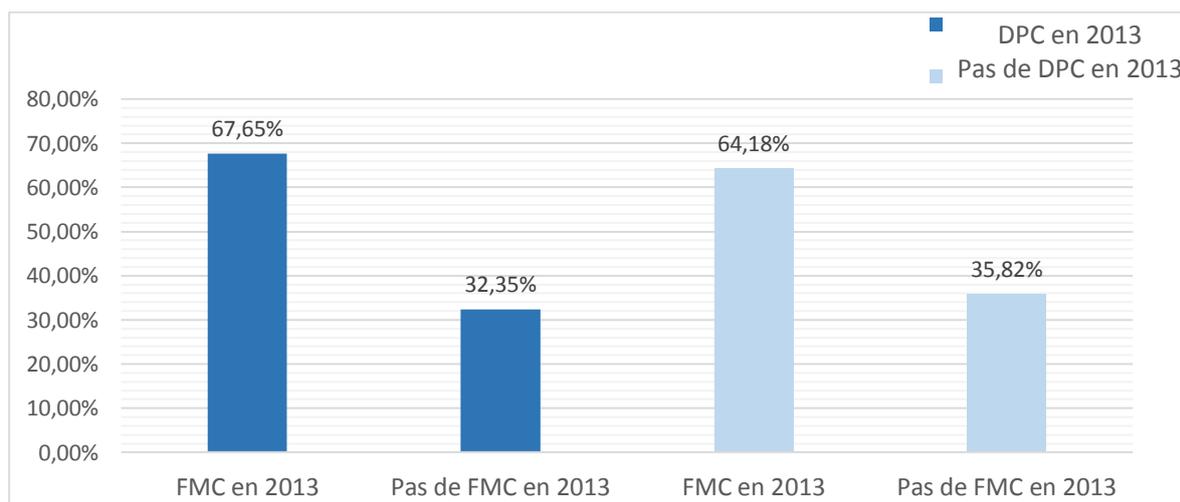
Pourcentage de médecins ayant fait ou non de la FMC en 2013 en fonction de leur participation ou non au DPC en 2013



Les résultats croisés montrent que :

- 44,5% de ceux qui ont fait de la FMC en 2013, ont aussi fait du DPC en 2013.
- 40,74% de ceux qui n'ont pas fait de FMC en 2013, ont fait du DPC en 2013.
- 59,26% de ceux qui n'ont pas fait de FMC en 2013, n'ont pas fait de DPC en 2013.

Pourcentage de médecins ayant fait ou non du DPC en 2013 en fonction de leur participation ou non à de la FMC en 2013



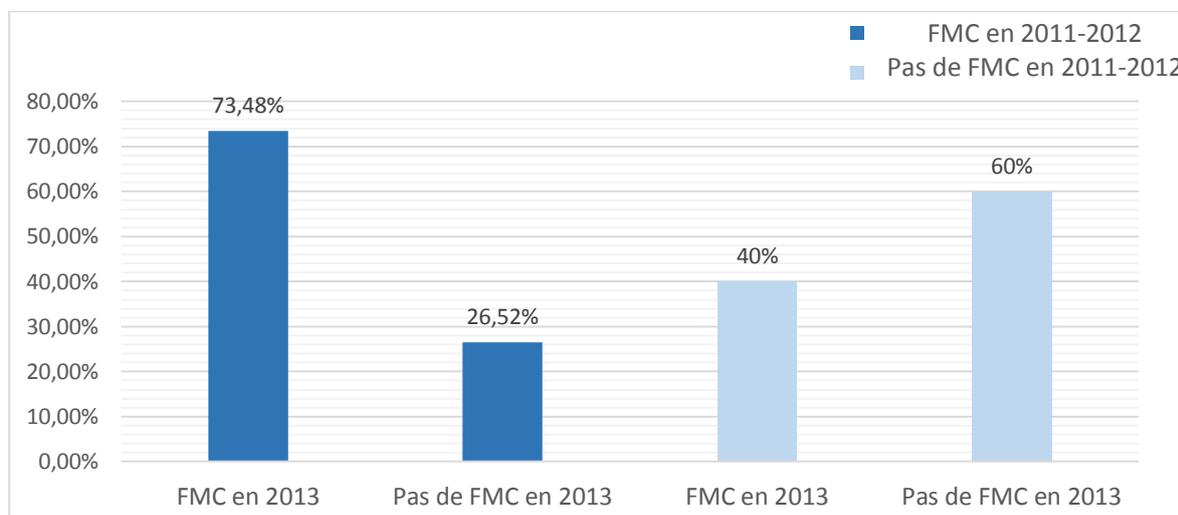
Les résultats croisés montrent que :

- 64,18% de ceux qui n'ont pas fait de DPC en 2013, ont fait une FMC en 2013.
- 67,65% de ceux qui ont fait du DPC en 2013, ont fait de la FMC en 2013.

Selon le test du Chi2 : p= 0,578. Ces différences ne sont pas significatives.

4) FMC en 2011-2012 et FMC en 2013

Pourcentage de médecins ayant fait ou non de la FMC en 2011-2012 en fonction de leur participation ou non à de la FMC en 2013



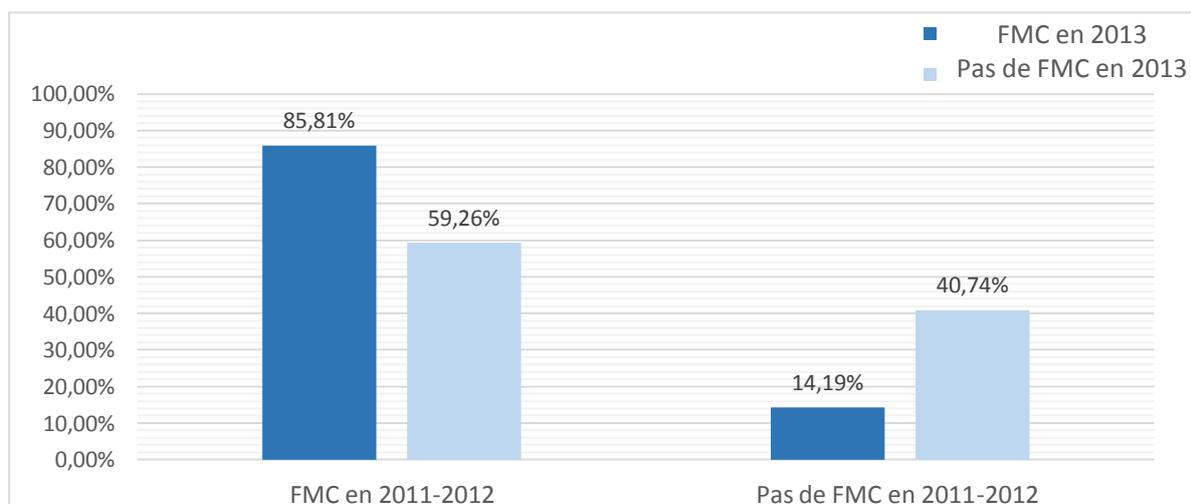
Les résultats croisés montrent que :

- 73,48% des médecins qui ont fait de la FMC en 2011-2012, en ont fait aussi en 2013.

- 60% des médecins qui n'ont pas fait de FMC en 2011-2012, n'en ont pas fait non plus en 2013.

Selon le test du Chi2 : $p = 0,000005$. Ces résultats sont significatifs.

Pourcentage de médecins ayant fait ou non de la FMC en 2013 en fonction de leur participation ou non à de la FMC en 2011-2012



Les résultats croisés montrent que :

- 85,81% des médecins qui ont fait de la FMC en 2013, en avaient déjà fait en 2011-

2012.

- 59,26% des médecins qui n'ont pas fait de FMC en 2013, en avaient fait en 2011-2012.

LES POINTS ESSENTIELS :

➡ Il existe un lien entre le fait d'avoir fait de la FMC en 2011-2012 et le fait d'avoir fait du DPC en 2013 (Chi2 : $p < 0,000003$).

➡ Il existe un lien entre le fait d'avoir fait de la FMC en 2011-2012 et le fait d'avoir fait de la FMC en 2013 (Chi2 : $p = 0,000005$).

IV DISCUSSION

A) La méthode

1) Le type d'enquête

Pour tenter de répondre au mieux aux objectifs de ce travail de recherche, nous avons choisi de réaliser cette enquête observationnelle, randomisée, à l'aide d'un questionnaire écrit, standardisé, anonyme et autoadministré.

Parmi l'ensemble des possibilités d'enquêtes et d'analyses offertes par la statistique, ce type d'enquête nous a semblé être le plus adapté au thème abordé ici, qui est le bilan de l'année 2013 en ce qui concerne le DPC, chez les médecins généralistes. Cela a été pensé aussi dans l'optique d'observer plus généralement la pratique des médecins généralistes dans le domaine de la formation continue.

Pour élaborer précisément la méthodologie de cette étude, il a fallu tout d'abord prendre en compte deux paramètres conditionnant tout le déroulé de l'enquête : les contraintes de réalisation pratiques et économiques. Parmi ces contraintes, nous pouvons citer le temps d'enquête, son coût, les modalités de diffusion possibles du questionnaire avec des relances, les conditions pratiques d'analyse des données par un seul opérateur principal.

Notre protocole d'étude a été construit à partir de ces considérations et de ressources en ligne très utiles provenant du CNGE de Nice, du CHU de Saint Etienne et de l'Université Paris V « René Descartes ». (79, 80, 81)

Sur le plan de la méthode d'échantillonnage, il faut préciser quelques notions. La constitution d'un échantillon est régie par des règles statistiques précises pour qu'il soit représentatif d'une population donnée. Dans ces conditions, il n'est donc pas nécessaire d'effectuer un recensement de cette population pour en connaître les caractéristiques. La statistique permet de n'étudier qu'un échantillon de la population considérée. Ainsi, si ce dernier est défini par sa représentativité, les résultats obtenus peuvent être considérés comme significatifs et le principe de l'inférence statistique peut être appliqué.

Sélectionner a priori un nombre de sujets adapté à un résultat recherché suffit pour garantir la puissance statistique d'une étude : c'est l'échantillonnage. (73)

Le manque d'études déjà réalisées auprès des professionnels de santé, au sujet de leur DPC, a motivé le choix de cette méthodologie à partir d'un échantillon de sondage, permettant d'évaluer globalement la situation : en cherchant à établir des ordres de grandeur, des tendances, des comparaisons, des relations pour les variables étudiées. Dans ce cas,

l'objectif final était de proposer d'éventuelles préconisations, dans la perspective d'autres enquêtes complémentaires.

Par ailleurs, une enquête purement qualitative avec, par exemple, une approche par entretien ou par observation, n'aurait pas eu le même but : elle aurait été utile en complément pour approfondir et surtout comprendre, au sein d'échantillons beaucoup plus restreints, des phénomènes particuliers, des pratiques existant dans certains contextes...

Pour finir, nous pouvons souligner que cette enquête a été déclarative, c'est-à-dire fondée sur la bonne foi du médecin répondant et non pas sur l'observation directe d'une pratique par un opérateur extérieur. Le médecin enquêté était alors libre de répondre aux questions sans influence de l'enquêteur et cela, au moment et dans les conditions qu'il souhaitait.

2) La population

Le choix de la population source a été conditionné par différentes contraintes :

- un échantillon avec un effectif raisonnable pour avoir à la fois une représentativité satisfaisante, un moindre coût de diffusion du questionnaire et un temps de traitement des résultats acceptable pour l'auteur.

- un mode de randomisation réalisable par tirage au sort.

- un mode de diffusion premier par courrier : souhaitable pour la bonne représentativité de l'échantillon et réalisable par le biais du Département de Médecine Générale (DMG) si toutefois le projet présenté était validé. Les adresses postales des médecins étant publiques, l'accès à l'ensemble de la population des médecins était facile et sans biais. Par contre, il était impossible d'accéder aux adresses mails de tous les médecins car ils n'en possèdent pas tous ou ne la communiquent pas forcément aux CDO.

- un mode de diffusion secondaire par courriel restant intéressant pour des relances via les CDO de Dordogne et de Lot-et-Garonne. Les courriels des médecins étant des données privées, les CDO qui en disposent peuvent accepter de leur transférer ainsi un questionnaire de thèse, sans toutefois communiquer leur adresse mail. Seul, l'accord de ces deux CDO nous a été donné suite à la présentation détaillée, par courriel, de notre projet aux cinq CDO d'Aquitaine.

De plus, sur le plan des effectifs totaux de médecins généralistes, la Dordogne et le Lot-et-Garonne représentaient les départements les plus faiblement peuplés ; étudier cette population semblait donc plus simple d'organisation. (60)

Toutefois, avec un taux de réponse estimé à 40 % (taux maximal observé dans ce genre d'enquête), l'effectif total d'un seul des deux départements n'était pas assez grand pour espérer obtenir un échantillon d'une taille significative :

- en Dordogne, il aurait fallu 193 réponses sur 387 (soit un taux de réponse de 50%) pour avoir un échantillon significatif (effectif estimé par le calculateur RMPD (75)).
- en Lot-et-Garonne, il aurait fallu 163 réponses sur 282 (soit un taux de réponse de 58%) pour avoir un échantillon significatif (effectif estimé par le calculateur RMPD (75)).

C'est la raison pour laquelle nous avons décidé de nous intéresser à la population totale cumulée des deux départements.

Pour limiter les biais de sélection, il a fallu mettre en place différentes méthodes de contrôle.

En ce qui concerne plus spécifiquement les biais de recrutement, la population source de médecins généralistes a été recensée le plus exhaustivement possible en croisant les données de différents annuaires ou listes officielles, issus des services de l'Etat ou de la profession elle-même.

Puis, la sélection de l'échantillon par échantillonnage aléatoire simple nous a permis de postuler que le hasard permettait de garantir la représentativité, avec une certaine marge d'erreur, de l'échantillon issu de la population source ; grâce au tirage au sort, chaque membre de la population a eu une chance égale d'être sélectionné. Cette technique d'échantillonnage est la plus simple à organiser dans une population que l'on considère homogène.

Pour améliorer encore l'homogénéité de la population source par rapport à la population cible, des techniques d'échantillonnage stratifié auraient pu être appliquées mais, cela aurait nécessité aussi d'autres études préalables pour définir les strates utilisées.

L'échantillon a été construit pour être représentatif de la population source dont il est issu : les médecins généralistes de Dordogne et de Lot-et-Garonne. Mais, ces départements ont des caractéristiques démographiques qui leur sont propres et qui s'éloignent de celles des autres départements de l'Aquitaine, en particulier la Gironde et les Pyrénées Atlantiques.

Au sein de la région, Dordogne et Lot-et-Garonne sont des départements ruraux. Ils ont les plus faibles effectifs de médecins généralistes actifs, dont la moyenne d'âge est la plus élevée (54 ans), avec les plus forts pourcentages de médecins âgés de 60 ans et plus, les plus faibles pourcentages de moins de 40 ans ainsi que de femmes. Ceci pose les limites de l'enquête par rapport à la population cible de l'Aquitaine. (60)

3) Le questionnaire

Il a été structuré en différentes parties et standardisé pour que chaque participant soit interrogé de la même manière.

Une version test expérimentée par quelques médecins généralistes a été faite afin de réorganiser sa structure et préciser, améliorer, ou modifier certaines questions. Selon leurs remarques et les difficultés rencontrées, les médecins testeurs ont ainsi évalué la qualité du questionnaire nous permettant de nous assurer de sa bonne compréhension par les futurs enquêtés.

Avec un questionnaire divisé en huit questions de taille inégale et réparties sur une feuille recto-verso, certains médecins ont pu être découragés et ne pas y participer étant donné le minimum de temps qu'il fallait y consacrer pour le remplir correctement.

La question 3 était la plus longue. Elle a pu poser des problèmes de compréhension car elle avait une architecture en deux parties (participation au DPC en 2013 ou non) et quelques lignes explicatives à lire dans sa première partie (pour éviter des erreurs dans les réponses suivantes) ; il y avait, de plus, différentes modalités de réponses (des QCM, un tableau à remplir, des questions ouvertes) et une question sur le premier critère de choix de DPC qui a pu être mal comprise.

Ainsi, le taux de réponses valides a pu être affecté par tous ces éléments.

La majorité des questions ont été fermées pour que leur analyse par l'enquêteur soit la plus objective possible. L'intérêt est que ces questions sont aussi plus rapides à traiter autant pour l'enquêteur que pour les enquêtés qui doivent y répondre plus facilement et plus rapidement ; cela devait limiter le taux de non-réponses. Mais, ce type de questions peut induire des biais de classement puisqu'il canalise les réponses des enquêtés.

Des questions ouvertes ont été utiles pour contrebalancer ces biais. Elles ont été limitées car, pour analyser les réponses, l'enquêteur doit prendre davantage de temps pour effectuer des procédures afin de les fermer a posteriori : il a fallu classer les réponses en catégories pour qu'elles traduisent chacune une idée générale, idée nécessairement réductrice. Cela a forcément introduit une part de subjectivité dans l'interprétation des résultats et donc un biais dans l'analyse.

Du côté des enquêtés, ces questions ouvertes demandent une réflexion plus longue pour y répondre, ce qui a pu augmenter le temps de réponse et même le nombre de non-réponses. Mais, leur avantage est de laisser aux enquêtés une marge de liberté au milieu d'un questionnaire contraint avec des questions imposées. La zone de commentaires libres à la fin du questionnaire allait aussi dans ce sens.

4) Le déroulement de l'étude

L'enquête a débuté mi-septembre 2014, soit neuf mois après fin 2013. Le délai devait être raisonnable pour permettre à chaque enquêté de répondre aux questions avec le moins de biais de mémorisation possible, tout en permettant un recul nécessaire à leur réflexion par rapport au nouveau dispositif de DPC.

La période d'inclusion a duré trois mois (de septembre à décembre 2014), ce qui semble correct pour obtenir l'échantillon représentatif.

D'autre part, le mois de septembre est le mois de la rentrée après les vacances d'été, ce qui en fait un mois chargé dans l'activité des médecins, avant d'entrer dans la période hivernale. Certains médecins ont pu ne pas participer à cause de cette époque d'enquête.

La diffusion du questionnaire s'est d'abord faite par courrier postal, accompagné d'une lettre explicative détaillée dans laquelle il a été noté le soutien officiel de l'enquête par le DMG, l'anonymat garanti de chacun des médecins participants et l'absence de date limite de retour précise. Ce sont des facteurs rassurants qui ont pu inciter plus de médecins à participer.

L'anonymat devait limiter le risque de biais d'observation. En effet, dans le cas contraire, les médecins auraient pu se sentir contrôlés : ils auraient pu alors surestimer leurs formations ou bien ne pas répondre du tout à ce questionnaire qui s'intéressait à un domaine de la médecine toujours très controversé.

Les relances ont eu lieu à un mois et à deux mois de l'envoi principal et ont été de deux types pour essayer d'augmenter au maximum le taux de réponses.

Celles faites par courriel, par les CDO de Dordogne et de Lot-et-Garonne, ont concerné tous les médecins des deux départements dont l'adresse mail était connue par les CDO. Ces courriels n'ont donc pas forcément touché tous les médecins de l'échantillon ou ont pu toucher d'autres médecins en dehors de l'échantillon. Et, certains médecins de l'échantillon ont pu ne pas recevoir de relances par courriel, s'ils n'avaient pas d'adresse mail ou s'ils ne l'avaient pas communiquée à leur CDO.

Par conséquent, il a fallu trier les réponses reçues suite aux relances pour vérifier l'appartenance des répondants à l'échantillon et ainsi éviter des erreurs dans l'inclusion :

- pour les réponses par mail, le nom du médecin était connu.
- pour les réponses par courrier, le renvoi de l'enveloppe affranchie qui avait été envoyé avec le questionnaire en septembre 2014 était le signe d'un médecin de l'échantillon.

Des relances ont été faites par courrier à destination de seulement quelques médecins qui étaient les plus susceptibles d'effectuer le renvoi de leur questionnaire car ils avaient quand même participé à l'enquête mais partiellement (questionnaires incomplets...). Tout comme dans les envois par courrier de septembre 2014, une enveloppe de retour affranchie a été

jointe à ces relances pour faciliter le renvoi du questionnaire.

Le caractère officiel des relances par les CDO a pu aussi inciter à participer.

En ce qui concerne le recueil des données, la constitution de la base de données et leur codage ont été faits par l'auteur, ce qui a pu augmenter le risque d'erreurs. Toutefois, un relecteur extérieur a fait une double lecture des données codées pour diminuer le risque d'erreurs de saisies.

5) La méthode d'analyse des données

Les résultats croisés (par l'auteur) et les tests du Chi2 (faits par un opérateur extérieur) ont été réalisés sur certaines variables qui nous ont semblé les plus importantes.

Pour les tests du Chi2, le logiciel SPSS a été plus facile à utiliser que le logiciel EXCEL ; ce dernier a été utilisé pour toutes les autres opérations depuis le début de l'enquête selon des méthodes standardisées (tableaux croisés dynamiques...) pour exploiter l'ensemble des résultats.

B) Les résultats

1) Les réponses aux objectifs de l'étude

L'étude a répondu aux objectifs de ce travail grâce à la représentativité de l'échantillon obtenu après inclusion des 241 questionnaires valides.

Bien sûr, cela est à relativiser en prenant en compte les biais possibles et les limites de l'enquête liées principalement aux caractéristiques démographiques des enquêtés.

Parmi les participants à l'enquête, le taux de non-réponses est resté limité dans l'ensemble des questions principales, ce qui a permis d'obtenir des résultats interprétables.

Même si le taux de participation au DPC (43,15%), a été correct pour une première année de mise place, les médecins ont été beaucoup plus nombreux (64,32%) à faire de la FMC non agréée DPC en 2013. En 2011-2012, ils avaient participé davantage à la FMC (76,76%).

Les MSU et les médecins qui ont fait de la FMC en 2011-2012 ont davantage participé au DPC en 2013 que les autres.

Le facteur déterminant de la participation au DPC a été le thème du programme choisi. Le plus grand des freins a été le manque de temps (70,80%).

Pour la FMC, les associations locales et l'abonnement à une revue médicale ont été les modes les plus fréquemment cités. Pour le DPC, ce sont les séminaires, la formation en groupe et présentielle, avec un temps rapide de formation (entre 1/2 journée et 2 jours).

Parmi les participants au DPC, 61,53% ont affirmé que le DPC a induit des changements dans leur pratique et 19,23% peut-être : la mise à jour des connaissances a été citée par 21,42% d'entre eux et l'amélioration de la pratique par 27,38% d'entre eux.

Les médecins interrogés ont été 81,74% à choisir une ou plusieurs suggestions d'amélioration du DPC : majoritairement, élargir l'offre de formation puis, simplifier les modalités d'inscription et améliorer les conditions d'indemnisation.

Face à l'ensemble des résultats et à l'hétérogénéité des réponses à la question 8 (« Ressenti vis-à-vis du DPC »), nous pouvons dire que le DPC n'a pas répondu à toutes les attentes des médecins généralistes en matière de formation continue : les avis restent très partagés sur ce sujet de la formation continue qui reste en mutation permanente.

2) Le taux de participation à l'enquête

a) La représentativité de l'échantillon obtenu

Le taux de réponses reçues (42,18%) pendant les trois mois d'enquête a été satisfaisant. Ce taux a été obtenu après des relances qui ont été bénéfiques : le taux atteint à la fin du premier mois a progressé de 17,72% (6,35% / 35,83%) jusqu'à la fin du troisième mois.

Au final, le taux de questionnaires exploitables (39,25%) correspond à peu près au taux de 40% prévu par le plan d'enquête pour atteindre une taille d'échantillon suffisante garantissant sa représentativité de la population source.

b) La différence de participation à l'échelle départementale

Nous avons constaté une plus faible participation des médecins de Lot-et-Garonne (33,20%) par rapport aux médecins de Dordogne (43,38%). Divers facteurs ont pu influencer ces résultats :

- le plus faible taux de MSU en Lot-et-Garonne : 19,76% contre 22,72% en Dordogne.
- le plus faible taux de participation des MSU de Lot-et-Garonne : 70,83% (17/24) contre 77,78% (35/45) en Dordogne.
- l'âge avancé des médecins de Lot-et-Garonne : 73,26% ont plus de 50 ans et 31,39%

(11,20% / 35,68%) plus de 60 ans, contre 66,88% de plus de 50 ans et 23,38% (14,94% / 63,90%) de plus de 60 ans en Dordogne.

- le plus grand nombre de médecins exerçant seuls en Lot-et-Garonne : 50% contre 34,41% en Dordogne.

De plus, ces deux départements sont éloignés du CHU de Bordeaux, centre universitaire et de formation, qui tend à proposer et centraliser autour de lui une plus grande offre de formation et donc à dynamiser davantage l'exercice professionnel et les échanges entre médecins. Ceci pourrait être un facteur supplémentaire expliquant le manque d'intérêt pour ce thème de la formation continue, en plus des caractéristiques de la démographie médicale locale.

c) La participation des MSU

Chez les MSU, la participation a été importante : 75,36% contre 34,68% chez les non MSU. Cela sous-entend une tendance à plus participer de certains groupes de l'échantillon, ce qui est confirmé par la surreprésentation du groupe des MSU parmi les répondants : 21,58% (52 / 241) contre 12,11% (81 / 669) dans la population totale des médecins généralistes des deux départements.

Le fait d'être MSU, donc plus actif et impliqué dans le domaine de la formation, serait un facteur de participation à l'enquête.

d) Les causes possibles de non-participation

Des éléments démographiques pouvant contribuer à la non-participation des médecins peuvent être évoqués :

- l'âge avancé de la population étudiée, avec une part importante de médecins proches de la retraite : 69,30% ont plus de 50 ans et 26,56% plus de 60 ans.

- le milieu d'exercice majoritaire en rural ou semi-rural, loin des centres plus dynamiques : 64,32%.

- la part des médecins qui exercent seuls et qui ont plus de 50 ans : 32,36%.

- la part des médecins qui exercent en milieu rural ou semi-rural et qui ont plus de 50 ans : 45,64%.

Ainsi, on a rencontré, chez les médecins qui étaient destinataires de l'enquête, des facteurs évidents de non-participation : une tendance à être isolés dans leur exercice médical, moins informés, avec une charge de travail croissante. Il n'y a que 0,41% de médecins de moins de 30 ans et 10,79% de médecins entre 30 et 40 ans ; le nombre de jeunes installés

est donc faible.

Donc, la non-participation peut s'expliquer par le manque d'intérêt pour le sujet de la formation continue, le manque de temps pour répondre à une enquête par questionnaire, et peut-être le fait d'avoir été sollicité à la même période par d'autres enquêtes.

3) L'essentiel des résultats

a) Comparaison des caractéristiques de l'échantillon étudié avec celles de la démographie médicale en 2013

Caractéristiques des médecins généralistes en 2013,
ayant un exercice libéral ou mixte, en fonction de leur lieu d'exercice

Caractéristiques	Nombre d'actifs	Moyenne d'âge	% femmes	<40 ans	≥60 ans
Population étudiée					
<u>Dordogne</u>	Donnée indisponible	55 ans	Donnée indisponible	5,8%	33,2%
Gironde	Donnée indisponible	53 ans	Donnée indisponible	10,1%	26,3%
Landes	Donnée indisponible	53 ans	Donnée indisponible	7,7%	26,5%
<u>Lot-et-Garonne</u>	Donnée indisponible	56 ans	Donnée indisponible	4,9%	37,7%
Pyrénées-Atlantiques	Donnée indisponible	53 ans	Donnée indisponible	11,5%	28,2%
Aquitaine	3786	53 ans	31%	9%	28%
France	Donnée indisponible	Donnée indisponible	Donnée indisponible	Donnée indisponible	Donnée indisponible
<u>Echantillon étudié:</u> médecins à activité libérale principale	241	Non calculable	27,39%	11,20%	26,56%

Ce tableau a été constitué, par l'auteur, à partir des données sur la démographie médicale en Aquitaine en 2013. (60, 83)

Rappelons que dans l'échantillon :

- l'intervalle de confiance est de 95% avec une marge d'erreur de 5% pour le résultat observé.

- la moyenne d'âge n'a pas pu être calculée à cause des réponses prévues en

tranches d'âge dans le questionnaire.

Caractéristiques des médecins généralistes, en 2013,
ayant un exercice libéral ou mixte ou salarié, en fonction de leur lieu d'exercice

Caractéristiques	Nombre d'actifs	Moyenne d'âge	% femmes	<40 ans	≥60 ans
Population étudiée					
<u>Dordogne</u>	527	54 ans	35%	9%	28%
Gironde	2 346	52 ans	42%	13%	25%
Landes	570	52 ans	40%	10%	23%
<u>Lot-et-Garonne</u>	392	54 ans	30%	9%	31%
Pyrénées-Atlantiques	1 073	51 ans	40%	16%	23%
Aquitaine	4908	Donnée indisponible	Donnée indisponible	Donnée indisponible	Donnée indisponible
France	90 630	51 ans	43%	13,80%	25,80%
<u>Echantillon étudié:</u> médecins à activité libérale principale	241	Non calculable	27,39%	11,20%	26,56%

Ce tableau a été constitué, par l'auteur, à partir des données sur la démographie médicale en France en 2013. (60, 83)

D'autre part, nous avons observé que :

- la proportion de médecins généralistes de Dordogne dans l'échantillon étudié est de 63,90% alors que cette proportion était de 57,85% (387 / 669) dans la population source.

- la proportion de médecins généralistes de Lot-et-Garonne dans l'échantillon étudié est de 35,68% alors que cette proportion était de 42,15% (282 / 669) dans la population source.

La proportion de chaque département, constatée dans la population source, avait été conservée dans l'échantillon « n' » tiré au sort. Finalement, dans l'échantillon étudié, la Dordogne a été surreprésentée et le Lot-et-Garonne sous-représenté.

b) La participation à la FMC conventionnelle en 2011 et 2012

Dans cette question, le terme générique de FMC a été utilisé pour essayer de formuler le plus clairement possible le concept et ne pas introduire de facteurs de confusion auprès des répondants en détaillant le type de formation continue en FMC, FPC, EPP.

En 2011-2012, la participation à la FMC a été importante (76,76%).

Les associations locales de FMC ont été les plus citées (64,86%) des organismes de FMC, à l'inverse des associations nationales. Le caractère de proximité professionnelle (organisée pas des médecins locaux) et géographique de ces premières joue probablement un grand rôle dans cette constatation.

L'abonnement à une revue médicale est arrivé en deuxième position (33,51%), dont 43,55% pour la revue Prescrire : cela semble indiquer la préférence des médecins pour une revue indépendante tant de l'Etat que de l'industrie pharmaceutique et uniquement financée par ses abonnés. Le nombre de médecins généralistes abonnés à Prescrire est passé de 16 128 en septembre 2012 (soit 48,1% des abonnés) à 16 289 (soit 48,5% des abonnés) en septembre 2013. (84)

Le département universitaire de FMC était en troisième position (25,41%) chez ces médecins pourtant éloignés du CHU. Les autres instances de formation à caractère officiel comme le Collège des Enseignants en Médecine Générale, les sociétés savantes, les syndicats ont été très peu cités.

En ce qui concerne l'industrie pharmaceutique comme organisme de FMC, aucun item ne la proposait. Un seul médecin l'a citée. Des médecins ont peut-être oublié ce type de FMC ou n'ont pas voulu le mentionner. Il en aurait peut-être été autrement si l'item avait été créé, incitant davantage à le mentionner.

c) Le mode d'information sur le DPC

Seulement 2,07% (5 / 241) des médecins ont dit ne pas avoir été informés. Mais, 9,96% n'ont pas répondu à la question, et 38,89% de ceux qui ont coché « Autres » n'ont pas précisé leur mode d'information, ce qui peut laisser supposer un taux de non-informés beaucoup plus important.

Il est ressorti, manifestement, le peu d'informations délivrées par les autorités officielles (OGDPC, CPAM, Ordre des médecins) : 36,93% des médecins ont cité au moins une de ces trois autorités.

La majorité des informations sont venues de l'entourage professionnel (32,37%), d'un organisme de FMC (31,12%), d'une revue médicale (25,73%). Finalement, la première source d'informations a été l'échange avec des confrères.

L'OGDPC n'est cité qu'en quatrième position (24,48%), alors qu'il est l'organisme d'Etat qui orchestre le DPC. Il a pourtant organisé une campagne de promotion et d'information auprès des professionnels avec de multiples moyens dédiés : 40 supports dématérialisés et

en ligne, des communiqués de presse, 63 interviews, des interventions dans des colloques ou congrès. (32)

d) La participation ou la non-participation au DPC en 2013

Le nouveau dispositif de formation a recueilli 43,15% de participants.

Le thème a été l'élément incitatif cité en premier (74,04%), ce qui pourrait suggérer que les thèmes proposés étaient adaptés à la médecine générale. En effet, sur les 198 programmes rapportés, les principaux thèmes ont été ceux relatifs à la médecine générale (59,09%) et à la maîtrise de stage (14,14%). Et, le premier critère de choix a été le thème à 54,04%. Un intérêt pour la formation à la maîtrise de stage est donc mis en évidence.

Dans les méthodes et le type d'organisation, les « Tests de lecture » de Prescrire ont été cités parmi les DPC alors que Prescrire n'a que deux types de formation agréés DPC : « Questions de pratique » et « Médicaments en questions ». A ce titre, il est à noter que Prescrire s'est attachée à ne pas percevoir d'indemnisation de l'OGDPC pour son activité de DPC. (85)

D'autres programmes que ceux précités ont pu être pris pour des DPC alors qu'ils ne l'étaient pas, ce qui pourrait expliquer que 21,15% des participants au DPC aient déclaré ne pas avoir été indemnisés au moment où ils remplissaient le questionnaire, soit au moins neuf mois après la fin 2013.

Les programmes par e-learning n'ont représenté que 13,13%. On pourrait expliquer cela par un manque d'offres pour cette méthode ou par un manque d'intérêt pour la formation individuelle, à distance et par informatique.

Seulement 18,26% ont cité l'indemnisation comme élément les ayant incités à la réalisation de leur DPC. Du côté des non-participants au DPC, c'est 10,22% qui l'ont citée comme obstacle à leur participation. Cela signifierait que pour une très grande majorité l'indemnisation n'est pas un facteur déterminant.

Chez les non-participants, les conditions d'exercice de la médecine générale ont été citées le plus fréquemment comme obstacles à la participation : le manque de temps (70,80%), le manque de remplaçants (27,74%).

Les mesures incitatives choisies ont concerné en premier lieu des améliorations financières : l'indemnisation plus élevée de la formation (23,36%) et des avantages sur les

cotisations sociales (20,44%).

e) La participation à la FMC non agréée DPC en 2013

En 2013, deux systèmes ont cohabité : les formations agréées DPC et celles non agréées DPC. Les médecins ont donc participé à l'un ou l'autre des systèmes, ou aux deux :

- 64,32% des médecins ont participé à la FMC.
- 67,65% de ceux qui ont fait du DPC en 2013, ont aussi fait de la FMC en 2013.
- seuls 44,50% de ceux qui ont fait de la FMC en 2013, ont aussi fait du DPC en 2013.

Le taux de participation à la FMC en 2011-2012 était plus élevé (76,76%) mais, il englobait à la fois la FMC traditionnelle et l'ancienne FPC.

Nous retrouvons la même hiérarchie qu'en 2011-2012 dans les organismes de FMC notés : les associations locales de FMC dont le pourcentage s'est renforcé (68,38%) et l'abonnement à une revue médicale (30,32%, dont 44,68% pour la revue Prescrire, toujours prépondérante).

Parmi les items proposés comme organismes de FMC, l'industrie pharmaceutique a cette fois-ci été proposée et a recueilli 24,51% de participants.

Les groupes de pairs (10,32%) n'ont figuré qu'en cinquième position après les départements universitaires de FMC ; les groupes Balint n'ont été cités qu'une seule fois.

f) L'opinion sur le caractère obligatoire et sanctionnant du DPC

Très majoritairement, les médecins ont désapprouvé ces deux contraintes. Le volontariat semble être préféré.

Pour ce qui est des sanctions, leur application n'est pas perçue comme possible, d'où l'indifférence par rapport à leur existence :

- seuls, 6,64% cochent l'item « préciser les sanctions encourues » dans la question portant sur les suggestions d'amélioration du DPC.

- et, dans les non-participants au DPC, seuls 4,38% seraient incités à y participer par les sanctions effectives du Conseil de l'Ordre.

Il faut remarquer un taux de non-réponses de 9,13% et de 14,94% pour ces deux sous-questions.

g) L'opinion sur le financement du DPC

Le financement par l'Etat a enregistré 64,74% d'opinions favorables ou très favorables

et l'autofinancement 53,11%.

La tendance pour l'autofinancement met en évidence une majorité favorable à un financement indépendant, c'est-à-dire par la profession elle-même. Mais, la proportion de ce financement par rapport aux autres n'a pas été précisée, ce qui peut être source de polémiques.

Les non-répondants ont été plus importants (10,79%) pour l'autofinancement que pour l'Etat (8,30%) ou l'industrie pharmaceutique (9,13%).

L'industrie pharmaceutique a, quant à elle, reçu 50,62% d'opinions peu ou pas du tout favorables. En 2013, elle a été citée comme structure de FMC par 24,51% des médecins.

Le sujet du financement reste encore très controversé en raison de la possibilité pour l'industrie pharmaceutique de participer au DPC, induisant de possibles conflits d'intérêts. (14)

h) Les suggestions d'amélioration du DPC

Cette question, pourtant fermée et à réponses multiples, a eu un taux de non-réponses de 18,26% ; pourtant, elle s'intéressait à l'avenir de la formation continue actuelle.

L'élargissement de l'offre de formation est plébiscité par 47,72%. En effet, dans les deux départements étudiés, l'offre de formation était assez restreinte en 2013 en termes de nombre d'ODPC, suggérant aussi une faible diversité des programmes proposés par rapport aux autres départements de l'Aquitaine, notamment Gironde et Pyrénées-Atlantiques. Les médecins pouvaient accéder à une offre beaucoup plus importante d'organismes, de thèmes de DPC, mais à distance de leur lieu de travail (cf Annexe 4)

La simplification des modalités d'inscription, pour 31,54%, est à mettre en relation avec le « choix du tout informatique » par l'OGDPC et, notamment les problèmes liés aux procédures d'inscription en ligne des professionnels (14). Chez les non-participants, la simplification des modalités d'inscription avait déjà été soulignée (17,52%).

L'amélioration des conditions d'indemnisation est notée ensuite (29,05%), avant la remise en cause de l'obligation annuelle (21,16%).

Il est intéressant d'observer que la qualité des formations ne semble pas en cause.

i) Le ressenti vis-à-vis du DPC et les commentaires libres

Ces deux questions ouvertes ont été analysées en prenant en compte l'ensemble des réponses car les médecins ont, pour la plupart, considéré que la zone de commentaires libres commençait à la question 8. Ils ont donc noté, à cet endroit, un ensemble d'idées diverses et variées pour conclure leur questionnaire.

Parmi les répondants à cette partie du questionnaire :

- 78,72% ont exprimé leur ressenti vis-à-vis du DPC. Ce dernier a été vécu de façon très différente : contraintes (19,68%), utilité (17,02%), nécessité (14,36%), à améliorer (10,11%) ; ils n'ont été que 7,45% à vouloir oublier le DPC.

- seulement 32,45% ont fait état des problèmes posés par le DPC. Les contraintes liées aux conditions d'exercice de la médecine générale sont réaffirmées : la charge de travail au cabinet (17,55%), l'éloignement géographique des formations (7,45%).

- un effectif encore plus restreint (23,94%) s'est prononcé sur les perspectives d'évolution du DPC : améliorer les conditions d'indemnisation (8,51%), favoriser les formations à distance (3,72%).

Mais, ces observations n'ont été tirées que d'un faible taux de répondants, ce qui en limite donc la représentativité.

4) Mise en évidence de liaisons entre variables qualitatives

Le test du Chi² est un test statistique qui permet de savoir s'il y a une association entre deux variables qualitatives mais, en aucun cas, il n'établit un lien de causalité. Ici, un lien a été établi entre :

- le fait d'être MSU et d'avoir fait du DPC en 2013. ($p= 0,003$)

- le fait d'avoir fait de la FMC en 2011-2012 et le fait d'avoir fait du DPC en 2013. ($p<0,000003$)

- le fait d'avoir fait de la FMC en 2011-2012 et le fait d'avoir fait de la FMC en 2013. ($p= 0,000005$)

Nous constatons que, majoritairement :

- les MSU ont fait plus de DPC en 2013 que les non MSU.

- ceux qui se sont formés en 2011-2012, se sont formés en 2013 mais davantage en participant à la FMC qu'au DPC.

- ceux qui ont fait de la FMC en 2013 et encore plus ceux qui ont fait du DPC en 2013, sont des médecins qui se formaient déjà en 2011-2012. Peu de nouveaux médecins sont entrés dans un dispositif de formation continue en 2013, et encore moins dans le cas précis du DPC.

- ceux qui ne se sont pas formés en 2011-2012, n'ont toujours pas participé à la FMC en 2013 et encore moins au DPC.

5) Les résultats par rapport à la littérature existante

a) Le DPC et la FPC selon les organismes gestionnaires

Les statistiques de la FPC permettent d'examiner celles du DPC, dans un contexte d'évolution permanente de la formation continue.

En 2013, les statistiques publiques de l'OGDPC n'ont concerné que les professionnels dont ils ont la charge (les 9 professions libérales et les salariés exerçant en centres de santé conventionnés).

Aucune donnée concernant la participation plus spécifique des médecins généralistes n'a été retrouvée ni dans le rapport de l'OGDPC, ni dans le rapport de l'IGAS ; pourtant, cette population de médecins a été la plus importante à participer au DPC. (14)

Evolution du nombre de médecins ayant participé
à la FPC de 2001 à 2010, puis au DPC en 2013

Médecins différents concernés Années	Médecins généralistes libéraux	Total des médecins libéraux
2001	6 451	6 451
2005	11 894	13 116
2007	15 565	20 039
2009	14 012	18 809
2010	13 107	17 521
2013	Non connu	29 190

Ce tableau a été constitué, par l'auteur, à partir des données de l'OGC et de l'OGDPC. (32)

D'après l'OGDPC, l'objectif de 27 826 médecins à former en 2013 a été rempli. Le bilan de l'année 2013 a été positif pour l'OGDPC. (32, 86, 87)

Les deux dispositifs de FPC et de DPC sont difficilement comparables car :

- le DPC concerne désormais 22 professions de santé différentes.
- l'offre de formations est pluri-professionnelle et se concentre en un organisme unique, l'OGDPC. (14)

En 2010, on dénombrait 88 organismes de FPC et le budget alloué à la FPC était de

52,2 millions d'euros. (87)

En 2013, les échelles ne sont plus les mêmes :

- on a enregistré 2007 organismes qui ont été évalués favorablement jusqu'au 30 juin 2013, toutes professions confondues.

- le budget attribué au DPC a été de 155 millions d'euros. (32)

En 2010, 60 % des médecins généralistes formés ont suivi plus d'un programme de FPC. (87) Dans notre échantillon, les taux de participants à plus d'un programme de FMC, que ce soit pour les années 2011-2012 et 2013, ont été plus importants (respectivement 68,64% et 75,48%). Pour le DPC, ce sont 61,53% des médecins qui ont fait plus d'un programme. Ce taux perdurera-t-il suite à la mesure prise fin 2014 de n'indemniser plus qu'un DPC par an ? (53, 54)

Les médecins généralistes formés en 2010 étaient 79% à se former les années suivantes. (87) Dans notre échantillon :

- 73,48% de ceux qui ont fait de la FMC en 2011-2012 ont fait de la FMC en 2013.

- 51,35% de ceux qui ont fait de la FMC en 2011-2012 ont fait du DPC en 2013.

b) Le DPC selon l'IGAS

La mission de l'IGAS sur le DPC s'est intéressée à analyser les critiques portées par les différents acteurs du dispositif. Mais, devant la multiplicité des professions concernées, elle s'est concentrée en particulier sur les médecins qui ont été les plus nombreux à y participer et dont la contestation chez les généralistes a été la plus grande.

Certains dysfonctionnements rapportés se retrouvent également dans notre enquête :

- les procédures d'inscription complexes : uniquement réalisables par internet par le site www.mondpc.fr; créer son compte est « une opération laborieuse ». (14) Nous pouvons imaginer la difficulté de ceux qui sont peu familiarisés avec l'informatique et celle de ceux qui ne disposent pas d'équipements informatiques. Toutefois, depuis une dizaine d'années, l'outil informatique s'est répandu dans la population générale, mais aussi au sein de nombreuses professions, y compris chez les médecins.

- les problèmes liés à l'indemnisation : les retards d'indemnisation des médecins qui ne reçoivent désormais leurs indemnités qu'après le paiement, par l'OGPDC, de l'ODPC concerné. (14, 32) Dans notre enquête, 47,94% de ceux qui ont été indemnisés l'ont été dans un délai d'au moins six mois.

- l'inorganisation des sanctions en cas de manquement à l'obligation annuelle (14) : ce qui expliquerait l'indifférence actuelle des médecins par rapport aux sanctions qu'ils encourent. Or, l'Ordre des médecins attend un décret spécifique sur l'insuffisance

professionnelle liée au manquement au DPC, sans lequel il dit ne pas pouvoir intervenir. (14)

L'IGAS a évoqué aussi le manque de propositions des différentes parties en présence, qui sont pourtant à l'origine de nombreuses critiques. (14)

Dans notre enquête, les forts taux de non-répondants aux questions 3 « b » (« Mesures incitatives proposées par les non-répondants ») et 7 (« Suggestions d'amélioration du dispositif »), respectivement de 48,18% et 18,26% montrent la diminution de l'intérêt des enquêtés lorsqu'il s'agit d'envisager l'avenir du dispositif.

Sur le plan de l'avenir du DPC, quatre scénarios ont été envisagés par l'IGAS qui porte sa préférence pour le deuxième scénario recentrant les activités de l'OGDPC. (14) La remise en cause de l'obligation annuelle proposée comme possible solution d'amélioration dans notre questionnaire est aussi évoquée dans le premier scénario : une obligation triennale permettrait d'assurer aussi un équilibre financier raisonnable du dispositif à long terme. (14)

c) Le DPC et les travaux de thèse déjà publiés

Peu de travaux de thèses ont été répertoriés dans ce domaine de la formation continue et, notamment, dans le domaine récent du DPC, ce qui permet difficilement de comparer nos résultats.

Dans la FMC, la hiérarchie des organismes utilisés par les médecins a été évoquée dans quelques études : (18, 88)

- la préférence pour les associations locales.
- la grande part d'abonnements à des revues médicales avec la prépondérance de Prescrire.

Dans deux thèses de 2013 et 2014 sur le DPC des médecins généralistes, des éléments de notre enquête sont également mentionnés : la grande hétérogénéité des formations suivies, le manque de temps pour se former lié aux conditions d'exercice de la médecine, les difficultés d'inscription par l'intermédiaire du site internet dédié, le souhait d'un dispositif le moins contraignant possible. (89, 90)

C) Les perspectives

1) Des enquêtes sur d'autres populations

La problématique de ce travail de recherche était de tenter de faire le bilan de la première année de mise en place du DPC chez les médecins généralistes. Cela a été réalisé

au sein d'un échantillon issu de la population de médecins généralistes de Dordogne et de Lot-et-Garonne. Mais, les caractéristiques particulières de la démographie médicale de ces deux départements constituent les limites de cette étude.

Il serait alors intéressant pour améliorer la représentativité des résultats d'organiser des enquêtes comparatives au niveau d'autres départements, ou à l'échelle régionale, voire nationale.

Par ailleurs, ce dispositif controversé de DPC, qui n'en est qu'à ses débuts, se remodèle déjà avec le temps, ce qui devrait encore inciter à répéter les enquêtes pour pouvoir suivre l'évolution de la situation et les avis des acteurs en présence au gré des modifications.

2) Des études qualitatives

Au vu de cette étude, la réalisation d'enquêtes qualitatives observationnelles, par entretiens individuels ou focus group, par exemple, permettrait d'affiner, de mieux comprendre certains phénomènes particuliers déjà décrits. Cette approche méthodologique pourrait se faire dans une logique de recoupement des données dans le cadre d'un même thème, ce qui illustrerait la complémentarité entre la recherche quantitative et la recherche qualitative.

Ici, il serait utile de s'intéresser seulement à un groupe en particulier pour mettre en évidence ses caractéristiques et problématiques propres par rapport à la formation continue : celui des MSU ou des non MSU, celui des jeunes installés ou au contraire des plus de 60 ans, ou bien encore celui des remplaçants.

3) Etudier l'ensemble de la question de la formation continue

La recherche dans le domaine de la formation continue a été peu investie car elle est complexe (14, 15, 88), à la croisée de différentes disciplines hormis les sciences médicales : les sciences de l'éducation, les sciences humaines... . Toutefois, elle serait très utile pour démontrer l'efficacité du système de formation concerné. (62)

Ainsi, des études devraient pouvoir évaluer les besoins de formation de chacun, l'adéquation des objectifs de formation aux besoins, l'efficacité de la méthode pédagogique utilisée, et l'impact des formations sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Par ailleurs, il serait intéressant de pouvoir mesurer l'efficacité d'un système reposant sur une obligation de formation et sur l'existence de sanctions dans le cas de manquement. De même, le coût et le mode de financement le plus adapté devraient pouvoir être mis en relation avec les résultats attendus d'un tel dispositif.

On ne dispose que de peu d'études ayant abordé les différents aspects de ce concept de formation continue. Dans celles qui ont été réalisées, l'interactivité et les petits groupes

locaux de professionnels (groupes de pairs, Balint, de pratique...) apparaissent comme les éléments favorisant la mise en œuvre du DPC. (26, 27, 62)

4) L'actualité du DPC

Citons l'IGAS : « une carapace de scepticisme entoure cette réforme dont beaucoup considèrent qu'elle échouera ». (14)

En décembre 2014, dans la partie « Edito » du site de l'OGDPC (<https://www.ogdpc.fr/>), le Dr Monique Weber, directeur général, qualifie l'année 2014 d'année de stabilité, après que ses services aient amélioré certains points du DPC, et le mois de janvier 2015 comme celui de la concertation.

La situation avec l'ensemble de la profession des médecins généralistes reste tendue et bloquée depuis 2013 (49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58). Dans ce contexte, le 20 janvier 2015, la ministre de la Santé a confié une mission sur la médecine générale au Pr Druais, président du CMG, qui en a accepté la charge. D'après le Pr Druais : « On part d'une situation complètement bloquée ». Cette mission inclut aussi la formation initiale et le DPC, et s'organise en parallèle de quatre groupes de travail sur le projet de loi santé qui sera débattu au Parlement début avril 2015. (91, 92)

5) L'avenir du DPC français en Europe

L'objectif matérialisé par l'existence de l'UEMS et de l'EACCME est une tentative d'harmonisation des systèmes de formation continue d'abord à l'échelle européenne, puis à l'échelle mondiale avec les pays anglo-saxons principalement. (62)

En France, on peut constater que l'évaluation des qualifications est peu développée : absence de recertification, de revalidation, ou de remise en cause du droit d'exercer. La création de référentiels décrivant les métiers de la santé en est malgré tout la première étape. (28, 62)

Pour ce qui est de la mesure de l'activité de formation, avec le nouveau DPC, il n'y a plus de barème (en points ou en crédits) pour mesurer l'investissement personnel du professionnel ni de seuil minimum d'exigence pour chaque professionnel contrairement au dispositif antérieur (FMC/EPP). Or, la majorité des pays industrialisés ont pourtant conservé ce système de quantification ; aucun autre système n'a démontré sa supériorité. (27, 28) L'UEMS propose d'ailleurs des équivalences de crédits formation en heure pour les événements de formation qu'elle accrédite. (28, 62)

V CONCLUSION

Le bilan de l'année 2013, en ce qui concerne le DPC, est mitigé. En effet, les résultats en termes d'effectifs de participants, ont été satisfaisants pour une première année de mise en place :

- notre enquête chez les médecins généralistes de Dordogne et de Lot-et-Garonne a montré que le nouveau dispositif a été relativement bien suivi : 43,15% de participants.

- à l'échelle nationale, le nombre de médecins formés a été conforme aux objectifs de croissance fixés par l'OGDPC : une augmentation d'un peu plus de 45% des médecins formés entre 2011 et 2013 et 31% de médecins inscrits au site www.mondpc.fr fin 2013.

Mais, d'un autre côté, ce récent système de formation continue a fait naître chez les professionnels de santé, et en particulier chez les médecins généralistes, de nombreuses interrogations qui ont été notamment rapportées par la mission de l'IGAS. Certaines critiques sont d'ailleurs apparues dans notre enquête:

- le peu d'informations données par les autorités officielles.
- le manque de temps pour se former dans les conditions actuelles d'exercice de la médecine générale.
- la complexité des modalités d'inscription à un programme.
- les retards fréquents d'indemnisation.
- l'obligation sanctionnante vécue comme une contrainte non adaptée.
- la nature du financement pour garantir sa pérennité : la part variable occupée par l'industrie pharmaceutique et les problèmes d'indépendance que cela soulève.

Les avis restent donc partagés sur le dispositif en lui-même et l'avenir à lui réserver. Néanmoins, quelques pistes d'amélioration peuvent être soulignées, concernant l'élargissement de l'offre de formation, la simplification des modalités d'inscription et l'amélioration des conditions d'indemnisation. Il serait utile d'explorer leur faisabilité en vue de leur application.

Après des années de réformes successives de la formation continue en France, le DPC est une étape supplémentaire franchie par le système de santé français, qui s'inscrit dans une dynamique future d'évaluation des qualifications. Il a été conçu pour apporter certaines avancées :

- une obligation de formation commune aux 22 professions de santé indépendamment de leur statut libéral ou salarié.
- une offre de formation pour tous, possiblement pluri-professionnelle et centralisée en un point unique.

Le DPC est un outil qui doit permettre, dans l'avenir, aux professionnels, l'entretien des connaissances et l'évaluation des pratiques avec un objectif principal, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Face aux difficultés rencontrées lors de cette période de démarrage progressif, l'évolution du DPC doit être préconisée pour proposer des solutions adaptées et mieux répondre aux attentes des professionnels. Le but est d'éviter les sources de blocages et faciliter ainsi l'adhésion du plus grand nombre.

En ce qui concerne plus particulièrement notre étude, il faut prendre en compte ses limites. Il serait intéressant de réaliser d'autres enquêtes du même type, mais à plus grande échelle et/ou sur certaines sous-populations pour évaluer pleinement la situation du DPC, au gré de ses évolutions.

D'abord, il est important de souligner l'implication des MSU, dans la mesure où ils participent à la formation initiale des externes ou des internes, leurs futurs confrères qui pourront eux-mêmes participer par la suite au dispositif de formation continue.

Plus largement, ceux qui ont participé à un dispositif de formation continue en 2013, ont majoritairement participé à la FMC les années précédentes. La question est de savoir comment inciter ceux qui ne se forment pas à entrer dans une dynamique de formation continue ?

Puis, pour ce qui est de la FMC en 2013, elle a eu plus de succès que le DPC, même si la participation a un peu diminué par rapport aux deux années précédentes. Il existe toujours une hétérogénéité des modes de FMC, avec une préférence pour les associations de proximité et les abonnements à des revues médicales, en majorité à la revue Prescrire. Quel est l'avenir de ces formations non agréées DPC ?

De façon plus générale, mesurer l'efficacité d'un système de formation continue demande des méthodologies et des moyens d'analyse complexes, ce qui explique le peu d'études existantes pour déterminer la qualité de la formation des médecins et l'impact sur leurs pratiques.

Des études sur le long terme, en collaboration avec les sciences humaines, devraient pourtant se développer pour procéder à l'évaluation de la formation continue, et notamment à celle du récent DPC, afin d'éviter une vision trop conceptuelle de ce domaine.

Par ailleurs, ce dispositif s'inscrit dans un contexte de plus en plus difficile d'exercice de la médecine générale avec des disparités grandissantes liées à l'évolution de la démographie médicale et de la pratique de la médecine générale : le vieillissement de la population des médecins généralistes, la féminisation de la profession, l'isolement lié à la charge de travail croissante ou à l'exercice rural, le développement de l'exercice en groupe et des maisons de santé.

Enfin, l'organisation officielle d'un dispositif de formation continue, a fortiori s'il s'adresse à un grand nombre de professionnels différents, est complexe. Il doit prendre en compte des contraintes diverses et variées : économiques, politiques, administratives. Il ne faut pas oublier celles propres à chaque profession, et celles liées à une volonté de plus en plus présente d'harmonisation européenne.

BIBLIOGRAPHIE

1. Pouget-Abadie J-F. Le serment d'Hippocrate. La lettre de l'espace de réflexion éthique. [en ligne]. 2011 ; 4 : 6. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : <http://www.chu-poitiers.fr/eBook/LettreEthique4/index.html#/6/zoomed>
2. Larousse. Maïmonide Moïse. Encyclopédie Larousse. [en ligne]. 2014. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : http://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Mo%C3%AFse_Ma%C3%AFmonide/131172
3. Ordre national des médecins. Introduction aux commentaires du code. [en ligne]. 2012. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/introduction-aux-commentaires-du-code-225>
4. Mimoun H A. Maïmonide, Prince des médecins. [en ligne]. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : <http://www.lamed.fr/index.php?id=1&art=216>
5. Ordre national des médecins. Le serment d'Hippocrate. [en ligne]. 2012. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>
6. Chatelus D, Lejeune A. Certificats d'aptitude aux grades universitaires (1810 - 1905), Répertoire numérique des articles F/17/6084 à F/17/6570. Archives nationales des professions de santé. [en ligne]. 1993 : 1-20. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : <http://www.archivesnationales.culture.gouv.fr/chan/chan/pdf/sm/F17%206084-6570.pdf>
7. Guillaume P, Hoerni B. 1803 le consulat organise la médecine une célébration oubliée. La Revue du praticien. 2003 ; 53 : 1619-1621.
8. Befort P-A. Survol historique de la FMC, une longue marche. FMC Bas-Rhin. [en ligne]. 2006. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : <http://www.fmc67.org/page8/page8.html>
9. La Gazette médicale de Paris. Introduction. In : La Gazette médicale de Paris : journal de médecine et des sciences accessoires. [en ligne]. 1830 ; 1 : 1-2. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/page?90182x1830x01&p=1> et <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/page?90182x1830x01&p=2>

10. Durand de Bousinen D. Regards croisés : récits de voyages hospitaliers entre Strasbourg et l'Allemagne au XIXème siècle. Histoire des sciences médicales. [en ligne]. 2011 ; 45 (4) : 391-401. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx2011x045x004/HSMx2011x045x004x0391.pdf>
11. Sauvy A. Histoire de l'Ordre national des médecins français. [en ligne]. 2012. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/historique2012_0.pdf
12. Gallois P. Chapitre 1 : Historique de la FMC en France. In : Gallois P. La formation médicale continue : Principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation. Paris : Médecine-Sciences, Edition Flammarion ; 1997. p. 3-10.
13. Haute Autorité de Santé. DPC des médecins, historique. [en ligne]. 2013. (page consultée le 6 février 2015). Disponibles sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_438418/fr/dpc-des-medecins et http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/image/jpeg/2012-06/schema_lettre_instit32_-_de_la_fmc_a_la_dpc_grand.jpg
14. Deumie B, Georges P, Natali J-P. Contrôle de l'OGDPC et évaluation du DPC des professionnels de santé : Rapport définitif, Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). [en ligne]. Paris : IGAS ; 2014. Commandité par le Ministère des Affaires Sociales et de la santé. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2013-126R_controle_OGDPC.pdf
15. Bras PL, Duhamel G. Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins : Rapport définitif, Inspection Générale des Affaires Sociales. [en ligne]. Paris : La Documentation française ; 2008. Commandité par le Ministère des Affaires Sociales et de la santé. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000751/0000.pdf>
16. Conseils Nationaux de la Formation Médicale Continue. CNFMC. [en ligne]. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : <http://www.cnfmc.fr/index.php>
17. Haute Autorité de Santé. Bonnes pratiques et critères des revues et journaux de la presse médicale française. [en ligne]. 2013. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/bonnes_pratiques_et_criteres_de_qualite_des_revues_et_journaux_de_la_presse_medicale_francaise.pdf

18. Cordonnier P. Différentes modalités de formation continue des médecins généralistes en 2011. In : Cordonnier P. La formation continue des médecins généralistes, à l'aube du développement professionnel continu. Réflexions à partir d'une enquête informatique auprès de 2407 médecins. [Thèse de Doctorat en Médecine, D.E.S. de médecine générale] Strasbourg : Faculté de Médecine ; 2011. p. 39-73.

19. Le Quotidien du médecin. L'AFSSAPS est morte, vive l'ANSM!. [en ligne]. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : <http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/sante-publique/lafssaps-est-morte-vive-lansm>)

20. Prescrire. Historique : pour et par des praticiens de terrain. [en ligne]. 2010. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : <http://www.prescrire.org/fr/12/32/0/11/About.aspx>

21. Coletti M, Maisonneuve H. Chapitre 22 : Industrie pharmaceutique et FMC. In : Gallois P. La formation médicale continue : Principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation. Paris : Médecine-Sciences, Edition Flammarion ; 1997. p. 88-92.

22. Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue. Financement du dispositif de DPC. [en ligne]. 2007. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : <http://www.unaformec.org/-13-Financement-du-dispositif-de-.html>

23. Fonds d'Assurance Formation de la Profession Médicale. Formations prises en charge à titre individuel. [en ligne]. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : <http://www.fafpm.org/index.php/faf-p-m/presentation>

24. Fonds d'Assurance Formation de la Profession Médicale. Présentation. [en ligne]. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : <http://www.fafpm.org/index.php/espace-medecins/formations-prise-en-charge-a-titre-individuel/quelles-formations>

25. Organisme Gestionnaire Conventionnel. Indemnisations : Conditions. [en ligne]. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : <http://www.ogc.fr/medecins/indemnisations/conditions.php>

26. Gallois P, Vallée J-P, Le Noc Y. Développement professionnel continu, Pour une pratique « réflexive ». Médecine. 2013 ; 9 (2) : 74-81.
27. François P. Le chemin de croix du développement professionnel continu (DPC). La Presse médicale. 2014 ; 43 (11) : 1189-1194.
28. Maillet B, Maisonneuve H. Un ambitieux challenge européen : harmoniser la formation des médecins spécialistes avec des accords de réciprocité entre les pays. La Presse médicale. 2011 ; 40 (4) : 333-335.
29. Haute Autorité de Santé. Développement Professionnel Continu. [en ligne]. (pages consultées le 6 février 2015). Disponibles sur :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288556/fr/developpement-professionnel-continu
et :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288637/fr/dpc-les-fondamentaux
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_435723/fr/organisation-du-dispositif
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288606/fr/dpc-mode-d-emploi
30. Ordre National des médecins. Code de déontologie médicale. [en ligne]. Paris : Ordre National des médecins ; 2012. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur :
<http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
31. Bataillon R, Chabot J-M. Développement Professionnel Continu (DPC) – Mode d’emploi. Webzine de la HAS, Lettre DPC & Pratiques. [en ligne]. 2012 ; 63. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1221900/fr/developpement-professionnel-continu-dpc-mode-demploi
32. Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC). Rapport d’activité 2013. [en ligne]. Paris : OGDPC ; 2014. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur :
https://www.ogdpc.fr/public/medias/ogdpc/pdf/PUBLICATIONS/RA-OGDPC-2013_BD_DEF.pdf
33. Journal Officiel de la République Française. Arrêté du 19 juillet 2013 relatif aux modalités d’appréciation des critères d’évaluation prévues à l’article R. 4021-25 du code de la santé publique. Legifrance. [en ligne]. 2013 ; 172 (17). (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027751507&dateTexte&categorieLien=id>

34. Service communication Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu. Remplir son obligation de DPC. [en ligne]. 2013. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur :

https://www.ogdpc.fr/public/medias/ogdpc/pdf/PUBLICATIONS/REEMPLIR_SON_OBLIGATION.jpg

35. Haute Autorité de Santé. Méthodes et modalités de DPC. [en ligne]. 2014. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf

36. Haute Autorité de Santé. Les fiches méthodes de DPC. [en ligne]. 2013. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1356682/fr/les-fiches-methodes-de-dpc

37. Journal Officiel de la République Française. LOI n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. Légifrance. [en ligne]. 2011 ; 302 (1). (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=4D92CA7E8246464B646B7374C1585EDA.tpdjo14v_2?cidTexte=JORFTEXT000025053440&categorieLien=id

38. Haute Autorité de Santé. Réaliser son DPC. [en ligne]. 2014. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_334625/fr/realiser-son-dpc

39. Service communication Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu. Processus d'indemnisation. [en ligne]. 2014. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur :

https://www.ogdpc.fr/public/medias/ogdpc/pdf/PUBLICATIONS/PROCESSUS_INDEMNISATION_AOUT14.j

40. Service communication Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu. Professionnel de santé libéral. [en ligne]. 2013, mise à jour 2014. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur :

https://www.ogdpc.fr/public/medias/ogdpc/pdf/PUBLICATIONS/Inscription_PS_mondpc_LIBE

RALmaj.png

41. Service communication, Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu. Professionnel de santé salarié. [en ligne]. 2013, mise à jour 2014. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur :

https://www.ogdpc.fr/public/medias/ogdpc/pdf/PUBLICATIONS/Inscription_PS_mondpc_SALARIEmaj.png

42. Service communication, Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu. Forfaits programmes DPC Médecins-2014. [en ligne]. 2014. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur :

https://www.ogdpc.fr/public/medias/ogdpc/pdf/Forfaits/FORFAITS_DPC_MEDECINS_2014.pdf

43. Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu. Le DPC en pratique. Mon DPC. [en ligne]. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur :

https://www.mondpc.fr/mondpc/le_dpc_en_pratique/19#indemnise4

44. Service communication, Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu. DPC 2014 : nouvelle mesure à compter du 17 octobre 2014. Communiqué de presse. 2014.

45. Conrard Sophie. Entretien Monique Weber, le dispositif est opérationnel. Kinéactualité. 2013 ; 1315.

46. Le Borgne C. DPC : l'enveloppe 2014 liée à "l'effort des professionnels". Union Nationale des Omnipraticiens Français. [en ligne]. 2013. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur :

<http://www.unof.org/+DPC-l-enveloppe-2014-liee-a-l+.html>

47. Le Collège de la Médecine Générale. Qui sommes-nous?. [en ligne]. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur :

http://www.lecmg.fr/internet/index.php?numrubrique=518site_cmg_pr_description_asso

48. Le Collège de la Médecine Générale Communication à propos du DPC. [en ligne]. 2013. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur :

<http://www.unaformec.org/Communique-du-College-de-la,726.html>

49. Druais P-L, Gilberg S. Les Généralistes de la CSI interpellent M.Touraine. Communiqué de presse. [en ligne]. 2013. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : http://www.lecmg.fr/photos/les_generalistes_de_.pdf

50. Le Collège de la Médecine Générale. DPC, le risque annoncé d'un échec catastrophique. Communiqué de presse. [en ligne]. 2013. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : http://www.lecmg.fr/photos/dpc_echec_catastroph.pdf

51. Le Collège de la Médecine Générale. Serge Gilberg préside la CSI médecins pour l'année 2014. Communiqué de presse. [en ligne]. 2014. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : <http://www.lecmg.fr/internet/index.php?numrubrique=492&numsousrubrique=&numarticle=890>

52. Le Collège de la Médecine Générale. Evolution du dossier Développement Professionnel Continu (DPC) Propositions du Collège de la Médecine Générale. Communiqué de presse. [en ligne]. 2014. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : http://www.lecmg.fr/photos/propositions_cmg_dp.pdf

53. MGFrance. La formation continue des professionnels de santé étranglée!. Communiqué de presse. [en ligne]. 2014. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : <http://www.mgfrance.org/index.php/presse/communiques/630-la-formation-continue-des-professionnels-de-sante-etranglee>

54. La Société Française de Médecine Générale. Pétition pour l'évolution du système de DPC. Communiqué de presse. [en ligne]. 2014. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : http://www.sfm.org/actualites/profession/petition_pour_l_evolution_du_syste_me_de_dpc.html

55. Le Généraliste. Financement DPC, seule une action de formation sera indemnisée. [en ligne]. 2014. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : http://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2014/10/16/financement-dpc-seule-une-action-de-formation-sera-indemniee_252496

56. Le Généraliste. Les généralistes enseignants inquiets de l'insuffisance de moyens pour la formation initiale et continue. [en ligne]. 2014. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur :

http://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2014/10/22/les-generalistes-enseignants-inquiets-de-linsuffisance-de-moyens-pour-la-formation-initiale-et-continue_253036

57. Le Collège de la Médecine Générale. Signature d'une pétition pour l'évolution du système de DPC. Communiqué de presse. [en ligne]. 2014. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur :

<http://www.lecmg.fr/internet/index.php?numarticle=1008&numrubrique=497&numsousrubrique=&PHPSESSID=ev9v24nehj4dk18hn0smnd5ns7>

58. Druais P-L, Certain M-H. Lettre à la Direction Générale de l'offre de soins. Le Collège de la Médecine Générale. [en ligne]. 2014. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur :

http://www.lecmg.fr/photos/lettre_dgos_lenoirsa.pdf

59. Le Collège de la Médecine Générale. Rapport IGAS, Le Collège réagit. 2014 mai 19. Communiqué de presse. [en ligne]. 2014. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur :

<http://www.lecmg.fr/internet/index.php?numarticle=972&numrubrique=492&numsousrubrique>

60. Le Breton-Lerouillois G, Rault J-F. La démographie médicale en région Aquitaine, Situation en 2013. Ordre National des Médecins. [en ligne]. 2013. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur :

http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/aquitaine_2013.pdf

61. Ordre National des médecins. Atlas de la démographie médicale 2014. [en ligne]. 2014. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur :

<http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1472>

62. Maillet B, Maisonneuve H. Apprentissage tout au long de la vie pour les médecins spécialistes en Europe : formation médicale continue, développement professionnel continu et qualifications. 2011 ; 40 (4) : 357-365.

63. Drahi E. La formation médicale continue dans les pays d'Europe. Médecine. 2012 ; 8 (10) : 465-468.

64. Harvey L, président honoraire de l'Union Européenne des médecins spécialistes (UEMS). Overview on CME/CPD in Europe in 2014. [en ligne]. 2014. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur :

http://www.uems.eu/data/assets/pdf_file/0004/8149/Session-2-11.05-Len-Harvey-Survey-on-CME-CPD-2014.pdf

65. Costa A, Van Hemelryck F, Aparicio A, Gatzemeier W, Leer J-W, Maillet B, Hossfeld DK. Continuing medical education in Europe : Towards a harmonised system. *European Journal of Cancer*. 2010 ; 46 (13) : 2340-2343.

66. Union Européenne des Médecins spécialistes (UEMS). Medical Specialities. [en ligne]. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : <http://www.uems.eu/about-us/medical-specialties>

67. Union Européenne des Médecins spécialistes (UEMS). Mutual recognition agreement with the American Medical Association (AMA). [en ligne]. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : <http://www.uems.eu/uems-activities/accreditation/eaccme/mutual-recognition-with-the-united-states>

68. Union Européenne des Médecins spécialistes (UEMS). UEMS-EACCME Conference on CME-CPD in Europe. [en ligne]. 2014, Brussels. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : <http://www.uems.eu/news-and-events/events/upcoming-events/cpdconf>

69. Ordre National des Médecins. Conditions générales de l'utilisation de l'annuaire. [en ligne]. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/med_search/terms_of_service

70. Département de Médecine Générale, Bordeaux. Maîtres de stage. [en ligne]. Mise à jour 2014. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : http://www.dmg.u-bordeaux2.fr/documents/ms_agen_px.pdf

71. Coustillas Monique. Liste des médecins généralistes et spécialistes agréés établie du 1^{er} février 2011 au 30 janvier 2014. Agence Régionale de Santé Aquitaine, Délégation territoriale de Dordogne. [en ligne]. 2012. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/06_acteurs_sante/06_medecins_agrees/06_Liste_med_agree_24_23_07_2012_v3.pdf

72. Conus D, préfet de Lot-et-Garonne. Arrêté fixant la liste des médecins agréés du département de Lot-et-Garonne. Agence Régionale de Santé Aquitaine, Délégation territoriale de Lot-et-Garonne. [en ligne]. 2014. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/04_PS_Struct_sante/410_Formations_exo_prof/41005_Examen_medecin_agree/06_Liste_med_agree_47_2014_07

07.pdf

73. Goga C. Initiation à la théorie des sondages. Institut de Mathématiques de Bourgogne, Université de Bourgogne. [en ligne]. 2009. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : http://goga.perso.math.cnrs.fr/expose_irem_2009.pdf

74. Giezendanner FD. Taille d'un échantillon aléatoire et marge d'erreur. Département de l'instruction publique, de la culture et du sport du canton de Genève. [en ligne]. 2012. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : <http://icp.ge.ch/sem/cms-spip/spip.php?article1641>

75. RMPD, études de marché et sondages. Calculateurs en ligne. [en ligne]. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : <http://www.rmpd.ca/calculators.php>

76. Code de la santé publique. Article L6323-3 relatif aux maisons de santé. Legifrance. [en ligne]. 2011 ; 6 (3). (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=04EFD200378EAE083F4795CAD05556F2.tpdjo14v_3?idArticle=LEGIARTI000024462532&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20150115&categorieLien=id&oldAction=

77. Code de la santé publique. Article L6323-4 relatif aux pôles de santé. Legifrance. [en ligne]. 2009 ; 6 (3). (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=04EFD200378EAE083F4795CAD05556F2.tpdjo14v_3?idArticle=LEGIARTI000020892316&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20150115&categorieLien=id&oldAction=&nbResultRech=

78. Univadis, un service de MSD. A propos d'Univadis. [en ligne]. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : <http://www.univadis.fr/about-us>

79. Mariné-Barjoan E, Fontas E, Le Duff. Thèses, Eléments de méthode. Collège de Médecine Générale de Nice. [en ligne]. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/5-Methodo_theses_Quanti_MG.pdf

80. Groupe Score, Soutien Conseil à la Rédaction d'enquêtes. Comment conduire une enquête par questionnaire?. CHU St Etienne. 2005.

81. Larmarange J, Temporal F. Déroulement des enquêtes quantitatives et/ ou qualitatives. Université Paris 5 René Descartes, Département de sciences sociales. [en ligne]. 2006, mise à jour 2012. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : http://joseph.larmarange.net/IMG/pdf/deroulement_enquete.pdf
82. Labatte J-M. Statistiques, rappels de cours et travaux dirigés. Université d'Angers, Master 1, Biologie et technologie du végétal. [en ligne]. Année 2010-2011. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : <http://www.math.univ-angers.fr/~labatte/enseignement%20UFR/masterTVPS/cm2010.pdf>
83. Le Breton-Lerouillois G, Rault J-F. Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1^{er} janvier 2014. Ordre National des Médecins. [en ligne]. 2014. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf
84. Prescrire. Les finances de l'Association Mieux Prescrire : bilan de l'exercice 2012-2013. [en ligne]. 2015 ; 365 (34): 164-5. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur : <http://www.prescrire.org/Docu/Archive/Docus/Bilan.pdf>
85. Prescrire. Agréments. [en ligne]. 2014. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur: <http://formations.prescrire.org/Fr/23/78/0/0/About.aspx>
86. Organisme Gestionnaire Conventionnel de la FPC des médecins libéraux. Chiffres clés. [en ligne]. Mise à jour 2015. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur: <http://www.ogc.fr/chiffres-cles/donnees-globales.php>
87. Organisme Gestionnaire Conventionnel. L'essentiel, Rapport d'activités 2010. [en ligne]. 2010. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur: http://www.ogc.fr/fichiers/Essentiel_RA_FPC_2010.pdf
88. Vandermeer A. Critères de choix et stratégies d'évaluation des besoins de formation médicale continue. [Thèse de Doctorat en Médecine, DES de médecine générale]. Tours : Université François Rabelais Faculté de Médecine ; 2012.
89. Berat-Ravaux S. La réalisation du développement professionnel continu (DPC) par les médecins généralistes de la Marne et des Ardennes. Etude qualitative. [Thèse de Doctorat en Médecine, DES de médecine générale]. Reims : Université de Champagne-Ardenne Faculté de Médecine ; 2014.

90. Cotinaud-Lhuillier I. La formation médicale continue des médecins généralistes icaunais : état des lieux, freins et leviers : étude prospective réalisée chez 298 médecins généralistes icaunais d'octobre 2011 à février 2012. [Thèse de Doctorat en Médecine, DES de médecine générale]. Dijon : Université de Bourgogne Faculté de Médecine ; 2013.

91. Le Collège de la Médecine Générale. Loi de santé : Marisol TOURAINE annonce quatre groupes de travail avec les professionnels de santé pour faire évoluer le texte avant son passage au Parlement. Communiqué de presse. [en ligne]. 2015. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur :

http://www.lecmg.fr/photos/communique_ministere.pdf

92. Le Généraliste. Entretien - Pierre-Louis Druais s'explique sur la mission "médecine générale" confiée par la ministre. [en ligne]. 2015. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur :

http://www.lecmg.fr/photos/entretien_pierrelou.pdf

ANNEXES

ANNEXE 1

THESES DE 2014 REPERTORIEES DANS LE SUDOC

1) MOT-CLE : « FORMATION MEDICALE CONTINUE »

1. La formation médicale continue des médecins généralistes icaunais [Texte imprimé] : état des lieux, freins et leviers : étude prospective réalisée chez 298 médecins généralistes icaunais d'octobre 2011 à février 2012. Cotinaud-Lhuillier, Isabelle / [s.n.] / 2013

2. Mort et spiritualité en médecine générale : entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes sur leur approche de la spiritualité dans un contexte de fin de vie et bilan de la formation initiale concernant la spiritualité. Sallet, Nicolas (1984-) / [s.n.] / 2014

3. Comment mettre en place une formation médicale continue sur le diabète dans l'industrie pharmaceutique ? : Réflexion, élaboration et lancement de la Alary, Pauline (1989-....) / [s.n.] / 2014

4. Obligation annuelle de Développement Professionnel Continu (DPC) : quel impact sur l'exercice pharmaceutique à l'officine ? . Truphème, Adrien (1989-....) / Université Joseph Fourier / 2014

5. Ostéoporose masculine : connaissances et pratiques des médecins généralistes, intérêt d'une formation spécifique : questionnaire auprès des médecins généralistes dépendants de la caisse primaire d'assurance maladie de Roubaix-Tourcoing. Denaes, Cécile (1987-....) / [s.n.] / 2014

6. Les gestes techniques pratiqués par les médecins généralistes : enquête déclarative auprès de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon. La Tour, Benjamin de (1985-.... ; médecin) / [s.n.] / 2014

7. Exploration qualitative des modifications de pratique de 25 médecins généralistes suite à une formation médicale sur le dépistage du cancer du col de l'utérus. Lavabre, Camille (1986-...) / [s.n.] / 2014

8. Fiches conseils sur les effets indésirables des traitements anti-cancéreux : attentes des médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais. Rodier, Laetitia (1987-....) / [s.n.] /

2014. - <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/ba5c1b92-5af5-4041-88d5-920c77a4e42e>

9. Les pratiques de recherche documentaire des médecins généralistes : les freins et les difficultés pour l'accès à une information de qualité. Leon, Elodie (1983-....) / [s.n.] / 2014. - <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01080383>

10. Place accordée à la formation médicale continue par les médecins généralistes [Texte imprimé] : état des lieux en Seine-et Marne. Tan, David (1984-....) / [s.n.] / 2014

11. Impact d'une formation médicale continue sur la prise en charge des infections urinaires de l'adulte au sein d'une association de permanence de soins [Texte imprimé]. Leurs, Quentin (1984-) / [s.n.] / 2014

12. Mise en place et évaluation d'un programme de formation à la pose de PICCs (Peripherally Inserted Central Catheters) pour les internes en radiologie et les MERM (Manipulateurs en Electro-radiologie Médicale) [Texte imprimé]. Dabadie, Alexia / [s.n.] / 2014

13. Evaluation de la formation médicale continue des médecins remplaçants et de leur développement personnel continu à 24 mois du post internat [Texte imprimé]. Attye, Alexandre (1982-....) / [s.n.] / 2014

14. Élaboration d'un programme de développement professionnel continu sur la prise en charge de la douleur à l'officine [Ressource électronique]. Faure, Jean-Noël (1989-....) / Université Joseph Fourier / 2014. - <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01075504>

15. Mise en place d'une formation en ligne (e-learning) pour l'économie des céphalosporines de troisième génération et des fluoroquinolones dans les infections respiratoires basses [Texte imprimé]. Javaudin, François (1983-) / [s.n.] / 2014

16. Sage-Femme et Formation Continue : La formation continue au sein des maternités publiques de Champagne-Ardenne : répond-elle aux attentes des Sages-Femmes ? [Texte imprimé]. Dubois, Elodie / [s.n.] / 2014

17. « Philéas versus Lucy » [Texte imprimé] : formation à la gestion des voies aériennes pédiatriques : simulation Haute versus Basse fidélité. Pousset-Renzo, Florence (1985-) / [s.n.] / 2014

18. Étude d'acceptabilité d'un outil consultation-type pour le dépistage du cancer colorectal [Texte imprimé] Rips, Nicolas / [s.n.] / 2014
19. La simulation permet-elle l'amélioration des compétences non techniques en médecine d'urgence chez les internes de médecine générale ? [Texte imprimé] Delamarre, Sabrina (1986-....) / [s.n.] / 2014
20. Équipe mobile externe de gériatrie de l'hôpital Bretonneau [Texte imprimé] : enquête de satisfaction auprès des professionnels d'EHPAD. Braga, Charlotte / [s.n.] / 2014
21. Connaissances et besoins de formation des internes de médecine générale de Rennes en fin de cursus concernant l'allaitement maternel [Texte imprimé] : enquête par questionnaire auto-administré en ligne. Bernardin-Vételé, Sophie (1977-....) / [s.n.] / 2014
22. La formation à l'aide d'un quiz d'auto-évaluation améliore-t-elle les connaissances des médecins généralistes sur l'allaitement maternel ? [Ressource électronique]. Dubuissez-Joire, Anne-Caroline (1982-....) / [s.n.] / 2014. - <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/520fd584-e1c0-4d04-ba17-cde019675609>
23. La réalisation du développement professionnel continu (DPC) par les médecins généralistes de la Marne et des Ardennes. Etude qualitative [Texte imprimé]. Berat-Ravaux, Sophie (1983-....) / [s.n.] / 2014
24. Etat des lieux de la formation des médecins généralistes libéraux à l'activité spécifique de régulation médicale auprès des centres 15 de l'Aude, du Gard, de l'Hérault et des Pyrénées Orientales [Texte imprimé]. Bonnefond, Xavier (1983-.... ; médecin) / [s.n.] / 2014

2) MOT-CLE : « DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU »

1. Élaboration d'un programme de développement professionnel continu sur la prise en charge de la douleur à l'officine [Ressource électronique]. Faure, Jean-Noël (1989-....) / Université Joseph Fourier / 2014. - <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01075504>

2. La réalisation du développement professionnel continu (DPC) par les médecins généralistes de la Marne et des Ardennes. Etude qualitative [Texte imprimé]. Berat-Ravaux, Sophie (1983-....) / [s.n.] / 2014

3. Obligation annuelle de Développement Professionnel Continu (DPC) : quel impact sur l'exercice pharmaceutique à l'officine ?. Truphème, Adrien (1989-....) / Université Joseph Fourier / 2014

4. Le développement professionnel continu [Texte imprimé] : mise en place en officine, exemple de la formation en psychiatrie. Andres, Marion (1989-....) / [s.n.] / 2014

BIBLIOGRAPHIE :

Le catalogue du système universitaire de formation. Sudoc-Abes. [en ligne]. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur :

<http://www.sudoc.abes.fr//>

ANNEXE 2

BAREME DES CREDITS DE FMC ET D'EPP

(d'après le journal officiel du 9 août 2006)

Catégorie	Moyens	Barème	Maximum pour 5 ans
1. Formations présentielles	Formations délivrées par des organismes agréés publics et privés, pour lesquelles la présence du praticien sur le lieu de formation est requise.	- 8 crédits* = 1 journée - 4 crédits* = ½ journée ou 1 soirée	➡ 149 crédits pour la catégorie entière
2. Formations individuelles et formations à distance	Formations individuelles et à distance utilisant tout support matériel ou électronique (e-FMC), notamment les abonnements à des périodiques ou l'acquisition d'ouvrages médicaux, ou l'e-FMC, délivrées par des organismes agréés.	- Si abonnement à un périodique médical ou achat d'un livre médical = 2 crédits* - Si le périodique répond aux critères de qualité définis par les CNFMC = 4 crédits* par an et par périodique - Si e-FMC : - 8 crédits* = 1 journée - 4 crédits* = ½ journée ou 1 soirée	- 10 crédits : soit 5 abonnements ou 5 achats - 40 crédits ➡ 149 crédits pour la catégorie entière
3. Situations professionnelles formatrices : 4 groupes	Situations dans lesquelles le praticien accomplit un travail personnel, en sa qualité de praticien, au sein ou en dehors de son exercice habituel.		
Groupe 1	Formation professionnelle des salariés hospitaliers et non hospitaliers et les staffs protocolisés.	- 8 crédits* = 1 journée - 4 crédits* = ½ journée ou 1 soirée	➡ 50 crédits par groupe sans dépasser 100 crédits pour la catégorie entière
Groupe 2	Accomplissement de missions d'intérêt général au service de la		

	qualité et de l'organisation des soins et de la prévention, y compris électives, dans le cadre de structures organisées.		
Groupe 3	Activités de formateur et la participation à des jurys, dans le champ de la santé.	- 8 crédits* = 1 journée - 4 crédits* = ½ journée	➡ 50 crédits par groupe sans dépasser 100 crédits pour la catégorie entière
Groupe 4	Réalisation effective de travaux de recherche et de publications personnelles, dans le champ de la santé.	ou 1 soirée	
4. Dispositifs d'évaluation	Dispositifs d'évaluation des pratiques professionnelles dans les conditions fixées par la HAS.	- 100 crédits obligatoires pour 5 ans	

*Les crédits étaient majorés de 20 % si la formation s'inscrivait dans les orientations nationales fixées par les CNFMC.

BIBLIOGRAPHIE :

Le Masne A. FMC : un barème unique, des questions multiples. [en ligne].14-16. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur :
http://www.snphar.com/data/A_la_une/phar39/FMC-phar-39.pdf

ANNEXE 3

ATTESTATION DE PARTICIPATION À UN PROGRAMME DE DPC

(d'après le journal officiel 10 août 2013 suite à l'arrêté du 25 juillet 2013)

I. – Participant

Nom : Nom de naissance (si différent du nom) :

Prénom : Date de naissance :

Adresse d'exercice principal :

Adresse électronique (facultatif) :

Profession : _ médecin _ chirurgien-dentiste _ sage-femme _ pharmacien _ infirmier _ masseur-kinésithérapeute _ orthophoniste _ orthoptiste _ pédicure-podologue _ ergothérapeute _ psycho-motricien _ manipulateur d'électroradiologie médicale _ préparateur en pharmacie _ audio-prothésiste _ opticien-lunetier _ prothésiste _ orthésiste _ diététicien _ technicien de laboratoire médical _ aide-soignant _ auxiliaire de puériculture

Mode d'exercice dominant (supérieur à 50 %) : _ salarié _ libéral _ mixte _ service de santé des armées

II. – Numéro RPPS ou ADELI

No RPPS : ou No ADELI :

A remplir si le professionnel est enregistré au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) ou au répertoire ADELI (arrêté du 27 mai 1998 – *Journal officiel* du 17 juillet 1998).

III. – Conditions de participation

Programme pluriannuel (oui/non) : _ en cours

Date de début : Date de fin (*si en cours date envisagée*) :

Année(s) civile(s) de participation :

L'attestation est délivrée au professionnel de santé et transmise à l'entité en charge du contrôle au titre de chaque année civile.

IV. – Organisme de DPC

Nom/sigle :

Adresse :

No enregistrement OGDPC :

V. – Programme de développement professionnel continu Intitulé du programme :

Orientation nationale dans laquelle le programme s'inscrit :

Orientation régionale dans laquelle le programme s'inscrit (préciser la région) :

Préciser l'année ou l'arrêté auquel cette orientation fait référence :

Nom du responsable de l'organisme de DPC :

atteste que le professionnel de santé a participé au programme de DPC susmentionné.

Fait à....., le

Cachet et signature

BIBLIOGRAPHIE :

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Arrêté du 25 juillet 2013 relatif au modèle d'attestation délivrée par un organisme de développement professionnel continu à un professionnel de santé justifiant de sa participation à un programme de développement professionnel continu. *Journal officiel de la République Française*. [en ligne]. 2013. (page consultée le 6 février 2015). Disponible sur :

https://www.ogdpc.fr/public/medias/organisme/pdf/Attestation-de-suivi_juillet-201

ANNEXE 4

ORGANISMES DE DPC ENREGISTRES JUSQU'AU 30 JUIN 2014

Dordogne : 11 ODPC	Gironde : 57 ODPC (2 désenregistrés)	Landes : 5 ODPC	Lot-et-Garonne : 3 ODPC	Pyrénées- Atlantiques : 18 ODPC (1 désenregistré)
-CH, Périgueux -Tournebise Thierry, Prigonrieux -CH, Montpon- Ménéstérol -CFPS, Sarlat La Canéda -CeF, Bergerac -GRETA, Périgueux -Réseau VIH24, Périgueux -Fondation John Bost, La Force -Brioul Michel, Prigonrieux -Polyclinique Francheville, Périgueux -Lagarde Karine, Coursac	-CH, Cadillac -ABAF, Cenon -CH, Sainte Foix la Grande -SAS MACS, Gujan-Mestras -CH Charles Perrens, Bordeaux -UMFCS, Bordeaux -CCECQA, Pessac -CHU, Bordeaux -CH, Libourne -CH, Blaye -FORMAVIH, Le Teich -AMMEFI, Montagne -Institut G.Portmann, Bordeaux -GREEM, Bruges -CDEF, Eysines -ADAPEI, Bordeaux -CFPPS, Pessac -CH, La Teste de Buch -CFER Santé, Floirac -GRETA, Bordeaux -CFPBNA, Bordeaux -Boissieres Françoise, Le Bouscat -Proxisanté, Floirac -Clinic Management Services, Bordeaux -Institut supérieur d'optique, Bordeaux -Institut Bergonié, Bordeaux -SOFOR, Bordeaux -Clinique Tivoli Ducos, Bordeaux -Association Rénovation, Bordeaux -Dupuy Olivier, Bordeaux	-Centre Européen de Rééducation du sportif, Capbreton -CH, Dax -Santé Service, Dax -CH, Mont de Marsan -ASFO Adour, Saint Paul les Dax	-CH Agen, Pont du Casse -Sud Management, Agen -Regain Coordination, Agen	-GEMA, Bayonne -CH, Pau -CH, Bayonne -CH, Oloron Sainte Marie -CH des Pyrénées, Pau -Centre de Formation ADAPEI64, Pau -ALDEBO Conseil, Jurançon -Centre Médical Annie-Enia, Cambo les Bains -LABO Formation, Anglet -Accueil Sainte Elisabeth, Saint Palais -TerraForma, Bidart -Clinique de Médecine Physique Marienia, Cambo les Bains -Le nid béarnais, Bayonne -Savoirs Orthophoniques en Aquitaine, Saint Jean de Luz -SAFSU, Saint Palais -SAS FRANCKET, Cambo les Bains -Les Terrasses, Cambo les Bains

	<ul style="list-style-type: none"> -ADGESSA, Bordeaux -L'Estey, Bordeaux -ARI, Bordeaux -IRCCADE, Bordeaux -ONCD, Bordeaux -Hôpital Suburbain, Le Bouscat -Pavillon de la mutualité, Bordeaux -APDHES, Bordeaux -Cardiosleep, Mérignac -Objectifs partenaires ressources humaines, Bordeaux -Montalier, Saint Selves -RPC, Artigues près Bordeaux -Fernandez Nadine, Andernos les Bains -AURAD Aquitaine, Gradignan -AACEF, Mérignac -AGA'PES Formation, Cenon -STRAT Consultant, Bordeaux -ISPED, Bordeaux -Eduprat Formation, Mérignac -SSR Chateauneuf, Léognan -Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine -Polyclinique Bordeaux Rive Droite, Lormont -Clinique d'Arcachon, La Teste du Buch -Nouvelle clinique Bel Air, Bordeaux -MSFG, Bordeaux -Polyclinique de Bordeaux caudéran -SMHBA, Cenon 			<ul style="list-style-type: none"> -J2C, Pau
--	--	--	--	---

Abréviations utilisées dans le tableau précédent :

AACEF : *Audit, Conseil, Événementiel, Formation*
ABAF : *Association des Biologistes d'Aquitaine pour la Formation*
ADAPEI : *Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés*
ADGESSA : *Association pour le Développement et la Gestion des Equipements Sanitaires et Sociaux d'Aquitaine*
AGA'PES : *Association de Garde à domicile*
AMMEFI : *Association de Médecine et Mésothérapie Esthétique France-International*
ANFH : *Association Nationale pour la Formation Hospitalière*
APDHES : *Association Promotion Droit Hospitalier et Economie Santé*
ARI : *Association Réadaptation et Intégration*
AURAD : *Association pour l'Utilisation du Rein à Domicile en Aquitaine*
ASFO : *Association de formation*
CCECQA : *Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine*
CDEF : *Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille*
CeF : *Centre de Formation au travail sanitaire et social*
CFER Santé : *Centre de Formation d'Enseignement et de Recherche pour la Santé*
CFPBNA : *Centre de Formation Professionnelle Bordeaux Nord Aquitaine*
CFPS : *Centre de Formation Professionnelle de Santé*
CFPPS : *Centre de Formation Permanente des Professionnels*
CH : *Centre Hospitalier*
CHU : *Centre Hospitalier Universitaire*
GEMA : *Groupe d'Enseignement Médical Agréé*
GREEM : *Groupe de Recherche, d'Evaluation et d'Enseignement*
GRETA : *Groupement d'Etablissements*
IRCCADE : *Institut de Recherche Comportementale et Cognitive sur l'Anxiété et la Dépression*
MSFG : *MSA Services Formation Gironde*
ONCD : *Objectifs Nouvelles Compétences et Développement*
RPC : *Réalités et Projets Consultants*
SAS : *Sociétés par Actions Simplifiées*
SMHBA : *Société Médicale d'homéopathie et de Biothérapie d'Aquitaine*
SOFOR : *Sud-Ouest Formation Recherche*
SSR : *Soins de Suite et de Réadaptation*
UNAFORMEC : *Union Nationale des Associations de Formation médicale Continue*
UMFCS : *Unité Mixte de Formation Continue en Santé*

BIBLIOGRAPHIE :

Ce tableau a été construit, par l'auteur, à partir des données disponibles en juillet 2014 sur le moteur de recherche de l'OGDPC : <https://www.ogdpc.fr/ogdpc/organismes>.

ANNEXE 5

RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE ROME DE 2004

Valeurs et objectifs généraux :

- Répondre aux besoins de formation des médecins,
- pour améliorer leur performance et donc la santé de la population.

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

- Pratiquer une accréditation équitable, valide, innovante, honnête et cohérente.
- Utiliser des normes et critères raisonnables pour les organismes de formation.
- Être responsable et réactif envers ces organismes.
- Vérifier leur capacité d'action réelle.
- Améliorer en permanence les processus d'accréditation et les systèmes accrédités.
- Collaborer avec les organismes accrédités.

Responsabilités des médecins accrédités :

- Participer à une FMC répondant à leurs besoins de formation réels.
- Veiller à ce que ces besoins soient bien ceux de leur pratique professionnelle et que l'objectif est bien d'améliorer les soins et la santé des patients.
- Évaluer dans quelle mesure ces besoins ont été satisfaits, dans le contexte du changement des connaissances, des compétences ou performances.
- Vérifier l'indépendance de ces activités envers l'industrie des produits de santé.

Responsabilité des organismes de formation :

- Déclarer les conflits d'intérêts.
- Veiller à l'indépendance des contenus.
- Définir des objectifs adaptés au public cible (connaissances, compétences, performances).
- Utiliser les méthodes pédagogiques appropriées.
- Évaluer les résultats en termes de réalisation des objectifs annoncés.
- Améliorer, si nécessaire, les actions suivantes en fonction des actions réalisées.
- Assurer les procédures conformément aux exigences réglementaires.

BIBLIOGRAPHIE :

Drahi E. La formation médicale continue dans les pays d'Europe. Médecine. 2012 ; 8 (10) : 465-468.

ANNEXE 6

QUESTIONNAIRE-TEST DE JUIN 2014

Chère consoeur, Cher confrère,

Actuellement médecin remplaçant, je vous propose de remplir ce questionnaire anonyme en quelques minutes, pour m'aider dans le cadre de mon travail de thèse sur le DPC (dirigée par le Dr Gérard Bergua de l'Université de Bordeaux).

Cette enquête a pour objectif de dresser le bilan de la mise en œuvre du DPC en 2013 (année de transition avec la formation médicale continue) chez les médecins généralistes libéraux. Bien confraternellement.

Anne Charieras

En préambule, voici quelques précisions pour compléter le questionnaire:

-Le terme « méthode » est la démarche de réflexion et de formation suivant les méthodes agréées par la Haute Autorité de Santé (HAS): audit, groupe d'analyses de pratique...

-Le terme « modalités » regroupe les conditions pédagogiques dans lesquelles le DPC s'est déroulé : présentiel (en groupe) ou à distance (individuelle), e-learning...

-Le terme « organisation » regroupe les conditions pratiques : séances après le temps de travail, ou sur plusieurs jours répartis dans l'année ou sur plusieurs jours regroupés...

Ces termes sont définis sur le site de la HAS auquel vous pouvez vous référer.

Vous êtes :

un homme

une femme

Votre âge :

moins de 30 ans entre 30 ans et 40 ans entre 41 ans et 50 ans
 entre 51 ans et 60 ans 61 ans et +

Votre département d'exercice :

Votre mode d'exercice :

rural

semi-rural

urbain

Et :

seul

en groupe : de combien ?

Etes vous maître de stage (d'internes) ?

oui

non

Avez-vous un cabinet informatisé ?

oui

non

1) Avez-vous déjà participé à un ou plusieurs programmes de formation médicale continue avant le DPC ? oui non

Si oui : le(s)quel(s) ? Et avec quelle(s) structure(s) ?

2) Comment avez-vous été informé(e) de ce nouveau dispositif de DPC ?

par l'Ordre des médecins: lequel ?

par l'entourage professionnel : lequel ?

par un syndicat : le(s)quel(s) ?

par une revue médicale : la(es)quelle(s) ?

par les médias : le(s)quel(s) ?

autres : ...

3) Comment qualifieriez-vous le DPC en quelques mots ?

4) Avez-vous réalisé un programme de DPC en 2013 ?

oui

non

a) SI OUI: Veuillez indiquer, pour votre DPC :

1 : le thème : ...

4 : les modalités : ...

2 : le type d'organisme : ...

5 : l'organisation : ...

3 : la méthode : ...

6 : autres : ...

Veuillez ensuite entourer le numéro de votre premier critère de choix :

1 2 3 4 5 6

Quelle indemnisation avez-vous reçue?

Veuillez noter, pour votre DPC?

Les points positifs :	Les points négatifs :

Quels changements votre DPC a-t-il induits dans votre pratique?

b) SI NON :

Quels obstacles à votre participation pouvez-vous citer?	Quelles mesures vous inciteraient à y participer ?
<input type="checkbox"/> manque de temps <input type="checkbox"/> indemnisation insuffisante <input type="checkbox"/> manque de remplaçant <input type="checkbox"/> méthode inadaptée <input type="checkbox"/> modalités inadaptées <input type="checkbox"/> organisation inadaptée <input type="checkbox"/> thème inintéressant <input type="checkbox"/> autres : ...	<input type="checkbox"/> indemnisation plus élevée de la formation <input type="checkbox"/> avantages sur vos cotisations sociales <input type="checkbox"/> sanctions du Conseil de l'Ordre <input type="checkbox"/> publication des noms des médecins participants <input type="checkbox"/> possibilité de mentionner sur vos ordonnances ou votre plaque un label DPC <input type="checkbox"/> autres : ...

5) Avez-vous suivi, en 2013, une ou plusieurs formations médicales continues non agréées DPC ? oui non

Si oui : la(es)quelle(s) ? Et avec quelle(s) structure(s) ?

Et pourquoi ?

6) Que pensez-vous de son caractère obligatoire et « sanctionnant » par le Conseil de l'Ordre ?

7) Le financement dit « public » du DPC est une des conditions de son indépendance. Selon l'arrêté du 19/07/2013, l'industrie pharmaceutique peut participer au financement d'un organisme de DPC et/ou de ses sous-traitants ; c'est à l'Organisme Gestionnaire du DPC qu'il revient d'apprécier et de garantir le critère d'indépendance financière des organismes qu'il agréé.

Qu'en pensez-vous ?

8) Quelles suggestions d'amélioration du dispositif pouvez-vous émettre ?

COMMENTAIRES LIBRES :

QUESTIONNAIRE A RETOURNER PAR COURRIER AU PLUS TARD UN MOIS APRES RECEPTION.

ANNEXE 7

QUESTIONNAIRE DE SEPTEMBRE 2014 ET SA LETTRE EXPLICATIVE

**Objet : Questionnaire
Thèse DPC
Réf : 641 -14 BG/CB**

A l'attention des Médecins Généralistes
de Dordogne et de Lot-et-Garonne

Anne CHARIERAS
Tél : 06 30 47 06 75
charieras@club-
internet.fr

Bordeaux, le 8 septembre 2014

**146 rue Léo Saignat
case 148
CS 61292
33076 Bordeaux cedex**

Chère consœur, Cher confrère,

Tél. 05 57 5713 11/12 77
Fax 05 57 57 14 13
www.dmg.u-bordeaux2.fr

Je suis actuellement médecin remplaçant en Dordogne. Pour m'aider dans le cadre de mon travail de thèse sur le DPC (dirigée par le Dr Gérard BERGUA de l'Université de Bordeaux et soutenue par le Département de Médecine Générale), je vous invite à remplir ce questionnaire, qui ne doit pas prendre plus de 5 minutes de votre temps. Votre anonymat est bien sûr totalement garanti.

Cette enquête, auprès des médecins généralistes de la Dordogne et du Lot-et-Garonne, a pour objectif de dresser le bilan de la mise en œuvre du DPC (Développement Professionnel Continu) en 2013, année de transition avec l'ancien dispositif de FMC (Formation Médicale Continue) conventionnelle et d'EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles).

Je vous remercie par avance de bien vouloir y participer et donc de me renvoyer le plus rapidement possible ce questionnaire par courrier à l'aide de l'enveloppe jointe.

Quoiqu'il en soit, nous vous ferons parvenir les résultats complets de cette étude.

Pour une information complète sur le nouveau dispositif de DPC, vous pouvez consulter le site www.ogdpc.fr.

Bien fraternellement,

Anne CHARIERAS

LE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU EN 2013

Nota bene: vous pouvez cocher plusieurs réponses à une même question.

Vous êtes: un homme une femme

Votre âge: - de 30 ans 30 à 40 ans 41 à 50 ans 51 à 60 ans
 61 ans et +

Votre département d'exercice: Dordogne Lot-et-Garonne

Votre mode d'exercice: rural ou semi-rural urbain
Et: seul en groupe en maison de santé
 en pôle de santé

Etes-vous maître de stage? oui non

1) Au cours des 2 années (2011, 2012) ayant précédé la mise en place du DPC, avez-vous participé à 1 ou plusieurs FMC conventionnelles: oui non
Si oui: combien par an? ...

Avec quel organisme?

- association locale de FMC département universitaire de FMC
 société savante Collège des Enseignants en Médecine Générale
 abonnement à une revue médicale: la(es)quel(les)? ...
 autres: ...

2) Comment avez-vous été informé(e) du dispositif de DPC?

- par l'OGDPC (Organisme Gestionnaire du DPC) par l'entourage professionnel
 par la CPAM par un syndicat
 par un organisme de FMC par une revue médicale
 par l'Ordre des médecins par les médias
 autres: ...

3) En 2013, avez-vous réalisé 1 ou plusieurs programmes de DPC? oui non

a) SI OUI: 1 de 1 à 4 plus de 4 NSP

Avant de remplir le tableau ci-dessous, voici quelques précisions (disponibles également sur www.has.fr):

-Le terme « **méthode** » est la démarche de réflexion et de formation suivant les méthodes agréées par la HAS: audit, groupe d'analyses de pratique, congrès, séminaires, diplômes universitaires, formation à la maîtrise de stage, e-learning...

-Le terme « **modalités** » regroupe les conditions pédagogiques : en groupe (présentiel) ou individuel (non présentiel) ou mixte...

-Le terme « **organisation** » regroupe les conditions pratiques : nombre de séances après le temps de travail, nombre de jours regroupés ou nombre de jours répartis dans l'année...

Veillez donc indiquer, pour votre/vos DPC :

DPC	a) THEME	b) ORGANISME	c) METHODE	d) MODALITES	e) ORGANISATION
1					
2					
3					
4					

Pour chacun de vos DPC (1, 2, 3, 4), quel a été votre 1er critère de choix? Veuillez répondre par la lettre correspondante (a, b, c, d ou e):

1: ...

2: ...

3: ...

4: ...

Quels éléments vous ont incité(e) à y participer?	
<input type="checkbox"/> le thème	<input type="checkbox"/> les facilités des modalités d'inscription
<input type="checkbox"/> la méthode	<input type="checkbox"/> les intervenants
<input type="checkbox"/> les modalités	<input type="checkbox"/> l'indemnisation de la formation
<input type="checkbox"/> l'organisation	<input type="checkbox"/> les sanctions éventuelles du Conseil de l'Ordre
<input type="checkbox"/> la proximité du lieu de formation	<input type="checkbox"/> la fidélité à un organisme de formation
<input type="checkbox"/> autres : ...	

Avez-vous été indemnisé(e)? oui non NSP **Si oui: dans quel délai?...**

Votre/vos DPC a t-il/ont-ils induit des changements dans votre pratique?

oui non peut-être NSP

Si oui ou peut-être: le(s)quel(s)?...

b) SI NON:

Quels obstacles à votre participation pouvez-vous citer?	Quelles mesures vous inciteraient à y participer?
<input type="checkbox"/> le manque de temps <input type="checkbox"/> l'indemnisation insuffisante <input type="checkbox"/> le manque de remplaçant <input type="checkbox"/> la méthode inadaptée <input type="checkbox"/> les modalités inadaptées <input type="checkbox"/> l'organisation inadaptée <input type="checkbox"/> le thème imposé <input type="checkbox"/> la capacité d'accueil insuffisante des formations <input type="checkbox"/> autres : ...	<input type="checkbox"/> l'indemnisation plus élevée de la formation <input type="checkbox"/> des avantages sur vos cotisations sociales <input type="checkbox"/> les sanctions effectives du Conseil de l'Ordre <input type="checkbox"/> la publication des noms des médecins participants <input type="checkbox"/> la possibilité de mentionner sur vos ordonnances ou sur votre plaque un label DPC <input type="checkbox"/> la simplification des modalités d'inscription <input type="checkbox"/> autres : ...

4) En 2013, avez-vous suivi 1 ou plusieurs FMC non agréées DPC? oui non

Si oui: 1 de 1 à 4 plus de 4 NSP

Avec quelle structure?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> association locale de FMC | <input type="checkbox"/> département universitaire de FMC |
| <input type="checkbox"/> société savante | <input type="checkbox"/> groupe de pairs |
| <input type="checkbox"/> Collège des Enseignants en Médecine Générale | <input type="checkbox"/> groupe Balint |
| <input type="checkbox"/> industrie pharmaceutique | <input type="checkbox"/> abonnement à 1 revue médicale:
la(es)quel(les)? ... |

autres: ...

5) Que pensez-vous de son caractère obligatoire et « sanctionnant » par le Conseil de l'Ordre?

a) très adapté adapté peu adapté pas du tout adapté

b) très applicable applicable peu applicable pas du tout applicable

6) Le financement dit « public » du DPC est une des conditions de son indépendance. Selon l'arrêté du 19/07/2013, l'industrie pharmaceutique peut participer au financement d'un organisme de DPC et/ou de ses sous-traitants à condition que l'OGDPC évalue cet organisme pour garantir son indépendance financière.

Quel financement préféreriez-vous pour votre DPC?

a) l'Etat: très favorable favorable peu favorable pas du tout favorable

b) un autofinancement: très favorable favorable peu favorable

pas du tout favorable

c) l'industrie pharmaceutique: très favorable favorable peu favorable

pas du tout favorable

7) Quelles suggestions d'amélioration du dispositif pouvez-vous émettre?

élargir l'offre de formation

simplifier les modalités d'inscription

améliorer la qualité des formations

préciser les sanctions encourues

améliorer les conditions d'indemnisation

remettre en cause l'obligation annuelle:

1 DPC / 2 ou 3 ans

autres : ...

8) Quel est votre ressenti vis-à-vis du DPC? (obligation, contrainte, utilité, nécessité, balbutiement, en devenir, à oublier, à améliorer...)?

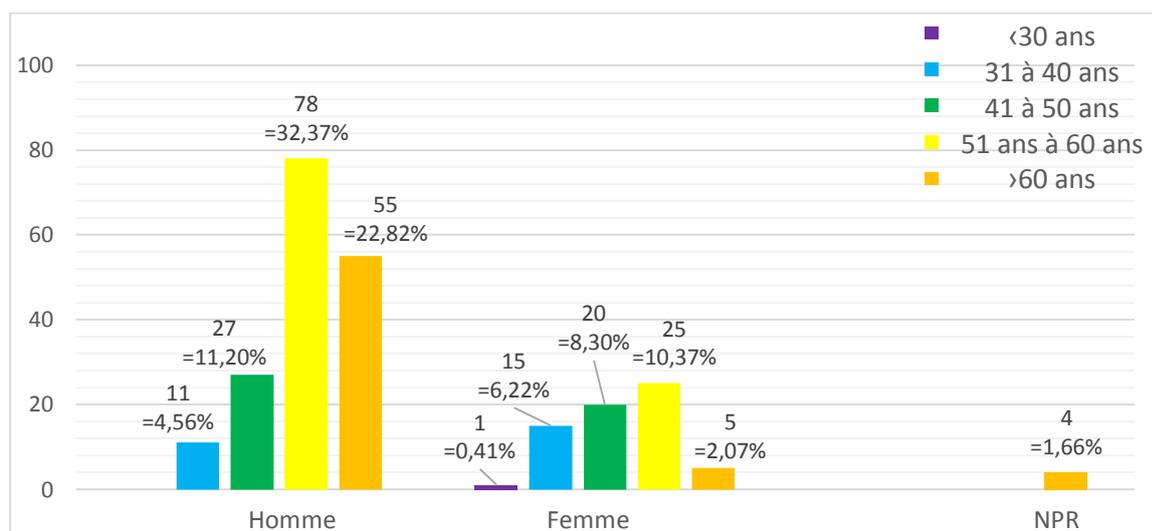
COMMENTAIRES LIBRES :

MERCI d'avoir répondu à ce questionnaire et de bien vouloir me le retourner par courrier le plus rapidement possible (je me permettrais de vous recontacter si nécessaire).

ANNEXE 8 :

LES RESULTATS CROISES RELATIFS AUX CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

Répartition des médecins en fonction du sexe et de l'âge



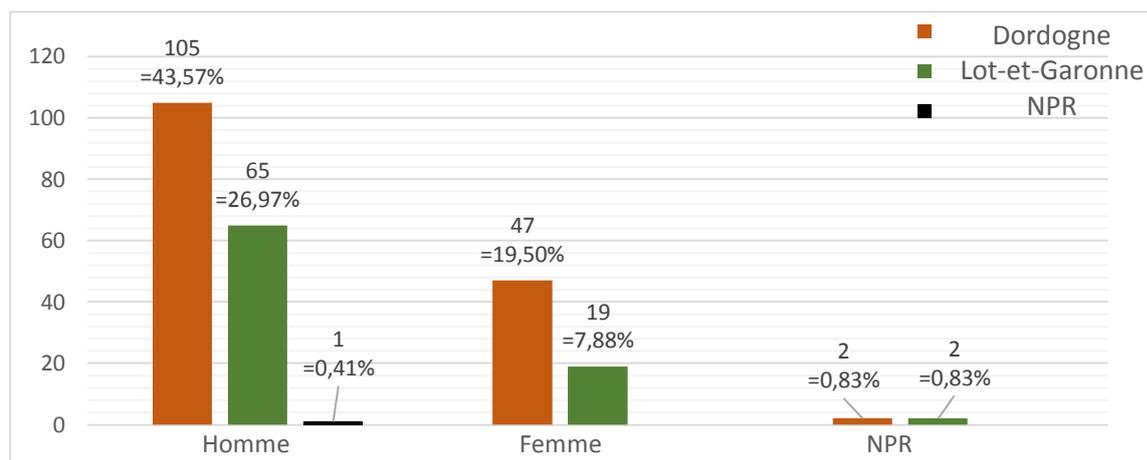
Dans l'échantillon, il y a :

- 15,76% de médecins qui sont des hommes de moins de 51 ans.
- 55,19% de médecins qui sont des hommes de plus de 50 ans.
- 14,93% de médecins qui sont des femmes de moins de 51 ans.
- 12,44% de médecins qui sont des femmes de plus de 50 ans.

Les résultats croisés montrent que :

- 22,21% des hommes ont moins de 51 ans.
- 77,79% des hommes ont plus de 50 ans.
- 54,55% des femmes ont moins de 51 ans.
- 45,45% des femmes ont plus de 50 ans.

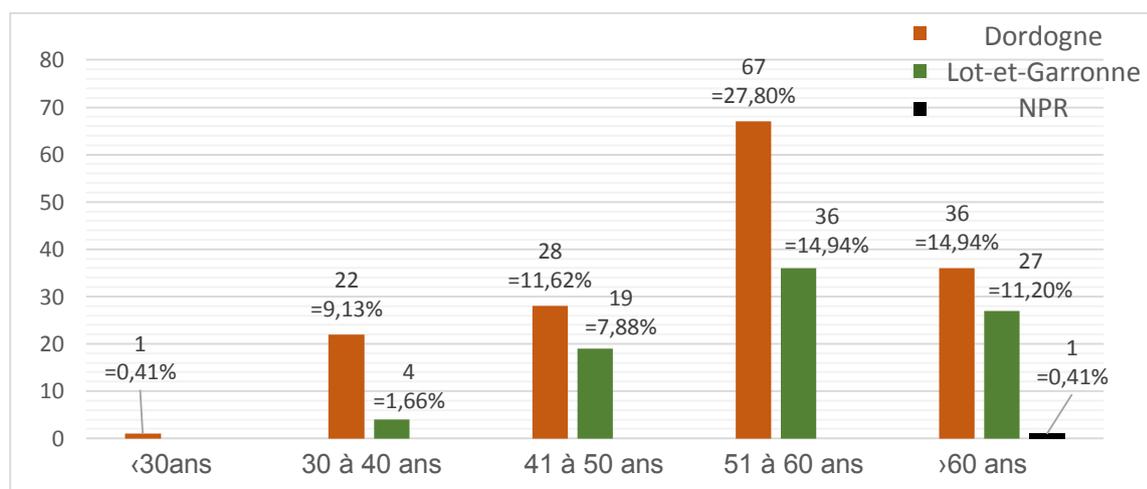
Répartition des médecins en fonction du sexe et du département d'exercice



Les résultats croisés montrent que :

- 61,41% des hommes exercent en Dordogne.
- 38,01% des hommes exercent en Lot-et-Garonne.
- 71,22% des femmes exercent en Dordogne.
- 28,78% des femmes exercent en Lot-et-Garonne.

Répartition des médecins en fonction de l'âge et du département d'exercice



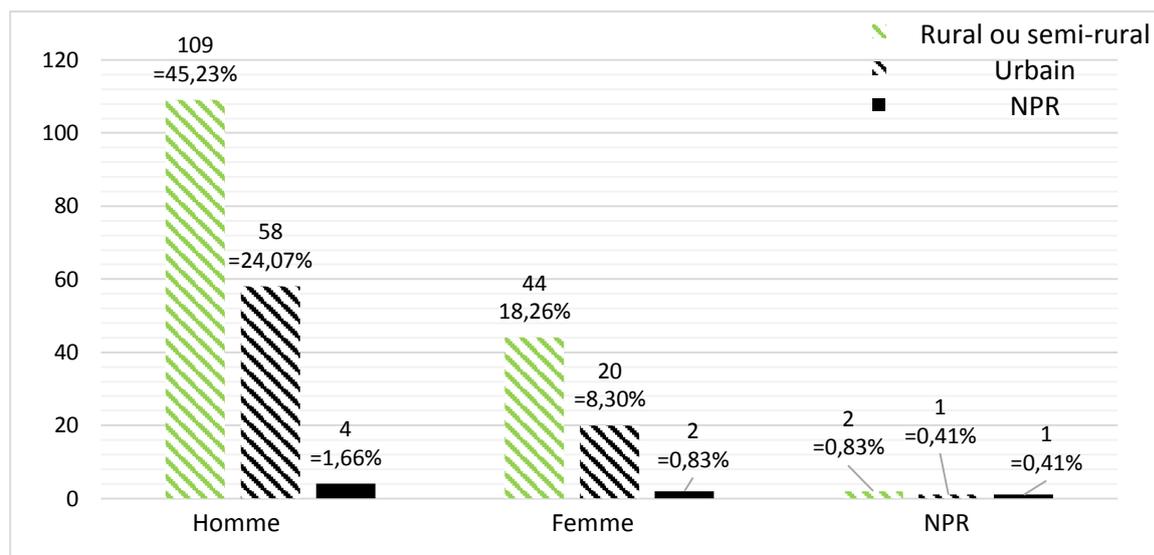
Dans l'échantillon, il y a :

- 21,16% de médecins qui exercent en Dordogne et qui ont moins de 51 ans.
- 42,74% de médecins qui exercent en Dordogne et qui ont plus de 50 ans.
- 9,54% de médecins qui exercent en Lot-et-Garonne et qui ont moins de 51 ans.
- 26,14% de médecins qui exercent en Lot-et-Garonne et qui ont plus de 50 ans.

Les résultats croisés montrent que :

- 33,11% des médecins de Dordogne ont moins de 51 ans.
- 66,88% des médecins de Dordogne ont plus de 50 ans.
- 26,74% des médecins de Lot-et-Garonne ont moins de 51 ans.
- 73,26% des médecins de Lot-et-Garonne ont plus de 50 ans.

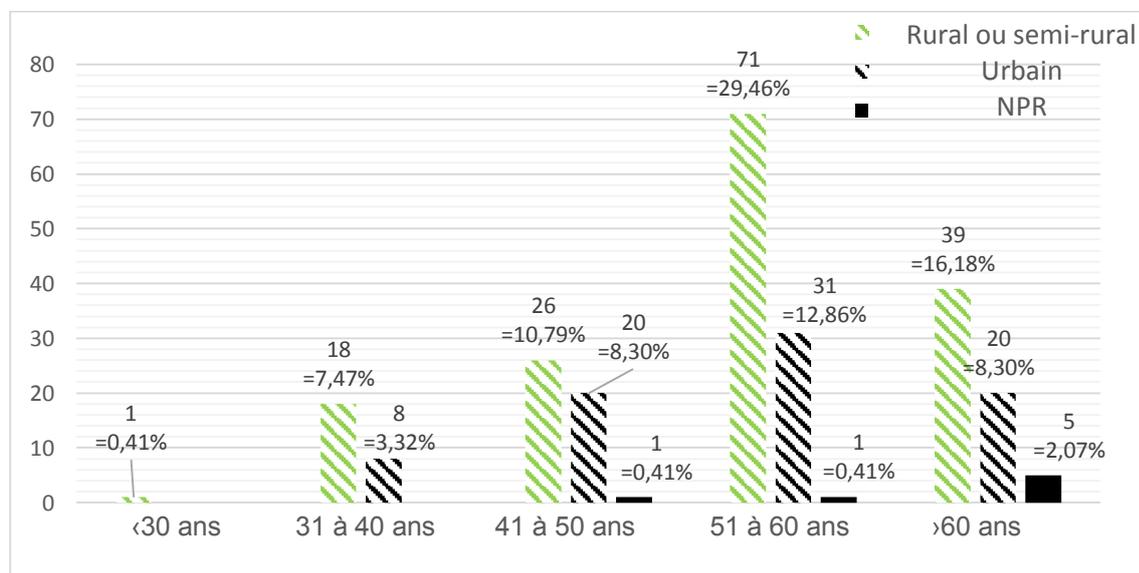
Répartition des médecins en fonction du sexe et du milieu d'exercice



Les résultats croisés montrent que :

- 63,75% des hommes exercent en milieu rural ou semi-rural.
- 33,92% des hommes exercent en milieu urbain.
- 66,67% des femmes exercent en milieu rural ou semi-rural.
- 30,30% des femmes exercent en milieu urbain.

Répartition des médecins en fonction de l'âge et du milieu d'exercice



Dans l'échantillon, il y a :

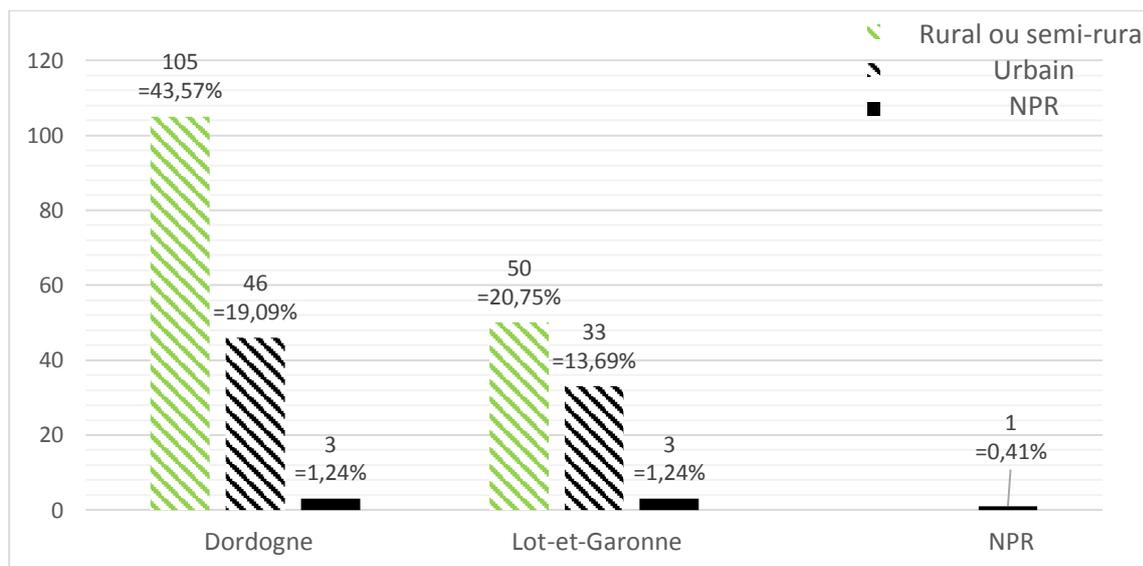
- 18,67% de médecins qui exercent en milieu rural ou semi-rural et qui ont moins de 51 ans.
- 45,64% de médecins qui exercent en milieu rural ou semi-rural et qui ont plus de 50 ans.
- 11,62% de médecins qui exercent en milieu urbain et qui ont moins de 51 ans.

- 21,16% de médecins qui exercent en milieu urbain et qui ont plus de 50 ans.

Les résultats croisés montrent que :

- 29,03% des médecins ruraux ou semi-ruraux ont moins de 51 ans.
- 70,96% des médecins ruraux ou semi-ruraux ont plus de 50 ans.
- 35,45% des médecins urbains ont moins de 51 ans.
- 64,55% des médecins urbains ont plus de 50 ans.

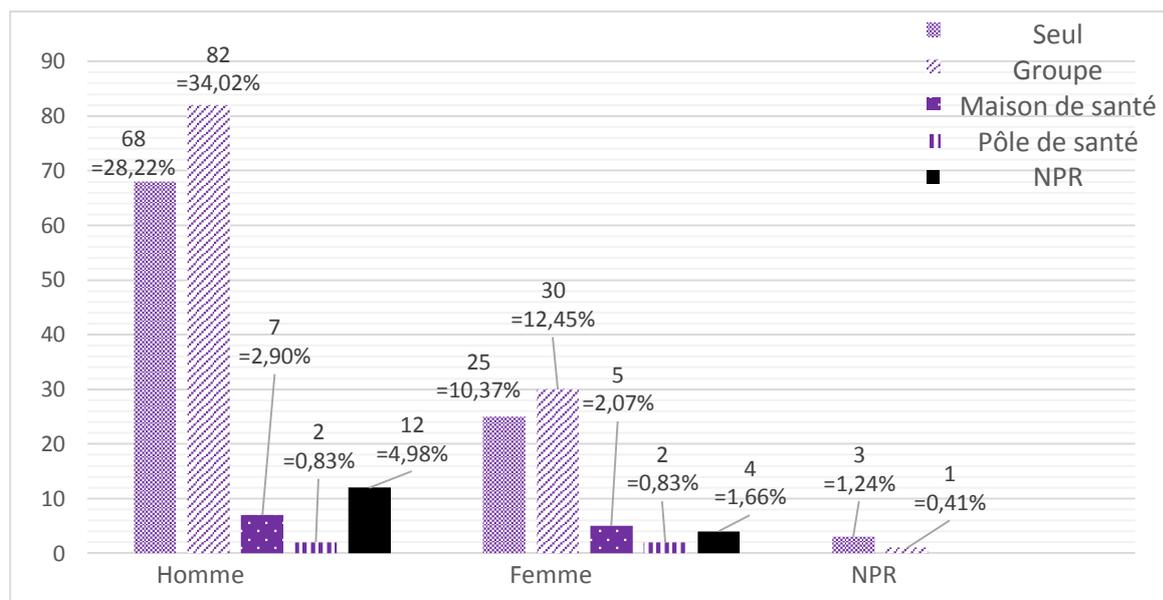
Répartition des médecins en fonction du département d'exercice et du milieu d'exercice



Les résultats croisés montrent que :

- 68,18% des médecins de Dordogne exercent en milieu rural ou semi-rural.
- 29,87% des médecins de Dordogne exercent en milieu urbain.
- 58,14% des médecins de Lot-et-Garonne exercent en milieu rural ou semi-rural.
- 38,37% des médecins de Lot-et-Garonne exercent en milieu urbain.

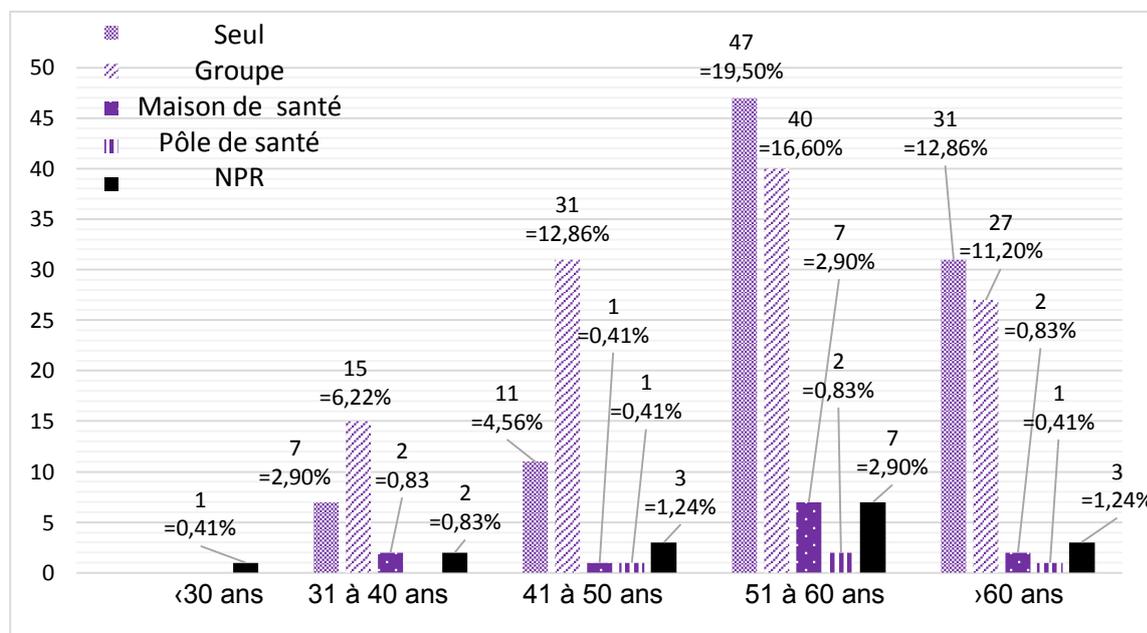
Répartition des médecins en fonction du sexe et du mode d'exercice



Les résultats croisés montrent que :

- 39,77% des hommes exercent seuls.
- 47,95% des hommes exercent en groupe.
- 37,87% des femmes exercent seules.
- 45,47% des femmes exercent en groupe.

Répartition des médecins en fonction de l'âge et du mode d'exercice



Dans l'échantillon, il y a :

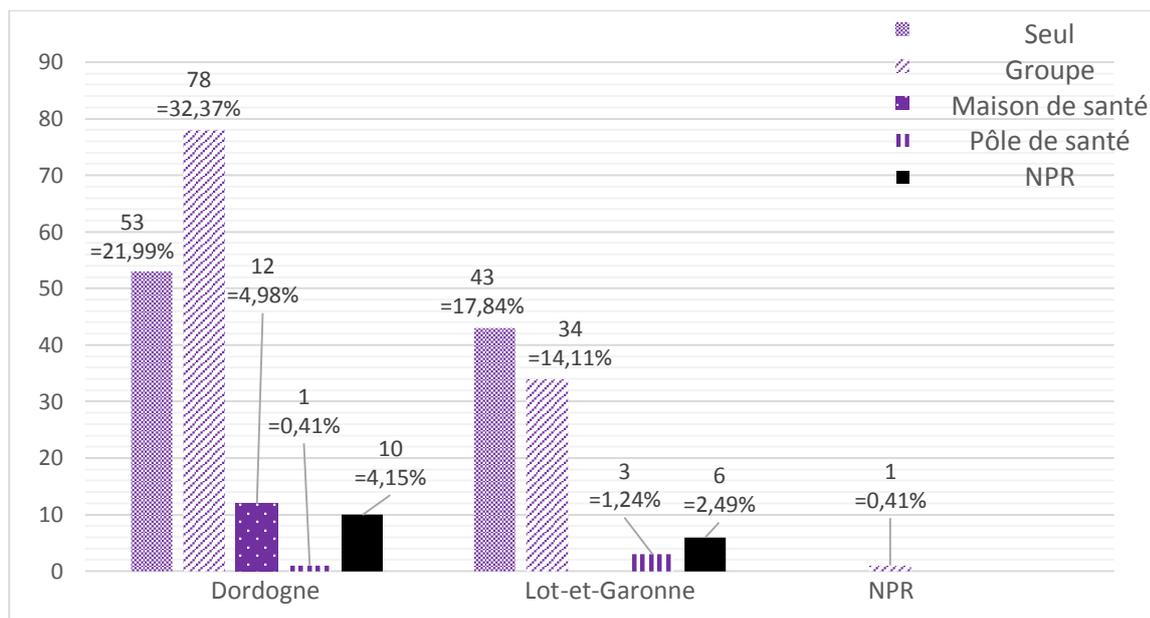
- 7,46% de médecins qui exercent seuls et qui ont moins de 51 ans.
- 32,36% de médecins qui exercent seuls et qui ont plus de 50 ans.
- 19,08 % de médecins qui exercent en groupe et qui ont moins de 51 ans.

- 27,80% de médecins qui exercent en groupe et qui ont plus de 50 ans.

Les résultats croisés montrent que :

- 18,73% des médecins exerçant seuls ont moins de 51 ans.
- 81,25 des médecins exerçant seuls ont plus de 50 ans.
- 40,69 des médecins en groupe ont moins de 51 ans.
- 59,29 des médecins en groupe ont plus de 50 ans.

Répartition des médecins en fonction du département et du mode d'exercice

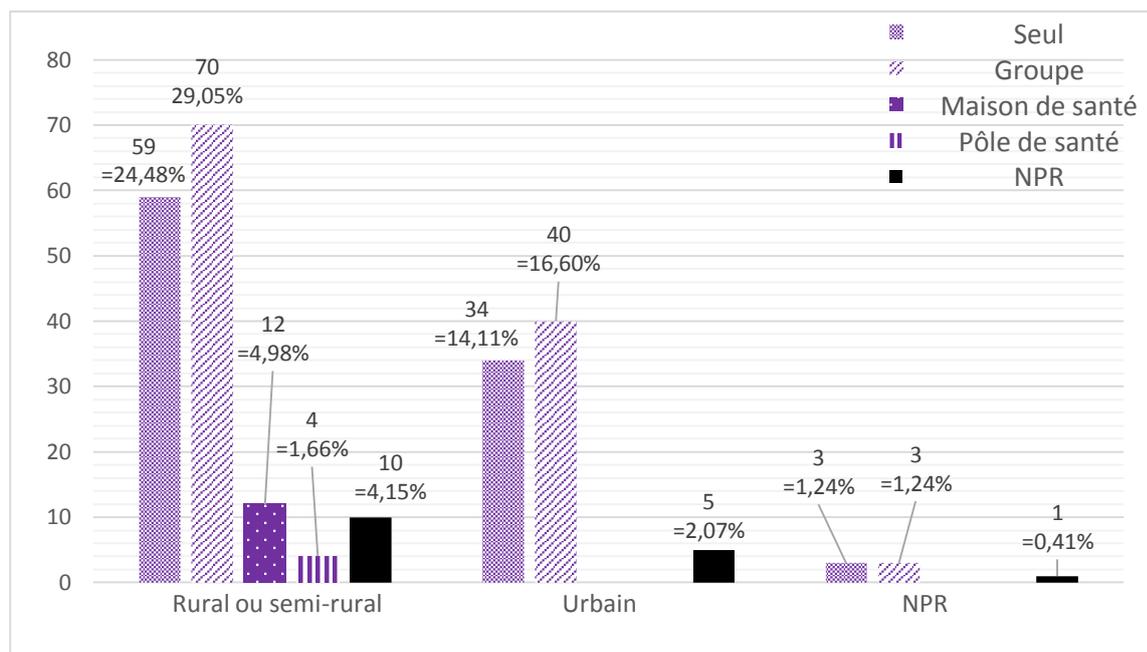


Dans l'échantillon, les médecins exerçant en maison de santé représentent 4,98% et n'exercent qu'en Dordogne.

Les résultats croisés montrent que :

- 34,41% des médecins de Dordogne exercent seuls.
- 50,66% des médecins de Dordogne exercent en groupe.
- 7,79% des médecins de Dordogne exercent en maison de santé.
- 50% des médecins de Lot-et-Garonne exercent seuls.
- 39,54% des médecins de Lot-et-Garonne exercent en groupe.

Répartition des médecins en fonction du milieu d'exercice et du mode d'exercice

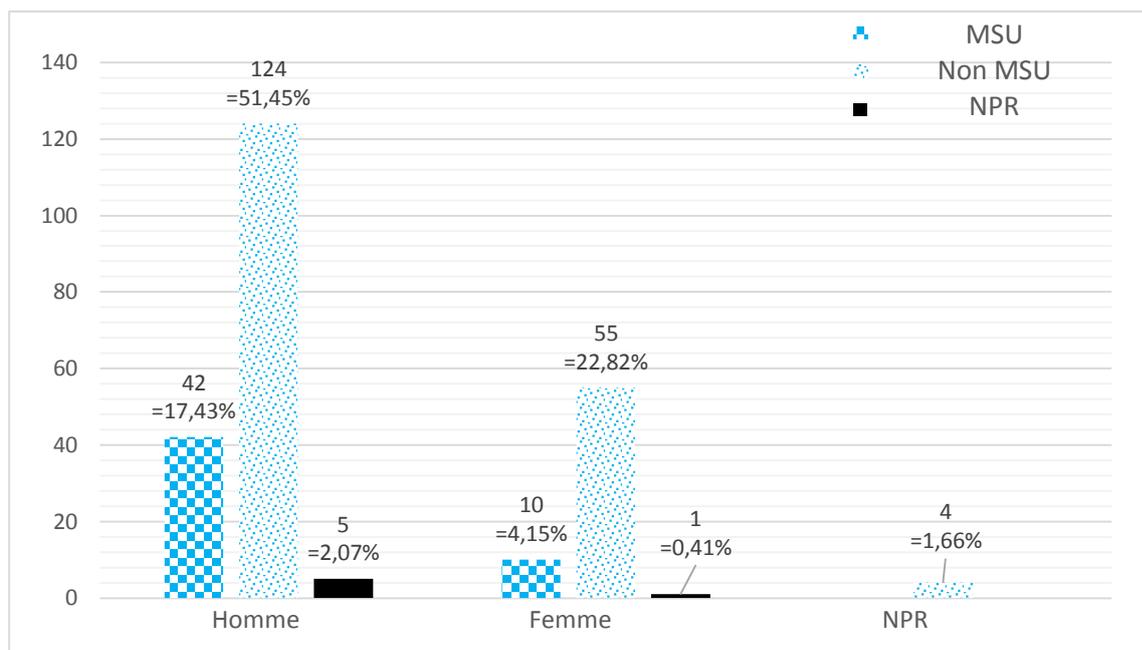


Dans l'échantillon, les 4,98% de médecins qui exercent en maison de santé sont en Dordogne et en milieu rural ou semi-rural.

Les résultats croisés montrent que :

- 38,06% des médecins en rural ou semi-rural exercent seuls.
- 45,16% des médecins en rural ou semi-rural exercent en groupe.
- 7,74% des médecins en rural ou semi-rural exercent en maison de santé.
- 43,04% des médecins urbains exercent seuls.
- 50,64% des médecins urbains exercent en groupe.

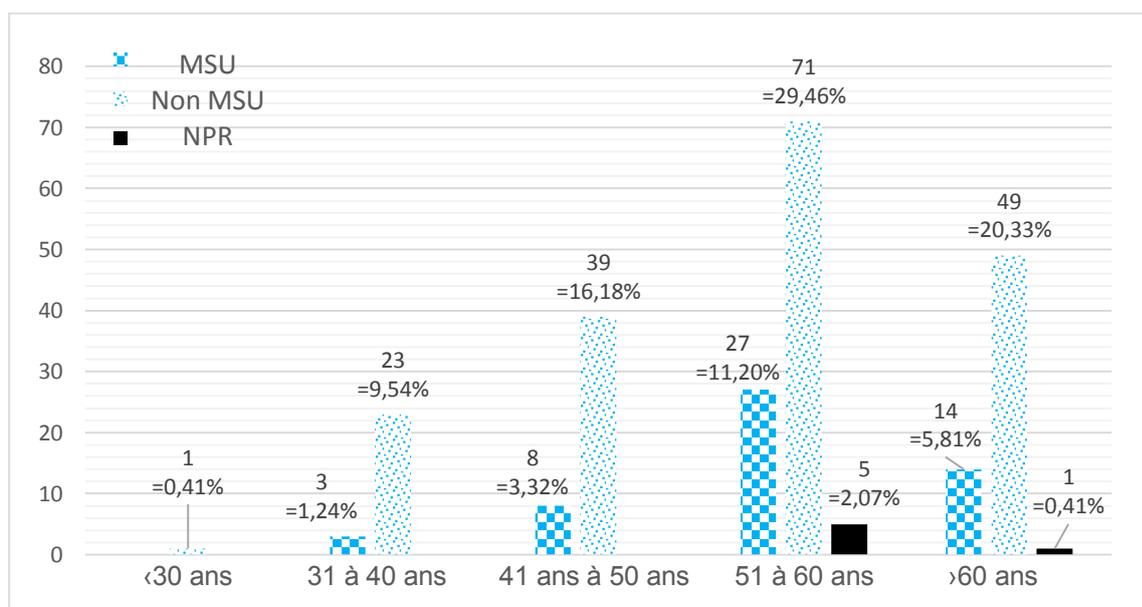
Répartition des médecins en fonction du sexe et de leur statut de MSU



Les résultats croisés montrent que :

- 24,57% des hommes sont MSU.
- 72,51% des hommes ne sont pas MSU.
- 15,16% des femmes sont MSU.
- 83,34% des femmes ne sont pas MSU.

Répartition des médecins en fonction de l'âge et de leur statut de MSU



Dans l'échantillon, il y a :

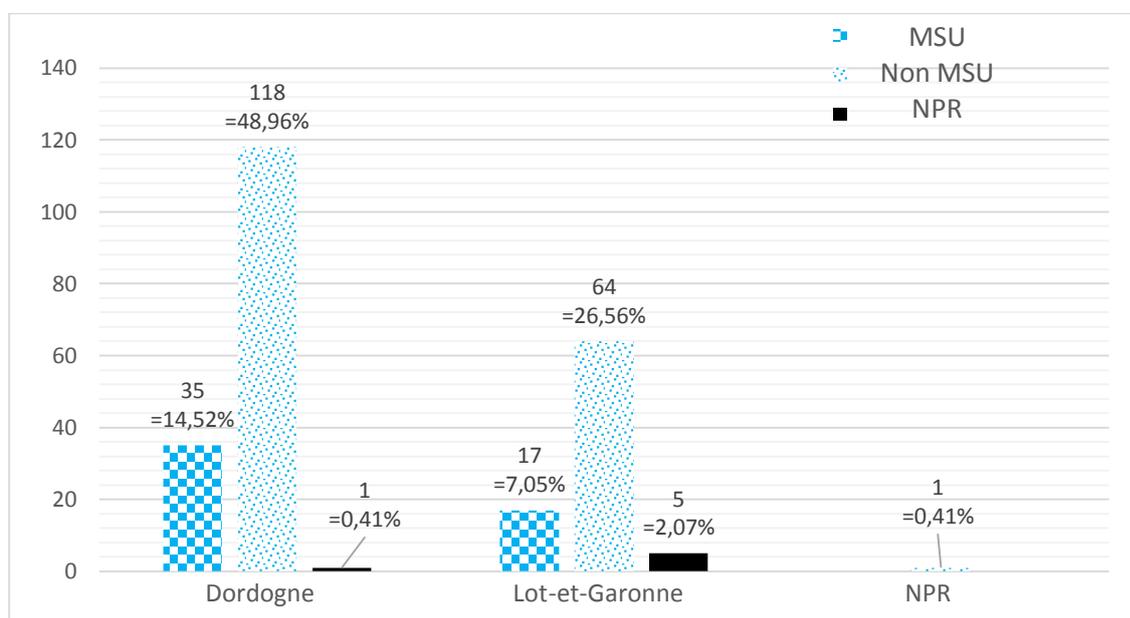
- 4,56% de médecins qui sont MSU et qui ont moins de 51 ans.
- 17,01% de médecins qui sont MSU et qui ont plus de 50 ans.

- 26,13% de médecins qui ne sont pas MSU et qui ont moins de 51 ans.
- 49,79% de médecins qui ne sont pas MSU et qui ont plus de 50 ans.

Les résultats croisés montrent que :

- 21,13% des médecins MSU ont moins de 51 ans.
- 78,82% des médecins MSU ont plus de 50 ans.
- 34,41% des médecins non MSU ont moins de 51 ans.
- 65,57% des médecins non MSU ont plus de 50 ans.

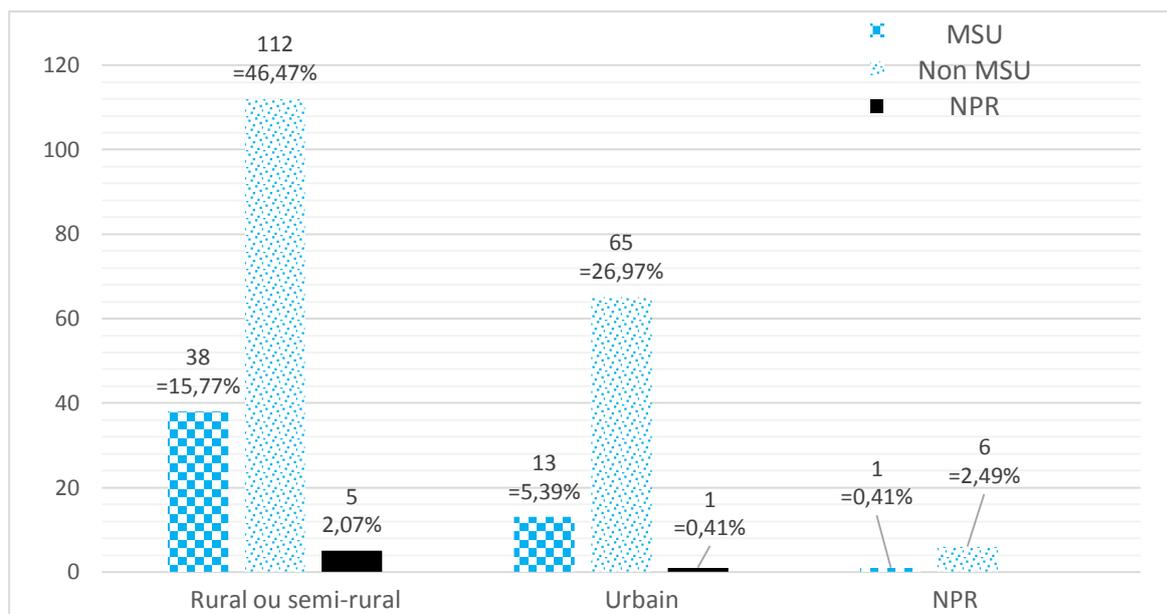
Répartition des médecins en fonction du département d'exercice et de leur statut de MSU



Les résultats croisés montrent que :

- 22,72% des médecins de Dordogne sont MSU.
- 19,76% des médecins de Lot-et-Garonne sont MSU.

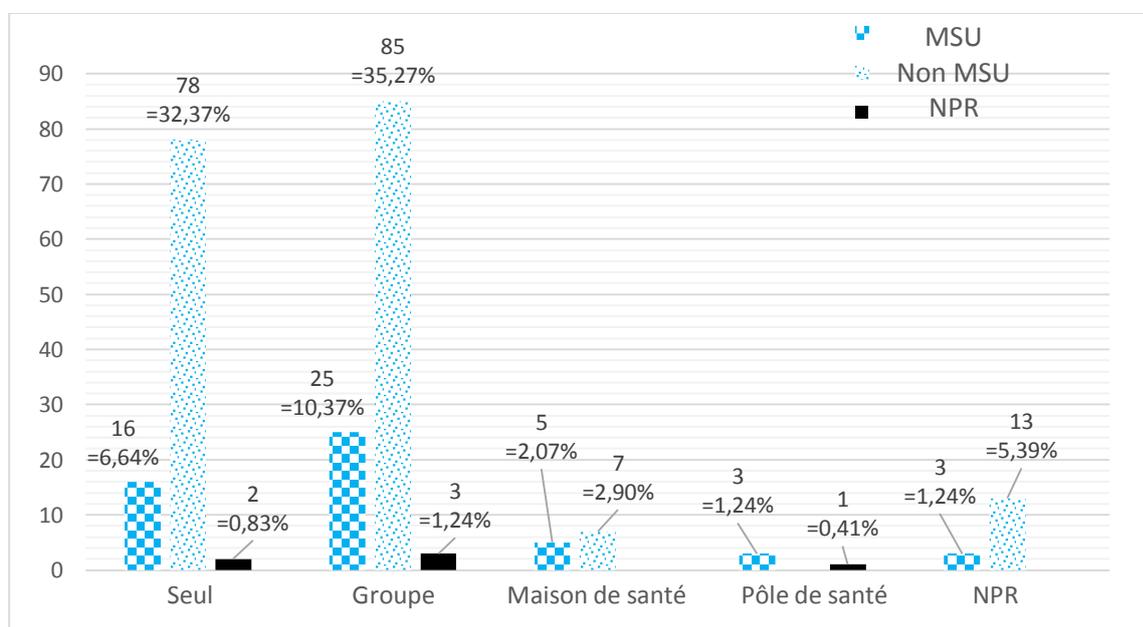
Répartition des médecins en fonction du milieu d'exercice et de leur statut de MSU



Les résultats croisés montrent que :

- 24,52% des médecins ruraux ou semi-ruraux sont MSU.
- 16,44% des médecins urbains sont MSU.

Répartition des médecins en fonction du mode d'exercice et de leur statut de MSU



Les résultats croisés montrent que :

- 16,67% des médecins qui exercent seuls sont MSU.
- 22,12% des médecins en groupe sont MSU.
- 41,57% des médecins en maison de santé sont MSU.
- 23,98% des médecins en groupe ou en maison de santé sont MSU.

RESUME

BILAN DE L'ANNEE 2013, 1^{ère} ANNEE DE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU EN MEDECINE GENERALE

Introduction : En France, la formation continue des professionnels de santé s'inscrit dans une démarche permanente d'amélioration de la qualité des soins. L'année 2013 a fait la transition entre l'ancien système de Formation Médicale Continue (FMC) et le nouveau Développement Professionnel Continu (DPC) obligatoire pour les 22 professions de santé.

Objectifs : Le but de l'enquête était de dresser le bilan de la première année de mise en œuvre du DPC chez les médecins généralistes (MG) de Dordogne et Lot-et-Garonne.

Matériels et méthodes : Une enquête observationnelle a porté sur un échantillon randomisé de 614 MG libéraux de Dordogne et Lot-et-Garonne. En septembre 2014, ils ont reçu un questionnaire standardisé et anonyme, suivi de relances par courrier, et par courriel via les Conseils Départementaux de l'Ordre. Les questions portaient sur leurs caractéristiques démographiques, leur participation au DPC (freins, ressenti global...) et à la FMC, et les suggestions d'amélioration du DPC. Le test du Chi2 permet d'analyser les liens de certains facteurs avec le DPC et la FMC.

Résultats : Pendant les trois mois d'inclusion, un échantillon représentatif de 241 (39,3%) MG a été constitué à partir des questionnaires valides reçus. En 2013, 104 (43,2%) MG ont participé au DPC et 155 (64,3%) à la FMC. Les maîtres de stage (N=52 ; 21,6%) et les participants à la FMC en 2011-2012 (N=185 ; 76,8%) ont plus participé au DPC en 2013 (respectivement, $p=0,003$ et $p<0,00001$). Les principaux freins ont été le manque de temps (N=97 ; 70,8%) et de remplaçants (N=38 ; 27,7%). Les principales suggestions d'amélioration ont été : élargir l'offre de formation (N=115 ; 47,7%), simplifier les modalités d'inscription (N=76 ; 31,5%), améliorer les conditions d'indemnisation (N=70 ; 29,1%).

Conclusion : Même si le nombre de MG formés par le DPC a été satisfaisant en 2013, le dispositif doit évoluer pour susciter l'adhésion du plus grand nombre en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

DISCIPLINE : médecine générale.

MOTS-CLES : formation médicale continue, formation continue conventionnelle, formation professionnelle conventionnelle, formation médicale permanente, développement professionnel continu, médecine, médecine générale, médecine de famille, médecin(s) généraliste(s), médecin(s) de famille.

ABSTRACT

IMPLEMENTATION OF THE CONTINUING PROFESSIONAL DEVELOPMENT PROGRAM IN 2013: IMPACT ON FAMILY PRACTITIONERS

Introduction: In France, quality improvement programs in health care include continuing education for professionals. In 2013, the new Continuing Professional Development (CPD) program became mandatory for all 22 health care professionals, replacing previous Continuing Medical Education (CME).

Objectives: The aim of this survey was to assess the impact of CPD among family practitioners (FP) in Dordogne and Lot-et-Garonne, after its first year of implementation in 2013.

Methods: In September 2014, 614 FP working in private practices in Dordogne and Lot-et-Garonne were randomly selected for this observational survey. They received a standardized and anonymous questionnaire by mail. They were contacted again by mail and e-mail from regional medical boards to improve participation rate. Questions included demographics and practice types, participation in CPD (obstacles, global perception...) and other CME programs, and suggestions for improvement of CPD. Factors influencing the impact of CPD were analyzed using Chi-2 test.

Results: During a 3-month inclusion period, a statistically representative sample of 241 (39.3%) FP returned a valid questionnaire. Among them, 104 (43.2%) participated in the CPD program in 2013 and 155 (64.3%) in a CME program. Teaching physicians (N=52; 21.6%) and attendees of previous CME programs (N=185; 76.8%) were more likely to participate in CPD in 2013 (respectively, $p=0.003$ and $p<0.00001$). Main reasons for non-participation were lack of time (N=97; 70.8%) and replacement practitioners (N=38; 27.7%). Suggestions for improvement were: additional CPD topics (N=115; 47.7%), simplification of registration process (N=76; 31.5%), and increase in financial compensation (N=70; 29.1%).

Conclusion: For the first year of implementation, the participation rate for CPD was correct among FP. However, these programs need to be more attractive in order to achieve high participation, and, as a result, improve quality in health care.

DEPARTMENT: family practice, general practice.

KEYWORDS: continuing medical education, medical training, continuing medical training, continuing professional development, medicine, family practice, general practice, family medicine, general medicine, family practitioner(s), general practitioner(s).

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me 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 les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

HIPPOCRATES MEDECIN

Grec. Chap. 28.

