

Formation complémentaire par diplôme universitaire ou interuniversitaire ou capacité : pourquoi des internes ou des médecins généralistes installés font-ils ce choix ? Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès d'internes en médecine générale et des médecins généralistes installés dans la Somme

Alexandra Drumus

► **To cite this version:**

Alexandra Drumus. Formation complémentaire par diplôme universitaire ou interuniversitaire ou capacité : pourquoi des internes ou des médecins généralistes installés font-ils ce choix ? Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès d'internes en médecine générale et des médecins généralistes installés dans la Somme. Médecine humaine et pathologie. 2017. <dumas-01518420>

HAL Id: dumas-01518420

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01518420>

Submitted on 4 May 2017

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.

**UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS**

Année 2017

N°2017-7

**FORMATION COMPLEMENTAIRE PAR DIPLOME UNIVERSITAIRE OU INTER-
UNIVERSITAIRE OU CAPACITE : POURQUOI DES INTERNES OU DES MEDECINS
GENERALISTES INSTALLES FONT-ILS CE CHOIX ?**

**Etude qualitative par entretiens semi dirigés auprès d'internes en
Médecine Générale et de médecins généralistes installés dans la Somme**

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 9 FEVRIER 2017
PAR
Alexandra DRUMUS**

Président du jury : Monsieur le Professeur Gabriel CHOUKROUN

Juges : Monsieur le Professeur Vladimir STRUNSKI
Monsieur le Professeur Fabrice SERGENT
Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Georges JUNG

A mon président du jury,

Monsieur le Professeur Gabriel CHOUKROUN

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier(Néphrologie)

Doyen, Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche de Médecine d'AMIENS

Chef du service de Néphrologie, médecine interne, dialyse, transplantation et réanimation médicale

Chef du Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie" (D.R.I.M.E)

Vous me faites un grand honneur en présidant le jury de ma thèse. Merci d'avoir accepté de donner de votre temps pour juger ce travail. Soyez assuré, Monsieur le Professeur, de mon profond respect et de toute ma reconnaissance.

A mon juge,

Monsieur le Professeur Vladimir STRUNSKI

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Oto Rhino Laryngologie)

Chef du Service ORL et Chirurgie de la face et du cou

Pôle des 5 sens

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

A mon juge,

Monsieur le Professeur Fabrice SERGENT

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Gynécologie obstétrique)

Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury. Soyez assuré de toute mon estime.

A mon juge,

Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Médecine interne

Vous m'avez fait l'honneur de juger mon travail, Veuillez croire en l'expression de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Professeur Georges JUNG

Professeur Associé de Médecine Générale

Département de Médecine Générale

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse.

Merci pour vos précieux conseils et votre disponibilité.

Je souhaite aux internes de médecine générale d'avoir également la chance d'être accompagnés pendant leur thèse par une personne aussi dévouée, compétente et patiente que vous.

A ma mère,

Beaucoup de gens m'ont demandé comment j'ai réussi à faire tout cela. Finir un externat de médecine en Roumanie malgré toutes les difficultés, changer de pays et travailler dans un système médical différent, valider un internat en médecine générale. Ma réponse ?

Tout ce que je suis et espère être je le dois à ma mère !

Merci maman d'avoir cru en moi et de m'avoir soutenu pendant ces difficiles mais belles années de ma vie. Merci de m'avoir toujours encouragée de rêver de plus improbables rêves et de m'avoir donné le courage de travailler pour pouvoir les atteindre.

Mamei mele,

Mulți m-au întrebat cum am reușit să fac toate aceste lucruri. Să termin o facultate de medicină în România în ciuda multor dificultăți, să schimb țara și să muncesc într-un sistem medical cu totul diferit, să termin un rezidențiat în medicină generală. Răspunsul meu ?

Tot ceea ce sunt și sper să fiu datorez mamei mele !

Îți mulțumesc mama pentru încrederea pe care ai avut-o în mine, pentru toată susținerea în acești dificili dar frumoși ani ai vieții mele. Îți mulțumesc pentru că întotdeauna m-ai încurajat să am cele mai improbabile vise și că mi-ai dat curajul de a munci pentru a putea le atinge.

A Julien l'amour de ma vie,

Merci mon amour, d'avoir fait des dernières quatre années les meilleures années de ma vie.

Merci pour ton amour inconditionnel, pour ta patience et pour ton soutien dans mes moments de détresse. Je t'aime !

A Andreea,

Merci ma petite sœur pour tout ton soutien et pour tes sacrifices. Je ne vais jamais oublier.

A Cristiana,

Merci d'avoir été sœur et père à la fois. Te souviens-tu le jour où tu m'avais payé le ticket d'avion pour aller à Grenoble passer Les ECN ? Tu m'avais demandée : « Est-ce que ça en vaut vraiment le coup ? » Je ne t'avais pas répondu, mais je pense qu'aujourd'hui on a les deux la réponse.

A mes deux sœurs,

Je peux seulement espérer que nos enfants auront le même amour l'un pour l'autre que nous avons l'une pour l'autre. Et j'espère aussi qu'on arrivera à leur transmettre le même courage de rêver et la même force de travailler que notre mère nous a transmis malgré toutes les difficultés de la vie.

A mon père,

Sans lequel je n'aurai peut-être pas existé...

A la famille Jorgensen,

Monsieur, Madame, Alexandre, je vous remercie pour votre gentillesse et pour votre soutien.

Vous m'avez accueillie dans votre famille et toujours aidée et conseillée comme ma famille l'aurait fait et cela m'a fait me sentir moins loin de ma maison, de ma famille. Je ne vais jamais oublier.

*A monsieur Walle professeur des écoles,
Je vous remercie pour votre aide précieuse et pour votre soutien.*

A Mélina, ma meilleure amie

T'es la meilleure amie que j'aurais jamais pu avoir loin de ma maison et je te remercie de me supporter avec tous mes défauts et mon anxiété. Je ne sais pas ce que j'aurai fait sans tes conseils et ton aide.

A Irina, ma meilleure amie

Merci de m'avoir soutenue et d'avoir essayé me comprendre et me conseiller tout le temps. La distance n'a pas réussi à effacer notre amitié et tout ce qui nous lie et ne le réussira pas. Nos premières années de fac, les premiers examens ... Mes premiers échecs et toi en m'encourageant ce sont des choses qui nous réunissent à jamais. Tu avais raison, il ne faut jamais lâcher !

A Elena et à Brindusa mes meilleures amies,

On se connaît depuis plus d'une dizaine d'années, vous n'avez pas changé pour moi et vous ne changerez jamais. Les premiers cours, nos premiers examens, nos échecs et nos réussites toutes ces choses nous réunissent à jamais. Je vous remercie pour tout votre soutien, pour votre patience et pour votre amitié.

A Julien et Fabienne,

Juju, je te remercie de m'avoir supportée pendant notre premier semestre d'internat et les années d'après. Merci de m'avoir permis de doubler tes gardes (Oui, peut-être cela te faisait rigoler ce jour-là, moi moins... Mais cela nous fait rire tous les deux aujourd'hui.). A toi et à Fabienne, mes meilleurs amis français, je vous remercie pour tout ce que vous avez fait pour moi et j'espère que cette sincère amitié survivra à la distance et au temps.

A Cindia, Imane et Prescillia, mes « sœurs » d'internat

Je vous remercie mes amies, vous étiez toujours là pour moi et dans mes meilleurs moments et dans les pires. Les stages qu'on a faits ensemble, les gardes... surtout à Beauvais... nous ont rapprochées. On se disait « Oui, c'est dur mais on en rigolera un jour. »

Je ne vais jamais oublier les moments passés ensemble.

Au docteur Ferrari et à toute l'équipe du cabinet médical de Kawan : docteur Le Jannou, docteur Tanguy, docteur Le Goff, docteur Cojocar, et aux meilleures infirmières Marina et Virginie, à Karine et Éveline

Je vous remercie pour l'accueil, le soutien et vos conseils. Travailler pour vous m'a vraiment fait plaisir. Le jour où je m'installerai, je chercherai une équipe comme la vôtre !

Trugarez ma mignoned breizad !

*Au docteur Lebon, au docteur Wattier, à Charlotte et à l'équipe du cabinet médical de Rue.
Merci pour l'occasion que vous m'avez donnée de vous remplacer et de travailler avec vous,
pour vos conseils et pour toutes les choses que vous m'avez apprises.*

Au docteur Messéan,

*Je vous remercie pour l'occasion que vous m'avez donnée de vous remplacer, pour vos conseils
et pour toutes les choses que vous m'avez apprises. Cela me fait un grand plaisir de travailler
pour vous. Merci pour votre participation à mon étude.*

*Au docteur Zanardi, au docteur Mention, au docteur Fustier et au docteur Felloni, à Marie
Claire et à Dany, à toute l'équipe du cabinet médical de Feuquières*

*Travailler avec vous m'a toujours fait plaisir. Merci pour les occasions que vous me donnez à
vous remplacer. Je vous remercie pour vos conseils et pour votre soutien. Le jour où je
m'installerais je chercherai une équipe comme la vôtre.*

Au docteur Fontaine,

*La vie était un peu injuste, en vous enlevant. Là où vous êtes, je vous remercie pour tous vos
conseils, votre aide et pour toutes les choses que vous m'avez apprises. J'espère un jour être un
aussi bon médecin que vous.*

Au docteur Ponchart,

Merci pour vos conseils et votre soutien, c'est un plaisir pour moi de vous remplacer.

Au docteur Ducastelle mon maître de stage,

*Je vous remercie pour toutes les choses que vous m'avez apprises pendant mon stage, pour tous
les avis et les conseils que vous m'avez donnés. Je vous remercie pour l'aide précieuse que vous
m'avez donnée, ce travail n'aurait pas pu être possible sans vous. Merci pour votre participation
à mon étude.*

Merci à mes maîtres de stage, aux docteurs Bruyer et Libert,

*Qui m'ont permis de prendre confiance lors d'un stage d'interne mémorable. Merci d'avoir su
me transmettre votre vision de la médecine générale.*

Merci aux équipes des services hospitaliers où j'ai effectué mon internat,

Le service d'Hématologie-Oncologie du CH de Beauvais

Les Urgences du CH de Beauvais

Le service d'Endocrinologie du CHU d'Amiens

La pédiatrie du CH de Saint Quentin

Le service de Médecine Interne au CH d'Abbeville

Merci aux médecins généralistes et aux internes ayant participé à cette thèse,

Merci pour le temps que vous m'avez consacré, sans vous rien n'aurait été possible.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	9
MATERIEL ET METHODE	11
1. Sélection de la population étudiée, recrutement des participants et préparation des entretiens.....	11
2. Déroulement, transcription et analyse des entretiens.....	12
RESULTATS.....	13
1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE.....	13
2. MOTIVATIONS DES MEDECINS A FAIRE CES FORMATIONS	14
A. De l'ordre du besoin anticipé ou vécu	14
B. De l'ordre de l'opportunité, des circonstances.....	18
3. LES APPORTS DE CES FORMATIONS.....	19
A. Meilleure connaissance.....	19
B. Meilleure maîtrise et confiance en soi	19
C. Modification de l'approche, de la pratique dans le domaine du diplôme.....	20
D. Apport économique.....	22
E. Apport d'activité.....	23
F. Image positive auprès des patients.....	25
4. FAISABILITE - APPLICABILITE – ENTRETIEN DE LA FORMATION.....	26
A. LA FAISABILITE DE LA FORMATION.....	26
i. du temps.....	26
ii. de la distance.....	27
iii. des stages pas toujours simples à faire.....	27
iv. la conciliation pas facile.....	28
B. LA PRATICABILITE DE LA FORMATION.....	28
i. L'adaptation de l'enseignement à la pratique du médecin généraliste.....	28

ii. La modification de durée de consultation dans la thématique de la formation.....	29
iii. Le contenu de consultation modifiée ou pas	31
iv. L'organisation du travail modifiée.....	31
C. L'ENTRETIEN DES COMPETENCES APRES LA FORMATION.....	32
5. REGRETS-SOUHAITS-AVENIR.....	33
A. Etre différencié des autres médecins généralistes	33
B. Publicité : faite ou souhaitée en général.....	34
C. Reconnaissance économique souhaitée en général.....	36
D. DU - DIU- Capacité et la formation des médecins généralistes	37
E. Les DU/DIU/Capacités faites	39
F. L'avenir professionnel après la formation	40
DISCUSSION.....	43
1. INTERET DU SUJET.....	43
2. METHODE.....	44
A. Intérêt de la méthode	44
B. Les limites de la méthode	44
3. RESULTATS.....	45
A. Le type de formation complémentaire	45
B. Au départ un besoin	47
C. Au besoin s'associent volontiers, une opportunité et une faisabilité.....	50
D. Un résultat globalement satisfaisant par rapport aux motivations de base et aux conséquences dans l'exercice.....	51
E. L'expression d'une certaine vision de son métier de généraliste et de sa carrière.....	52
CONCLUSION.....	53
BIBLIOGRAPHIE.....	55
ANNEXES.....	58

INTRODUCTION

- L'article 11 de la déontologie médicale dit que tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu (DPC) (1).
- Le DPC créé en 2009 représente une obligation individuelle, satisfaite lorsque le professionnel de santé participe à des programmes DPC. Chaque année un arrêté ministériel fixe les orientations nationales du DPC (2). Depuis juillet 2016 l'Organisme Gestionnaire du DPC (OGDPC) est remplacé par l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu. (3)
- Le DPC peut être réalisé via plusieurs types de formations : (4).
 - Participer à un programme de DPC proposé par des organismes de DPC enregistrés auprès de l'Agence nationale du DPC.
 - Participer en qualité de formateur à un programme DPC.
 - Obtenir un DU (Diplôme Universitaire) ou DIU (Diplôme Inter Universitaire) évalué favorablement par la Commission Scientifique Indépendante compétente (CSI). Une évaluation défavorable fait que la formation ne concourt pas pour le professionnel de santé au respect de son obligation de DPC. (5)
- En 2014, en France plus de 25% des 90630 médecins généralistes en activité, soit 22985 médecins ont déclaré une formation complémentaire type D.U., D.I.U. ou Capacités auprès de leur conseil départemental (6). L'objectif de ces formations peut être d'acquérir certaines compétences, ou simplement un approfondissement ou une remise à jour des connaissances. La spécificité de ces formations est qu'elles portent chacune quasi que sur des thèmes ciblés, parcellaires type pédiatrie, gériatrie, gynécologie, sexologie, douleur ... Par ailleurs elles sont souvent ouvertes et communes à différents types de spécialistes médicaux ou paramédicaux et non ciblés sur le contexte spécifique d'exercice d'une catégorie de professionnels. Enfin ces formations diffèrent des traditionnels Enseignements Post Universitaires (EPU) du soir ou séminaires de 1-2 jours qui restent ponctuels, non validants d'une compétence, et rarement structurés pédagogiquement comme une formation construite dans le temps. La majorité de ces formations complémentaires se réalise sur un programme de 1 à 3 ans avec évaluation et délivrance d'un diplôme universitaire. La faculté de médecine d'Amiens propose de multiples formations complémentaires accessibles aux médecins généralistes pendant et après l'internat. (Annexes 1, 2 et 3)

- Selon la « WONCA » (World Organisation Of National Colleges Académies And Academic Associations Of General Practitioners Family Physicians), le médecin généraliste est un spécialiste chargé des soins globaux et continus, qui soigne les personnes dans leur contexte familial et culturel et dans le respect de leur autonomie. (7) Sa spécialité n'est pas d'être le médecin spécialiste d'un appareil, d'un organe, d'un sexe, d'une classe d'âge ou de situations spécifiques telles soins palliatifs, urgence. Sa spécialité est celle d'être le médecin de la personne tant dans sa dimension biologique, qu'environnementale, que psychologique. Elle se traduit statutairement dans la fonction de médecin traitant de la personne dans le cadre des soins primaires. Ceci signifie que l'action se fait en premiers recours sans sélection par l'âge, le sexe, l'appareil ; avec une prise en charge ambulatoire de la personne dans son milieu de vie et ceci de façon durable, globale, personnalisée tant dans les soins que dans la relation soignant-soigné.

- Il semble qu'il existe un paradoxe au moins apparent entre d'un côté une médecine qui se revendique globale et non la simple somme ou juxtaposition de savoirs de différentes spécialités et d'un autre coté des médecins de cette spécialité qui se forment spécifiquement et de façon ciblée sur des thématiques d'organe, de sexe, d'âge, de situation.

- Dès lors je me suis interrogée sur le pourquoi il existe autant de médecins généralistes qui éprouvent le besoin d'une formation complémentaire, non pas en Médecine Générale, mais uniquement dans certains thèmes pouvant certes faire partie du champ d'activité de cette spécialité mais sans un regard spécifique médecine générale. On peut aussi se demander pourquoi il y a peu d'Universités en France qui proposent des formations en Médecine Générale comme spécialité globale avec ses spécificités d'exercice, alors qu'elles offrent aux médecins généralistes autant de DIU/DU et Capacités sur certains thèmes de la médecine.

-L'objectif principal de mon travail est de comprendre quels sont les déterminants qui interviennent dans ce comportement de formation d'un généraliste vers les DU, DIU, Capacités ou formations équivalentes.

-Les objectifs secondaires sont d'envisager des liens entre ce comportement et la formation initiale et continue ainsi que la représentation qu'ont certains généralistes de leur métier et mission.

MATERIEL ET METHODE

1. Sélection de la population étudiée, recrutement des participants et préparation des entretiens.

- A. Il s'agit d'une étude qualitative faite par des entretiens semi-dirigés.
- B. Critères d'inclusion : être médecin généraliste installé dans la Somme ou interne picard et avoir obtenu son DU/DIU ou Capacités à l'Université de Picardie Jules Verne entre les années 2000 et 2015.
- C. Il a été volontairement choisi de contacter des médecins des différents secteurs, sexes et âges, qui travaillaient dans des milieux différents. Aucune sélection n'a été faite en ciblant à priori sur une formation plus qu'une autre.
- D. Le recrutement a été réalisé à l'aide de l'annuaire en ligne du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Somme et comme ces diplômes ne sont pas toujours annotés sur la plaque du médecin, on a choisi les participants d'une façon aléatoire. Un contact téléphonique a eu lieu en premier temps, qui permettait après une présentation succincte et une exposition du but du travail de l'étude, de sélectionner les participants qui ont fait leur formation à l'Université d'Amiens. Après la présentation des conditions de réalisation et si le médecin était intéressé, un rendez-vous était fixé à son cabinet selon ses disponibilités, afin de réaliser l'entretien. C'est au fur et à mesure des entretiens qu'étaient recherchés d'autres médecins jusqu'à saturation des données.
- E. Au préalable, un script qui servait de guide d'entretien était rédigé (Annexe 4). L'entretien contenait plusieurs thèmes :
 - i. Descriptif au début et à la fin du questionnaire. Il s'agissait d'apprécier le type de DU/DIU ou Capacité, la variété d'exercice, d'âge, de sexe.
 - ii. Orienté sur les motivations des médecins à faire ces formations complémentaires
 - iii. Orienté sur les apports de ces formations dans leur pratique ou leur carrière.
 - iv. Orienté sur la faisabilité et applicabilité de ces formations.
 - v. Orienté sur l'aspect prospectif concernant ces formations : améliorations possibles, regrets, souhaits.

2. Déroulement, transcription et analyse des entretiens

- A. Les entretiens se sont déroulés du 13 novembre 2015 au 11 mars 2016 selon les rendez-vous fixés par téléphone, aux cabinets des médecins interrogés pour les médecins installés, aux cabinets des médecins qu'ils remplaçaient pour les internes remplaçants en médecine générale et dans des salles à la faculté d'Amiens pour les internes en médecine générale. L'intégralité de ces entretiens a été enregistrée à l'aide d'un dictaphone numérique, après leur accord. Les questions de l'entretien étaient traitées en suivant la progression dans le script. Mes interventions consistaient uniquement à des relances pour répéter la question qui n'était point comprise, ou pour approfondir et clarifier le point de vue des participants.
- B. Une transcription mot à mot des entretiens a été effectuée à partir des enregistrements, en utilisant le logiciel de traitement de texte Microsoft Word®. Chaque participant a été désigné par la lettre « M » suivi de chiffres correspondant à leur ordre de passage lors des entretiens de façon à garder leur anonymat.
- C. Pour l'analyse des entretiens on a utilisé le logiciel NVivo10® qui n'interprète pas les données mais qui apporte une aide technique à l'analyse. Pour analyser on a utilisé la technique de codage axial. La méthode consiste à analyser un texte phrase par phrase pour extraire des thèmes qui ne sont pas antérieurement établis. Chaque thème devient un « nœud » dans lequel sont intégrées des parties de phrases ou des phrases en lien avec ce nœud. La relation entre ces catégories et les liens existants entre elles nous permettent de trouver la réponse à la question posée.
- D. La saturation des données a déterminé le nombre d'entretiens, cette saturation étant obtenue lorsque l'analyse des entretiens n'a plus révélé de thème supplémentaire qui pourrait enrichir la théorie.
- E. Une triangulation a été réalisée par une analyse en parallèle avec le Directeur de thèse, le professeur JUNG.

RESULTATS

1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

A. Pour le recrutement 30 appels téléphoniques ont été passés : 15 ont abouti à un accord de rendez-vous, 5 à un refus (par manque de temps ou désintérêt pour le sujet), 10 n'ont pas permis l'accès direct au médecin concerné (absence de réponse de leur part ou absence de transmission via leur secrétaire)

B. Tableau1. Les médecins selon leurs caractéristiques professionnelles

Médecin	Age	Sexe	Année d'installation/ Année de thèse	Milieu d'exercice
M1	37	M	2011	SEMI-RURAL LIBERAL+SALARIE
M2	47	M	2001	RURAL LIBERAL+SALARIE
M3	56	M	1986	RURAL LIBERAL
M4	47	F	1999	URBAIN LIBERAL+SALARIE
M5	42	F	2002	SEMI-RURAL LIBERAL+SALARIE
M6	44	M	2003	SEMI-RURAL LIBERAL+SALARIE
M7	30	F	DES 3-IMG	RURAL (remplacements)
M8	44	F	2008	URBAIN LIBERAL+SALARIE
M9	30	F	DES 3-IMG	SEMI-RURAL (remplacements)
M10	47	F	2012	URBAIN LIBERAL
M11	29	F	DES 3-IMG	URBAIN (remplacements)
M12	29	F	DES 3-IMG	URBAIN (remplacements)
M13	29	F	THESEE 2015	SEMI-RURAL (remplacements)
M14	47	M	2001	RURAL LIBERAL+SALARIE
M15	44	F	2003	RURAL LIBERAL

*DES = Diplôme d'études Spécialisées

C. Tableau 2. Les médecins selon la formation réalisée

Médecin	DU/DIU/Capacité	Année d'obtention
M1	GERONTOLOGIE	2010
M2	GERONTOLOGIE	2006
M3	EXPERTISE MEDICALE	2013
M4	GYNECOLOGIE	2008
M5	SEXOLOGIE+GERONTOLOGIE	2002
M6	GYNECOLOGIE	2008
M7	GYNECOLOGIE	2014
M8	GYNECOLOGIE+ PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR + MEDECINE LEGALE+ EXPERTISE	2005, 2008, 2009 et 2015
M9	GYNECOLOGIE	2014
M10	GYNECOLOGIE+ SEXOLOGIE	2012, 2015
M11	GYNECOLOGIE	2015
M12	ADDICTOLOGIE	2014
M13	GYNECOLOGIE	2014
M14	BIOLOGIE ET MEDECINE DU SPORT+ GERONTOLOGIE+ SOINS PALLIATIFS	2001,2002 et 2008
M15	SOINS PALLIATIFS	2010

2. MOTIVATIONS DES MEDECINS A FAIRE CES FORMATIONS

A. DE L'ORDRE DU BESOIN ANTICIPE OU VECU

i. Par rapport à la demande et besoin du patient

- **M1** : « Parce que nous sommes amenés à soigner bien sûr les personnes âgées et de plus en plus âgées » (*besoin pressenti avant installation*)
- **M4** : « Parce que à Abbeville il y a une grande demande en gynécologie pour le suivi des dames » (*besoin ressenti en activité*)
- **M5** : « assez naturellement les gens me parlaient de leurs problèmes sexuels. »
- **M6** : « la pratique de tous les jours, ben il y avait un petit manque. » (*Gynécologie, besoin ressenti*)
- **M11** : « alors qu'on a une grosse demande » (*gynécologie*)
- **M12** : « Quand j'ai commencé mes remplacements en médecine générale au cours des premières consultations j'ai été confronté à un patient qui s'est confié à moi et il m'a dit qu'il avait un problème avec l'alcool et qu'il voulait une solution pour s'en sortir (...) on a beaucoup de renouvellements en médecine générale de Subutex® et de Méthadone® dans les, dans les addictions »

ii. Par rapport à soi-même

○ → Compenser des insuffisances de formation

- **M1** : « chose que l'enseignement théorique fait dans... mmm... en médecine pendant l'internat ne répondait pas tout à fait à l'époque. »
- **M4** : « je voulais avoir une meilleure formation. »
- **M6** : « tout simplement parce que pendant mes études j'avais pas fait forcément de stage de gynéco. »
- **M7** : « je n'ai pas eu beaucoup (*connaissances gynéco*) pendant mon internat..., à Amiens où moi j'étais formée j'avais le choix entre la pédiatrie et la gynécologie. J'ai fait la pédiatrie donc j'avais un déficit en gynéco d'où ma formation que j'ai faite. »
- **M10** : « je fais partie des anciens au niveau de la formation ...on avait peu de détail de ce côté là et peu de formation. Donc là ça m'a obligé à travailler ce côté euh... donc soutien psychologique etcetera qui est pour moi très très important. L'alliance thérapeutique, et cætera. »

- **M11** : « c'était pour me former à la pratique de la médecine générale en gynéco en fait. Parce que à la fac d'Amiens pendant l'internat, on a le choix de faire soit un stage de pédiatrie soit un stage de gynéco. J'ai fait la pédiatrie parce que ça me paraissait un peu impératif pour la médecine générale et donc j'ai pas pu faire gynécologie. »
- **M12** : « à la fac on n'avait pas... on a très, très, très, très, très peu abordé ça. J'ai fait le DIU d'addictologie parce que j'ai trouvé qu'au cours de mon internat et au cours de mon externat on a eu peu de formation dans le domaine de l'addictologie. »
 - → **Approfondir ses connaissances**
- **M7** : « Pour approfondir ma connaissance dans la prise en charge gynécologique et obstétrique »
- **M8** : « approfondir mes connaissances personnelles sur notamment, la prise en charge de la douleur »
- **M9** : « pour approfondir mes, mes, ... mes connaissances cliniques en fait. Moi à la base c'est pour ça que je l'avais fait »
- **M13** : « Pour les connaissances, approfondir un petit peu mes connaissances. »
 - → **Acquérir maîtrise et confiance**
- **M8** : « c'est des choses qu'on maîtrise pas forcément toujours ». (*Gestion douleur*)
- **M9** : « Et puis pour re-pratiquer les gestes notamment les poses de stérilet et d'implant. »
- **M11** : « Je ne me sentais pas capable de faire de la gynécologie en médecine générale aujourd'hui. »
- **M12** : « En fait je me suis sentie un peu démunie parce que je ne savais pas comment faire, par quel bout commencer... s'il fallait que je commence par faire un bilan en ville, euh... s'il fallait que je l'adresse. Est-ce qu'on l'adresse d'abord en consultation avec un addicto ? Est-ce que on l'envoyait directement en cure ? »
- **M15** : « je me sentais un peu démunie face à la demande dans ce domaine-là. »
 - → **Améliorer qualité et sécurité de la pratique**
- **M4** : « pour ne pas faire des bêtises » (*gynécologie*)
- **M5** : « pouvoir leur donner des réponses claires et qui ont déjà été étudiées. » (*Sexologie*)
- **M8** : « des connaissances un petit peu plus éclairées je dirai sur certains sujets. » (*Gynécologie*)... Avoir une meilleure connaissance du droit médical, et puis parce que dans notre exercice professionnel quotidien on en a besoin. (*Médecine légale*) »
- **M12** : « ...Ils aiment pas forcément toujours voir un autre médecin (*les patients*). Donc il faut qu'on soit opérationnel en fait pour les prendre en charge. » (*Addictologie*)

○ → **Intérêt personnel pour le thème**

- **M1** : « Faire une formation complémentaire sur le sujet âgé était très intéressant... »
- **M3** : « Par intérêt pour l'expertise médicale. »
- **M9** : « Moi à la base, parce que j'aime beaucoup la gynécologie obstétrique ... »
- **M10** : « Et j'ai trouvé que gynéco ça m'intéressait beaucoup en tant que femme. J'ai un parcours particulier j'étais quand même 15 ans ... euh, j'ai 13 ans en PMI... »
- **M10** : « Parce que ce qui m'intéresse en médecine c'est surtout soulager le patient aussi bien de sa douleur morale que physique. Ce n'est pas le guérir forcément, il y a longtemps que j'ai abandonné ce rêve (*pires*). Et donc bien l'accompagner. »
- **M12** : « Après peut être que je suis sensibilisée à l'addictologie aussi. »
- **M13** : « Parce que j'aime bien cette spécialité-là tout simplement. » (*Gynécologie*)
- **M14** : « Donc que des choses qui qui m'intéressaient... »
- **M15** : « ... parce que c'était un domaine qui m'intéressait » (*soins palliatifs*)

○ → **Conception de son mode et contenu d'exercice professionnel**

***De la médecine générale**

- **M5** : « ... pour moi c'est vraiment la continuité de la médecine générale. » (*Sexologie*)
- **M8** : « avoir une meilleure connaissance du droit médical parce que dans notre exercice professionnel quotidien on en a besoin »
- **M8** : « pouvoir après prendre en charge et suivre les femmes dans leur quotidien ... pouvoir seconder les gynécos qui sont un petit peu débordés. »
- **M11** : « Quand on fait de la médecine générale on fait de la gynéco et de la pédiatrie et on ne peut pas choisir entre les deux ! »
- **M13** : « adapter ma pratique au cabinet. » (*Gynécologie*)
- **M15** : « Et c'est un DU ou il y a plein de professions en fait, des infirmières, des aides soignantes, assistantes sociales... donc c'est vrai que ça, ça touche un travail multi-équipe ... en fait en médecine générale on travaille beaucoup seul. » (*Soins palliatifs*)

***D'activité annexe**

- **M1** : « ...ça nous permet quand même d'avoir une activité annexe salariée au sein d'un EHPAD par exemple, comme fonction de médecin coordonnateur ce qui n'est pas négligeable dans notre travail. »

- **M3** : « pouvoir faire de l'expertise médicale (...) voir des gens qu'on ne connaît pas et de ne pas avoir à les soigner mais à expertiser et savoir s'ils sont réellement ou pas souffrants. »
- **M9** : « comme on a une activité libérale et qu'on est un petit peu tout seul c'est agréable de travailler en équipe en fait et au sein des structures hospitalières. » (*Planning familial pour Gynécologie*)
- **M14** : « il y a des moments où on pourra préférer être à l'hôpital avec 20 patients dans un service et consacrer toute sa journée, plutôt que d'être en ville avec je ne sais pas combien de centaines de patients. »

○ → **Affectif**

* « **Challenge** »

- **M3** : « Alors, pour prouver à mes filles que j'étais encore capable de passer un diplôme à la faculté. »
- **M8** : « j'ai besoin d'avoir des « challenges » aussi autres que ma journée ici au cabinet (...) Je suis très heureuse de l'avoir fait, je suis très fière de ce que j'ai pu faire ! »

***Statut étudiant**

- **M8** : « J'ai besoin de me remettre dans des cours (...) c'est de me remettre dans mes bouquins, de me replonger dans les bouquins, dans les livres. Voilà ! »
- **M14** : « Je pense que je voulais de pas non plus lâcher la faculté, l'hôpital, et cætera trop rapidement. »

*« **Hygiène professionnelle** »

- **M9** : « à la limite c'est pas désagréable parce que ça fait un peu couper. »

○ → **Pédagogique**

- **M8** : « On est quand même très encadrés dans ces DIU, dans ces formations universitaires ; en fait on est très encadrés avec des maitres de conférence, avec des praticiens hospitaliers qui sont quand même sur le terrain forcément. »
- **M13** : « Ben, je trouve ça bien qu'il y a ces DIU parce que c'est fait par des spécialistes qui nous font ça et qui nous apportent des connaissances en plus pour nous, adaptées. Je trouve que c'est plus... adapté que ça soit des spécialistes qui nous forment pour faire ce type de choses. Je trouve que c'est ... j'aurais plus confiance qu'un gynéco obstétrique m'apprenne la gynéco obstétrique, plutôt qu'un médecin généraliste qui a fait son expérience, certes avec le temps. Peut-être qu'il a une bonne expérience... mais... »

B. DE L'ORDRE DE L'OPPORTUNITE, DES CIRCONSTANCES

i. Professionnelles

- **M2** : « Elle était nécessaire à mon activité de médecin coordonnateur » (*gériatrie*)
- **M5** : « j'avais fait beaucoup de stages en gériatrie, du coup je me suis dit, tant qu'à faire autant et valider ces stages là et passer la capacité de gériatrie dans la foulée. »
- **M5** : « Donc j'avais vraiment envie de le faire depuis longtemps et quand il a été ouvert en fait en 99 pour la première fois à Amiens... je me suis inscrite directement. » (*Sexologie*)
- **M10** : « ça allait très bien avec aussi ma formation de consultante en lactation. » (*Sexologie*)
- **M13** : « c'est vrai c'était simple pour moi de faire les vacations de gynécologie obstétrique qui dépendaient de mon semestre. » (*Interne en stage gynécologie*)
- **M14** : « ... le DIU de Soins Palliatifs ... ça s'est proposé différemment parce que à l'époque où donc je suis arrivé comme médecin coordonnateur en EHPAD... et à ce moment là le directeur euh qui était très attaché à une prise en charge palliative dans son EHPAD s'est arrangé pour avoir beaucoup de personnel formé au DIU de soins palliatifs. Et donc là, il m'a proposé en tant que médecin coordonnateur de suivre cette formation comme DIU.
- **M14** : « J'ai visé principalement des choses qui se faisaient à Amiens »

ii. Personnelles

- **M5** : « J'étais pas très pressée à m'installer à l'époque »
- **M14** : « ça faisait quelques années justement que je n'avais pas passé de capa ou de DIU (...) comme je m'installais pas et que j'étais pas en rachat de patientèle ou en création de patientèle j'avais plus de temps libre »
- **M14** : « Moi je me souviens avoir été déçu d'avoir été refoulé quand j'ai fait une demande pour passer la capacité de médecine d'urgence (...) c'était le début du moment où ils ont fermé les portes de la capacité de médecine d'urgence aux libéraux en fait... »
- **M15** : « Moi je l'ai fait le mercredi parce que c'était mon jour de repos donc ... »

3. LES APPORTS DE CES FORMATIONS

A. MEILLEURE CONNAISSANCE

- **M1** : « Une meilleure connaissance de la gérontologie (...) compléter ma formation initiale en gérontologie qui était plutôt ‘light’. »
- **M2** : « Une meilleure connaissance des pathologies des personnes âgées »
- **M2** : « pouvoir m'appuyer sur l'enseignement que j'avais reçu »
- **M4** : « refaire le point sur mes connaissances qui étaient acquises mais un peu anciennes. »
- **M7** : « Une meilleure connaissance de la... humm... du domaine » (*gynécologie*)
- **M8** : « se remettre un petit peu en question de temps en temps ... de nous perfectionner voilà ! dans certains domaines et dans certaines connaissances que l'on aimerait avoir. »
- **M9** : « ça m'a apporté certaines connaissances que je n'avais plus ou que je n'avais pas. »
- **M11** : « pouvoir répondre aux questions basiques. »
- **M13** : « ça remet à niveau beaucoup de choses. »
- **M14** : « Quand on les fait tôt je veux dire, sont un peu des rappels parce que on vient de sortir de la fac. Donc ça ressemble plus à des rappels que de l'apprentissage (...) ben ça améliore toujours...C'est plus de compétence quand même, même si ça reste de la compétence plus généralisée que spécialisée. Ça amène plus de compétence ! »

B. MEILLEURE MAITRISE ET CONFIANCE EN SOI

- **M1** : « ...avoir des réflexes plus adaptés aux personnes âgées »
- **M2** : « à travers les formations et les stages qui ont lieu pendant la capacité une appréhension de ma nouvelle activité professionnelle. Pour les problèmes de gérontologie, certainement pour la confiance ça m'a beaucoup aidé d'avoir cette formation. »
- **M4** : « beaucoup d'aisance dans ma pratique quotidienne, parce que j'ai repris toutes les choses en prévention, en traitement, en suivi de grossesse à bas risque et puis sur le suivi gynécologique des femmes en général. »
- **M4** : « on le fait mieux parce que on a une formation qui est solide. »
- **M5** : « ça suffit peut-être pas de prendre en charge tous les problèmes sexuels, mais en tout cas ça aide ! »
- **M6** : « dès que j'ai une question gynéco, d'être beaucoup plus à l'aise... »
- **M7** : « beaucoup plus à l'aise dans mes prescriptions. »
- **M7** : « ça m'a juste aidée moi dans ma pratique au quotidien. »

- **M7** : « ça m'a aidée avoir plus d'aisance dans la pratique de ma spécialité et de la gynécologie dans ma spécialité en particulier. »
- **M8** : « la capacité de médecin légiste ça m'a apporté beaucoup dans la rédaction, dans la prise en charge... »
- **M9** : « Après, ça m'a apporté surtout de la confiance, la confiance en moi vis à vis des dames. Je suis plus à l'aise dans ce domaine-là depuis que j'ai fait le DIU. »
- **M10** : « Une aide précieuse au niveau de la consultation » (*relation d'aide*)
- **M11** : « ça a augmenté ma confiance en moi pour toutes les questions de gynécologie en fait. Et puis, ça m'a permis d'examiner les dames... ce que je ne pouvais pas faire forcément avant puisque j'étais pas du tout passée en gynécologie ni en externat ni en internat. »
- **M12** : « quand il m'en parle j'ai un peu plus de moyen pour le prendre en charge. » (*Addictologie*)
- **M13** : « Oui, ça oui plus (*de la confiance*) » (*gynécologie*)
- **M14** : « est-ce que ça m'a aidé d'avantage je ne sais pas... »
- **M15** : « Ah, ça oui, ça m'a beaucoup apporté (*la confiance*) ... de mieux gérer de situations qui peuvent être compliquées. Oui, oui ! »

C. MODIFICATION DE L'APPROCHE, DE LA PRATIQUE DANS LE DOMAINE DU DIPLOME

i. →Des patients et des pathologies

- **M1** : « Avoir la capacité de gériatrie, c'est vraiment approfondir aussi les consultations »
- **M2** : « une approche un petit peu différente de la personne âgée »
- **M3** : « ça permettrait peut-être au médecin traitant de préparer son patient qui va être expertisé. »
- **M4** : « ... une prise de conscience de la nécessité de le faire (...) surtout de prendre en compte des choses nouvelles dans la prévention et le suivi, que ce soit dans la gynécologie ou dans l'obstétrique. » (*Gynécologie*)
- **M8** : « Des changements ! Une façon différente de voir, d'aborder certains problèmes, certains sujets dans ma pratique quotidienne concernant tout ce qui est réglementation, certificats médicaux et cætera. (*médecine légale*) (...) pour tout ce que j'ai fait jusqu'à présent, m'a permis effectivement de modifier ma façon de travailler. »

- **M11** : « pouvoir suivre la pathologie commune de la gynécologie en médecine générale en fait. »
- **M12** : « ça m'a ouvert l'esprit sur toutes les addictions. Ça me permet d'être un peu plus alertée, d'être un peu plus sensibilisée. Donc d'aller chercher aussi le problème avant même que le patient m'en parle. Ça améliore en fait ma prise en charge. »
- **M14** : « on acquiert quand même une expérience et une autre vision des choses, du patient plus exactement et des différentes pathologies. »
- **M15** : « Ça m'a apporté de prendre un peu de recul. »
- **M15** : « En médecine palliative on apprend qu'il y a 4 piliers donc le pilier physique, le psychologique, le religieux et le spirituel. Voilà donc, c'était de prendre en charge tous ces domaines-là. »

ii. →Du rôle de premier recours

- **M6** : « ...de pas avoir la nécessité d'avoir à faire à un deuxième avis trop vite » (*gynécologie*)
- **M7** : « ... d'essayer de me débrouiller sans le spécialiste » (*gynécologie*)
- **M8** : « on peut effectivement nous prendre en première ligne les patientes pour un dépistage pour des choses comme ça et ensuite les envoyer vers les gynécologues avec tous les examens quand ils sont réalisés » (*Gynécologie*)
- **M8** : « Le suivi des grossesses, ben... on le fait de manière conjointe parallèle avec les gynécos et puis les sages femmes. » (*Gynécologie*)
- **M11** : « Pouvoir faire les frottis des dames qui le demandent de plus en plus, parce que il y a des délais de consultation gynécologique qui sont ... « aberrants ». »

iii. →De la coordination, du travail en équipe, du réseau

- **M9** : « j'ai du plaisir à travailler en équipe au sein d'une structure hospitalière. » (*Gynécologie*)
- **M10** : « En plus ça permet de travailler le « réseau » de connaissances, donc c'est vrai que on sait mieux quand orienter, on connaît ... puisque on a eu les profs, les intervenants... Euh... et je trouve que c'est, ... au niveau du réseau ça marche très bien aussi comme ça. »
- **M12** : « Du coup, en faisant le DIU d'addictologie on a eu accès à certains sites que je vais pouvoir aller consulter régulièrement. Et puis, en faisant le DIU aussi j'ai rencontré des gens qui font de l'addictologie. Donc je vais pouvoir les appeler. On construit un peu un réseau

aussi avec les profs qui nous ont donné les cours. Donc je vais pouvoir les appeler pour prendre des avis quand je serais ennuyée, oui. »

- **M12** : « Ce qui était intéressant dans ce DIU c'était que c'était pas purement médical. En fait il y avait ... on était divers professionnels de santé ou non. D'ailleurs il y avait psychologue, infirmière, éducateur spécialisé, médecin psychiatre »
- **M12** : « Enfin, c'était bien parce qu'on pouvait tous échanger par rapport à notre quotidien et voilà à apprendre des choses. »
- **M15** : « ...de travailler plus en équipe alors surtout, bah avec les infirmiers en médecine de ville, et les familles. » (*Soins palliatifs*)

D. APPORT ECONOMIQUE

i. Nul ou quasi nul

- **M1** : « Est-ce que c'est intéressant du point de vue économique ? Non, ce n'est pas intéressant. C'est pas un plus du point de vue économique, non ! »
- **M2** : « Non ! »
- **M4** : « ça ne m'a rien apporté. »
- **M5** : « Alors la sexo, contrairement à ce qu'on pense ce n'est pas franchement rentable... Donc ça n'a pas beaucoup d'intérêt financier. »
- **M6** : « DU... rien, ça n'a rien changé. »
- **M7** : « Economique, non ! »
- **M8** : « le DIU douleur et le DIU gynécologique ça ne rapporte pas grand-chose »
- **M9** : « d'un point de vue économique je pense que cela ne change pas grande chose. » (*Gynécologie*)
- **M10** : « la sexologie est à perte ... Il ne faut pas faire ça pour l'argent, non. Financier non, aucun intérêt ! »
- **M11** : « Rien, puis la seule chose qu'on peut coter en plus c'est les poses ou ablations d'implant mais qui, clairement nous rapportent rien. » (*Gynécologie*)
- **M12** : « Non ça change rien, parce que la formation je l'ai payée. Je ne me l'ai pas fait financer. Je n'ai pas travaillé les jours où j'ai fait ma formation... » (*addictologie*)
- **M13** : « Non, rien ! » (*Gynécologie*)
- **M14** : « Non, pas du tout. Au contraire, c'est quelque chose qui coute cher aussi. Parce qu'une formation...il faut se libérer, donc se libérer ça veut dire des journées pendant lesquelles vous ne travaillez pas et donc pendant lesquelles il n'y a pas d'argent qui rentre.

Donc ça coûte de l'argent. Même si je fais une consultation en médecine du sport, sauf s'il y a des gestes techniques, comme les infiltrations par exemple, ou après en gériatrie s'il y a un bilan mémoire plus poussé effectivement qui mérite d'être coté, mais autrement non. »
(*médecine du sport, gérontologie, soins palliatifs*)

- **M15** : « Non, rien... du point de vue économique ça ne m'a rien apporté. »

ii. Un certain apport économique.

- **M3** : « Aussi ! » (*Apport*)
- **M8** : « La capacité de médecin légiste, le fait que je fais de l'expertise médicale avec la CPAM effectivement me rapporte une rétribution à côté. »

E. APPORT D'ACTIVITE

i. → Sur sa patientèle - médecin traitant

***un apport d'activité en patientèle**

- **M1** : « C'est vrai qu'en médecine générale il y a beaucoup de personnes qui viennent me voir, parce que aussi j'ai une capacité de gérontologie »
- **M8** : « ça permet de récupérer des patientes dans le cadre du dépistage tout simplement. »
(*Gynécologie*)
- **M8** : « le fait d'avoir le DIU gynécologie obstétrique je pense que, oui ça a dû augmenter un petit peu, parce que on gère pas mal de choses à ce niveau-là. »
- **M9** : « ça me permet de faire ... de varier plus mon activité » (*gynécologie*)
- **M12** : « Donc, oui je pense que les patients parlent entre eux... si j'ai des capacités en addictologie je pense que j'en verrai un petit peu plus. Oui je pense que oui ça peut changer oui »
- **M13** : « amener plus de patients... plus de patientes à suivre » (*gynécologie*)
- **M14** : « Oui, ça oui. Ça a augmenté le nombre de patients. Ça je pense, oui je pense ! »

***pas d'apport d'activité en patientèle**

- **M3** : « Par rapport à la clientèle, ça n'augmente rien, car je ne peux pas être expert et médecin traitant en même temps. »
- **M5** : « Je pense pas que ça augmente ma patientèle parce que, c'est une patientèle différente en fait, donc non je pense pas. »
- **M6** : « Rien, ça n'a rien changé. »
- **M7** : « Patientèle non plus. » (*Rien changé*)

- **M10** : « Alors, en fait ... Comme ce sont des DIU ou les gens consultent de façon ponctuelle, donc ce ne sont pas mes patients ... bien sûr que je fais la gynéco pour mes patientes mais ça, ça n'a pas augmenté ma population de... euh ma patientèle. »

ii. →Sur son activité en médecine générale en cabinet hors patientèle

***des patients des confrères**

- **M2** : « Il arrive que mes confrères m'envoient quelques évaluations gériatriques à faire mais je ne peux pas dire que ça a révolutionné mon activité professionnelle libérale. »

- **M4** : « Mes associés m'ont tous confié leurs patientes pour le suivi gynécologique et j'ai même des patientes qui viennent d'Abbeville et environ avec recommandation de leur médecin traitant qui me les adresse. »

- **M8** : « Ça n'augmente pas vraiment la patientèle... non... les expertises non, parce que ce sont des gens ... (*hésitation*) alors, si parce que ce sont des gens ... mais, ce sont des gens que je vois une fois et une unique fois. »

- **M10** : « Par contre pour les avis spécifiques de mes confrères oui mais ça, ça fait pas partie de ma patientèle »

- **M10** : « Ça m'apporte peut-être au niveau gynéco... mes confrères m'adressent. Donc vous voyez en tant que, entre guillemets vous voyez, « spécialiste », médecin généraliste « spécialiste » ou pour un avis ponctuel. Oui j'ai quand même pas mal de consultations gynéco par mes confrères généralistes. »

- **M11** : « Moi je suis remplaçante, mais il y a beaucoup de médecins qui nous appellent en ce moment et nous demandent si on fait de la gynécologie, parce que eux ils en font beaucoup... et qui sont demandeurs de remplaçants qui font de la gynéco en fait. »

- **M14** : « ...des gens hors ma patientèle, que je suis et qui viennent ...qui viennent à demander un avis secondaire après avoir... qui peuvent être envoyés par un collègue généraliste pour avoir un avis aussi. »

iii. →En dehors de son travail de médecin généraliste

***Une activité médicale annexe**

- **M3** : « pouvoir faire de l'expertise médicale. »

- **M3** : « C'est une activité en plus, une activité annexe. »

- **M4** : « ... à la suite de mon DIU gynécologie obstétrique, j'ai intégré l'hôpital notamment le planning familial pour une vacation hebdomadaire. »

- **M5** : « ça m'a permis par exemple, de pouvoir obtenir un poste à mi-temps dans la maison de retraite de la ville dans laquelle j'exerce »
- **M5** : « ça me permet d'avoir un pied dans la médecine salariée et ça m'assure un salaire et une retraite pour plus tard. »
- **M6** : « j'ai un pied quand même à l'hôpital dans un service de gynéco au planning (*planning familial*), une demie journée par semaine »
- **M8** : « je suis médecin expert auprès de la CPAM » (*médecine légale*)
- **M10** : « tout ceci me permettra peut-être aussi de, de un jour quitter la convention. » (*Sexologie*)
- **M15** : « je sais qu'aujourd'hui les capacités ou les DIU que j'ai passés peuvent m'aider éventuellement si je décide de...d'arrêter la médecine générale (...) Ça peut être une sortie, une « porte de secours » entre guillemets pour faire autre chose. »

***Un rôle d'expertise pour les confrères**

- **M5** : « je propose en fait des formations (...) Il y a tout un groupe de médecins que je forme régulièrement aux problèmes sexuels. C'est pareil pour les EPU sur la personne âgée, le risque iatrogène et les difficultés de gérer la personne âgée ; dans le cadre du (*poste de*) médecin coordonnateur je fais des formations aux agents et aux autres médecins du groupement... »
- **M8** : « J'ai aussi des confrères et consœurs qui viennent des fois taper à ma porte en disant « qu'est ce que t'en penses ? » « Tu ferais quoi ? », « J'ai eu ça, et ça... » (...) Voilà donc, ça peut permettre aussi d'aider les confrères dans l'intérêt du cabinet de groupe » (*médecin légiste*)
- **M12** : « Quand j'en ai parlé avec des amis qui ne faisaient pas ce DIU, du coup je leur ai expliqué les choses après les avoir apprises » (*addictions*)

F- IMAGE POSITIVE AUPRES DES PATIENTS

i. De compétence dans un domaine

- **M1** : « Donc je suis censé de prendre les meilleures décisions pour eux. (...) Les DIU et les Capacités ... elles sont vraiment un plus et qu'elles représentent un attrait non négligeable déjà de la patientèle ... »
- **M5** : « en médecine de ville je vois beaucoup de personnes maintenant, qui viennent pour faire des bilans MMS et puis les personnes âgées qui viennent plus facilement vers moi »
- **M5** : «Après, pour la sexo ... Ils viennent que pour ça en général. »
- **M8** : « On a des femmes jeunes, on a une clientèle jeune qui se rapproche de nous »
- **M10** : « C'est une reconnaissance c'est sûr. » (*Gynécologie*)

ii. De confiance

- **M12** : « Dans le cadre de l'addiction, quand vous savez de quoi vous parlez (...). Que vous pouvez aller au-delà des problèmes, en connaissant les soucis que lui même a dans son quotidien, ça améliore la confiance. »
- **M12** : « On dit que des fois il faut savoir aussi parler avec un langage adapté. Et dans le cadre des addictions, notamment avec les drogues intraveineuses, c'est important d'avoir des termes qu'eux même connaissent. Ça peut améliorer la confiance quand on sait de quoi on parle. »
- **M14** : « Il y a des gens qui trouvent ça réconfortant, (...) qui viennent vous voir parce qu'ils savent que vous êtes qualifié en gériatrie ou en médecine du sport. Ça arrive, oui ! Est-ce que le patient a une plus grande confiance ou pas, ça je ne sais pas. »
- **M15** : « Quand les patients voient ça sur les ordonnances ça les sécurise (...) ça, ça les sécurise de savoir que ... qu'on est intéressé par le sujet et formé quoi. » (*Soins palliatifs*)

iii. D'utilité

- **M4** : « dans mes patientes, elles sont ravies parce qu'elles ne doivent pas courir après un gynécologue. »
- **M8** : « le fait que les femmes sachent qu'on fasse des frottis et qu'on a notre formation ça leur permet de venir nous voir plus facilement en se disant « oui, parce que chez mon gynécologue c'est compliqué ! » ou « je n'ai pas de gynécologue et je ne savais pas vers qui me tourner ».

4. FAISABILITE - APPLICABILITE – ENTRETIEN DE LA FORMATION

A. LA FAISABILITE DE LA FORMATION

i. Du temps

***pas facile**

- **M4** : « Donc, j'ai étalé ma formation sur deux ans parce que je n'ai pas pu tout faire la même année. (...) c'est que c'est très chronophage, il faut trouver le temps de le faire » (*gynécologie*)
- **M6** : « C'était pas facile le faire parce que les DIU ça demande du temps quand même, surtout au niveau des stages. »
- **M14** : « ce qui a pris un petit peu de temps aussi c'était le mémoire à préparer. » (*Gérontologie*)
- **M15** : « Donc, c'était vraiment intense. »

***mais faisable par une bonne organisation**

- **M3** : « Non, tel que c'est fait sur Amiens les quelques stages c'est bien. Quelques semaines et quelques jours de stages c'est bien. » (*Expertise médicale*)
- **M12** : « Euh non, j'ai trouvé ça très bien l'organisation du DIU... juste deux jours par mois. Non, c'était bien ! »
- **M13** : « Peu importe quand on le fait, faut prendre nos dispositions du coup. »
- **M14** : « Il y avait pas de mémoire à écrire » (*médecine du sport*)
- **M15** : « moi je pense que ce DU là, il est bien. Il est bien organisé. pour moi c'était bien parce que c'était regroupé sur une journée.

ii. De la distance

- **M5** : « A l'époque j'étais donc sur Amiens, et je devais aller à Lille très régulièrement et c'est vrai que c'était pas tellement évident »
- **M10** : « le DIU de sexo... en fait c'est beaucoup plus Lille que Amiens. Voilà donc, il faut le savoir avant de le commencer. (...) C'est quand même assez fatigant. »

iii. Des stages pas toujours simples à faire.

- **M6** : « Il y a quand même des stages qui sont galère à mettre dans son planning. »
- **M6** : « on n'est pas tout seul à vouloir aller dans ces stages là. Par exemple, le DIU de gynéco obstétrique vous êtes en concurrence avec les internes de gynéco, les sages-femmes, les externes. Il y a quand même du monde et c'est compliqué, c'est compliqué de trouver sa place. »
- **M10** : « ils sont assez compréhensibles aussi pour les stages. On s'arrange pour les faire un peu avant ou après...mais tout grouper faut être étudiant quoi !!!! (*Irritabilité*) »
- **M11** : « Alors, l'organisation du DIU de gynéco est très compliquée parce ...déjà ils nous demandent beaucoup de stages.....régulièrement on nous dit qu'il y a un externe qui est là ou une sage-femme qui est là, ou il y a un interne qui est là et on nous reçoit pas. Du coup, la réalisation des stages est très complexe. Donc ça, ça pose des soucis quand on est des médecins. »
- **M14** : « Pour la médecine du sport au niveau de la capacité l'avantage c'est que bon, il y avait des stages à suivre auprès des médecins du sport. Je pense que ça devrait représenter que... le total d'une semaine de stage. Je crois. Donc ça, ça c'était pas trop prenant. »

iv. La conciliation pas facile

- **M2** : « C'est malheureusement compliqué. Moi je l'ai vécu en ayant déjà une activité professionnelle très chronophage. Ce qui était demandé était adapté aux gens qui sont en... en études, étudiants, sans activité professionnelle. (*Gérontologie*)
- **M6** : « Et puis, surtout si vous êtes installé comme moi, bah si vous êtes pas au cabinet... vous êtes en stage, donc pas au cabinet donc forcément (*fait une grimace*)
- **M10** : « DIU de gynéco, quand on est installée c'est quand même très dur. Et qu'on est une femme et qu'on a une vie de famille à gérer en plus... »
- **M11** : « Médecins installés je crois que c'est pire (...) c'est impossible de finir le DIU. (...) remplaçant on a plus de disponibilités mais, c'est vraiment compliqué de faire les stages. »
- **M13** : « c'est vrai que, quand on est installé c'est pas facile ça c'est clair »
- **M14** : « La capacité de gériatrie, les stages on en avait beaucoup plus à faire en milieu hospitalier, en EHPAD. . un peu plus difficile de caser une journée de stage. »
- **M14** : « Parce qu'une formation il faut se libérer (...) ça veut dire des journées pendant lesquelles vous ne travaillez pas et donc pendant lesquelles il n'y a pas d'argent qui rentre.»
- **M15** : « C'était quand même un sacrifice vis à vis de mes enfants et sur mon temps de repos. »

B. LA PRATICABILITE DE LA FORMATION

i. L'adaptation de l'enseignement à la pratique du médecin généraliste

○ →De l'utile et utilisable

- **M1** : « Cette capacité me paraît tout à fait adaptée. Très bonne formation, très complète. » (*Gérontologie*)
- **M2** : « Dans ma pratique elle m'a quand même été bien utile. Donc je ne dirai pas qu'il y a des éléments qui la rendent inutile. » (*Gérontologie*)
- **M4** : « Non. (*Des éléments qui la rendent inutile ; gynécologie*). Je ne peux qu'encourager et notamment les femmes qui envisagent de s'installer en médecine générale en libéral, de faire ce DIU qui est vraiment très, très bon. »
- **M5** : « Non, moi je la trouve utile, après au niveau application ? » (*Sexologie*)
- **M7** : « Euh, non !? » (*Des éléments qui rendent peu utile ou peu applicable*)
- **M10** : « Je pense que c'est assez adapté, sur la gynéco c'est très adapté pour un médecin généraliste. (*Gynécologie*) (...) Mais bon, c'est tout à fait applicable quand même dans ma médecine quotidienne. » (*Sexologie*)

- **M12** : « Je vois pas. Non j'ai pas d'élément peu applicable. Non, je n'ai pas. »
- **M13** : « il y a des cours qui sont tout à fait adaptés. »
- **M15** : « mon petit carnet de recettes et ça m'arrive souvent de le ressortir sur les soins de bouche ou traitements de l'essoufflement de la douleur...Non non, c'était pas inutile. »
- **M15** : « le DU ça m'a déjà bien répondu à mes attentes »

- →**Du peu utile ou inutilisable**

- **M6** : « Après, il y a des choses qu'on utilisera jamais. Euh, qu'on utilisera jamais parce que ben, on n'est pas équipés de la même façon (*par rapport à l'hôpital et au gynéco*) ... On ...on ne pourra pas faire de la gynéco à 100% parce que tout simplement, j'ai pas d'appareil d'échographie je ne suis pas formé pour, voilà quoi ! Puis peut être que l'expérience tout simplement... ce n'est pas parce que j'ai fait une formation de gynécologue que on a l'expérience comme les vrais gynécologues. »
- **M10** : « Au niveau de la sexo, c'est un début de formation on a encore besoin de se former ... Donc c'est le début d'une découverte. »
- **M11** : « ...dans le DIU de gynécologie, il y a beaucoup de cancérologie que nous on n'est pas du tout amenés à prendre en charge. Parce que dès qu'il y a un problème de gynécologie cancéro, on adresse aux spécialistes. Il y a quand même toute une partie de ce DIU qui est quand même ... peu adaptée à la médecine générale je trouve. »
- **M13** : « Oui. (*Des éléments peu utiles ou inadaptés*) Les cours sur la chirurgie et le curage lombo-aortique dans le cadre d'un cancer des ovaires, c'est pas très adapté à notre pratique. C'est trop spécialisé certainement ! »
- **M15** : « ... je ne sais pas, quand on a fait les dimensions religieuses... on a fait sur toutes les religions. Bon, nous à la campagne on n'a pas des gens islamiques. Voilà donc, il y avait des choses que... que vous ne servirez peut-être jamais, mais qui sont intéressantes puisque pas abordées pendant les études classiques. Mais d'une façon générale c'était quand même très intéressant dans tout ce qui a pu être abordé quoi. »

ii. La modification de durée de consultation dans la thématique de la formation

- →**Des durées plus longues**

- **M1** : « C'est des consultations de mémoire par exemple, et des consultations de gérontologie qui vont être des consultations longues, et qui ne sont pas réalisables dans un cabinet privé de

médecine générale de part des cotations. (...) une plainte mnésique et faire l'ensemble des tests simples durent quand même 20 minutes. »

- **M4** : « C'est une consultation qui est plus longue, notamment pour les patientes que je ne connais pas puisque je dois constituer un dossier complet (...) Et la consultation en elle même est un petit peu plus longue également. Donc c'est une consultation qui est plus longue. »
- **M5** : « Certains trouvent qu'on manque de temps, et c'est vrai qu'il faut du temps en sexo. Donc j'ai des confrères qui ont complètement laissé tomber la sexo par manque de temps.»
- **M8** : « Alors, par rapport au temps il est vrai que, quand on fait une consultation gynécologique et que les femmes nous disent «j'aimerais bien qu'on fasse un frottis » ou « qu'on voit telle chose » ... on ne peut pas gérer ça comme ça vite. C'est pas possible ! Donc voilà, de ce point de vue la oui » (*c'est peu applicable*).
- **M9** : « Moi, ça ne me prend pas plus de temps ... je m'organise autrement ... je fais des consultations plus longues mais ça ne me dérange pas à la limite. »
- **M10** : « C'est des consultations longues et qui durent longtemps » (*sexologie*)
- **M12** : « C'est vrai que, c'est des consultations qui peuvent du coup être plus longues parce que le patient peut venir pour un problème x. Il peut venir pour une insomnie et puis, en fait, on se rend compte qu'il y a une addiction derrière qu'il faut prendre en charge. Mais c'est dans le cadre de toutes les consultations de médecine générale (...) »
- **M14** : « C'est mon manque de temps. C'est vraiment la première chose qui m'empêche de pouvoir appliquer au mieux mes connaissances dans ma pratique. Ça c'est oui, c'est le manque du temps c'est la première chose qui me vient à l'idée. »
- **M15** : « Si, si, ça prend plus de temps mais pour moi c'est un temps nécessaire quoi. »
 - o → **Des durées de consultation inchangées**
- **M6** : « Je sais pas si une consultation gynécologie prend plus de temps ... franchement je ne fais pas attention à ça. »
- **M7** : « ... ça n'a pas changé le temps des consultations... »
- **M11** : « Pour tout ce qui est gynéco on a le temps ... Enfin, moi je prends un quart d'heure par patient et par consultation. Ça peut déborder sur 20 minutes. On n'est pas...je trouve que le temps d'une consultation ça ne pose pas des soucis non. Pas pour la gynécologie. »
- **M13** : « Non, non pas vraiment je pense pas. (*Modification de la durée d'une consultation*)

iii. Le contenu de consultation modifié ou pas

- **M1** : « on peut faire des dépistages simples au cabinet médical, comme par exemple des troubles cognitifs et ensuite réorienter (...) pour des consultations plus approfondies. »
- **M7** : « ça n'a pas changé fondamentalement ma pratique. »
- **M11** : « Après, en tant que généraliste on peut pas tout ... enfin ... par exemple la pose de stérilet moi je décide de pas la faire en cabinet... »

iv. L'organisation du travail modifiée

- **M1** : « Je demande au patient de revenir pour un RDV spécifique parce qu'au sein d'une consultation souvent il émane une plainte de mémoire ... souvent ce sont des plaintes qui arrivent en fin de consultation. Au milieu de la consultation il n'est pas possible (*de le faire*) ... et les déborder par rapport au planning (*les consultations*). Donc cette personne devra être convoquée ou reprendra un RDV pour la réalisation de tests de mémoire spécifiques. »
- **M3** : « Ça oblige à avoir des créneaux horaires pour faire de l'expertise. »
- **M4** : « je demande à mes secrétaires de me préciser quand c'est un suivi gynécologique pour faire attention et ne pas en mettre 4 à la file, ou ne pas me doubler le RDV pour une urgence. »
- **M5** : « Après, c'est une question de gérer son emploi du temps et j'essaie de gérer pour pouvoir avoir ... Humm... je mets par exemple, pour mes consults de sexo ... je mets 1/2 heure au lieu d'un quart d'heure comme pour la médecine générale. »
- **M8** : « Concernant les consultations gynéco et les frottis, de toute façon ça c'est géré dans ma consultation et ma patientèle habituelle. On les intercale entre deux consultations, je ne fais pas de...par exemple de matinée ou je planifie que ça. (...) Il faut ménager, il faut qu'on ait un RDV de consultation plein c'est à dire qu'on se voit avec un RDV mis en surplus par exemple (*mettre un RDV sur deux places de consultation*). Ça les secrétaires le savent ! »
- **M8** : « Les expertises, ça je les mets en toute fin de consultations. Je les inclus dans mon planning, forcément. (...) Donc ça il faut que je ménage. Selon les dossiers il ne faut pas que j'ai d'impératif après en terme de consultation avec des RDV qui sont posés après. »
- **M9** : « bah il faut s'organiser autrement... »
- **M10** : « je les mets en général en fin de matinée ou en fin de soirée. Après, suivant les patients c'est comme je les sens si je les connais ou pas. Je me méfie quand même voilà de les mettre... je les mets en fin de matinée et en fin de soirée quand je ne les connais pas. »

- **M14** : « Non, je ne laisse pas de temps à part pour ça. Après je... en général..., par contre je peux organiser différemment la journée de consultations en fonction de telle ou telle consultation que j'aurai à faire, qui risque de prendre plus de temps. Je m'arrange par exemple qu'elle soit pas en milieu des consultations et que ça soit en fin de journée, en fin des consultations. Mais sinon non je n'attribue pas d'horaire particulier pour telle ou telle pathologie de consultation. » (*Gériatrie -médecine du sport*)

C. L'ENTRETIEN DES COMPETENCES APRES LA FORMATION : TRES VARIABLE

- **M5** : « Euh, ça je vais à des congrès de sexo très régulièrement. Donc parce que comme on est pas très nombreux en sexo, le souci c'est qu'il y a peu de réunions, il y a peu d'EPU par exemple dans la région. Donc je vais une fois par an, voire deux quand je peux à des congrès de sexo.
- **M5** : « Pour la gériatrie j'ai des formations en fait (*rires*), régulièrement il y a des formations au CHU d'Amiens donc, je me forme comme ça sur les réunions qui sont proposées au CHU. »
- **M6** : « C'est pas bien compliqué, vu que j'ai un pied quand même à l'hôpital dans un service de gynéco au planning (*planning familial*) et puis, j'essaie quand même de me tenir au courant par le biais de l'internet. Il y a un site des gynécos de France ...où il y a toutes les mises à jour, toutes les recommandations, tous les nouveaux consensus qui sont édités. »
- **M7** : « Oui alors, je l'ai passé il y a un an, j'ai fini mon internat il y a deux ans donc, pour l'instant l'actualisation...euh... je suis un peu jeune. »
- **M8** : « par rapport à la capacité de médecin légiste on reçoit régulièrement (*des cours, des mises à jour*) ... De congrès, de séminaires en fait, concernant effectivement les sujets qu'on a pu voir, ou qu'on a pu traiter en médecine légale. Donc on a effectivement la possibilité, oui tout à fait de se mettre à jour et de s'actualiser. »
- **M8** : « C'est forcément sur des semaines, sur des week-ends ou quand on a une activité... moi je ne fais pas que de la médecine légale, et quand on a une activité effectivement de médecine générale à côté c'est pas toujours évident. On ne peut pas faire toutes les formations, ça c'est sûr. Il faut sélectionner, on peut en faire une ou deux dans l'année oui.. »
- **M9** : « Non, c'est pas facile se mettre à jour ! C'est pas facile mais, c'est comme tout, il faut prendre le temps ! »

- **M10** : « j'avais fait une formation d'une journée sur les soins palliatifs et douleurs. (1999) Donc ce n'est pas assez... je ne peux pas m'en servir en tant que tel parce que ça a trop évolué, j'étais salariée pendant 15 ans en prévention. C'est dépassé quoi. »
- **M11** : « Après, je sors de l'internat il y a pas longtemps et après, le DIU ça me paraît récent. Ben ... Non, je pense que c'est à nous de se mettre à jour... »
- **M12** : « je l'ai fait en 2015, donc elles sont encore fraîches (*Les connaissances*). Donc comment je vais faire pour actualiser ? Je pense que je vais m'abonner à une revue en addictologie. Du coup en faisant le DIU d'addictologie on a eu accès à certains sites que je vais pouvoir aller consulter régulièrement. »
- **M13** : « en m'informant par internet, par nouvelles recommandations sur internet »
- **M14** : « Oui c'est facile à se mettre à jour. Il suffit de le décider, de s'octroyer du temps. »
- **M14** : « je vais à des congrès en fait. Des revues, des revues spécialisées auxquelles je suis abonné dans chaque domaine, plus essayer d'aller à au moins deux congrès de chaque matière par an. Minimum. »
- **M15** : « C'est facile ... après il n'y a pas 36 nouveautés. Après, c'est sur les différents morphiniques par exemple qui sortent, les différentes galéniques... mais bon ça se fait assez facile (...) on peut compléter ce DU par un DIU, mais là c'était un peu plus..., on va dire complexe à mettre en place... parce que il y avait des stages, rédaction d'un mémoire Et cætera. Donc quand on est en médecine générale c'est compliqué quoi. »

5. REGRETS-SOUHAITS-AVENIR

A. ETRE DIFFERENCIE DES AUTRES MEDECINS GENERALISTES

i.- Pas une spécialisation

- **M5** : « comme je considère que c'est de la médecine générale » (*sexologie*)
- **M6** : « ce n'est pas parce qu'on a fait une formation de gynécologie que on a l'expérience comme les vrais gynécologues. »
- **M7** : « Je ne l'ai pas fait dans le but d'être spécialiste, mais vraiment d'approfondir mes connaissances pour l'utilisation en médecine générale... dans la pratique de ma spécialité et de la gynécologie dans ma spécialité en particulier. »
- **M7** : « sans vouloir à une capacité particulière dans la spécialité. »
- **M8** : « Après les faire toutes (*les formations ; médecine légale*) non, ça ce n'est pas possible, c'est vraiment réservé aux spécialistes. »

ii. « Spécialiste » ou au moins plus qu'un médecin généraliste « standard »

- **M5** : « Là j'ai une collaboratrice que vient de s'installer avec nous et alors moi, je dis à tous mes patients qu'elle est spécialiste en gynéco »
- **M10** : « Mes confrères m'adressent. Donc, vous voyez en tant qu'entre guillemets, vous voyez, « spécialiste », médecin généraliste « spécialiste ». »
- **M10** : « Je trouve qu'on devrait être aussi... euh pouvoir coter ces actes-là comme des spécialistes. Puisque voilà, je veux dire on a quand même une formation complémentaire ! »
- **M13** : « Et c'est des connaissances en plus par rapport à ceux qui ne font rien comme formation. C'est pas une spécialisation mais (...), on a des connaissances un peu en plus. »
- **M14** : « C'est plus de compétence quand même, même si ça reste de la compétence plus généralisée que spécialisée. Si après il n'y a plus de capacités et que ça devient des spécialités, s'ils sont des formations qu'on n'aurait plus en tant que généralistes (...) On a parlé à une époque de supprimer complètement les capacités et que ça soit vraiment une spécialité (*la capacité de gériatrie*) . Vu l'ampleur de la tâche en gériatrie (...) ça pouvait être une spécialité vraiment. (...), voilà la question est est-ce qu'il faut réserver tout aux spécialistes ou est-ce qu'on a droit à ouvrir des portes à des personnes intéressées... ? (...) je ne sais pas quoi répondre s'il faut faire des capacités ou ouvrir des spécialités... ou l'inverse... je ne sais pas »

B. PUBLICITE : FAITE OU SOUHAITEE EN GENERAL

- **M5** : « de toute façon, ce n'est pas noté sur ma plaque. » (*Gérontologie*)
- **M5** : « ça a été reconnu par le Conseil de l'Ordre donc, à partir de là c'est plutôt bien. Après, on n'a pas toujours forcément le droit de le noter sur nos plaques ou sur nos ordonnances. »
- **M5** : « Donc il faudrait que ça soit uniformisé ça, parce qu'on ne sait pas en fait si on peut le noter ou pas. Donc ça serait bien que ça soit uniformisé et ça pour toutes les formations. »
- **M5** : « je pense que pour la formation gynéco ils n'ont pas le droit de noter sur leurs ordonnances. Ils ont la formation gynéco et c'est dommage. »
- **M8** : « Néanmoins je pense que voilà, bon quand on est installé et qu'on se donne la peine effectivement de faire une formation supplémentaire, ça pourrait être reconnu le DIU je pense, au même titre que la capacité. »
- **M8** : « De toute façon, pour les patients ça changera pas leur vie, moi ça ne change pas la mienne. Mais ça ne m'empêche pas de continuer d'exercer sans que ce soit noté quelque part. »

- **M9** : « Alors, Je pense qu'il faudrait changer ... Enfin, si le médecin qui a fait la formation fait le choix que ce soit inscrit en fait (*sur la plaque ou sur une ordonnance*) dans ce cas là qu'on pourrait l'inscrire. »
- **M9** : « Ce n'est pas tant pour étaler ses diplômes, c'est plus pour que les gens en fait le sachent. (...) En fait il faut faire sa publicité tout seule, il faut dire aux gens « je fais de la gynéco », « je peux faire le dépistage ». C'est que les gens savent pas en fait, et t'es obligé toi de le dire alors que, je pense que si c'était inscrit ... pouvoir même l'inscrire dans la salle d'attente. Je pense que c'est important juste pour que les gens sachent. »
- **M10** : « Je pense qu'au niveau gynéco par exemple, normalement, je crois qu'on n'a pas le droit de les mettre sur les ordonnances. Et ça, je trouve ça regrettable (*énervée*). »
- **M10** : « Donc quand on a validé ce diplôme (*gynécologie*), s'il est reconnu comme il semble l'être, laissez-nous le mettre sur nos ordonnances comme les autres DIU. Pourquoi faire un aparté pour celui là ? En sachant que les sages-femmes aujourd'hui, elles en font. Autant, le mettre (*gynécologie*) et que ça soit reconnu. »
- **M10** : « Oui, (*je l'affiche*), pas sur la plaque... à l'extérieur, mais sur mes ordonnances oui. (*Sexologie*) »
- **M11** : « De toute façon, le DIU de gynéco on ne peut pas le mettre sur la plaque ... pour le moment ... rien n'est reconnu dans ce DIU ... du moins on ne peut pas l'écrire (*irritation*). »
- **M11** : « Donc, de toute façon je sais pas si ce serait utile de pouvoir l'écrire sur nos ordonnances ou de le mettre sur la plaque par la suite. »
- **M13** : « Ah ben, qu'on puisse le mettre sur notre plaque déjà. Ce serait bien parce que, c'est quand même une formation qui prend du temps enfin, de l'argent aussi (...) Et ce serait bien de le noter quelque part en dehors de la salle d'attente pour pouvoir être reconnu comme petite formation. »
- **M14** : « c'est vrai, une capacité est reconnue sur le plan national, un DIU n'est reconnu que sur le niveau université. Pourquoi des DIU de qualité ne seraient pas reconnus... ? »
- **M14** : « Moi c'est noté quand même, voilà ! Mais après, il faut savoir que ça n'a aucune valeur et que normalement le Conseil de l'Ordre demande à ce que ça ne soit pas noté sur l'en-tête de l'ordonnance. »
- **M15** : « Oui, oui, moi je le note sur l'ordonnance mais, moi je l'ai fait pour moi et pour le service rendu au patient pas pour le mettre sur l'ordonnance. Donc qu'il apparaisse ou qu'il n'apparaisse pas ça me paraît égal. »

C. RECONNAISSANCE ECONOMIQUE : SOUHAITEE EN GENERAL

- **M1** : « Donc c'est des consultations de mémoire par exemple, et des consultations de gérontologie qui vont être des consultations longues et qui ne sont pas réalisables dans un cabinet privé de médecine générale de part des cotations. »
- **M4** : « C'est une consultation qui est plus longue, mais qui n'est pas mieux rémunérée et c'est assez injuste. Mais, c'est comme  a. » (*gynécologie*)
- **M5** : « Je suis conventionnée secteur 1, donc de toute façon je ne peux pas demander de dépassement d'honoraires énorme. » (*sexologie*)
- **M6** : « Le diplôme ne nous donne pas grande chose en droits. (*Rires*) (...) après si vous êtes inscrit au Conseil de l'Ordre comme médecin généraliste vous resterez généraliste donc ça change rien aux honoraires,  a change rien (*regret, irritation*). »
- **M7** : « je ne vois pas l'intérêt d'avoir de plus de droits. »
- **M10** : « c'est vrai qu'on fait des consultations qui ne sont pas complètement prises en charge par la sécurité sociale. » (*Sexologie*)
- **M12** : « qu'il y a une consult addicto avec un code CPAM qui valorise la consultation qui prend du temps. (*Rires*). Mais bon, comme dans toutes les pathologies... Peut-être revaloriser la consultation parce que c'est quelque chose qui prend plus de temps. »
- **M14** : « Parce que de toute façon, ... après je reste spécialiste en médecine générale donc, toutes mes actes sont cotés comme une consultation en médecine générale. »
- **M14** : « Oui ? Ben ça va pas, et ça c'est sûr ! Il n'est pas logique que des années de formation supplémentaires-parce que bon, capacité  a commence à chiffrer pas mal d'heures-euh que ça ne puisse pas être rémunéré d'avantage que quelqu'un qui n'a pas fait l'effort de faire cette formation. (...) On considère qu'un spécialiste qui aurait fait deux, ou trois ou quatre années de plus d'internat... tout le monde va dire que c'est normal qu'il soit payé plus. Mais alors, un capacitaire qui a fait deux ans de plus pourquoi il serait payé uniquement le prix d'une consultation de médecine générale ? (...) c'est un « problème » ... c'est pas logique, c'est clair. »
- **M14** : « effectivement, après tout le résultat au bout, à part une propre satisfaction intellectuelle et en se disant que ça va être un service supplémentaire pour ses patients...eh ben ça ne reste que ça... »

D. DU - DIU- CAPACITE ET FORMATION DES GENERALISTES

i. En plus ou d'office dans la formation initiale ? – des avis partagés

- **M2** : « Intégrer cette formation dans le parcours de la formation médicale des internes ça me paraît déjà compliqué. Parce qu'ils ont déjà beaucoup de travail à ce que je me souviens de mon activité d'interne. Et la formation est déjà lourde, je pense que les moyens actuels sont adaptés aux besoins, à nos besoins professionnels. »

- **M3** : « je pense qu'il y a aucune, aucune notion d'expertise dans la formation initiale du médecin généraliste. Il y a des médecins généralistes qui ne savent même pas qu'il y a des médecins d'expertise et ils n'ont aucune idée de la façon dont il faut faire. »

- **M4** : « Je pense que rendre impérativement ce stage... il faut que, il faut que les internes aient un stage à mon avis de gynéco obstétrique. Ça paraît indispensable ! »

- **M4** : « Je ne peux qu'encourager, et notamment les femmes qui envisagent de s'installer en médecine générale ..., de faire ce DIU qui est vraiment très, très bon. »

- **M5** : « On a peu d'outils pour gérer les problèmes du quotidien en médecine générale et la sexologie en fait partie. Alors, je sais que maintenant il y a une formation apparemment en sexo à l'hôpital d'Amiens, donc je trouve que c'est bien. »

- **M6** : « Peut être rendre obligatoires les stages en 3^{ème} cycle, en gynécologie. Mais après bon, il y aura tellement de stages à rendre obligatoires, que ça ne serait plus deux ans et demi ou trois ans sinon plus ... en 3^{ème} cycle. (*Tristesse*) »

- **M7** : « Faire plus de gynéco spécifiquement en médecine générale surtout à Amiens. »

- **M8** : « je pense qu'il y a peut-être des choses qui pourraient déjà être amenées à l'heure du cursus étudiant qui permettraient peut-être de voilà, de ne pas être obligé de faire ce genre de formation après. »

- **M11** : « Ben, il faudrait permettre aux internes de médecine générale de faire un stage de gynécologie plus de pédiatrie plutôt que de nous envoyer dans des différents stages de médecine qui sont... pas forcément utiles dans notre pratique par la suite. »

- **M11** : « C'est dommage de devoir faire un DIU alors qu'on sort de l'internat, et que ça serait bien que ça soit des connaissances qui soient acquises au cours de l'internat. Même si c'est bien de faire des DIU, c'est bien de nous former, c'est dommage en sortant de l'internat de devoir faire des formations complémentaires pour être à jour en médecine générale. Et que ça serait bien de redresser l'internat de médecine générale comme il devrait être fait et, en sortant de l'internat être des bons médecins généralistes. »

- **M12** : « Je trouve que c'était vraiment trop léger à la fac. » (*Addictologie*)

- **M14** : « Je pense que on a manqué certainement de terrain je pense... je pense... »
- **M15** : « que ce qui a été fait au DU ça devrait être fait à tous les étudiants dans le cadre des études de médecine générale. Je trouve que la fac ne fait pas tant de publicité que ça pour ces formations là, et on devrait les faire quand on est externe ou interne. Bon, déjà il y a le travail de l'internat et cætera mais si j'avais su je l'aurais fait plus tôt. Déjà ça m'aurait dégagé du temps. Mais on devrait être alertés plus par la fac de ce qui est possible. »

ii. Place dans la Formation Continue : une certaine place mais liberté, choix de chacun parmi d'autres possibilités de formation

- **M3** : « Je pense que tout le monde devra avoir une formation minimale d'expertise, au moins savoir ce que c'est et comment une expertise ça se fait donc. Parce que ça permettrait peut-être au médecin traitant de préparer son patient qui va être expertisé. »
- **M6** : « Je ne sais pas ce qu'il faudrait changer ...il y a tellement des choses qui sont obligatoires mais qui sont pas applicables. On a déjà du mal à faire du DPC. Alors, je ne sais pas s'il faudrait changer quelque chose ou là ne rien changer, mais vraiment faire que les gens fassent de la formation continue. »
- **M7** : « faire une FMC spécifique dans le domaine, une formation médicale continue sans passer par un DIU/DU et puis après, après lecture des magazines /revues spécifiques. »
(gynécologie)
- **M8** : « chacun est libre effectivement d'envisager de faire des formations complémentaires. »
- **M10** : « il faudrait réglementer un petit peu cette formation continue qu'on fait tous comme on a envie de faire, et qui n'est pas vraiment adaptée à notre pratique. Aujourd'hui la formation continue on la fait si on a envie de la faire et puis on n'a pas forcément les sujets qui nous conviennent en fait. (...) La formation continue... en fait on la choisit soi-même. Je choisis mes thèmes selon mes propres intérêts. Vous voyez donc, je travaille plus là-dedans parce que c'est vraiment ce qui m'intéresse et qui me sert dans la vie de tous les jours même dans ma patientèle de médecine générale. Après on choisit. J'ai horreur d'être imposé dans mes idées, donc pourvu qu'ils nous présentent un éventail large. A nous de choisir je pense. »
- **M11** : « c'est à nous de se mettre à jour... de toute façon, on n'a pas besoin d'un DIU pour se mettre à jour dans nos connaissances. En théorie... la pratique... »
- **M12** : « Dans la formation continue les petites soirées qu'on fait les petits EPU et tout ça ? Non ça ce n'est pas mal ! Il faudrait du coup faire un petit peu d'addicto de temps en temps. »

- **M15** : « ce qu'il faudrait changer c'est faire des choses vraiment euh ... beaucoup plus locales ... parce que se rendre sur Amiens, Paris ou je ne sais où c'est tout de suite compliqué et ... et chronophage quoi. »

E. LES DU/DIU/CAPACITES FAITES

i. Organisation : satisfaisante mais améliorable

- **M3** : « Non, tel que c'est fait sur Amiens, les quelques stages c'est bien. Quelques semaines et quelques jours de stages c'est bien. »
- **M5** : « au niveau des trajets donc (...) mais c'est le cas maintenant (...) les lillois ils viennent sur Amiens et chacun se déplace, et on fait moins de trajet du coup. » (*Sexologie*)
- **M10** : « DIU de gynéco ... euh... non. Pff, sur 9 mois faire tous les stages, présenter le mémoire (...) quand on est installé c'est quand même très... donc peut être l'élargir un petit peu ... au niveau du temps »
- **M10** : « c'est vrai que ça serait mieux d'être prévenu. C'est quand même trois quarts à Lille et un quart à Amiens » (*Sexologie*)
- **M11** : « vraiment compliqué de faire les stages. Et ça, ça nécessiterait vraiment des aménagements. (*Gynécologie*)
- **M13** : « Ben, que ça serait bien qu'ils auraient un peu plus de DIU de disponibles à Amiens en tout cas. De ne pas aller à Paris pour toutes les DIU intéressants »
- **M14** : « J'ai visé principalement des choses qui se faisaient à Amiens. Parce qu'en tant que médecin libéral après, (...) on manque de temps, ça c'est clair ! Des choses (...) qui auraient pris le moins de temps possible, c'est à dire en favorisant des examens qui sanctionnent la formation sans qu'il y a trop éventuellement de stages à faire ou de mémoire à écrire... »

ii. Pédagogie

- **M2** : « non, elle me paraît tout à fait adaptée... Très bonne formation, très complète »
- **M2** : « qu'il y aurait certainement l'intérêt de passer plus de temps dans des structures, dans des structures de gérontologie pour mon cas... mais, malheureusement l'activité fait qu'on n'a pas le temps d'assister à beaucoup de stages quoi »
- **M3** : « peut être plusieurs stages chez l'expert avant d'avoir le DIU. »
- **M8** : « La formule n'est pas mauvaise, de ce que moi j'ai vécu aussi bien en Capacité comme DIU. Moi je trouve que c'est complémentaire, il y a effectivement à la fin un examen de fin d'année qui clôt effectivement la formation qui me paraît bien. (...) parce que ça nous permet de voir un petit peu ce qu'on a retenu dans les connaissances qui nous ont été apportées tout

au long de l'année. Parce que il n'y a pas de contrôle continu il n'y a pas de chose comme ça. »

- **M10** : « Deux profs complètement différents avec une approche différente donc, il ne faut surtout pas changer ce côté là. » (*Sexologie*)
- **M10** : « je veux dire trois ans c'est pas assez. » (*Sexologie*)
- **M12** : « Ce qui était intéressant dans ce DIU c'était que c'était pas purement médical. En fait ... on était divers professionnels de santé ou non. D'ailleurs il y avait psychologue, infirmière, éducateur spécialisé, médecin psychiatre... Enfin, c'était bien parce qu'on pouvait tous échanger par rapport à notre quotidien et voilà à apprendre des choses. »
- **M13** : « Certaines choses sont trop spécialisées ! »
- **M14** : « Ce qui embête tout le monde à chaque fois c'est l'écriture de mémoire. Ça prend du temps, à mon sens pour pas grand chose. (...) A partir du moment où vous n'êtes pas hospitalier, c'est un travail qui va rester dans votre placard et qui vous servira pas donc... »
- **M14** : « Les stages non, je pense que les stages c'est toujours bien quand on... une matière quand on la travaille ben on apprend mieux au lit du malade que dans sa sémiologie. On en retient mieux je dirai de toute façon. Donc voilà c'est toujours la pratique qu'on apprend mieux quand même. »

F. L'AVENIR PROFESSIONNEL APRES LA FORMATION

i. Faire d'autres formations complémentaires :si on avait le temps

- **M2** : « Je souhaiterais même surtout compléter cette formation par d'autres DIU ou Capacités qui me permettraient d'avoir encore une meilleure approche de mon activité professionnelle. Souvent malheureusement, c'est le temps qui manque. »
- **M3** : « j'ai envie de dire à la fois on aurait l'envie de le faire mais, pas forcément le temps quoi. »
- **M4** : « Après, pourquoi pas envisager une autre formation et dans un autre domaine. Et surtout c'est que c'est très chronophage, il faut trouver le temps de le faire... »
- **M12** : « je veux faire des DIU. Alors le prochain je pense, j'aimerais bien faire un DIU en gériatrie mais il faut trouver le DIU qui me donne pas une Capacité spécialisant. Le DIU de gynéco je le ferai et puis, peut être au long cours douleurs et soins palliatifs. Des choses qu'on a régulièrement en fait en consultation quoi. »

- **M14** : « Faut voir aussi que c'est comme tout, au début on ne voit pas forcément l'utilité de faire telle ou telle chose, ça peut être purement une démarche intellectuelle. On s'aperçoit après et ça peut être une sortie une porte de secours entre guillemets pour faire autre chose. »
- **M14** : « Depuis 3 ou 4 ans, tous les ans je dis je vais faire quelque chose. Mais voilà... je laisse tomber parce que je n'ai plus la force, je ne trouve plus le temps. Et maintenant je me dis que ça va être très difficile et trop compliqué et que j'ai envie de faire quelque chose d'autre de mes soirées que de me plonger dans des bouquins et voilà. »
- **M15** : « Peut - être que quand mes enfants seront un peu plus grands je ferai un autre DIU mais sur un autre domaine. »

ii. Modifier ou non son exercice futur à partir de sa formation

→Pas de changement envisagé

- **M1** : « Je vais continuer ! »
- **M5** : « Continuer comme ça, pour l'instant je suis à mi-temps dans la maison de retraite où j'ai un rôle de médecin coordonnateur et le reste de mon mi-temps je le fais en libéral (...) et puis ça fonctionne bien comme ça donc c'est parfait. Je voudrais rien changer pour l'instant. Surtout pas ! »
- **M7** : « de rester où je suis, médecin généraliste... J'ai déjà assez de travail comme ça. »
- **M11** : « Pas de changement d'orientation professionnelle. »
- **M12** : « Je veux rester en médecine générale. »
- **M15** : « Je continue mon cabinet. »

→Un changement est envisageable

- **M2** : « Pour l'instant je continue avec toujours... éventuellement un projet d'aller travailler uniquement en maison de retraite. Avec un temps de travail en maison de retraite élargi. Peut - être ne faire plus qu'une activité salariée. »
- **M3** : « Je n'exclus pas de finir ma carrière en faisant que de l'expertise. Mais pour faire de l'expertise d'assurance (...) il faut faire le CAPEDOC (et cela ne se fait qu'à Paris. *Et vous allez la faire ?* Je pense. »
- **M4** : « Après, au fil du temps est-ce que j'aurai plus envie d'augmenter mon activité en milieu hospitalier et réduire l'activité libérale ? Peut -être... » (*gynécologie-planning familial*)
- **M6** : « Ben, je vais continuer pareil jusqu'au moment où j'en aurai marre et je me déconventionnerai » (*a une activité en planning familial une demi journée par semaine*)

- **M8** : « dans une reconversion professionnelle à long terme voilà pour une fin de carrière, éventuellement envisager une reconversion. Pourquoi pas ? Et faire de l'expertise plutôt que de faire de la médecine générale. (...) Ce sont des projets pour l'instant. »
- **M9** : « Mon projet professionnel ce serait de m'installer d'ici deux ans. Si je pouvais avoir une activité parallèle ça me plairait beaucoup ... Pouvoir travailler dans un planning (*planning familial à l'hôpital*) ou me dédier une journée complète par semaine faire ça (*gynécologie*) en cabinet ça sera avec plaisir. »
- **M10** : « Peut-être un jour je changerai suivant le tiers payant global, la reconnaissance de la médecine générale, le prix de la consultation de la médecine générale qui est quand même honteux (...) peut être un jour je serai obligée de, de me déconventionner (...) ou ceci me permettra peut-être aussi de, de un jour quitter la convention. Oui de la sexo hors convention, totale quoi. »
- **M13** : « Je ne sais pas encore. Mi temps salarié-libéral, je pense. Par rapport au planning familial j'aimerais bien faire du planning familial, ce genre de choses. Tout à fait. *Et l'installation pour quand ?* Pour dans deux ans... deux ou trois ans. Je ne sais pas. »
- **M14** : « Pour l'instant je reste comme ça. Changer d'orientation ? Certainement par la suite effectivement. Je ne ferai pas un rythme de médecine générale de campagne jusqu'à 60 ans. »

DISCUSSION

1. L'intérêt du sujet

- Le nombre de médecins généralistes faisant ou ayant fait une formation spécifique complémentaire sur une thématique médicale précise est conséquent. En soi même on pourrait voir cela comme un acte normal voire indispensable de tout généraliste futur ou installé responsable et de qualité. En ce sens la question pourrait être alors sur le pourquoi tant d'internes et de généralistes installés ne réalisent pas ces formations. Mais on ne peut manquer de s'interroger sur ce que signifie ce besoin qu'ont des internes ou des généralistes de faire des formations thématiques complémentaires à leur formation de base plutôt qu'une formation plus globale à la pratique de la médecine générale. Qu'est-ce que cela nous dit de la formation initiale, de la formation continue des généralistes ? Qu'est-ce que cela nous dit de la conception qu'ont des internes ou des généralistes sur leur métier de médecin généraliste ? Pourquoi trouve-t-on très peu de DU ou DIU de pratique de médecine générale en tant que telle ?

- L'offre pour la médecine générale de formations complémentaires thématiques est forte. Est-ce parce que besoins et demandes sont forts que cette offre est élevée ou variée ou est-ce parce que cette offre est forte ou plus valorisée qu'une formation générale que le nombre d'internes ou de généralistes qui y participent est conséquent ?

- Nous disposons de peu d'études sur les motivations des internes ou généralistes à faire des formations complémentaires ainsi que sur les conséquences dans leur pratique. Un travail qui pourrait ressembler à notre étude est la recherche qualitative de Constance Legroux « Motivations et attentes des médecins généralistes d'Aquitaine inscrits au DU de gynécologie à Bordeaux ». (8) Dans sa thèse la motivation principale des médecins interrogés avait un caractère démographique (départ à la retraite des médecins gynécologues et le manque de remplacement de ceux-ci) et était la demande en soins gynécologiques des patientes. Les Autres motivations étaient l'intérêt pour le thème, le désir de diversification de leur pratique mais aussi le ressenti d'un manque de formation initiale en gynécologie médicale. Les attentes des médecins portaient sur l'apprentissage des gestes techniques pour acquérir des compétences permettant d'assurer complètement la consultation sans faire appel à un gynécologue, et aussi une mise à jour des connaissances déjà acquises pendant la formation initiale. La majorité des médecins interrogés affirmaient que la formation faite avait répondu à leurs attentes

- O. Jean et co. ont réalisé en 2009 une étude quantitative sur les activités médicales hors cabinet des médecins généralistes du département Maine-et-Loire. Plus de moitié des médecins

interrogés détenaient un diplôme complémentaire. 48% d'entre eux précisait comme motivation d'exercer ces activités la mise en pratique d'une formation complémentaire faite. Ce n'était pas clair pour les auteurs si les médecins généralistes se formaient en vue d'une nouvelle activité ou si le fait d'avoir une formation complémentaire les entraînait d'avoir une telle activité. Une autre motivation précisée par la plupart des médecins était le fait de ne pas travailler seul en cabinet, de pouvoir travailler dans des structures comme l'EHPAD ou de pouvoir occuper les vacances hospitalières. L'emploi du temps lourd, le manque de reconnaissance en tant que généraliste, la lassitude de l'exercice généraliste, l'entraînement, l'altruisme, le fait de vouloir améliorer sa qualité de travail étaient d'autres motivations des médecins. (9)

2. La méthode.

- a) Intérêt de la méthode

- Une étude quantitative aurait eu surtout pour intérêt d'apprécier le nombre d'internes ou généralistes faisant ou ayant fait des formations complémentaires. Ceci n'aurait pas été sans intérêt puisqu'il est difficile aujourd'hui de savoir avec précision la réalité. Par exemple, je me suis heurtée à l'impossibilité d'obtenir, au niveau de la Faculté comme de l'Ordre des médecins, la liste des internes en formation complémentaire ou des médecins ayant validé ces formations.
- Mais cela n'aurait pas pour autant permis de comprendre les motivations, conséquences, significations de ce comportement de formation même si un questionnaire aurait pu apprécier la répartition et l'importance de certains déterminants ou conséquences présumés. La méthode qualitative permet de mieux comprendre les comportements en laissant une libre expression aux interrogés et en laissant émerger des thèmes non prévus initialement.
- Le but de ce travail étant la réflexion personnelle de chaque individu, on a privilégié les entretiens semi-dirigés. Les focus group n'étaient pas appropriés car ils auraient pu limiter cette réflexion personnelle en créant des inhibitions.

b) Les limites de la méthode

- Comme toute recherche qualitative, ce travail ne peut être considéré comme représentatif de l'ensemble des internes ou médecins faisant ou ayant fait une formation.
- J'ai veillé à l'hétérogénéité des médecins interviewés selon âge, sexe, zone d'exercice. Par contre je n'ai pas recherché spécialement une hétérogénéité des formations réalisées. C'est le hasard des médecins qui ont répondu qui a entraîné la présence ou non de telle ou telle formation.

L'arrêt des entretiens une fois la saturation des données atteintes est ce qui a déterminé les différentes formations trouvées dans ce travail. Il n'est pas possible d'en déduire la répartition réelle entre les différentes formations. Par contre la dominante dans le panel d'interviewés de certaines formations type gynécologie, gériatrie comme l'absence d'autres formations type urgence, pédiatrie, ... peut avoir influencé les résultats. Il est probable que pour chaque thème de formation il y ait des déterminants plus spécifiques. Mais l'objectif n'était pas de tester spécifiquement telle ou telle formation complémentaire mais de comprendre les mécanismes généraux aboutissant à une décision de faire une formation complémentaire. De même, le fait d'avoir interrogé à la fois des médecins en formation et des médecins en activité peut avoir élargi les champs thématiques exprimés dans les interviews. Ce choix a été volontaire justement pour ouvrir à un large éventail d'expressions et de comportements sur les différents aspects abordés dans les entretiens. Par contre la limitation du recrutement aux internes d'Amiens, aux médecins Samariens et aux formations complémentaires amiénoises limite la portée de ce travail à la Somme. Ce choix a été volontaire pour garder un lien entre la formation locale initiale et continue, les pratiques d'exercice et les offres locales de formation complémentaire.

- Il faut préciser que ce travail ne parle que d'internes ou médecins ayant fait une formation complémentaire et qu'il ne nous dit rien sur ceux qui ont opté pour ne pas en faire.

- La méthode qualitative expose aux limites de l'habileté de l'interviewer et à la maîtrise de sa subjectivité. Etant donné mon inexpérience d'interviewer, il m'a été compliqué au début de mener ces entretiens de manière adaptée. J'ai constaté une amélioration de la qualité des entretiens au fur et mesure que j'interrogeais. Par ailleurs certaines questions ou thématiques n'ont pas forcément été bien comprises par l'interviewé. Ainsi la question sur les éléments qui rendent peu utile/peu applicable la formation complémentaire dans la pratique du médecin et la question sur l'actualisation des connaissances dans le domaine du diplôme ont posé des problèmes de compréhension au début et ont nécessité des relances et des explications.

- L'analyse des discours exige de la rigueur pour éviter le parti pris ou la subjectivité de l'enquêteur. L'utilisation du logiciel N'Vivo® a été une aide précieuse. Par ailleurs l'analyse a fait l'objet d'une triangulation avec mon directeur de thèse le professeur JUNG.

3. Les résultats

A. Le type de formation complémentaire.

- Les annexes 1, 2, 3 et 5 montrent les résultats d'une recherche pour préciser quelles formations étaient proposées à Amiens et la proportion des médecins généralistes ayant

déclarés des formations complémentaires en Picardie et en France. Cela montre la variété et l'importance de l'offre ainsi que le grand nombre de médecins généralistes ayant des formations complémentaires.

- Les différentes formations ont probablement des significations différentes. On pourrait les classer de la façon suivante selon la thématique de formation et par rapport à la pratique et mission du médecin généraliste :
 - en rapport direct, c'est plutôt du perfectionnement (gynécologie, gérontologie)
 - sans rapport direct mais susceptible d'y être utile, c'est plutôt un complément (médecine du sport, addictologie, sexologie)
 - sans rapport, c'est un autre métier à côté (coordination, expertise, médecine légale)
- Une étude réalisée en 2001 par la Direction de la Recherche Des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) montrait qu'environ 17000 à 95000 médecins généralistes en activité à l'époque avaient un diplôme, une capacité ou une « compétence » dans diverses disciplines. 8600 d'entre eux avaient déclaré des formations complémentaires considérées comme étant proches de la médecine générale et reconnues par le Conseil de L'ordre des Médecins. Les plus sollicitées étaient la médecine et Biologie du sport (68,5%), et la gérontologie (10,9%). 2866 médecins généralistes avaient déclaré une formation complémentaire considérée comme éloignée de la médecine générale (angiologie 59,3%, allergologie 26,6% et médecine légale 9,2%). Le reste des 5000 médecins représentait les médecins qui pouvaient exercer des spécialités sans pour autant détenir la qualification de spécialiste, la pratique de la discipline choisie étant compatible avec l'exercice de la médecine générale. (10)
- En 2007 une étude qui décrivait la situation professionnelle des médecins généralistes installés en Franche Comte montrait que 56% des médecins interrogés avaient validé ou étaient en cours de validation d'un DU ou DIU ou d'une Capacité. (11)
- L'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Alsace et l'Observatoire Régional de la Santé d'Alsace ont réalisé en 2015 l'étude « Les attentes professionnelles et le devenir des internes de médecine générale » qui montrait que 64% des 76 internes inscrits en dernière année d'internat au 1 novembre 2013 à la Faculté de médecine de Strasbourg avaient suivi des formations complémentaires universitaires. Entre les DU/DIU mentionnés le DIU de Pédiatrie occupait la 1^{ère} place, le DIU de Gériatrie et du DIU de Diabétologie suivaient sur la 2^{ème} et 3^{ème} place. (12)

- En 2014 une étude réalisée par le Conseil National de l'Ordre des médecins montrait que 25,4% soit 22985 médecins généralistes inscrits au tableau de l'ordre cette année-là avaient déclaré une formation complémentaire (63,5% Médecine appliquée aux sports). (6) La proportion des médecins généralistes ayant déclarés des formations complémentaires par région est représentée dans l'Annexe 5.
- L'ensemble de ces données nous montre le grand nombre de médecins impliqués mais aussi des répartitions différentes des formations selon les lieux, probablement l'offre, et les périodes. Par contre on ne trouve pas de généralistes reconnus comme ayant une formation complémentaire spécifique en médecine générale. Ceci peut être en rapport avec la rareté de ces formations. En France seules quelques universités proposent une formation en Médecine Générale comme spécialité « globale » : l'Université Paris - Descartes - DU « Formation permanente des médecins généralistes » (13), l'Université de Montpellier - DU « Approfondissement en médecine générale » (14), l'Université de Nancy - DU « Actualisation des connaissances et des pratiques médicales en médecine générale » (15), l'Université de Rennes 1 - DIU de « Réorientation vers la pratique de la médecine générale ». (16). L'UFR d'Amiens l'a proposé dans les années 80 puis a arrêté. Peut-être que le développement des notions de certification, re-certification, passerelle inter-spécialités augmentera demain l'offre de formation complémentaire spécifique à la médecine générale. Cette non expression par les médecins et les institutions de la possession d'une formation complémentaire spécifique de médecine générale traduit peut être aussi un vécu par les médecins qu'il s'agit là d'une continuité intrinsèque et « naturelle » de leur spécialité et non un plus à faire reconnaître.

B. Au départ un besoin.

- **Le besoin** est le moteur principal de la motivation.
- Ce besoin peut naître **de l'extérieur** au médecin c'est-à-dire répondant à un besoin, une exigence provenant d'autrui : le patient ; la collectivité ; l'employeur.
 - o →Concernant les demandeurs de soins, il y a un constat par confrontation à l'exercice ou anticipé suite aux stages et remplacements, qu'il est des domaines qu'un généraliste ne peut exclure de sa pratique. C'est le cas notamment ici de la gynécologie, de la gériatrie. Comme l'expriment certains médecins, cette obligation issue de la demande et besoins des patients est probablement majorée lorsque les alternatives pour les patients (spécialistes « thématiques », délégation de tâches ou

compétences) sont faibles ou difficiles d'accès. Dans ce cas il est possible qu'un programme de formation concentré sur une « spécialité » et étalé dans le temps soit perçu comme plus pertinent que des séances de formation ponctuelles dans le temps et leur objet. En 2015 Dr. C Trivalle parlait dans son article « DES de gériatrie : chronique d'une catastrophe annoncée » de la problématique des besoins de formation en gériatrie notamment du fait de la création d'un DES de Gériatrie. La Capacité de gériatrie a formé plus de 4000 gériatres les 15 dernières années. Rien que pour les médecins coordonnateurs d'EHPAD, les besoins estimés sont de 6000 médecins pour environ 10 000 établissements sans évoquer le problème des départs à la retraite. Pour lui, la création du DES à la place du DESC et de la Capacité risque par la limitation des postes d'entraîner une pénurie de médecins spécialisés en gériatrie. (17) Cela ne peut que conforter le besoin de formation gériatrique des généralistes. En ce qui concerne la gynécologie médicale, l'atlas de démographie médicale 2015 montre que le nombre de gynécologues médicaux est en baisse et continuera de baisser notamment du fait du peu de postes prévus à l'internat en gynécologie médicale. Cette situation pourrait déterminer les femmes à s'orienter vers leur médecin généraliste. (18). Reste cependant à connaître l'impact sur l'activité gynécologique des médecins de l'augmentation démographique des sages-femmes et la forte délégation ou extension de tâche et compétence qui leur est faite.

- →Concernant la collectivité, on peut être surpris du fait qu'aucun médecin n'ait parlé comme motivation de l'obligation du DPC. Cela peut s'expliquer par l'instabilité du dispositif DPC que beaucoup de médecins ou organisateurs de FMC ont encore du mal à intégrer et par le fait que ces formations complémentaires ne sont pas forcément validées en DPC. De même la notion de re-certification n'a pas été évoquée. En fait cela devrait plus s'appliquer à une formation globale dans la discipline ou spécialité exercée que sur un thème ciblé. Mais plus profondément cela traduit l'exigence exprimée dans plusieurs entretiens du libre choix du comment se former, sur quoi se former et de partir d'une analyse de sa pratique réelle. Cependant, une approche basée sur ses besoins ressentis à partir de sa patientèle, son contexte local ou ses centres d'intérêts reste insuffisante. Elle oublie la dimension des priorités sanitaires collectives et la notion de scotome (« je ne sais pas que je ne sais pas »).
- →Concernant l'employeur à l'origine du besoin, cela est cité dans la mesure où l'obtention d'un poste est liée à la possession d'un diplôme issu d'une formation

complémentaire. Les DU-DIU-Capacités ne sont pas administrativement remplaçables par d'autres types de formation même si on pourrait le concevoir. Il est possible que ce besoin issu de l'exigence de l'employeur ou pour avoir le droit d'agir dans tel ou tel champ d'activité se développe en médecine générale. L'histoire a montré par exemple que la PMI qui a longtemps fonctionné qu'avec des généralistes a ensuite réservé ses postes à des médecins avec une formation spécifique en pédiatrie, gynécologie. De même aujourd'hui le poste de coordonnateur en EHPAD, la réalisation d'ivg médicamenteuse, le droit à prescrire des anti-cholinestérasiques, la délivrance de certificats d'aptitude aux activités aéronautiques, les majorations pour l'éducation thérapeutique, l'accès à de postes en soins de suite, sont conditionnés pour les généralistes à des formations complémentaires.

- Le besoin naît souvent **de l'intérieur du médecin**, de son regard sur lui-même en tant que professionnel.
 - → A ce niveau l'élément majeur est l'absence ou l'insuffisance d'une formation surtout initiale dans un domaine. On retrouve cette notion dans la littérature notamment dans l'évaluation par les internes de leur formation. Une étude nationale réalisée en 2007 par Odile Angot, montrait que 82% des 923 internes interrogés, regrettaient un manque d'apprentissage sur le terrain. 88% d'entre eux désiraient pouvoir aménager un semestre chez divers spécialistes ambulatoires (dermatologues, pédiatres, gynécologues...) (19). Dans sa thèse « Formation des internes de Médecine générale : Options et atteintes des internes vis à vis du DES de Médecine Générale 'idéal' », Tiphaine Cathalan nous parle d'une insuffisance de formation initiale ressentie par les internes et de leur désir à réaliser un stage supplémentaire. 86,3% des internes souhaiteraient réaliser ce stage en pédiatrie, 79% aux urgences, 69,6% en gériatrie et 60,4% en gynécologie. (20) Les raisons de ce déficit de formation peuvent être multiples : enseignement théorique inadapté, lieu de stage absent ou inadapté, présence d'interne refusée par le patient, non perception par l'interne de l'importance de certains thèmes dans son futur exercice. Quoi qu'il en soit cela interroge sur la maquette même du DES de MG notamment la non réalisation d'un stage et en gynécologie et en pédiatrie. Matthieu Colchen nous montre dans sa thèse, « Influence de l'absence d'un stage de gynécologie au cours du DES de MG sur

la pratique des médecins généralistes » le manque de formation en gynécologie ressenti par les internes picards. Dans son étude qualitative les médecins n'ayant pas fait un stage de gynécologie mais de pédiatrie, avaient une vision péjorative de leur pratique de la gynécologie obstétrique. Les internes proposaient plusieurs solutions : coupler le stage de gynécologie au stage de pédiatrie, réaliser un stage de gynécologie à la place du stage libre, introduire des journées d'immersion en stage de gynécologie ou même d'ajouter un stage supplémentaire à la maquette du DES. (21). On ne peut exclure par ailleurs, qu'internes comme médecins généralistes installés seraient intéressés par des formations complémentaires en dermatologie, ORL, ophtalmologie, psychiatrie pour peu qu'elles soient orientées médecine générale.

- → A côté de la perception d'une insuffisance surtout de savoirs ou de techniques de base on trouve des motivations endogènes entrant plus dans le domaine de la compétence au sens de capacité à mobiliser ensemble un savoir, savoir-faire, savoir-être, savoir-devenir, savoir-faire-faire. A ce niveau on trouve les dimensions de maîtrise, de confiance en soi, de qualité et sécurité de sa pratique.
- → Enfin le besoin peut naître ou plutôt être renforcé par une dimension plus personnelle de l'ordre de l'intérêt intellectuel, du besoin de se prouver quelque chose à soi-même, de la difficulté à quitter le milieu et la position d'étudiant. Ces dimensions sont importantes pour entretenir la motivation et le plaisir de faire. Par contre si elles n'étaient que les seules motivations elles pécheraient par l'oubli que c'est peut-être d'abord dans ce qui plaît moins, ce qui intéresse moins, ce que l'on maîtrise moins mais qui est indispensable pour la pratique qu'il faut s'investir en formation.

C. Au besoin s'associent volontiers une opportunité et une faisabilité.

- Cette dimension d'opportunité est retrouvée chez plusieurs médecins et semble agir comme un catalyseur du passage à l'acte pour s'engager dans ce type de formation. L'opportunité vient surtout d'une conciliation possible à un moment donné entre les exigences spatiotemporelles de ces formations et la vie professionnelle et personnelle du médecin. Ceci pose la question de la faisabilité et donc aussi de l'accessibilité de ces formations à tous.
- Concernant la faisabilité les obstacles exprimés sont du domaine de la distance entre le lieu d'exercice et le lieu de formation. Ils touchent aussi à la durée de la formation et la difficulté

d'absence de son cabinet. C'est enfin la problématique du mémoire probablement plus difficile à réaliser une fois sorti de l'ambiance scolaire. Les solutions proposées pourraient être des lieux agréés de stage plus locaux, un plus large éventail de formation en Picardie, la suppression du mémoire. Il faut noter aussi l'aspect conjoncturel de ces formations dans la mesure où n'apparaît pas dans les discours le thème d'une formation ensuite entretenue dans le temps, réactualisée régulièrement de façon structurée. De même lorsqu'est exprimé le désir de refaire une formation cela n'est envisagé que dans un autre domaine.

D. Un résultat globalement satisfaisant par rapport aux motivations de base et aux conséquences dans l'exercice.

- La satisfaction porte sur la formation qui correspond aux attentes dans son contenu et son mode pédagogique. David Bernard dans sa thèse « Formation complémentaire en Gynécologie obstétrique pour médecins généralistes en Bourgogne Franche-Comté » (22) avait constaté une amélioration significative des connaissances et des pratiques de la gynécologie obstétrique après la réalisation de ce diplôme. Une remarque des participants était le manque d'adéquation de cette formation avec la médecine générale, le mode de pratique enseigné par cette formation étant considéré comme inadapté à la médecine générale (du point de vue des moyens et du temps). Ils regrettaient les cours trop spécialisées et trop éloignés de la médecine générale et aussi le manque de pratique et de la réalisation des gestes techniques, considérant que le « savoir être » ne pourrait être acquis qu'auprès des patients et non en utilisant des mannequins. Dans nos résultats il y a aussi des remarques sur l'inadaptation à la médecine générale dans le sens d'une approche parfois trop spécialisée ou hospitalière. Ceci peut être dû au fait que ces formations sont volontiers structurées par des spécialistes de discipline se basant plus sur la représentation qu'ils ont de la médecine générale que sur sa réalité d'exercice. Mais beaucoup ne revendiquent pas la spécificité médecine générale et sont ouvertes à d'autres spécialistes ou professionnels de santé.

- La satisfaction porte aussi sur le fait qu'il y a un vécu de meilleure maîtrise, meilleur exercice, meilleure réponse aux besoins des patients après les formations. De plus ces formations, du moins celles en rapport direct avec le métier de généraliste, arrivent à prendre vie dans la pratique quotidienne en modifiant souvent peu son organisation du travail. Ce point est important car une formation professionnelle n'a vraiment de sens que si elle est réellement applicable dans le contexte d'exercice quotidien.

- Le non apport financier dans bien des cas n'est pas facteur d'insatisfaction car pas la motivation de base. Cependant il faut relativiser les réponses car l'augmentation d'activité, l'élargissement de la clientèle, l'ajout d'un revenu supplémentaire, ne sont pas sans impact économique. Mais cela n'est pas par augmentation des tarifications ou des honoraires conventionnels et est plus valable pour la gériatrie, la médecine légale par exemple que la gynécologie.

E. L'expression d'une certaine vision de son métier de généraliste et de sa carrière.

- Il se dessine dans ce travail au moins deux conceptions différentes du métier de généraliste et de la carrière personnelle.

- → La conception de la médecine générale en tant que spécialité à part entière. La formation complémentaire est d'abord pour améliorer sa pratique quotidienne et le service rendu à ses patients. Elle est là pour compenser les insuffisances de formation initiale ou continue. Il n'y a pas ou très peu de revendication à pouvoir faire de la publicité de ses diplômes, à être un « généraliste plus », à justifier des honoraires supérieurs aux autres. Il y a volonté à assumer aujourd'hui et demain ce qui fait la compétence spécifique, la spécialité et la mission d'un généraliste dans un système de soins qui n'est pas un patchwork de créneaux d'activité plus ou moins spécialisés choisis à la carte par le médecin généraliste.
- → A côté, on trouve des thèmes évoquant une autre conception du métier. Il y a là revendication à être reconnu généraliste mais plus spécialiste, plus expert que le généraliste n'ayant pas fait ces formations. Il y a revendication de la publicité des diplômes, d'honoraires différents, de reconnaissance de spécialiste dans un créneau y compris par les autres généralistes locaux. Il y a souhait ou pratique d'activité en grande partie voire totalement aujourd'hui ou demain dans ce créneau « spécialisé » plus ou moins proche de la spécialité et mission de la médecine générale.

CONCLUSION

- La formation tant initiale que continue des médecins notamment généralistes est un sujet en perpétuelle évolution au niveau pédagogique, organisationnelle, docimologique. C'est un enjeu majeur pour les patients, la collectivité et les médecins. Un certain nombre d'étudiants ou de médecins installés optent pour des formations complémentaires DU, DIU ou capacités qui portent sur une seule matière et avec un cadre exigeant d'assiduité, de durée, de lieu spécifique, de travail à fournir.
- Mon travail met en évidence un parcours particulier chez ceux qui ont fait ce type de formation. Il associe un besoin ressenti ou anticipé de formation dans une matière et une conjoncture favorable au passage à l'action. Le maintien de l'action paraît en rapport avec la satisfaction qui en découle tant dans la pédagogie que dans l'utilité et l'apport pour sa pratique professionnelle. Pour autant sur ce canevas général apparaissent des éléments déterminants propres à chaque médecin. C'est probablement une différence avec les traditionnels « EPU » ou les notions de convivialité, d'appartenance au groupe et de quasi tradition culturelle corporatiste sont sûrement plus importantes. Dans le cas des formations complémentaires il apparaît que c'est d'abord un processus personnel qui oriente vers ce type de formation. Le besoin a son origine selon les cas dans un déficit réel ou ressenti surtout de la formation initiale, dans la confrontation aux demandes et besoins de sa patientèle, dans une exigence médico administrative. Une dimension plus psychologique existe chez certains du domaine de la confiance en soi, de l'affirmation de soi ou de la difficulté à quitter le cadre facultaire. Une note éthique est retrouvée sous la forme d'améliorer la qualité de sa prestation aux patients. Le passage à l'acte semble très conjoncturel et personnel, fonction de la situation professionnelle et personnelle du moment ainsi que des contraintes de ce type de formation plus ou moins adaptées à la situation du médecin. Il est cependant souhaité des modifications organisationnelles de lieu, temps, validation pour une conciliation plus aisée. La persévérance s'appuie sur le choix libre et volontaire de s'investir et la satisfaction retirée de ces formations tant dans la réponse aux motivations de base propres à chacun que dans la pédagogie que dans la possibilité d'application concrète dans son exercice professionnel même si cela pourrait être amélioré. La reconnaissance notamment économique de la formation et sa publicité auprès des patients et autres confrères ne sont pas une motivation première mais pourraient l'être tant elles sont souhaitées par des médecins.
- En, tant que tels tous ces déterminants sont possiblement retrouvables chez tout médecin se

formant. En ce sens des études comparant le groupe de ceux qui font des formations complémentaires à ceux qui font d'autres types de formation seraient intéressantes.

- Il reste cependant à comprendre pourquoi tous ces déterminants n'aboutissent pas à l'orientation vers une formation complémentaire de médecine générale dans la globalité et spécificité de cette discipline. La rareté de l'offre dans ce domaine est peut être une explication. Mais mon travail montre qu'il y a des conceptions différentes du métier de médecin généraliste, de la spécialité ou non spécialité médecine générale, du parcours professionnel de généraliste, qui sont à l'œuvre chez les généralistes dans les déterminants pour faire une formation complémentaire type DU, DIU ou capacités. On peut même se poser la question : y a t-il une place, une demande, une nécessité pour un DU ou DIU de formation complémentaire en médecine générale ? et si oui comment structurer cela ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Article R.4127-11 du Code de la Santé Publique. [en ligne]. 2012. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-11-formation-continue-235>.
2. Article 59 de la loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009. Journal Officiel de la République Française. [en ligne]. disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_59
3. Décret n° 2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé. [en ligne]. Journal Officiel De La République Française. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/8/2016-942/jo/texte>
4. HAS – Haute Autorité de Santé. Evaluation et amélioration des pratiques - Développement professionnel continu - Méthodes et modalités de DPC. [en ligne]. 2012. Mise à jour Janvier 2015. [Consulté le 10 août 2016].
Disponible sur : Http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf
5. Décret n° 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins-Art. R. 4133-5. 1er janvier 2012. Journal Officiel De La République Française. [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2011/12/30/2011-2116/jo/texte>
6. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [en ligne]. Atlas de démographie médicale en France : situation au 1^{er} janvier 2014 p145. [consulté le 10 Septembre 2016]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf
7. WONCA EUROPE. [en ligne]. Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. 2002. Disponible sur : <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20>
8. LEGROUX C. Motivations et attentes des médecins généralistes d'Aquitaine inscrits aux DU ou DIU de gynécologie proposés à Bordeaux. [en ligne]. Thèse UFR des Sciences Médicales de Bordeaux. 2016. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01372054>
9. JEAN O., LELOUP M., VARDON D., FANELLO S. Activités médicales hors cabinet des médecins généralistes. [en ligne]. Santé publique 5/2009. vol.21. p. 453-464 ; disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-5-page-453.htm>
10. DREES. [en ligne]. Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions

- sociodémographiques. Etudes et résultats. 2001. [consulté le 5 novembre 2016]. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er114.pdf>
11. WORONOFF A., GAGEY S., PAULIN B., HOCHART A. Les médecins généralistes diplômés en Franche-Comté - Description des situations professionnelles - Analyse des motivations et des freins à l'installation en libéral. Observatoire Régional de la Santé de Franche-Comté-ORS. [en ligne]. 2007. Disponible sur : http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RapportMG_070615.pdf
 12. ANSELM M., ALIZADA U., GAGNEUR E., MUTZIG N. TOMKINSON J., Les attentes professionnelles et le devenir des internes en médecine générale Alsace – Enquête auprès des internes en médecine générale. Agence Régionale de Santé Alsace - ARS [en ligne]. 2014. Disponible sur : http://www.ars.alsace.sante.fr/fileadmin/ALSACE/services/Devenirinternes_20140522.pdf
 13. Université de Paris Descartes : Formation continue. [en ligne]. 2016. [consulté le 14 novembre 2016]. Disponible sur : [http://www.scfc.parisdescartes.fr/index.php/descartes/formations/medecine/medecine-interne-medecine-generale/du-formation-medicale-permanente-des-medecins-generalistes/\(language\)/fre-FR](http://www.scfc.parisdescartes.fr/index.php/descartes/formations/medecine/medecine-interne-medecine-generale/du-formation-medicale-permanente-des-medecins-generalistes/(language)/fre-FR)
 14. Université de Montpellier : Formation Continue en Santé. [en ligne]. 2016. [consulté le 14 novembre 2016]. Disponible sur : <http://du.med.univ-montp1.fr/fmc/du-approfondissement-en-medecine-generale-17.html>
 15. Université de Lorraine : Faculté de médecine - Formation Permanente. [en ligne]. 2016. [consulté le 14 novembre 2016]. Disponible sur : http://www.medecine.univ-lorraine.fr/enseignement/formation_permanente/
 16. Université de Rennes 1 : Faculté de Médecine - Département de Développement Professionnel Continu - Diplômes interuniversitaires. [en ligne]. 2016. [consulté le 14 novembre 2016]. Disponible sur : http://www.ddpc.univ-rennes1.fr/themes/formations-diplomantes/liste-diu/Reorientation-médecine_générale/
 17. TRIVALLE C. DES de Gériatrie : Chronique d'une catastrophe annoncée. [en ligne]. 2015. Disponible sur : http://gerontoprevention.free.fr/articles/DES_geriatrie.pdf

18. Conseil National de l'Ordre des médecins : Atlas national de la démographie médicale.[en ligne]. 2015. p196-197. [consulté le 09 août 2016] Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf
19. ANGOT O. ISNAR-IMG : Faut-il réformer l'internat de médecine générale ? Rev Prat Med Gen 2007 ; 21 (774/775) : 633-634
20. CATHALAN T. : Formation des internes de médecine générale : Opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale « idéal ». [en ligne]. 2015. Thèse Université Paris-Est Créteil- Faculté de médecine Créteil. Disponible sur : http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/These_Enquete_internes_Cathalan_2015.pdf
21. COLCHEN M. : Influence de l'absence d'un stage de gynécologie au cours du Diplôme d'Etudes spécialisées de médecine générale sur la pratique du médecin généraliste : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de jeunes médecins installés en Picardie. [en ligne]. 2016. Thèse UFR de médecine d'Amiens. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01346788>
22. BERNARD D. : Evaluation macroscopique du DIU « Formation complémentaire en Gynécologie obstétrique pour médecins généralistes » en Bourgogne Franche-Comté. 2014. Dijon. Thèse UFR des Sciences de Santé Dijon

ANNEXES

ANNEXE 1. Les Capacités proposées par la Faculté de Médecine d'Amiens

Disponible sur <https://www.u-picardie.fr/ufr/medecine/formation-medecale-continue/>

CAPACITE	Durée	Lieu	Enseignement	Validation	Nombre d'étudiants acceptés
ANGIOLOGIE	2 ans	Amiens et Paris	Cours théoriques + stage pratique	Examen théorique et pratique	3/an
MEDECINE ET BIOLOGIE DU SPORT	1 an	Amiens Caen Rouen	Séminaires + Cours + examen final	Présence aux cours + séminaires Examen final	5/an
GERIATRIE N'est plus disponible depuis 2 ans	2 ans	Amiens Lille Rouen	Cours séminaires stages	Examens + validation stages+ mémoire	Pas de limite
EVALUATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR	2 ans	Amiens Rouen Caen	9 modules de 2 jours ½ + 30 jours de stage pratique	Examen théorique et pratique	10/ an /UFR
MEDECINE PENITENTIAIRE Pas disponible actuellement	2 ans	Amiens Angers Lille Nantes Poitiers Rennes	6 séminaires de 3 jours+ stages (8 semaines)	Epreuve écrite + validation des stages chaque année	3/an/UFR
PRATIQUES MEDICO JUDICIAIRES	2 ans	Amiens Lille Rennes Poitiers Nantes Rouen Angers	4 modules de 20h par an soit 4 sessions de 3 jours par an + stage en médecine légale	Validations stages épreuve écrite mémoire.	3/an/UFR

ANNEXE 2. Les DU proposés par la Faculté de médecine d'Amiens et ouvertes aux Médecins Généralistes

Disponible sur <https://www.u-picardie.fr/ufr/medecine/formation-medecale-continue/>

DU	Durée	Lieu	Enseignement	Validation	Nombre d'étudiants acceptés
Addictologie	1 an	Amiens	100h cours + 30h de stage	Mémoire	25 /an dont 6 étudiants
Alcool, alcoologie alcoolisme	De janvier à décembre	Amiens	105h de cours	Examen écrit +mémoire	Pas de limite établie
Anthropologie culturelle et clinique	De septembre à juin	Amiens	102 h+ 2 jours d'observation de terrain	Mémoire ou examen	Pas de limite établie
Antibiothérapie	D'octobre à avril	Amiens	8 séminaires reparties sur deux jours	Epreuve écrite	Pas de limite établie
Botanique de terrain	1 an	Amiens+ stage pratique dans le Jura et en Auvergne	54h de cours 54h de pratique+ projet personnel tutoré en botanique (40h)	mémoire	22/an
Deuil et deuilles :comprendre pour mieux écouter et accompagner	Quelques jours en janvier, mars juin et septembre	Amiens	80h de formation + conférences suivies d'échangés	Examen de fin d'année ou validation et présentation d'un mémoire	Pas de limite établie
Enseignement théorique et pratiques des méthodes d'épuration extra-rénale et plasmatic	D'octobre à juin	Amiens Beauvais Compiègne Creil et Saint Quentin	126h de cours= 2 séances de travaux dirigés	Présence aux cours = travaux dirigés= examen	44/an
Education du patient a l'alliance thérapeutique	De janvier à novembre	Amiens	86h de séminaires, 21h de stage 10h d'accompagnement de projet de mémoire	mémoire	Pas de limite établie
Etique et santé	De janvier à octobre	Amiens	91h de cours	Examen écrit	Pas de limite établie
Expertise médicale	Du novembre au mai	Amiens	Cours + présentation d'expertise et entraînement	Présentation orale+ ex écrit+ contrôle d'assiduité	30/an
Formation de formateurs aux gestes et soins d'urgence	Quelques jours	Amiens	3 séminaires	Présence au séminaires	Pas de limite établie
Hygiène hospitalière	1 an	Amiens	123 h de cours	Epreuve écrite	30 /an
Gestion des risques en établissements de soins	1 an	Amiens	105h d de cours	Présence examens + mémoire	50/an
Formation pédagogie du geste en soins d'urgence	3 jours d'enseignement	Amiens	3 j cours+ pratique	Présence	Pas de limite établie
Méthodologie de la recherche clinique	de janvier à mai	Amiens	Séminaires (104 heures)	réduction du projet de recherche clinique, et la présence à tous les cours	12 à 15 /an
Notions juridiques pour les soignants	1 an	Amiens	90h d'enseignement	Présence aux cours Examen écrit Exposé oral	20/an
Observation du nourrisson selon la méthode Esther Bick et ses applications	2ans	Amiens	39 journées de formation	Participations aux cours	4/an
Orthopédie	1 an	Amiens	150h cors et stages pratiques	Mémoire Examen pratique + théorique note de stage	Pas de nombre limité
Qualitologie sanitaire – principes et méthodes de la qualité appliqués au secteur de la santé	1 an	Amiens	140h reparties en deux séminaires+auto formation cognitive accompagnée	Présence et travaux +mémoire	Pas de limite établie
DU de Soins palliatifs	1 an	Amiens	10 modules d'une journée/mois	Validation par examen écrit	60/an
Thérapies non médicamenteuses	D'octobre à juin	Amiens	8 séminaires soit 64h	Présence+ contrôles continues+ article ou poster	30/an
Violence santé société	1 an	Amiens	100h d'enseignement	Présence + mémoire	20/an

ANNEXE 3. Les DIU proposés par la Faculté de médecine d'Amiens et ouvertes aux MG
Disponible sur <https://www.u-picardie.fr/ufmr/medecine/formation-medecale-continue/>

DIU	Durée	Lieu	Enseignement	Validation	Nombre d'étudiants acceptés
Accueil des urgences en service de pédiatrie	Quelques jours	Amiens Caen Lille Rouen	56 heures de cours (4 séminaires +stage pratique	Présence obligatoire ; Epreuve écrite	Pas de limite établie
Echographie	3 ans	Amiens Lille	Cours + stages pratiques	Epreuve écrite +pratique	Pas de limite établie
DIU National d'Expertises en accidents médicaux	1 an Prérequis :DU d'expertise ou DU de réparation juridique du dommage corporel	Amiens, Paris, Bordeaux	Cours et entraînement	Contrôle d'assiduité + ex écrit	50/an
Formation complémentaire en gynécologie obstétrique	2 ans	Amiens, Caen et Rouen	Cours théoriques : journée par mois+ Enseignement pratique : 40 demi-journées	Examen théorique écrit national en juin et validation d'un mémoire	20/an
Formation des professionnels de santé à la prise en charge de la douleur	1 an	Amiens	Cours 1 jour par mois de 9h00 à 18h00, 10 séminaires par an	Validation écrite + Poster + examen national	Pas de limite établie
Maladie de Parkinson et autres pathologies du mouvement chez le sujet âgé	1 an	Amiens Caen Lille Rouen	3 séminaires de 2 jours.	Présence obligatoire. Validation de stage pratique et examen écrit	10
Médecine et santé de l'adolescent	2 ans	Amiens	20 journées d'enseignement	mémoire	50
Onco-urologie	2 ans	Besançon, Dijon, Lille, Reims, Strasbourg et Amiens	5 séminaires (75 heures)	Contrôle continu par QCM après chaque module+ soutenance du mémoire	30
DIU de Pédagogie appliquée à l'enseignement des soins d'urgence et des risques sanitaires	2 an	Amiens, Créteil, Bobigny	3 séminaires par an : 1 à Créteil, 1 à Bobigny et 1 à Amiens	Présence obligatoire examen + validation séminaires	Pas de limite établie
Plaies et cicatrisation	1 an	Amiens, Lille et Rouen	52 h de cours théoriques	enseignements théoriques - Contrôle final	50
Pratiques médicales en santé travail pour la formation des collaborateurs médecins	4 ans	Amiens, Lille, Rouen, Caen	2ans formation pratique + théorique+ 2 ans expérience prof 350h les 2 premiers années	Evaluation écrite +pratique Validation stages mémoire	10/an
Principes thérapeutiques en technologie transfusionnelle	1 an	Paris, Amiens	5modules obligatoires de 7h+ 2modules facultatif=stage pratique 10 demi journées	Examen écrit= examen oral	40/an
Sexologie clinique	3 ans	Amiens et à Lille	13 jeudis par an	Examen régional fin de 1 ^{ère} et de 2 ^{ème} année Examen national en fin 3 ^{ème} année + mémoire	20
DIU de Soins palliatifs	1 an Pré requis validation d'un DU de soins palliatifs	Amiens, Caen, Rouen	76 h de cours, séminaires + stage de 40 h (une semaine)	présence aux séminaires, contrôle continu des connaissances validation stage+ mémoire	30
Le sommeil et sa pathologie	1 an	Paris, Amiens	4 séminaires (97 heures d'enseignements), 1 stage de 84 heures	épreuve écrite + épreuve orale	Pas de limite établie

ANNEXE 4 – GUIDE D'ENTRETIEN

1. Quel DU/DIU/ Capacité avez-vous fait ? Quel autre DU/DIU, Quelle autre Capacité ?
2. Comment et quand l'avez-vous fait ?
3. Pourquoi avez vous choisi de faire ce DU/ DIU / cette Capacité ?
4. Qu'est-ce que cela vous a apporté à votre pratique ? (Relances éventuelles : économique ; confiance ; patientèle)
5. Est-ce que à votre avis, il y a des éléments qui rendent peu utile ou peu applicable cette formation complémentaire dans votre pratique (relances éventuelles : par rapport à votre patientèle ; par rapport aux conditions de la médecine générale et à vos propres conditions d'exercice ; par rapport à l'actualisation de vos connaissances dans le domaine du diplôme)
6. Y aurait-il une autre solution que ce DU/DIU/cette Capacité ? Qu'est-ce qu'il faudrait changer ? (Relances éventuelles : dans la formation initiale du médecin généraliste, dans la formation continue du médecin généraliste, dans l'organisation des DU/DIU, des Capacités, dans les titres et droits attenants)
7. Quelles autres choses souhaiteriez-vous dire sur le sujet ?
8. Qui êtes-vous :
 - a. Âge-sexe-
 - b. Année d'installation pour les médecins généralistes - année DES pour internes en médecine générale
 - c. Rural, semi rural, urbain. Libéral-salarié-remplaçant.
 - d. Projet professionnel (installation pour le médecin installé, autre pour l'interne)
(continuer ou changement d'orientation professionnelle prévue, ou développer un créneau d'activité pour médecin généraliste)

ANNEXE 5. Proportion des médecins généralistes ayant déclaré des formations complémentaires par région. Atlas de démographie médicale en France : situation au 1^{er} janvier 2014

Page 145 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf

REGION	% de médecins ayant déclaré une Formation Complémentaire
Alsace	26,1
Aquitaine	26,2
Auvergne	33,7
Basse-Normandie	30,4
Bourgogne	31,0
Bretagne	27,9
Centre	28,7
Champagne-Ardenne	21,7
Corse	13,4
Franche-Comté	26,1
Haute-Normandie	23,8
Ile-de-France	21,6
Languedoc-Roussillon	25,6
Limousin	34
Lorraine	26,9
Midi-Pyrénées	25,8
Nord-Pas-de-Calais	18,9
Pays de la Loire	26,8
Picardie	21,9
Poitou-Charentes	30
Provence Alpes Côte d'Azur	25,3
Rhône-Alpes	30,3

ANNEXE 6. Entretiens auprès des médecins et internes en médecine générale
Disponibles sur le CD en troisième de couverture

RESUME

FORMATION COMPLEMENTAIRE PAR DIPLOME UNIVERSITAIRE OU INTER-UNIVERSITAIRE OU CAPACITE : POURQUOI DES INTERNES OU DES MEDECINS GENERALISTES INSTALLES FONT ILS CE CHOIX ?

Contexte : Au moins 25 % des médecins généralistes font une formation complémentaire type DU, DIU ou Capacités. Cela porte sur des matières ne touchant qu'une partie voire éloignées du champ d'activité spécifique du généraliste. Pourquoi font-ils ce type de formations ?

Objectifs : mettre en évidence des déterminants de ce comportement de formation et voir ce que cela dit de la formation initiale, continue des généralistes et de leur vision du métier, mission et carrière.

Méthode : étude qualitative par des entretiens semi-dirigés auprès de 15 médecins généralistes installés et internes picards ayant fait un DU/DIU ou Capacité à la Faculté de Médecine d'Amiens. Analyse selon la méthode de la théorisation ancrée.

Résultats : Les motivations étaient les besoins des patients, une insuffisance de formation initiale, une exigence pour un poste, un mieux-être professionnel et personnel. L'opportunité locale, temporelle, organisationnelle de le faire était un élément déterminant du passage à l'acte. Globalement ces formations répondaient aux motivations et étaient assez applicables dans la pratique généraliste. Leur faisabilité n'était pas sans problème pour être conciliable avec la vie professionnelle et personnelle. Elles entraînaient pour certains médecins dans une gestion de leur carrière, du contenu de leur métier et d'un besoin de se voir reconnaître une compétence spécifique dans un thème.

Discussion : Sur un canevas général besoins -opportunité- satisfaction c'est un processus personnel et non culturel corporatiste qui oriente vers ces formations. L'insuffisance de formation initiale comme motivation interroge sur le contenu du DES de médecine générale. La faisabilité très liée à une conjoncture personnelle et professionnelle favorable interroge sur l'organisation de la formation continue. La demande de reconnaissance d'une compétence « spécialisée » pour l'exercice d'une partie de la médecine générale interroge sur le concept même de la spécialité médecine générale.

Conclusion : Le choix de faire un DU, DIU ou une capacité dans une matière limitée est un cheminement personnel effectué par au moins 25% des généralistes installés ou en formation. Pourquoi les généralistes n'optent ils pas pour une formation complémentaire de médecine générale dans la globalité et spécificité de cette vraie discipline, offre il est vrai qui est très rare ?

Mots clés : médecine générale – formation initiale– DPC -DU– DIU– Capacité

ABSTRACT

ADDITIONAL TRAINING BY UNIVERSITY OU INTER UNIVERSITY DIPLOMA OR « CAPACITE » : WHY DO INTERNS OR INSTALLED GENERAL DOCTORS MAKE THIS CHOICE ?

Context: At least 25% of general practitioners (GPs) are competing an additional training such as DU, DIU or "Capacité". This concerns subjects touching only one part even distant to the GPs' specific field of activity. Why do they do this type of training?

Objective: highlight determinants of this training behaviour and see what this says about the initial and ongoing education of the GP's and of their vision of their job, mission and career.

Method: qualitative study by semi-structured interviews with 15 installed GPs and interns having completed a DU/DIU or "Capacité" at the Faculty of Medicine of Amiens. Analysis according to the anchored theorisation method.

Results : The motivations were the patient's needs, insufficient initial training, a requirement for a certain position, a better professional and personal well-being. The local, temporal, organisational opportunity to do so was a key element of acting out. Overall, these trainings responded to the motivations and they were fairly applicable in the GPs practice. Their feasibility was not easily to be reconciled with the professional and personal life. For certain doctors those entered into a management of their career, of the content of their work and of a need to see recognised a specific medical competence.

Discussion : on a general framework of needs – opportunities- satisfaction it is a personal process and not a corporate cultural one which directs to these trainings. The insufficiency of the initial training as a motivation questions the content of the DES of general medicine. The feasibility closely linked to a personal and professional situation questions the complementary medical training's organisation. The request of recognition of a "specialised" competence for the practice of a part of the general medicine questions on the very concept of the general medicine specialty.

Conclusion : The choice of completing a DU, DIU or a "Capacité" in a limited matter is a personal journey carried out by at least 25% of GP's installed or in training. Why don't the GP's opt for a complementary training in general medicine in the globalism and specificity of this discipline, offer which is truly very rare?

Key words: general medicine-initial training - DPC- DU-DIU -Capacité