



HAL
open science

Les médecins généralistes vosgiens et leur formation médicale continue. Une enquête qualitative auprès de 11 médecins généralistes.

Céline Arnould

► To cite this version:

Céline Arnould. Les médecins généralistes vosgiens et leur formation médicale continue. Une enquête qualitative auprès de 11 médecins généralistes.. Sciences du Vivant [q-bio]. 2012. hal-01734434

HAL Id: hal-01734434

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734434>

Submitted on 14 Mar 2018

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.



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Année 2012

Thèse N°

THÈSE
Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

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

par

Céline ARNOULD

le 29 juin 2012.

**Les médecins généralistes vosgiens et leur formation médicale continue.
Une enquête qualitative auprès de 11 médecins généralistes.**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Xavier DUCROCQ

Président

M. le Professeur Alain GÉRARD

Juge

M. le Professeur Jean-Luc OLIVIER

Juge

M. le Docteur Cédric BERBÉ

Juge et directeur

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Asseseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NEMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRNOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Asseseurs Relations Internationales	Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Patrick BOISSEL
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
Claude CHARDOT - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET
Christian JANOT – Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Denise MONERET-VAUTRIN
Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL
Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER -

Daniel SCHMITT Michel SCHWEITZER – Claude SIMON - Danièle SOMMELET – Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT
- Paul VERT Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

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

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

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

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

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUUEL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

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

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

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

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

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

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

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

Professeur Henry COUDANE

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

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

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

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

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY
Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

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

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER

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

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT
Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

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

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE – Professeur Luc TAILLANDIER

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

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT

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

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

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

Professeur Jean PAYSANT

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

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

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

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

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

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

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

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

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

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

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

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

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

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-
BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

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

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

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-
GUILLAUME

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

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

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

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

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

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

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

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

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

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

Docteur Aude BRÉSSÉNOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

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

Docteur Damien MANDRY

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

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

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

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

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

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

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

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN

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

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

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

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

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteur Isabelle THAON

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

Docteur Laurent MARTRILLE

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

Docteur Nicolas JAY

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

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

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

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

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

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

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

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

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

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

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

Docteur Laure JOLY

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

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

**MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE
GÉNÉRALE**

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

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

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia
DE ISLA

Madame Nathalie MERCIER

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

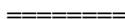
Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Louis ADAM - Docteur Paolo DI PATRIZIO –

Docteur Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON



PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY
Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Michel BOULANGÉ – Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre
NICOLAS

Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Paul VERT

Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto
(JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement
des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Remerciements

A notre maître et président de thèse

Monsieur le Professeur Xavier DUCROCQ
Professeur de Neurologie

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse.
Recevez le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre maître et juge

Monsieur le Professeur Alain GÉRARD
Professeur de Réanimation Médicale

Vous nous faites l'honneur d'accepter d'être membre du jury.
Nous tenions à vous remercier de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.
Soyez assuré de notre sincère gratitude.

A notre maître et juge

Monsieur le Professeur Jean-Luc OLIVIER
Professeur de Biochimie et Biologie moléculaire

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de participer au jury de cette thèse.

Pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger notre travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

A notre juge et directeur de thèse

Monsieur le Docteur Cédric BERBÉ

Ancien chef de clinique de médecine générale à la faculté de médecine de Nancy

Médecin généraliste

Tu as été un réel soutien à un moment donné dans ma formation.

Tu m'as permis de découvrir une facette de notre métier que je ne soupçonnais pas, et tu m'as donné envie de m'y investir.

Reçois toute mon amitié et ma sincère reconnaissance pour m'avoir permis de réaliser ce travail.

A mes maîtres de stage

Aux Docteurs René THIEL, Patrick BASTIEN, Yvonnick CLÉMENCE
Médecins généralistes dans les Vosges

Vous m'avez ouvert les portes de vos cabinets et celles de la médecine de famille.

Apprendre à vos côtés la richesse et la complexité de ce métier est une chance et un honneur.

Merci pour votre engagement dans l'enseignement, pour la qualité et l'humanisme de votre pratique.

Aux praticiens hospitaliers

Et tout particulièrement ceux du service de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie et de cardiologie de Remiremont.

Mes stages hospitaliers ont été une source d'expériences et de contacts professionnels qui enrichissent ma pratique.

Merci pour votre accompagnement et la continuité de nos relations confraternelles.

Aux onze médecins généralistes qui ont participé à cette enquête

Vous avez accepté de me recevoir pendant ½ heure, parfois plus, dans votre cabinet ou chez vous, durant votre journée de travail ou votre temps libre.

Votre accueil bienveillant et vos regards sur la profession sont la force de notre travail.

Merci pour vos témoignages.

A ma famille, à mes amis

Merci pour votre soutien, vos encouragements durant ces longues années d'études.

Et à la mémoire de ceux avec qui j'aurais aimé partager ce moment.

Serment

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

Table des matières

Remerciements	9
Serment	15
Table des matières.....	16
Introduction.....	18
Matériel et méthode	21
I. Objectifs de ce travail.....	22
II. Méthodologie.....	22
A. Pourquoi cette méthode ?.....	22
B. Les modalités de l'enquête.....	24
C. Constitution de l'échantillon	25
Résultats : l'échantillon	27
I. Nombre d'entretiens et durée.....	28
II. Accueil de la part des médecins.....	28
III. Caractéristiques de l'échantillon.....	29
Résultats et analyse des entretiens.....	32
1^{ère} partie : Généralités.....	33
I. Les médecins et leur profession.....	33
A. Les missions.....	33
B. La polyvalence, champ d'application infini ?.....	35
C. L'esprit libéral.....	37
D. Choix délibéré ?	37
E. Une profession en pleine évolution.....	38
F. Les difficultés du métier	44
II. De la faculté à l'entrée dans la vie active.....	49
A. Les médecins généralistes et leur formation initiale	49
B. Les remplacements.....	50
2^{ème} partie : Les médecins généralistes et leur formation médicale continue.....	52
I. Les différents moyens de FMC utilisés par les médecins.....	52
A. Les formations présentielle.....	52
B. Les formations individuelles	60
C. Les situations professionnelles formatrices	66
D. Synthèse	68
II. Les motivations des médecins à se former	70
A. Entretenir et perfectionner ses connaissances	70
B. Améliorer et enrichir sa pratique professionnelle	73
C. Rencontrer les confrères généralistes ou spécialistes.....	75
D. Se rassurer	76
III. Le généraliste : ses résistances au changement.....	77
A. Vécu du changement.....	77
B. Comment se manifestent les résistances au changement ?	78
C. Les causes de résistance	78
D. Les conséquences des résistances	82

IV. Que pensent les médecins de l'obligation légale de FMC ?	83
A. Impact sur leur comportement de FMC	83
B. Importance de la liberté de choix	84
C. Questionnements sur les limites de cette loi	84
V. Que pensent les médecins du rôle de l'industrie pharmaceutique ?.....	86
A. Quelle est cette information délivrée par les firmes pharmaceutiques ?.....	86
B. Qui en sont les vecteurs ?.....	87
C. Une indépendance bien difficile à revendiquer, ou « le côté sombre » du généraliste	89
Discussion.....	91
I. Sur la méthode.....	92
A. Intérêt	92
B. Les limites	93
II. Sur l'analyse.....	94
A. Les outils de FMC et « leurs valeurs ».....	94
B. L'information sur le médicament.....	103
C. Le généraliste, difficile à cerner.....	110
Conclusion	113
Abréviations.....	116
Bibliographie	117

Introduction

« En médecine, la mode change aussi souvent qu'en haute couture. Le médicament miracle d'aujourd'hui sera le poison mortel de demain. » Groucho Marx (Extrait de Mémoires d'un Amant lamentable).

Aujourd'hui, les connaissances médicales évoluent très rapidement, conduisant les médecins généralistes à se former tout au long de leur activité professionnelle. Ils disposent pour cela d'un cadre qui lui aussi s'est modifié au fil des années.

L'obligation au départ purement déontologique de formation médicale continue (FMC) est devenue légale depuis 1996. (1)

Depuis cette date, les réformes du cadre réglementaire se sont succédées. Une nouvelle loi rendant obligatoire l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) s'est ajoutée en 2004 (1). Les deux dispositifs n'ont jamais pu fonctionner comme cela était prévu, notamment faute de financement et de consensus.

En 2009, la loi HPST (1) réunit la FMC et l'EPP dans un dispositif unique, le développement professionnel continu (DPC).

Le développement professionnel continu a pour objectif l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des soins (Code de la Santé Publique, Art. L. 4133-1) (1).

Depuis les années 70, les généralistes se sont regroupés en associations locales pour élaborer une FMC répondant à leurs objectifs et leurs attentes.

La Lorraine en fut le véritable berceau et le département des Vosges a bénéficié de l'influence du Docteur Guy SCHARF, véritable père de la pédagogie d'adulte. (2)

C'est dans ce contexte qu'a été créée la première association de FMC dans les Vosges, l'AMVPPU. Elle a connu une période faste pendant une vingtaine d'années. Mais l'association a commencé à connaître des jours difficiles à partir des années 2000 et ne comptait que 33 adhérents en 2010. (2)

La succession des réformes de la FMC, la situation préoccupante de la démographie médicale dans les Vosges (3) ou la spécificité géographique de ce département avec une zone de moyenne montagne, expliquent peut-être en partie la baisse de motivation des généralistes à suivre une formation continue par le biais associatif.

Notre travail de thèse s'inscrit dans la continuité d'un mémoire de DES (2) retraçant l'historique de l'AMVPPU.

L'objectif est de comprendre les raisons de cette désaffection et d'identifier les attentes de FMC.

Comment les médecins généralistes vosgiens perçoivent-ils la formation médicale continue : hier, aujourd'hui et demain ?

Pour atteindre cet objectif et répondre à notre question de recherche, rien ne nous a semblé plus adapté que d'aller rencontrer directement les professionnels.

Le choix de réaliser des entretiens, et d'appliquer une méthode d'analyse qualitative s'est alors tout naturellement imposé. Nous voulions appréhender leurs pratiques de FMC, leurs motivations, leurs résistances et leurs attentes actuelles.

Matériel et méthode

I. Objectifs de ce travail

Ce travail a pour objectif de connaître la perception de médecins généralistes des Vosges sur leur formation médicale continue dans le département.

Notre question est la suivante :

Quelle est la représentation des médecins généralistes Vosgiens de leur FMC ?

Nous évaluons le ressenti des médecins par rapport à trois thématiques centrales :

- L'organisation de la FMC,
- Les différents moyens de FMC,
- L'impact sur les pratiques : attentes, constats.

Les objectifs secondaires consistent à faire ressortir des **pistes de réflexion pour améliorer la FMC dans le département des Vosges**, et pour éventuellement construire un modèle de FMC qui ferait l'unanimité auprès des médecins.

II. Méthodologie

Pour répondre à la question initiale, nous avons choisi d'utiliser la **méthodologie qualitative**.

A. Pourquoi cette méthode ?

La méthode qualitative est une technique issue des Sciences Humaines. Elle consiste à recueillir des données par une **technique d'entretiens et d'analyse par thématique**. Elle a pour but d'étudier des mécanismes d'action, des schémas de pensées et des représentations. Elle permet de cerner la réalité d'une situation particulière (4-6)

Elle n'a pas un but d'exhaustivité, mais de **représentativité**. L'échantillon constitué doit avoir des caractéristiques très variées, la diversité des points de vue étant recherchée. Les éléments répétés par plusieurs participants ont dans l'analyse autant de poids que ceux qui n'apparaissent qu'une fois. (7)

Trois possibilités d'entretiens qualitatifs (5) se posaient à nous :

– **L'entretien libre (ou non dirigé)** : c'est le type d'entretien le moins structuré : il se caractérise par l'attitude non directive du chercheur qui suit et soutient le participant invité à s'exprimer. L'objectif de cet entretien est de porter un intérêt à tous les éléments du discours : les idées exprimées mais aussi leur enchaînement par association, les intonations, etc.

– **L'entretien dirigé** : l'interviewé répond aux questions posées, sans avoir la possibilité d'approfondir sa réflexion. Les questions posées sont « fermées », c'est-à-dire que la réponse du participant devra correspondre à un choix d'une ou plusieurs réponses parmi une liste de réponses déterminées. Ce type d'entretien permet d'inclure un grand nombre de participants et appelle une analyse quantitative des données recueillies ; un objectif de représentativité et de généralisation est recherché. La place de ce type d'entretien en recherche qualitative est particulier : si un questionnaire peut effectivement porter sur des questions « sociologiques », l'entretien directif se distingue d'une méthode qualitative au sens où le questionnaire n'engendre pas une complexification des données, ni ne les enrichit, mais les simplifie dans un objectif de vérification d'hypothèses. Ce type d'entretien se distingue aussi par la rigidité qu'il engendre.

– **L'entretien semi-dirigé** se fonde sur l'attitude peu directive de l'enquêteur qui, s'il pose des questions à partir d'une liste de questions prédéfinies, laisse le participant s'exprimer librement sur ces questions – il n'est pas face à des choix fermés mais est appelé à répondre avec ses propres mots à la question posée. Par ailleurs, l'enquêteur n'est pas contraint par une liste des questions mais il est libre d'en poser d'autres, en rapport avec les réponses données par le participant et le thème de la recherche. Le principe de l'entretien semi-directif est **d'organiser l'échange**.

Dans l'optique de la compréhension de comportements, nous avons donc choisi d'exclure l'entretien directif et d'opter pour un **entretien semi-dirigé**. Cette technique paraissait moins ardue que l'entretien libre, l'inexpérience de l'enquêteur risquait de limiter l'exploration. L'entretien semi-dirigé permet un certain ajustement des données en orientant les questions sur des thèmes précis.

B. Les modalités de l'enquête

Le premier contact a été réalisé par appel téléphonique avec une présentation **standardisée** des objectifs de l'étude et des modalités de l'entretien :

« Bonjour, je m'appelle Céline Arnould, je suis médecin remplaçant en cours de thèse. Je souhaiterais vous solliciter pour mon travail qui porte sur la FMC des médecins généralistes vosgiens.

Pour cela, j'aimerais vous rencontrer pour un entretien d'une demi-heure environ, qui sera enregistré et utilisé de façon anonyme.»

Un entretien exploratoire a été réalisé préalablement afin de permettre à l'enquêteur de tester son aisance, à explorer les pistes choisies lors de la construction de la problématique et éventuellement en découvrir d'autres.

L'attitude la **moins directive** possible était recherchée, en évitant les questions précises. Les données recueillies ont permis d'élaborer **un guide d'entretien** qui représente une sorte de trame des thèmes à aborder, utilisé comme aide-mémoire. Ce support s'est modifié au fur et à mesure de l'enquête du fait de l'inclusion de nouveaux thèmes. Il devait assurer une cohérence de la discussion, permettre l'improvisation (thèmes, langage...), accorder une flexibilité par rapport aux questions préparées.

L'entretien exploratoire a été ensuite inclus dans l'analyse du fait de la richesse des données recueillies.

Le thème général de l'entretien est présenté au moyen d'une **première consigne standardisée**, identique pour tous les médecins interviewés :

« Je vous remercie de me recevoir. Comme je vous l'ai expliqué par téléphone, je suis médecin remplaçant en cours de thèse.

Je vous ai sollicité pour mon travail qui porte sur la FMC des médecins généralistes vosgiens. Pour cet entretien, je ne vous poserai pas de questions précises afin de connaître votre expérience et votre point de vue.

Je vous rappelle que l'interview est enregistrée, si vous êtes d'accord, et sera utilisée de façon anonyme.

J'aimerais donc savoir ce que représente pour vous la FMC. »

Lorsque les propos s'épuisaient, les questions du guide d'entretien étaient utilisées en guise de relance du discours. Seuls les thèmes non abordés spontanément par le médecin interviewé étaient proposés :

- Quelles sont vos habitudes de FMC ?
- Pourquoi avez-vous choisi ce type de formation ?
- Pourquoi participez-vous à FMC ?
- Quels sont vos critères de qualité d'une FMC ?
- Que pensez-vous de l'obligation légale de FMC ?
- Quelle est votre conception de la médecine générale ?

L'entretien se terminait par des questions d'ordre général : âge, ancienneté de l'installation, informatisation du cabinet, fonctionnement avec secrétariat.

En pratique, l'entretien était enregistré sur support numérique et retranscrit intégralement.

C. Constitution de l'échantillon

La recherche qualitative cherche à approfondir plutôt qu'à élargir, tend à recueillir un regard spécifique, voire singulier, plutôt qu'à généraliser. Elle met au jour les significations de comportements et d'actions, comme nous l'avons vu précédemment.

Son objectif est de produire une information ou des données riches et complexes, à partir d'un **échantillon choisi pour sa pertinence** par rapport à l'objet étudié, à la question posée (18-19) : il ne s'agit pas ici de répondre à une exigence de représentativité mais d'inclure certaines composantes caractéristiques de la population afin d'explorer au mieux l'objet étudié.

Les médecins pour être **inclus** dans cette étude devaient :

- être titulaire du doctorat de médecine générale,
- être installé et exercer la médecine générale de manière libérale,
- pratiquer un exercice allopathique majoritaire.

Nous avons ensuite établi des **critères de diversité**, afin de définir des profils de médecins généralistes les plus variés possibles, en fonction de :

- L'âge
- Le sexe
- Le milieu d'exercice : urbain, semi-urbain, rural
- Le mode d'exercice : isolé, en groupe
- L'existence d'un secrétariat
- L'informatisation du cabinet
- L'ancienneté de l'exercice
- L'importance de l'activité
- L'engagement dans la maîtrise de stage
- L'adhésion à une association de FMC
- La situation familiale : célibataire, marié, enfants à charge.

Nous pensions effectuer entre 10 et 20 entretiens pour notre étude.

Ce nombre s'est ajusté au fur et à mesure du travail et a été fixé lors de l'apparition du phénomène de saturation, les données recueillies et leur analyse ne fournissant plus de nouveaux éléments pour la recherche en cours.

En pratique, nous avons établi une liste d'une vingtaine de médecins généralistes, à partir de données recueillies sur le site Internet du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins et d'après des renseignements informels.

Résultats : l'échantillon

I. Nombre d'entretiens et durée

Quatorze médecins ont été contactés :

- Un médecin a décliné notre demande car il cessait son activité dans les Vosges, laissant une commune sans médecin. La municipalité a proposé une aide à l'installation en milieu rural. Et nous avons eu l'occasion de rencontrer le médecin qui acceptait l'offre. Hasard de notre sélection, il faisait déjà partie de notre liste.
- Un médecin n'a pas pu nous recevoir car il s'absentait pour ses congés. Il ne semblait pas hostile à notre requête. Mais il n'a pas souhaité programmer un rendez-vous à son retour.
- Un autre médecin n'a pu être interrogé du fait d'une erreur technique de l'enquêteur. Il n'a pas été recontacté par la suite, les critères de sélection étant tous remplis et les données arrivant à saturation.

Le phénomène de saturation est apparu à partir du dixième entretien.

Onze entretiens¹ ont été finalement réalisés, d'une durée moyenne de 36 minutes, allant de 14 à 97 minutes.

II. Accueil de la part des médecins

L'accueil téléphonique a été globalement bon. Certains paraissaient quelque peu interpellés par le sujet de l'enquête, car ils pensaient que le thème était très limité et ne pouvait donc pas se prêter à un travail de thèse.

Plusieurs ont décliné la demande dans un premier temps, au prétexte qu'ils ne suivaient pas de FMC ou très peu et qu'ils n'apporteraient pas grand-chose à notre étude. Les précisions sur le sujet de l'étude et notre intérêt particulier pour leur expérience personnelle ont permis à chaque fois de les faire changer d'avis.

Un médecin a été particulièrement difficile à joindre, la secrétaire nous promettant à chaque fois de lui rappeler notre demande. Finalement, le hasard d'une garde de l'enquêteur a permis d'être mis en relation directement avec ce médecin qui régulait ce jour-là, et de convenir avec lui d'un rendez-vous...

¹ L'intégralité des entretiens est disponible sur demande auprès de l'auteur de ce travail, à l'adresse Email suivante : celaubert@yahoo.fr.

Tous les entretiens se sont déroulés dans les cabinets médicaux, sauf un réalisé au domicile du médecin.

Les rendez-vous étaient fixés surtout en début d'après-midi, avant les consultations. Deux médecins nous ont reçus durant leur jour de congé hebdomadaire.²

Les entretiens se sont effectués dans de bonnes conditions, sauf un, où l'attitude assez agressive et impulsive du médecin a fortement déstabilisé l'enquêteur.

Un médecin a également mis l'enquêteur en difficulté par ses réponses extrêmement courtes, l'obligeant à relancer fréquemment le dialogue, pour obtenir plus d'éléments.

L'entretien exploratoire que nous avons évoqué précédemment, s'est réalisé à trois, le médecin interviewé et son interne. Probablement du fait de la présence de l'étudiant, le médecin a été particulièrement bavard, soucieux de donner des exemples. Il s'agit d'ailleurs de l'entretien le plus long. Il nous a permis de récolter une multitude de données pour la construction du guide d'entretien.

III. Caractéristiques de l'échantillon

Nom		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Age	30-39 ans											
	40-50 ans											
	50-60 ans											
	>60 ans											
Sexe	homme											
	femme											
Milieu d'exercice	urbain											
	semi-urbain											
	rural											
Ancienneté d'exercice	< 5 ans											
	5-9 ans											
	10- 19 ans											
	20- 30 ans											
	> 30 ans											
Type de cabinet	groupe											
	individuel											
Adhérent à une association de FMC												
Maître de stage												
Activité	<15 actes/j											
	15-25 actes /j											
	> 25 actes /j											
Situation familiale	célibataire											
	marié ou en couple											
	enfants											
Secrétariat	O/N	N	O	N	O	O	O	O	N	N	O	O
Informatisation	O/N	O	O	N	O	O	O	O	O	O	O	O

Présentation succincte des médecins :

La cinquantaine, le **docteur A** nous reçoit avec sa stagiaire. Malgré son retard en fin de journée, sa charge de travail qui semble importante, il se montre disponible, détendu et s'implique au cours de l'entretien. Il étaye ses propos par de nombreux exemples concrets. Nous avons eu le sentiment qu'il prenait très à cœur son rôle de maître de stage, souhaitant transmettre au maximum son expérience.

Proche de la cinquantaine, le **docteur B** travaille en cabinet de groupe avec sa femme. Réticent initialement pour accorder un entretien, il partage facilement son opinion, mais sur un ton légèrement condescendant. Il insiste sans aucune gêne sur l'absence de rémunération de la FMC. En outre, il semble assez sceptique quant à son utilité dans son exercice quotidien. Les échanges entre pairs ne lui semblent pas indispensables.

Proche de la cinquantaine, le **docteur C** exerce seul. Il paraît timide, se dit casanier et exerçant dans un cabinet « 19^{ème} siècle ». Il répond de façon laconique et ne se sent pas concerné par la FMC. Il a paru se détendre en toute fin d'entretien.

La soixantaine, le **docteur D**, auquel sa secrétaire n'ose pas transmettre nos appels, nous recevra finalement de façon conviviale chez lui, lors de sa journée de repos. Bourru, bougon, parfois grossier, avec un humour grinçant, il participe activement à l'entretien, dans un esprit de partage des connaissances et d'expériences. Il manifeste une grande curiosité professionnelle, même s'il a des idées arrêtées sur la profession et les confrères.

Proche de la soixantaine, le **docteur E** exerce seule. Elle n'a accepté notre entretien qu'avec beaucoup de réticences. Celui-ci s'est déroulé dans une atmosphère étrange, générant peu à peu le mal-être (elle parle d'elle à la 3^{ème} personne, se lance dans des soliloques où elle change de voix, devient peu à peu agressive). Elle ne tient que des propos très négatifs sur la profession, les patients, les collègues, la formation. Elle semble désabusée.

La quarantaine, le **docteur F** nous reçoit dans son cabinet très accueillant. Il s'en dégage une ambiance sereine, rassurante. Elle s'investit beaucoup dans sa pratique (elle précise qu'elle aime son métier) et dans l'aide humanitaire. Les échanges se déroulent d'égal à égal. Elle communique beaucoup avec ses confrères, car elle est consciente de ses limites professionnelles. Elle semble parvenir à concilier vie professionnelle et vie personnelle (mère célibataire d'un enfant en bas âge).

La quarantaine, le **docteur G** exerce en cabinet de groupe. Elle se livre difficilement, demeure assez réservée, exprime souvent les mêmes arguments, même si parfois elle se

contredit. Toutefois, il est manifeste qu'elle s'implique dans son travail et qu'elle a un sens aigu de sa responsabilité professionnelle.

La quarantaine, le **docteur H**, qui vient de la région parisienne, se sent très isolée dans ce milieu de moyenne montagne, éloignée d'un grand centre médical, où il est moins facile de rencontrer les confrères. Elle est ravie de notre échange qui vient rompre sa solitude professionnelle. Très impliquée dans la FMC, elle déplore de ne pas avoir les mêmes possibilités qu'à Paris. Elle maintient toujours des liens avec ses anciens collègues et tente de se construire un réseau dans son nouveau lieu d'exercice.

Trentenaire, le **docteur I**, originaire de Roumanie, a terminé ses études en France, a travaillé comme salarié d'une compagnie minière, avant de s'installer il y a deux mois, en milieu rural où il est seul après le départ de deux confrères. Il nous reçoit chaleureusement, consacre du temps à l'entretien malgré une charge de travail manifestement considérable. Heureux d'avoir une telle patientèle et de gagner de l'argent, il déplore toutefois de ne plus pouvoir participer à la FMC.

La trentaine, le **docteur J** vient seulement de s'installer en association avec le médecin qu'elle remplaçait régulièrement. Elle partage sa toute nouvelle expérience avec une grande humilité. Elle continue à participer à un type de FMC dédié aux remplaçants, le temps de trouver ses marques dans son nouveau statut.

Trentenaire, le **docteur K** est l'associé du docteur J. Ayant exercé seul, il est très satisfait de pouvoir échanger avec sa consœur. Il partage volontiers son expérience. Il insiste sur la nécessité de contacts et d'échanges entre pairs, maillon indispensable et complémentaire de toutes les possibilités offertes par l'outil informatique.

Résultats et analyse des entretiens

1^{ère} partie : Généralités

Les médecins interviewés ont spontanément évoqué leur quotidien, certains confiant même des éléments très personnels. D'autres se sont remémorés leur formation initiale et leurs débuts dans la vie active.

Une nécessité de **contextualiser** la FMC est donc apparue, nous conduisant à réaliser une première partie abordant les généralités concernant les **représentations des médecins interrogés sur leur profession, sur leur formation initiale et sur le remplacement**. Ces données vont nous donner des clés de compréhension pour la suite de l'analyse sur les pratiques de FMC.

I. Les médecins et leur profession

A. Les missions

– Soins

La délivrance de soins fait partie des missions du médecin généraliste. Mais comme le précise le docteur K, il ne s'agit pas de soins au sens strict du terme.

« On fait très peu de soins au sens propre. »

Les actes techniques sont **rare**s voire quasi inexistantes pour certains.

L'acte de prescription représente pour la majorité des médecins l'aboutissement de la consultation : *« le point essentiel de la médecine générale, c'est la prescription de médicaments [Rires] ... C'est quand même la finalité au bout du compte... »* (A).

Ce constat gêne le docteur K, la démarche de soins s'opérant dans d'autres actes très importants tels que **la prévention, l'éducation et l'information du patient** : *« on n'est pas là que pour prescrire... On est là pour soigner des gens. Mais c'est vrai que la démarche de la médecine générale, (...) ça termine souvent par une prescription ! Il faut dépasser ça. »*(K).

La notion de soins s'inscrit dans une **prise en charge globale** du patient avec la prise en compte des aspects familiaux, communautaires et culturels de chacun. Cette notion de globalité, reprise par plus de la moitié des médecins interviewés, est un des **repères identitaires de la médecine générale**, comme le soulignent les docteurs B et G.

« Ce sont les problèmes de famille (...) c'est le patient et surtout, tout ce qui va avec... » (G)

« On a une spécialité ! Ben notre spécialité, c'est ce que je viens de vous dire, c'est de gérer, d'articuler le puzzle... si le puzzle est le patient » (B).

– Orientation, coordination

Le médecin généraliste représente en général le **premier contact** du patient avec tout le système de soins. Avec le développement des spécialités médicales d'organe, les médecins généralistes seraient considérés comme des « gate-keepers » (gardien des portes) et leur discipline « une gare de tri ». Cette mission paraît assez **dévalorisante** pour certains confrères, comme en témoignent les propos du docteur K comparant le rôle du généraliste à celui d' « *un super externe* ».

La coordination des soins, point clé de la profession, ne peut se faire qu'avec un travail de **synthèse** des interventions des différents prestataires de soins et avec la circulation appropriée de l'information.

Comme le souligne le docteur B, il est important d'avoir son **réseau de professionnels** de santé et impératif de pouvoir échanger, partager les informations.

« je crois que notre métier, c'est encore une fois de tenir le puzzle, de savoir comment agencer les différentes pièces (...) d'avoir plein de contacts. Il faut surtout que le généraliste travaille avec les spécialistes (...) que les spécialistes renvoient tout sur le généraliste. Ça, c'est la règle. Si j'envoie un patient à un spécialiste et que je n'ai pas de retour (...) il ne le revoit plus ».

– Communication au travers de la relation médecin-malade

Le malade avec ses symptômes demande certainement au médecin la guérison de sa maladie, mais il attend aussi autre chose.

Le malade recherche soutien, réassurance, empathie, sécurité qu'il peut trouver dans une **relation médecin-malade** rendue efficace par une **communication appropriée**.

Cette relation particulière entre un médecin et son malade **est une des caractéristiques de la médecine générale**.

« c'est essentiellement du relationnel, la médecine générale. C'est vraiment LA relation patient-malade. C'est la base. » (H)

« je voulais faire autre chose, quand j'ai commencé médecine Je voulais faire médecine légale, parce que je ne voulais pas parler aux gens. J'ai changé d'avis, finalement c'est l'inverse... J'ai changé d'avis après un stage en réa méd'... » (J).

Selon trois médecins (G, H et J), la **relation médecin-malade constitue un intérêt majeur et une motivation pour leur profession**. Ceci est renforcé par la notion de **proximité**, par « *le contact humain* » si particulier en médecine générale, au point de « *faire partie un peu de la famille des gens* ».

Les médecins sont conscients que la confiance que leur donnent leurs patients a été longuement travaillée avant d'être acquise. Et c'est pour cette raison, que les médecins y accordent une grande importance et se voient investis d'une vraie mission : « *ils mettent un peu leur santé entre vos mains !* », « *On a un vrai rôle* ».

Pour la majorité des médecins, l'**écoute** fait partie intégrante de l'activité du généraliste. Les praticiens y voient un besoin des patients d'être rassurés, compris et informés. Le docteur B évoque une certaine difficulté à se mettre à l'écoute par moments, sans préciser les raisons. Mais le docteur F laisse entendre la nécessité d'une certaine **disponibilité** : « *j'ai l'habitude de prendre pas mal de temps dans mes consult'* ». Le médecin doit aussi tenir aussi compte des propres émotions. Il ne peut écouter ses patients correctement que s'il les tient à distance. Si pour le docteur E, il est important de garder une **maîtrise de soi** par « *devoir de réserve* », il s'agit plutôt de garder une attitude politiquement correcte : « *Parfois, j'ai envie de leur dire : « Merde, faites chier, aller prendre la porte !* »

Une profession basée sur la délivrance de soins et leur coordination L'acte de prescription comme aboutissement de la consultation médicale La globalité de la prise en charge et la relation médecin-malade comme repères identitaires
--

B. La polyvalence, champ d'application infini ?

La médecine générale pourrait être représentée comme la somme du savoir de l'ensemble des spécialités médicales.

Mais personne ne peut prétendre à l'acquisition d'une telle somme de connaissances, comme le précise le docteur H : « *Je ne suis pas cardiologue, je ne suis pas gynécologue, je ne suis pas pneumologue, je ne vais pas devenir tout ça à la fois, ce n'est pas possible ! Mais il faut que je m'oblige à avoir un minimum de connaissances dans tous ces domaines-là pour pouvoir, effectivement, diriger correctement mes patients* ».

Il s'agit plus d'une **approche transversale de l'ensemble des spécialités** apportant les connaissances « minimales » nécessaires pour pouvoir gérer, orienter correctement les patients.

Les connaissances médicales de chaque médecin ont des **limites** qui définissent son champ d'application de la médecine générale.

Cette limite évoluera avec l'**expérience** et les **domaines de prédilection**.

La **connaissance de ses propres limites** apparaît comme **une compétence nécessaire** à l'exercice de la discipline. La notion de recours au spécialiste apparaît lorsque cette limite est franchie.

« Je pense que chacun a son domaine de compétences plus pointues. Je ne dis pas que la médecine générale, c'est dégrossir et puis hop ! On passe la main, ce n'est pas ça non plus. Après c'est connaître ses limites. On ne peut pas être à la pointe de tout sur tout ! Ce n'est pas possible. Ce n'est pas parce qu'on est généraliste qu'on est à la fois cardiologue, rhumatologue, hémato [Rit] ou alors celui qui est tout ça parce qu'il est généraliste, il est interniste dans ce cas-là et même que l'interniste il aura aussi des fois besoin du spécialiste en ci ou en ça ! Donc à mon avis, c'est un peu prétentieux celui qui va dire : « Moi je suis à la pointe de tout sur tout ». Je pense que chacun a ses domaines de prédilection et peut aller plus loin dans ce qu'il connaît bien, mais qu'il faut aussi rester humble et savoir aussi où on s'arrête... » (F).

« Après je pense qu'il faut avoir un esprit critique »

« on a toujours moyen de se rendre compte qu'on n'est pas à jour. Je le dis souvent aux patients : « je vais regarder un peu ce que vous avez, je vais me renseigner et je vous rappelle ». Après, il faut être honnête avec les gens » (K).

Le médecin généraliste doit **gérer tous les problèmes de santé** du patient qui se présente en consultation, l'obligeant à *« avoir un esprit qui a réponse à tout »* selon le docteur D et *« de savoir se débrouiller »* pour le docteur F.

Ceci implique la prise en compte des **pathologies aiguës et chroniques**, de pouvoir **hiérarchiser** les problèmes en fonction des priorités du patient et celles du médecin.

Deux praticiens évoquent également la **démarche décisionnelle spécifique** en médecine générale qui se base sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.

Les problèmes de santé rencontrés dans les hôpitaux sont différents, la prise en charge des maladies graves y est naturellement plus fréquente, du fait de l'orientation des malades : *« L'hôpital et la ville sont deux mondes complètement différents » (H).*

Le généraliste doit être conscient de cette **différence de fréquence des maladies**, tout en restant vigilant pour un éventuel « cas particulier ».

<p>Une approche transversale de l'ensemble des spécialités Une démarche décisionnelle spécifique pour pouvoir gérer tous les problèmes de santé Une compétence nécessaire : la connaissance de ses propres limites</p>
--

C. L'esprit libéral

La médecine générale s'exerce majoritairement de façon libérale.

Comme le dit le docteur F, il s'agit bien plus que d'un mode d'exercice. Elle fait référence à une **mentalité**, un mode de pensée basé sur la **liberté de fonctionnement** tout en se fixant **ses propres règles** et assumant les responsabilités incombant à la profession.

« Nous, on n'aime pas trop qu'on nous dise : « Fais ci, fais ça ». On aime bien rester relativement libre, mais on s'impose nos règles à nous malgré tout (...) je pense qu'on est dans l'âme, dans la mentalité, libéral avant tout ! Donc dans tous les sens du terme (...). On prend nos responsabilités, on n'hésite pas à prendre nos responsabilités, on aime ça, mais aussi on prend nos propres responsabilités par rapport à notre formation... et pas un truc où on est comme ça, pieds et poings liés, obligés de... comme à l'école. »

L'exercice libéral : un mode de pensée et une pratique basés sur la liberté et l'autonomie
Un grand sens de la responsabilité professionnelle

D. Choix délibéré ?

Plusieurs médecins, en évoquant leur cursus universitaire, ont jugé nécessaire de préciser que leur choix pour la médecine générale n'était pas une voie choisie par défaut.

Pour le docteur B, on peut se demander si ses propos n'ont pas un sens caché. Il avait peut-être initialement d'autres projets.

« Je fais de la médecine générale, non par dépit, mais parce que je l'ai choisi, bien que j'aie préparé l'internat... Parce qu'à l'époque c'était... (...) moi je ne suis pas frustré d'être spécialiste en médecine générale, c'est-à-dire que je n'ai pas fait médecine générale parce que je n'ai pas pu faire autre chose, donc je ne regrette absolument pas de ne pas être chirurgien ».

En revanche, ce jeune médecin (J) qui s'était orienté vers une spécialité hospitalière, a opté délibérément pour la médecine générale après une réflexion éclairée.

« je voulais faire autre chose, quand j'ai commencé médecine, je voulais faire médecine légale, parce que je voulais pas parler aux gens. J'ai changé d'avis, finalement c'est l'inverse ».

Comme le souligne le docteur H, **la formation pour la médecine générale a été longtemps inexistante** dans un système centré essentiellement sur la **valorisation de la médecine hospitalo-universitaire** : *« parce que vous je ne sais pas, mais là où j'ai fait mes études, la médecine générale en gros, ça n'existait pas ! »*.

La médecine générale y était **déconsidérée** : *« Vous étiez spécialiste ou vous n'étiez rien ! »*.

Pour ces raisons, le choix de la médecine générale a souvent été la conséquence d'échec à l'accès à la spécialisation.

N'étant pas initialement inscrite dans le cursus, la spécificité de la médecine générale se découvrait lors de sa pratique en cabinet : *« quand vous décidiez ou que vous vous retrouviez en médecine générale, vous vous demandiez un petit peu ce qui vous tombait dessus, parce que ça voulait dire quoi ? »*, *« le stage chez le praticien nous permettait de nous rendre compte de ce qu'allait être notre travail ! »*.

La médecine générale ou le remake de la mauvaise réputation de Brassens

E. Une profession en pleine évolution

– Évolution des connaissances et des pathologies

Tous les médecins interviewés sont unanimes. Les **données médicales sont en constante évolution** : avancée des connaissances dans de nombreux domaines, découvertes de nouvelles thérapeutiques, retrait de médicaments du fait de leur balance bénéfice- risque défavorable.

Comme l'évoque le docteur D, les pathologies sont les mêmes depuis des années, mais l'étiologie et l'attitude thérapeutique peuvent changer : *« quelles sont les évolutions en infectiologie de ville ? Puisqu'on dit qu'on balance trop d'antibiotiques... quelles sont les résistances qui se développent ?... Les attitudes, si tu veux ... (...) Il y a des germes qui évoluent et d'autres qui bougent pas quoi ! »*.

Certaines prises en charge, habituellement du domaine des spécialistes, se sont développées en médecine générale, probablement du fait d'une augmentation des besoins et d'une formation spécifique plus accessible aux généralistes, comme le laisse entendre le docteur D : *« j'ai un certain pourcentage de « camés » à m'occuper... C'est chronophage et puis de toute façon, on ne peut pas y échapper, ça va être de pire en pire. »*, *« il y a de plus en plus de chimio à la maison »*.

L'épidémiologie de la médecine générale évolue constamment, le généraliste n'est pas confronté aux mêmes problèmes de santé que ceux d'il y a trente ans.

Le docteur B exprime, au travers de l'exemple du diabète, que la **fréquence** de certaines pathologies a considérablement évolué : « *On ne peut pas passer à côté. On a tous des diabétiques, et un paquet !* ».

Cela implique des connaissances plus pointues des traitements, le médecin devant constamment renouveler son panel thérapeutique : « *le diabète, c'est intéressant parce que c'est une spécialité sur laquelle les moyens thérapeutiques ont énormément évolué en très peu de temps. Il n'y a pas très, très longtemps, on avait metformine, sulfamides, insuline... Point final... Insulines, il y en a plein qui sont sorties, notamment les insulines retard, (...) on manipulait très peu d'insulines, dans le temps (...) maintenant on a des insulines retard qui sont assez faciles à manipuler... on peut les initier... Il y a toutes les nouvelles classes qui se sont rajoutées, en plus de la metformine et des sulfamides, en très peu de temps* ».

Le nouveau « paysage épidémiologique » de la médecine générale a entraîné le **développement de la prévention** et de **l'éducation thérapeutique**, deux missions incontournables constituant l'identité de la médecine générale, selon le docteur K : « *Projet de faire de l'éducation thérapeutique, ça me paraît indispensable, en tout cas depuis que je suis installé...* ».

– **Évolution de la démographie médicale**

Les docteurs E et B analysent **la modification des pratiques des généralistes engendrée par l'évolution du nombre des médecins sur le territoire.**

« *Vous voyez bien ce qu'est une consultation, ça dure peu de temps... Donc on n'a pas le temps de faire grand-chose. Il ne faut pas rêver, si de temps en temps (...) il y a 20 ans, il y avait des types qui faisaient des longues consultations, c'est pratiquement... enfin moi, je ne fais pas. A mon avis, ça n'existe quasi plus. On ne peut pas, vu le rythme des consultations qu'on a* ».

Il y a quelques décennies, comme le laisse entendre le docteur B, la densité médicale était plus élevée. Chaque praticien suivait une patientèle moins importante avec une moindre demande de soins. La concurrence entre médecins était plus perceptible. La durée particulièrement longue des consultations aurait pu peut-être représenter un critère pour se démarquer des autres confrères.

« *A l'époque, il y avait plein de médecins partout, partout... Alors si vous ne multipliez pas les actes... Certains multiplient les actes avec une facilité absolue... Ils faisaient en sorte que le patient s'imagine être très malade pour revenir le plus souvent possible...* »

Le docteur E, en retraçant ses débuts d'exercice dans le Sud, illustre le phénomène des **inégalités interrégionales** en termes d'offre de soins, où la concurrence entre médecins

entraîne des **dérives** peu déontologiques. La densité des généralistes est excessive, au point de ne pas lui garantir des conditions de vie correctes. Elle exerce actuellement dans les Vosges, où la situation s'inverse. Pour garder une qualité de vie satisfaisante et un diagnostic lucide, elle limite volontairement son activité.

« Je la [mon activité] réduis... Je pourrais travailler après 19h, mais je ne le fais pas... Je fais 20 actes pas plus, c'est de la folie après, on débloque totalement, on raconte que des conneries, on fait des erreurs, ce n'est pas bien... »

L'exercice en groupe est évoqué comme moyen de pallier au problème de la baisse de l'offre de soins. Le docteur H le considère comme **évolution inéluctable des pratiques** et comme **une amélioration de l'exercice professionnel** : *« je pense que dans l'avenir, ça changera. Il ne faut pas rêver, les cabinets seuls, il n'y en aura pratiquement plus. On ne peut pas tenir... Financièrement, c'est lourd. Et parce que la demande médicale est de plus en plus importante... et donc c'est vrai que dans ce cas-là, c'est bien de ne pas être seul ».*

Le cas du docteur I interroge. Il semble tout à fait épanoui dans sa pratique actuelle. Mais on peut se demander combien de temps il le restera, étant isolé, ayant à charge les patientèles et les locaux de deux médecins partis en retraite...

– **La médecine générale, une identité à part ?**

Longtemps peu valorisée, la médecine générale a longtemps cherché sa place parmi les spécialités.

Certains médecins interviewés (D, B et E) expriment le sentiment d'occuper **un statut inférieur à celui des spécialistes**.

« si on a fait médecin généraliste, c'est qu'on ne pouvait pas faire autre chose » (E).

Le docteur B évoque cette notion de complexe d'infériorité en prenant soin de préciser qu'il ne l'a pas personnellement (pour ne pas donner une image dévalorisée de soi ?) : *« moi je ne suis pas frustré d'être spécialiste en médecine générale, c'est-à-dire que je n'ai pas fait médecine générale parce que je n'ai pas pu faire autre chose, donc je ne regrette absolument pas de ne pas être chirurgien ».*

La construction de **repères identitaires propres à la médecine générale** est nécessaire pour se considérer médecin à part entière et trouver une légitimité à cette discipline.

« Je vais vous dire très clairement les choses, parce que j'en ai discuté avec un confrère pas plus tard que le week-end dernier, où on a confronté un petit peu quel pouvait être notre métier dans les prochaines années (...) Si vous voulez le spécialiste de nos jours, c'est un technicien... C'est un type qui va utiliser des machines pour faire des examens complémentaires. Radiologie. Même le cardio, puisqu'il fait des échos, des machins, des

trucs... Tous... Le gastro, qu'est-ce qu'il fait, des endoscopies. Nous, on est tout sauf des techniciens. Et notre métier, pour moi, dans les années futures, ça va être d'identifier quel peut être le problème médical, le motif de consultation et de savoir articuler tout ça avec les différents moyens qu'on a. (...) Nous, on est le spécialiste technique et centralisateur...de l'individu, c'est-à-dire qu'on centralise tous les problèmes de l'individu » (B).

La médecine spécialisée est donc définie par son aspect purement technique et son champ d'application relativement étroit. Par opposition, la médecine générale se définit au travers de ses missions (Cf. A1) et de sa conception humaniste qui se manifeste par une approche globale du patient, à travers une relation privilégiée, emprunte d'empathie.

Le « *vrai rôle* » du généraliste (J) serait aussi de considérer le patient dans toute son humanité. C'est lui qui aidera la personne souffrante à comprendre les choix thérapeutiques des spécialistes et qui sera le plus souvent son **interlocuteur privilégié** face à son désarroi : « *Parce que les questions, c'est quand même à nous, au départ, qu'on les pose... pas forcément aux spécialistes. Les gens, ça les impressionne un petit peu, les spécialistes... donc ils n'osent pas toujours au début* » (H).

Pour le docteur B, la reconnaissance de la médecine générale en tant que **spécialité** permet de mettre les généralistes sur un plan **d'égalité statutaire** : « *Je suis spécialiste en médecine générale, je suis aussi médecin généraliste. Et j'estime qu'effectivement la médecine générale est une véritable spécialité en tant que telle, et que ça fait un moment, qu'on fait des topos ou des machins qui ne le sont pas !* ».

Mais il reconnaît cependant la **persistance d'une différence**, illustrée par le cursus plus long du spécialiste : « *Ce n'est pas mon boulot... Il y a des types qui se forment pendant 2 ans, 3 ans, 4 ans pour faire ça* ».

Le docteur K ne partage pas du tout le même avis et est gêné par la représentation du concept de spécialité. Et s'il y a un enjeu, il est **financier** : « *je trouve que ce n'est pas du tout de la médecine de spécialité... j'ai quand même été obligé de faire ma demande de reconnaissance de la spécialité pour appliquer les nouveaux tarifs. Mais je ne me sens pas du tout spécialiste. Je pense que... pour moi, on n'est pas du tout spécialiste, ce qui fait l'intérêt de notre métier*», en sous-entendant l'aspect humain de la profession et l'intérêt de sa polyvalence.

– Évolution de la relation médecin- malade

Pour le docteur E, la relation médecin-malade est rendue **plus difficile** du fait d'une évolution des mentalités et d'une méfiance importante envers ses patients : « *les patients changent, il ne faut pas l'oublier, ils sont exigeants, ils sont de mauvaise humeur, ils sont menteurs, dissimulateurs, à tout moment(...) Ça on oublie de dire que les patients sont devenus difficiles* ». Selon elle, le problème vient également d'un manque d'obéissance de ses patients : « *vous avez des patients qui vous obéissent au doigt et à l'œil ? « Tais-toi ou tu reçois ton coup de fouet ! Tu vas chez le cardiologue, tu fermes ta gueule ! Tu vas chez l'ophtalmo, tu fermes ta gueule...* »

Et elle termine par : « *Peut-être qu'avec les mecs, ils sont beaucoup plus obéissants ?* ». La **féminisation** massive de la profession pourrait être à l'origine d'une évolution de la relation médecin-malade. Selon elle, les malades seraient moins compliants face à une femme.

Ce médecin adopte probablement un modèle de relationnel de **type « paternaliste »**, qui place le médecin en position de toute puissance, car détenant le savoir et le pouvoir de décision de ce qui est bien pour le patient.

Au travers de l'idée d'exigence, elle dénonce certainement **l'attitude consumériste** de plus en plus prononcée des personnes : « *Vous arrivez avec ¼ h de retard, ils appuient sur l'interphone : « Je suis là ! Vous êtes en retard, j'ai un rendez-vous chez le dentiste... »* ».

L'approche du docteur K est basée sur une relation très différente. **Le statut du patient** a évolué, la relation médecin-malade tend maintenant à s'équilibrer : « *De toute façon, les gens avec Internet viennent en ayant certaines... on peut plus se permettre de rien dire quand on ne sait pas...* ». Les malades ont la possibilité d'accéder à un certain savoir par leurs propres moyens mais aussi du fait de leurs droits. Le malade n'est plus en position passive. Par une **approche plus participative**, il est probablement plus enclin à adhérer à sa prise en charge et parfois le patient devient même le spécialiste de sa maladie.

– Apparition de nouvelles technologies

Dix médecins interviewés sur onze sont **informatisés**. Tous en font une **utilisation quotidienne** et à des fins diverses : gestion de leur dossiers médicaux et de leur cabinet médical, accès Internet pour diverses recherches, échanges entre confrères, e-learning.

L'informatisation d'un cabinet médical peut représenter un **véritable investissement**, comme le laisse entendre le docteur I. Mais, c'est une véritable **aide au quotidien**, où le temps est souvent compté.

« *j'ai informatisé le cabinet [Est très fier de me montrer son équipement]. Avant, il n'y avait rien, même pas une imprimante... seulement le téléphone. Et moi, j'ai installé Internet, j'ai acheté le logiciel Hellodoc, 1500 euros ! Moi, je l'ai acheté. Vous voyez, je*

suis un jeune médecin généraliste qui... pour s'installer où il n'y a pas de médecin, j'ai dû payer, moi ! Mais j'ai voulu le faire ça parce que ça m'aide ».

Le docteur F partage cette idée, l'informatique lui permettant de **mieux s'organiser** et de pouvoir gérer certaines tâches professionnelles tout en préservant sa vie familiale : *« je rentrais à des point d'heure et [Attristée] je le [son fils de 3 ans] voyais pas ! Donc, à un moment donné, j'ai arrangé un truc avec mon informaticien qui fait que je peux prendre la main sur cet ordi chez moi ».*

Pour le docteur H, l'informatisation des cabinets est **incontournable**, du fait de la nouvelle réforme de la sécurité sociale *« aujourd'hui, on va en plus être tous obligés à s'équiper ADSL, puisque la sécu ne nous donne plus le choix »*. Elle y trouve également un **moyen efficace de décentraliser des formations et d'élargir les possibilités de FMC** des généralistes : *« on va tous avoir les moyens d'être capables de gérer des conférences à distance », « je pense qu'aujourd'hui, et surtout quand on n'est plus dans des centres à haute concentration médicale... (...) d'avoir la possibilité, le même type de cadre, mais via Internet... C'est-à-dire : chacun reste chez soi, mais tout en ayant la possibilité d'avoir un échange, un cours ».*

La médecine générale, spécialité de l'Humain

Une relation médecin malade plus exigeante mais plus équilibrée

La féminisation de la profession

Une nécessaire adaptation des pratiques à l'évolution de connaissances et des pathologies

L'activité croissante inquiétante pouvant trouver réponse dans le regroupement

L'informatique, nouvel outil incontournable

F. Les difficultés du métier

– La gestion du temps et de l'activité

Le manque de temps mis en avant dans tous les entretiens. Tous les médecins rencontrent la même difficulté pour faire coïncider la charge de travail en croissance continue avec des horaires de travail inextensibles.

« Je n'ai pas le temps, j'ai matériellement pas le temps, j'ai beau essayé de plier le temps » (D).

L'activité du docteur E pourrait être plus importante. Par connaissance de ses limites, elle a choisi de la **restreindre**. Selon elle, après un certain temps de travail et un certain nombre d'actes effectués, ses capacités de jugement, de discernement ne sont plus optimales.

S'ajoute aux journées de consultation, le travail de **permanence des soins** comprenant les tours de gardes de nuit et de week-end et la régulation des appels se faisant sur le principe du volontariat.

« j'ai beaucoup de boulot, entre la régulation, les gardes... C'est fatigant » (G)

« je fais 2 samedis de régul', donc je suis occupé... » (D)

« je suis d'astreinte un mardi sur 2... de nuit... » (C).

L'activité professionnelle peut donc être vécue comme **continue**, dans la mesure où même s'il ne délivre pas d'actes, le médecin doit être disponible à tout moment, comme l'explique le docteur J : *« quand tu as une garde le week-end, tu as l'impression de ne pas arrêter vraiment, tu ne sors pas de ton... même si tu n'es pas dérangé... tu n'es pas déconnecté ».*

– Le stress et la fatigue

La fatigue physique et intellectuelle est évoquée par plus de la moitié des praticiens interviewés.

Le docteur E semble particulièrement souffrir *« des heures de travail, des journées harassantes ».*

Ce médecin présente pourtant l'activité la plus faible des généralistes interviewés.

On peut donc penser que d'autres facteurs que le nombre d'actes ou la plage horaire de travail entrent en ligne de compte.

Le docteur B laisse entendre qu' *« au fil des années, vous êtes crevés »*, l'**âge** du médecin serait donc un facteur prédisposant à ce problème, tout en sachant que les plus jeunes n'en sont pas indemnes.

Le docteur G avoue supporter « *beaucoup de charges, beaucoup de soucis aussi, de stress* ». De par leurs responsabilités, certains médecins peuvent ressentir de **réelles angoisses**, comme l'évoque le docteur F.

L'association fatigue et stress peuvent mener au burnout : « *Il y a des jours où on peut péter les plombs* » (E).

– **Lourdeur des tâches administratives**

Les docteurs D et F déplorent que la « *paperasse* » prenne autant d'importance dans leur activité quotidienne, les obligeant à se ménager plusieurs heures dans la semaine pour accomplir cette tâche « *hyper pénible et qui nous dégoûte tous* ».

Le docteur F relève que ce constat personnel se retrouve aussi chez l'ensemble de ses confrères, la complexité et l'importance de la charge administrative conduisant un certain nombre de médecins à se tourner vers d'autres modes d'exercice : « *Je lisais encore hier un article qui parlait du « décrochage de plaque » en 2010 en médecine générale, plus de 900 médecins en France qui ont décroché leur plaque avant l'âge de la retraite, parce que : ras le bol et apparemment un très fort pourcentage parmi eux, ras le bol de l'aspect administratif du boulot... On a, faut pas se leurrer, au moins 2h de boulot par jour... quasiment de paperasserie... donc c'est énorme hein ! Quand vous avez votre journée dans les pattes, c'est énorme* ».

La **délégation de cette tâche à un secrétariat** est possible, comme le remarque le docteur F, mais cela engendre un supplément de charges non négligeable, qu'un médecin en début d'activité ne peut pas forcément se permettre, « *votre bénéfice à la fin s'en ressent !* ».

– **Manque de reconnaissance**

Un médecin (E) exprime clairement son sentiment d'un manque de reconnaissance de son travail : « *ils ne regardent pas quelles souffrances on a eues pour en arriver là ! Il faut les pousser les gars* ».

Presque de façon caricaturale, elle se situe en **position d'infériorité par rapport aux spécialistes**, aux professionnels hospitaliers : « *On a tous les défauts, on est nul... D'ailleurs si on a fait médecin généraliste, c'est qu'on ne pouvait pas faire autre chose... Pour les types de l'hôpital, c'est comme ça. Ensuite on n'est même pas capable de traiter l'hypertension et le diabète... en plus on ne sait pas convaincre les patients* ».

Ce manque de reconnaissance semble attiser un sentiment de méfiance, de suspicion : « *je crois que je suis le médecin le plus harcelé du secteur* », « *Est-ce qu'on emmerde mes confrères comme ça ?* ».

Les pratiques de chaque médecin sont étroitement contrôlées, ce qui est mal perçu : « *vous avez les instances qui sont là en train de regarder ce qu'on fait ou ce qu'on fait pas.* ».

La visite des délégués de la sécurité sociale est vécue comme un interrogatoire de police, lui donnant l'impression d'être « *un délinquant, un criminel* », mettant en doute la qualité de sa pratique.

Ce manque de reconnaissance pourrait, selon elle, être à l'**origine de la « crise des vocations »** chez les généralistes : « *je comprends qu'il n'y ait plus aucun médecin qui veuille devenir médecin généraliste* ».

Le cas du docteur E est certainement extrême, on sent un malaise bien plus profond qu'un simple sentiment de manque de reconnaissance...

Le docteur H semble penser que la pratique de la médecine générale peut avoir parfois un **côté dévalorisant** : « *tout ce qui est du domaine, que l'on pourrait malheureusement appeler « la bobologie »* ».

Au travers des motifs de consultation souvent jugés mineurs car uniquement symptomatiques, ce médecin montre bien la connotation péjorative de ces maux, qualifiés de « *bobologie* » pour ne pas dire vulgairement de « conneries » et qui font le lot de la médecine générale.

On se rend compte que ces patients et leur « bobologie » sont finalement dévalorisants pour le médecin. C'est aux antipodes de ce que l'on peut appeler un « beau diagnostic » ou un « beau malade » comme cela est enseigné dans les centres hospitalo-universitaires. Une certaine **compensation** réside dans le « *côté plus noble qui est (celui de) la prévention !* ».

– **Conciliation de la vie professionnelle et de la vie personnelle**

Pour mener à bien leur vie professionnelle de façon efficace et épanouie, quatre médecins (E, F G et J), uniquement des femmes, pensent qu'il est important de se ménager des **fenêtres de bien-être** dans leur vie personnelle et familiale.

Selon le docteur E, « *il faut quand même du temps pour décompresser, pour penser à autre chose (...) sinon on est toujours dans la mort, la maladie, la souffrance* ».

Le docteur J a besoin d' « *une vraie coupure pour récupérer, pour ne pas être tout le temps dans le truc* ».

Cette préoccupation semble particulièrement présente et explicite dans les interviews de ces médecins de **sexes féminin et mères de famille**. Elles semblent tiraillées entre leur profession qui leur apporte plaisir et satisfaction, et leur vie de famille avec les tâches du quotidien, et surtout le souhait de voir leurs enfants grandir.

Cette situation entraîne la **notion de priorités** : « *j'ai une vie de famille à côté. Alors déjà on en (du temps libre) a peu dans notre activité libérale et il y a des priorités dans la vie et je pense que, aujourd'hui, ma grande priorité, c'est mon enfant quoi ! Même si j'aime beaucoup mon travail et même si j'y consacre énormément de temps déjà... Mais voilà, en plus, moi je suis seule avec mon enfant, donc ça change aussi un peu la donne* » (F).

Les priorités sont essentiellement les **enfants** (F et G) et la **santé** (E).

Elles conduisent le médecin à moduler, voire à **réduire son activité professionnelle** : « *j'ai levé un petit le pied depuis que j'ai mon bout d'chou* » (F).

Une **femme** médecin est obligée de faire **plus de compromis** dans sa vie professionnelle qu'un homme, la sphère domestique serait prioritairement celle de la femme, selon le docteur E : « *Qu'est-ce qu'ils font le reste de la journée, entre le travail et la formation, il reste plus rien. Ou alors ils ne sont pas des femmes... Ils sont des hommes, ils se mettent les pieds sous la table, ils s'occupent pas du linge, du ménage* ».

Le docteur F partage cette idée : « *parce qu'il faut faire à manger, parce que... si on est une femme à la maison [Rit] ! Il y a des trucs à faire aussi je pense* ».

Ce constat identique n'a pourtant pas la même explication. Pour le docteur E qui est l'un des médecins les plus âgés, la vie familiale se fonde sur un certain **modèle traditionnel**. Alors que pour le docteur F, son statut de mère célibataire ne lui laisse pas d'autre choix.

Le cas des deux plus jeunes médecins (I et J) qui viennent de s'installer, illustre un autre état d'esprit. N'ayant pas encore d'enfant à charge, ils peuvent se consacrer pleinement à leur activité professionnelle et n'hésitent pas à y investir beaucoup de temps.

Pour le docteur I, l'intérêt est également financier puisqu'il représente le seul revenu du couple.

Mais les deux médecins trouvent important de se ménager du temps durant le week-end pour leur vie conjugale et les loisirs : « *on se voit le week-end, c'est bien ! Je suis là, jusque tard la nuit, parfois je fais encore une visite ou deux, je le fais souvent après les horaires* » (I), « *Le week-end, c'est un temps que je peux passer avec mon mari. Autant en semaine, ça ne me dérange pas du tout de faire chacun un truc. Le week-end, j'aurai plutôt des loisirs* » (J).

Le docteur J reste bien consciente que les priorités peuvent évoluer : « *moi, je n'ai pas d'enfant... Après quand tu as des enfants, je pense que c'est un peu différent* ».

– **Mais des médecins passionnés...**

Trois médecins (G, F et I) expriment leur satisfaction à exercer la médecine générale. L'intérêt réside dans l'aspect relationnel et intellectuel du métier, le docteur F ne se voyant pas « *travailler en usine, sur une chaîne* ».

La fatigue semble être compensée par le « *bénéfice personnel* » à exercer un métier valorisant et gratifiant : « *je trouve que la médecine générale, c'est un beau boulot !* ».

Une activité professionnelle prenante amenant les médecins à faire des compromis pour ne pas négliger la vie personnelle, et se préserver du burn-out
Des responsabilités source d'angoisses
La partie administrative de la profession considérée comme du temps pris aux patients et à la vie personnelle
Une certaine frustration par manque de reconnaissance du travail accompli

II. De la faculté à l'entrée dans la vie active

A. Les médecins généralistes et leur formation initiale

– Des lacunes...

La majorité des médecins interviewés sont satisfaits de leur formation théorique et ont l'impression d'avoir de **bonnes connaissances médicales de base** (SAVOIR).

Mais ils laissent entendre également que les difficultés éprouvées lors de leurs débuts dans le métier seraient dues justement à des lacunes dans cette formation, et notamment dans deux domaines, comme l'explique le docteur H :

- **Le SAVOIR-FAIRE** ou «*comment arriver à utiliser ses connaissances dans le quotidien et au long terme avec un patient*» : «*L'hôpital et la ville sont deux mondes complètement différents, donc déjà là, vous ne pouvez pas être préparé, parce que les ¾ de notre formation sont essentiellement à l'hôpital*».

- **Le SAVOIR-ETRE** : «*tout ce qui est relationnel et qui est PRIMORDIAL en médecine générale, vous ne pouvez pas l'apprendre à l'hôpital, vous l'avez pas ou très peu... Donc, ça c'est la grande découverte derrière ! Comment se gère un patient au long cours ?*», «*de rassurer les gens ! Comment dire à quelqu'un : « Ben oui, on vous a découvert un cancer, voilà ce qu'on va faire... »*». *Comment respecter la façon dont lui réagit*».

– Le stage chez le praticien :

L'apprentissage de la médecine est quasi **exclusivement hospitalier**. L'enseignement théorique se faisant par spécialité d'organe, la médecine générale est donc une grande inconnue pour la plupart des étudiants à l'aube de leur troisième cycle, «*la médecine générale en gros, ça n'existait pas ! Vous étiez spécialiste ou vous n'étiez rien !*». Le docteur H a pu se «*rendre compte de ce que c'était la médecine générale... de ce qu'allait être son travail*» grâce au stage chez le praticien. Elle a choisi cette discipline (par dépit ?) sans y avoir été confrontée auparavant.

Le docteur F considère le stage chez le praticien comme «*un énorme tremplin pour les remplacements*». Au-delà de l'obtention de l'autorisation de remplacer après ce stage, elle estime avoir été bien préparée et avoir acquis la confiance nécessaire pour se considérer apte à exercer une activité de remplaçant : «*Si on n'a pas ça, quand on se lance direct dans le monde libéral, quand on sort de l'hôpital, pff ! Au secours !*».

Le docteur F, ayant vécu cette expérience, pense faire la demande pour devenir maître de stage à son tour, elle trouve naturel et important de s'investir et d'une certaine façon de « *pouvoir renvoyer la balle* ».

Le docteur D estime avoir « *été formé à peu de frais, en dehors des frais inhérents au logement et à la bouffe* ». De ce fait, la maîtrise de stage pourrait être un moyen de s'acquitter d'une certaine dette : « *quelque part, côté civique, tu te devrais rendre la pareille à essayer de former quelques jeunes. Mais encore faut-il être disponible !* ».

B. Les remplacements

– Continuité de la formation

Le ressenti du besoin d'un apprentissage complémentaire ou d'une forme de « rodage » professionnel explique le choix d'une période de remplacement après l'internat. Les jeunes généralistes ont le sentiment d'apprendre la démarche de médecine générale par leurs premières expériences.

« *Ce sont mes remplacements qui m'ont permis de... enfin qui m'ont fait office de formation* » (H)

« *j'ai remplacé pendant 7 ans avant de m'installer... J'ai appris comme tout le monde sur le tas !* » (D)

Le remplacement permet aux jeunes actifs d'exercer leurs responsabilités sans trop s'engager, le suivi étant assuré par leur confrère.

« *je faisais des demandes ALD quand j'étais remplaçante, je ne les laissais pas sur le coin du bureau pour le médecin remplacé. Il y avait des tas de petites choses comme ça que j'essayais de faire, en me disant que si jamais je ne fais pas bien, la sécu va renvoyer un courrier, je le saurai forcément, le médecin que je remplace va me dire : « Tiens, tu avais fait ça, il fallait faire plutôt comme ça », et voilà on apprend cet aspect-là aussi* » (F)

Le jeune médecin (J) peut apprendre au travers du savoir-faire du médecin remplacé.

« *Les médecins, tu les croises quasi jamais parce que habituellement, si tu es là, c'est qu'ils ne sont pas là ! Tu les croises plus après, que pendant. Mais tu vois quand même ce qu'ils font et puis, sur certains trucs, tu te laisses des transmissions. Comme tu fais toujours le même rempla, on se revoit pour parler des patients, des trucs... tu as des retours. Moi, je faisais toujours les mêmes, donc tu suis un peu et tu vois différentes pratiques. Ça t'aide, c'est plus de la pratique que de la théorie* ». Comme s'il constatait les différents modes de mise en pratique de la théorie.

– **Période de construction de son futur exercice**

Pour le docteur F, le remplacement est une période nécessaire avant l'installation, même si cela peut être une source d'angoisse. Elle a pu prendre confiance en elle, tester divers modes d'exercice, d'organisation, « *dans différents endroits, dans différents types de médecine plus rurale, plus citadine etc... Les patients sont différents, on voit d'autres choses* » et ainsi se fixer des critères de choix pour son propre mode d'exercice.

« Chaque nouveau rempla était un stress et une angoisse ! Moi, à chaque fois que je changeais de rempla et de cabinet et tout pff ! Mais je me suis forcée à le faire, je trouve ça important et voilà, finalement ça a été ».

– **Période de transition**

Les propos du docteur J, toute jeune installée, qui ne se considère pas encore comme « *une grande fille* », illustrent bien que la période de remplacement est vécue comme la transition entre la vie d'étudiant et celle d'adulte.

Cette transition permet au jeune médecin qui démarre une vie familiale, de s'organiser, de faire des ajustements entre sa vie de couple et sa vie professionnelle, le remplacement présentant l'avantage unique de laisser au jeune médecin l'initiative de son emploi du temps.

– **Mode d'entrée dans la vie active**

Le cas des docteurs D, G, H, J montre que l'installation en médecine générale ne représente pas exactement l'entrée dans la vie professionnelle, les débuts dans la vie active étant constitués majoritairement par le remplacement. L'installation traduit plus un mode d'exercice qu'un début de carrière. Et la décision d'installation n'est pas toujours une décision personnelle mais celle du couple, comme l'explique le docteur D : « *moi je n'étais pas disposé à m'installer, mais ma femme était enceinte, elle m'a dit qu'il fallait que j'arrête ma vie de patachon* ».

Une formation initiale incomplète ne préparant pas aux aspects relationnels et à la démarche décisionnelle si spécifique de la médecine générale

Le stage chez le praticien ou comment sortir des « sentiers hospitaliers » et découvrir parfois trop tardivement la réalité de son futur exercice

« Grandir en douceur » grâce aux remplacements, par l'acquisition « sécurisée » d'une expérience durant cette période propice à la réflexion sur son futur exercice

2^{ème} partie : Les médecins généralistes et leur formation médicale continue

I. Les différents moyens de FMC utilisés par les médecins

D'après les données recensées dans les interviews des médecins, on peut recenser 3 modes de FMC : les formations présentielle, individuelles et les situations professionnelles formatrices.

A. Les formations présentielles

1. Par les associations de FMC

Tous les médecins interviewés participent, de façon plus ou moins assidue, à des formations présentielles. Elles sont essentiellement assurées par les associations de FMC, par les Universités et peuvent être sponsorisées par l'industrie pharmaceutique ou être totalement indépendantes.

Chaque médecin a sa préférence et ses habitudes pour tel ou tel type de FMC présentielle.

La majorité des médecins (A, B, C, G, H, I, J, K) ont expérimenté des formations dispensées par des associations.

En général, il s'agit de **journées et de soirées de formation**, mises en place par une association locale de généralistes (C), par une association départementale (l'AMVPPU citée par C et B) ou régionale (LORFORMEP citée par A), par des syndicats médicaux (MG FORM citée par G). Un thème précis est défini, soit par les participants, soit en accord avec les caisses d'assurance maladie (dans le cas de la formation conventionnelle). Et souvent, des professeurs de CHU, des spécialistes des CH locaux, des médecins animateurs interviennent en tant qu' « experts ».

Les avis concernant ce type de formation sont majoritairement négatifs. Les critiques portent sur :

- **Les thèmes** souvent jugés inintéressants, peu formateurs (A, B, C, F, K).
- **La qualité des intervenants** : manque de concision et de pédagogie, présence de conflits d'intérêts.

– **L’interactivité** qui fait souvent défaut du fait d’un nombre de participants trop important comme le précise le docteur A : « *Ça ressemble trop aux cours de fac. Vous êtes assis dans votre coin, avec vos notes, et pis vous écoutez le mec qui cause pendant une heure sur un sujet, où y’a pas moyen de l’interrompre* », ou qui entraîne une perte de temps comme le déplore le docteur G : « *Les cas cliniques, ça prend des plombes parce qu’on les travaille, après on attend que chacun les présente, chaque groupe...* ».

– **Une impression de « formatage »** pour le docteur A, avec des informations dispensées sans explications ou argumentations validées : « *on voudrait nous faire rentrer dans des cases... c’est prévu comme ça, faut faire comme ça. Si ce n’est pas argumenté, ça ne m’intéresse pas !* ».

– **Le caractère « trop prenant »** de ce type de formation (A, B, F, G, K), **peu compatible avec les journées de consultations et la vie familiale** : « *ça prend une journée de consultations, parce que c’est toujours le vendredi samedi, c’est pour ça que j’en fais plus euh... Donc oui, c’est bien, mais après avec la vie professionnelle, familiale...* » (G).

– **Le sentiment de « perte de temps »**, « *deux jours, c’est trop pour présenter un thème* » (G).

– Les informations jugées parfois **trop poussées** sur « *des sujets qui pourraient être intéressants mais qui partent en grandes théories, en choses très pointues* » (F) et par conséquent, **difficilement applicables à la pratique quotidienne**. « *Dans ces 3 heures-là, qu’est-ce qu’il va me servir... demain matin quand on revient au cabinet ? Un truc qui a duré 15 secondes, quoi !* » (B). Pour le docteur J, l’attention des médecins est limitée dans le temps et liée à l’intérêt pour leur pratique : « *Quand c’est trop long et que ça part un peu trop spécialisé, tu n’écoutes plus et tu discutes avec ton voisin* »

– **« la complexité de s’y rendre »** pour le docteur H. Trois autres médecins (B, E et J) éprouvent cette même difficulté, à des degrés différents, les amenant à renoncer à certaines formations, ou à orienter leur choix en préférant la proximité plutôt que l’intérêt d’une formation : « *je vais plus facilement aller ... même si on quitte tard, même si ça m’intéresse moins ... à un qui est fait là ! Même si je suis moins intéressée par le sujet ! Parce que c’est plus près... t’apprends quand même quelque chose même si ça t’intéresse moins* » (J).

L’éloignement des formations entraîne une difficulté supplémentaire en termes de gestion du cabinet : prévoir le temps de trajet en réduisant la plage horaire des consultations, prévenir à l’avance les patients qui ne « *peuvent pas forcément comprendre pourquoi tout d’un coup ... à partir de 18h, il n’y a plus de rendez-vous !* » (H).

Deux médecins (H et I) semblent satisfaits de ce type de formation, chacun pour des raisons bien différentes :

– **La rencontre avec les confrères**, pour le docteur I, semble être un argument plus important que le caractère formateur du séminaire: *« j’avais l’occasion de rencontrer les médecins libéraux de Thionville, parce que j’habitais à Thionville mais j’étais salarié dans les communes à côté ».*

– **Un moyen efficace d’optimiser son temps de formation**, surtout pour celles qui se déroulent sur une journée, pour le docteur H : *« Les séminaires... je trouve que c’est souvent pas mal, parce que ça permet souvent de concentrer beaucoup de choses en peu de temps euh... et d’avancer un petit peu plus vite ».* L’information est jugée plus complète. Les médecins peuvent plus échanger.

Huit médecins (A, B, C, F, G, H, J, K) sur onze ont parlé d’une autre FMC présentielle : **les groupes d’analyse de pratiques entre pairs.**

Deux médecins (A et F) font partie d’un groupe. Le docteur A résume le fonctionnement de son groupe : *« on est une dizaine (...) soit on fait une séance thématique, on sélectionne un patient en fonction du sujet qu’on a déterminé précédemment, soit c’est une séance aléatoire où on prend le premier patient du mardi...ou le dernier du mercredi, peu importe (...) on présente le dossier de ce patient-là, avec ce qu’on a fait, le motif de la plainte (...) le traitement que l’on a proposé. Et les autres donnent leur avis sur la prise en charge et présentent après leur cas à eux etc... (...) on met à peu près une dizaine de minutes pour un cas, on est 10-12, ça fait à peu près une réunion de 2 heures... ».*

Ce fonctionnement globalement identique dans les groupes du docteur A et F se calquent sur celui des groupes de pairs développés par la SFMG : rassemblement d’un petit groupe de médecins d’une même spécialité, dans une unité géographique définie, selon un rythme régulier (6 à 10 fois par an), pour une réflexion-discussion entre pairs et une analyse des pratiques.

Les deux médecins apprécient ce mode de fonctionnement par son côté **interactif, concret**. Cependant, ils trouvent important d’avoir une certaine **liberté** dans leur choix de fonctionnement avec la possibilité d’apporter des **variantes**, notamment au travers de séances thématiques où des spécialistes peuvent être invités, de pouvoir être *«complètement hors sujet»* et parler d’*«un cas qui a posé problème»*. Fonctionnement qui semble impossible dans *« des groupes de pairs où c’est beaucoup plus académique »*. Le groupe doit se mettre d’accord au départ sur sa ligne de conduite, comme l’explique le docteur H qui a déjà participé à un groupe de pairs : *« chaque groupe de pairs édicte ses règles. Donc ça dépend si vous avez décidé de prendre le cas qui vous pose problème*

dans l'étiquette de votre groupe de pairs, ou si comme beaucoup vous décidez que vous présentez l'avant-dernier cas de la consultation d'avant (...) Après, vous allez tomber sur quelque chose qui ne vous a pas posé problème, comme vous pouvez tomber sur quelque chose qui, effectivement, vous mis un peu en interrogation ».

Un autre aspect important ressort dans les deux interviews, celui d'une **bonne entente** nécessaire voire vitale pour qu'un groupe fonctionne correctement. Cela nécessite d'être « *sur la même longueur d'onde* » pour le docteur F, d'être en confiance et ne pas se sentir jugé pour le docteur A : « *on se connaît depuis longtemps, on n'a pas peur de dire à l'autre, « bon, là, t'as un peu déconné, quoi... »* ».

Deux médecins (B et H) ont fait partie d'un « groupe de pairs » à un moment donné.

Le docteur B a stoppé car il n'était pas satisfait de ce type de FMC :

– **Par manque d'intérêt des sujets** : « *nous avons pris le 8^{ème} cas du jour (...) ce n'était pas toujours très intéressant le 8^{ème} cas du jour* ».

– Parce qu'il cherche essentiellement à **acquérir des connaissances (SAVOIR)**.

Apparaît une impression de **perte de temps** du fait que les réponses espérées ne soient pas forcément apportées lors de la séance : « *je trouvais que quand j'avais un problème, quand un cas posait problème et que je pouvais exposer (...) les collègues n'avaient pas forcément de solutions. Alors, on disait : « ben, on va chercher », oui bon, je peux chercher aussi, alors. Vous voyez ? C'était rare que finalement on puisse... moi, je trouvais qu'on se rendait pas tellement service* ».

Considérant que les généralistes ont les mêmes connaissances de base, il n'attend rien de l'échange avec ses pairs et n'imagine pas qu'un confrère ait plus de connaissances dans un domaine donné : « *Finally nous, on est tous généralistes quoi. Il n'y a pas de patron et puis, il n'y a pas de raison qu'on en sache beaucoup plus que le collègue. Après, on peut faire sur l'un ou l'autre cas, lui dire : « bon, ben voilà écoute, moi je ferais plutôt comme ci »* ».

Exerçant la même profession, il semble penser que tous les médecins partagent la même expérience : « *j'ai besoin qu'on m'apporte une compétence et un vécu que je n'aurais pas...* » ce qui justifie sa préférence pour des formations dispensées par un spécialiste. Mais malgré tout il se rend bien compte « *qu'on ne vit pas tous les mêmes consultations* ».

Le docteur H a dû stopper à regret son groupe de pairs du fait de son installation dans les Vosges. Elle semble d'ailleurs souffrir de cette situation qui renforce son impression d'**isolement**. Sa priorité n'étant pas axée sur la FMC du fait de son installation récente et de problèmes familiaux, elle s'est tournée vers le système qu'elle connaissait en utilisant

le réseau professionnel de sa région d'origine : « *quand on n'a plus de groupe de pairs, on va prendre son téléphone et puis on appelle ses potes médecins [Rit] et on se fait des groupes de pairs à distance !* ». Actuellement, elle semble plus sereine dans sa vie personnelle et pense faire bientôt la démarche de recherche d'un groupe dans son secteur.

Quatre médecins n'ont jamais participé à des groupes de pairs, mais connaissent bien le principe.

Les deux jeunes médecins associés (J et K) pensent intégrer un groupe dans le futur. Le docteur K était intéressé depuis le début, mais n'a jamais fait la démarche jusqu'à présent, étant bloqué par son emploi du temps chargé. L'association avec le docteur J va lui permettre de libérer du temps. Et ayant le choix entre deux groupes au fonctionnement différent, il préfère **prendre le temps pour prendre sa décision**, et choisir celui qui lui correspond le mieux : « *Les deux me plaisent mais après c'est une question d'affinités* ».

Le docteur C semble également intéressé par ce type de FMC. Mais il formule de nombreuses contradictions dans ses propos : il ne ferait partie d'aucun groupe car il n'y en a pas dans son secteur, alors qu'il n'a pas cherché ; il se dit prêt à faire ce type de FMC, qui plus est le soir, alors qu'il affirme ne pas vouloir sortir le soir...

Le docteur G a la connaissance d'un groupe de pairs dans son secteur. Mais elle n'a jamais souhaité l'intégrer par **manque de commodité** : « *parce qu'ils étaient plusieurs dans le cabinet et que c'est facile d'organiser comme ça !* ». D'autres raisons pourraient être la difficulté d'intégration dans un groupe déjà constitué, hors du lieu d'exercice, le manque d'affinités avec certains participants et ses obligations familiales évoquées à un autre moment.

Trois médecins, dont les deux plus âgés, ne connaissent pas du tout le principe des groupes de pairs.

Le docteur D avoue ne pas connaître ce type de FMC, la rejette complètement et joue la provocation : « *Et quand est-ce qu'ils rigolent les médecins, quand est-ce qu'ils baisent [Rit] ? C'est sans intérêt. Ça me paraît être des jeux d'étudiants* ».

Au-delà de la perte de temps évoquée, on sent un certain rejet de l'inconnu, qui pourrait être expliqué par l'âge et la personnalité particulière du médecin. Ses habitudes de FMC sont essentiellement des formations présentielle sous forme de réunions où la présence d'un spécialiste ou encore mieux d'un professeur est un critère nécessaire pour l'intéresser. De ce fait il semble dégager une opinion plutôt négative envers ses pairs.

Comme pour le docteur B, l'échange avec ses pairs n'a aucun intérêt. Le spécialiste est considéré comme le détenteur du savoir, apportant des connaissances nouvelles, « *Le reste, je maîtrise... Mais, bon, je te dis, moi, j'ai une formation qui est quand même particulière* ».

Le docteur E cache son ignorance en essayant d'expliquer le principe : « *De pairs, P-A-I-R-S ? ... Il faut que ça soit des bons, parce que... des gens qui savent enseigner, qui savent donner envie. Le plus intéressant, c'est le cas de patient... mais ça c'est très rare... Un patient a tels symptômes, petit à petit, il faut progresser, demander tels examens... pour arriver au diagnostic...* ». La personnalité particulière de ce médecin peut également éclairer cette réaction. Lors de l'entretien, on sent une sorte de méfiance envers ses confrères, le système de santé, ses patients et l'enquêteur-même. Ceci pourrait expliquer sa volonté de ne pas avouer sa méconnaissance, ses habitudes de FMC se limitant à la lecture de la revue Prescrire à laquelle elle voue une admiration sans limite.

Le docteur H évoque **les groupes Balint**, auxquels elle a participé dans sa région d'origine.

Elle compare le groupe de pairs « traditionnel » qui est « *plus thérapeutique* » au groupe Balint qui a « *un côté un peu plus psychologique* ». Le principe de base est « *d'essayer, à travers l'expérience des autres tout en étant dirigé par un professionnel psychologue, de décoincer certaines situations conflictuelles (...) ou difficiles avec un patient* ».

Le but est d'analyser la relation médecin-malade. Ce type de formation est axé spécifiquement sur le **savoir-être**, compétence largement occultée dans les autres enseignements (universitaires et continus), ce qui explique les difficultés exprimées par ce médecin et les impasses auxquelles il a été confronté : « *on sent que le patient échappe complètement à ce que vous lui dites ou à ce que vous lui demandez et vous ne savez plus par quel bout le prendre. Est-ce qu'il faut être hyper directif, est-ce qu'il faut être agressif euh... est-ce qu'il faut être plutôt conciliant, mais comment faire pour sortir de cette situation-là !* ».

Le docteur A a expérimenté un autre groupe de formation : **les revues de morbi-mortalité**.

La réflexion du groupe est centrée autour d'un cas marqué par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un événement indésirable : « *tu prends ton dernier mort... voilà ce que j'ai fait, voilà comment il est mort (...) je ne sais pas si j'ai bien fait* ».

Pour le docteur A, ce type de FMC est intéressant pour le **côté rétrospectif** et **global** de l'analyse de la prise en charge d'un patient, et par l'objectif étant de tirer des enseignements susceptibles **d'améliorer la qualité des soins ultérieurs**.

Cependant, il ne se voit pas faire ce type de FMC régulièrement car « *c'est fatigant nerveusement parce que... tu t'exposes quand même beaucoup (...) tu te mets un petit peu en danger* ».

La réflexion se centre uniquement sur un événement indésirable, situation difficile à partager pour les médecins car elle remet en question leur pratique. Pour cette raison le docteur A juge primordial d'être « *dans un groupe où on est bien intégré, où on connaît*

bien les autres et où on sait qu'il n'y aura pas de jugements », la confiance semble être un critère encore plus important que dans un simple groupe de pairs. « c'est sûr qu'on fait des conneries (...) sur les revues de morbi-mortalité, on vous fera mettre le doigt dessus ! ».

« Il y a de l'or dans l'erreur », Mathieu Chedid.

2. Par les universités ou les hôpitaux

Huit médecins (A, D, F, G, H, I, J, K) pratiquent ou ont expérimenté ce type de formation qui se présente sous forme de **séminaires, congrès ou conférences**.

– **La Semaine Médicale de Lorraine** est évoquée par cinq médecins. Les opinions sont majoritairement positives.

Deux médecins (G et K) soulignent **l'intérêt des thèmes** proposés pour leur pratique, mais ils regrettent de ne pas y avoir encore participé, du fait de l'organisation en semaine demandant une gestion à l'avance des absences. Comme le dit le docteur G, *« c'est un problème d'organisation »* plutôt personnel.

Le docteur D apprécie la possibilité de faire un **choix**, *« c'est des conférences à la carte »* et *« les intervenants sont de bonne qualité »*.

Le statut de salarié du docteur I, lorsqu'il était en Moselle, lui permettait d'assister à l'ensemble de la Semaine Médicale de Lorraine, qui était synonyme pour lui d'une **« coupure »** appréciée dans son activité : *« c'est très bien, parce que toute la semaine je travaille pas »*.

Le docteur A reproche à cette forme de formation son côté ennuyant par **son manque d'interactivité**, **« trop dilué »** avec des sujets survolés : *« il y a des trucs qui nous intéressent, on se dit : « tiens ça devient intéressant » et puis pouf ! C'est fini, on est passé à autre chose [Rires], on n'a pas continué dessus... »*.

– Le docteur D fréquente régulièrement des **congrès médicaux**. Il parle en particulier de celui de cardiologie à Paris.

Les avantages évoqués sont la concision des intervenants, le choix des thèmes, la possibilité d'apprendre des gestes techniques : *« Les conférences, c'est une demi-heure, où tu prends les sujets dont tu as envie. Il y a même des ateliers pour ceux qui veulent jouer au cardiologue »*.

La présence de laboratoires est ressentie comme une sorte de moyen de distraction : *« C'est un salon, il y a tous les vendeurs de matos, il y a tous les labos. Tu peux aller te promener là-dedans »*.

– Des soirées de formations sont organisées par les **hôpitaux locaux** et sont présentées sous le nom d'**EPU** (enseignements postuniversitaires). La participation de chacun, dans le but de se «*tenir au parfum*», comme le dit le docteur D, semble plutôt épisodique. L'avantage de ces formations est **la proximité** par rapport au domicile et au lieu d'exercice (H, J, K) et le maintien d'une **relation confraternelle** (I, J). Seul le docteur H évoque une participation assidue à des cours dispensés à l'hôpital dans sa région d'origine. L'intérêt de ces sessions était la possibilité de **choisir** le thème dans lequel le médecin souhaitait se «*perfectionner*» et la présence d'un **généraliste « expert »**, gage d'une certaine efficacité de cette formation pour la pratique quotidienne.

Certains médecins ont souhaité approfondir ou acquérir une compétence particulière dans un domaine donné. Ils se sont tournés vers un enseignement diplômant : **Diplômes Universitaires ou Diplômes Interuniversitaires**.

«*j'ai fait un certificat sur le SIDA, j'ai fait un certificat sur l'antibiothérapie*» (D).

«*j'ai fait un DU de nutrition sur Reims. J'ai fait une formation d'homéopathie*» (G).

Pour le docteur H, la validation du diplôme n'est pas une fin en soi, l'importance de cet enseignement réside dans les connaissances acquises et les **possibilités d'application** dans son cabinet : «*Je n'ai pas de DU ou de capacité complète, validée, j'ai commencé celle de gynécologie que j'ai pas eu le temps de finir avant de partir d'ici... et puis je l'ai pas reprise et puis bon, ça me gêne absolument pas... Ça m'a apporté d'être capable aujourd'hui de gérer la base de la prévention dans le domaine de la gynécologie*».

B. Les formations individuelles

1. La presse médicale

La presse médicale est considérée comme un élément essentiel de la formation, utilisé par tous les médecins interviewés. D'ailleurs pour trois médecins (C, E et H), il s'agit presque de l'unique moyen de FMC. Ce succès peut être expliqué par :

– **Sa présence au quotidien**, assurant une réelle continuité de la formation : « *la FMC se présente (...) de différentes façon : d'abord quotidienne à travers les articles que l'on peut lire* » (B).

– **Un vaste choix** : neuf titres ont été cités (Prescrire, Le quotidien du médecin, Impact Médecine, Panorama, La revue du praticien, Nutrition, Tempo Médical, Practice).

– **La gratuité** de certains titres : quatre médecins (B, C, F, I) ne lisent que ce type de presse. Il s'agit en général de la presse médicale quotidienne dont le titre plus connu est Le Quotidien du Médecin. Des titres payants sont occasionnellement envoyés gratuitement afin de se faire connaître.

– **Une disponibilité importante** : le docteur J apprécie le fait que les informations puissent, au besoin, être mobilisables immédiatement: « *Tu as fini la paperasse que tu voulais faire et tu as un peu de temps... ou alors tu as un patient qui ne vient pas* ». Le docteur G y voit la possibilité de consultation ultérieure, de conserver des articles suscitant un intérêt particulier : « *quand des thèmes m'intéressent, je garde les pages, je les range* ».

Cependant, certaines limites sont évoquées :

– **La surabondance des titres** : le médecin est littéralement noyé sous les informations issues de la presse. Le choix des articles se faisant « *en fonction de ses centres d'intérêt* » (B), la lecture de certains journaux se faisant « *en diagonale* » (D), le médecin court le risque de mal hiérarchiser les données et de « *passer à côté de quelque chose* » (G).

– **Le financement assuré par l'industrie pharmaceutique** pour la quasi-totalité des revues. Certains médecins (A et E) y sont particulièrement sensibles et rejettent toute information pouvant être sous influence des laboratoires : « *je les mets au panier sans les ouvrir* » (A).

Les médecins différencient deux catégories de presse médicale :

- **Une presse à vocation de formation médicale continue** des généralistes (la Revue du Praticien, Prescrire). Les médecins utilisant ce type de source sont globalement satisfaits de la qualité scientifique des informations.

- **Une presse d'actualité** intégrant des articles médicaux sous forme de quotidien ou d'hebdomadaire (Le Quotidien du Médecin, Le Panorama du Médecin) : «*Ce n'est pas de la formation... Tu te tiens au courant* »(D), «*ça va être plus pour tout ce qui pourrait être notre futur, les problématiques légales* » (H). Les médecins semblent méfiants par rapport à l'objectivité et la qualité des informations délivrées par ce type de presse financée majoritairement par l'industrie pharmaceutique.

La revue Prescrire est évoquée dans la quasi-totalité des interviews et semble occuper une place importante dans le paysage de la presse médicale des médecins. La raison de cet engouement vient probablement du fait de ses qualités, considérées comme les bases souhaitées pour toute FMC :

- **L'indépendance par rapport aux firmes pharmaceutiques**, évitant donc tout conflit d'intérêts. Pour les docteurs E et H, c'est la condition pour assurer une information honnête, objective et digne de confiance.

- La délivrance d'**une information de qualité sur les nouvelles thérapeutiques et études**.

- **L'application d'une méthodologie stricte, reproductible et stable** pour son travail d'évaluation qui permet de produire des **recommandations fiables** : «*ils ne peuvent pas se tromper puisque c'est vraiment sur des preuves scientifiques... c'est l'EBM.* » (K). La lecture critique de l'ensemble des études et publications originales est une **aide considérable**. Ce type de littérature est difficilement utilisable au quotidien pour la formation médicale continue du fait de la production journalière importante d'articles, de la maîtrise nécessaire de l'anglais médical et du faible niveau des connaissances méthodologiques pour la lecture critique d'article des médecins de soins primaires.

Les recommandations produites, considérées comme des bases fiables, servent à justifier les décisions de non prescription «*ça nous a facilité la tâche, parce que maintenant on en prescrit plus, on donne des conseils*» (K).

La **rigueur méthodologique** est telle que le docteur A qualifie les rédacteurs de la revue d' «*ayatollah de la justification* ».

- **Une formation reconnue et validante** : «*Prescrire (me) permet quand même (...) de valider ma formation continue* » (H).

– **La prise en compte de l'expérience des professionnels et des patients :**
« c'est le témoignage de médecins, des pharmaciens » (E). L'expérience personnelle du médecin prend ainsi de la valeur et gagne en crédibilité : « avoir des arguments (...) parce que, comme ça spontanément, il y a des fois, on n'est pas complètement satisfait de l'image que l'on a d'un produit, soit parce que le laboratoire ne nous a pas convaincus, soit parce que l'on a des retours de patients qui ne sont pas complètement positifs...donc on se dit, « bon, est-ce qu'on se fait des idées...ou pas ? », donc le fait de pouvoir rechercher dans Prescrire ce qu'ils ont comme données objectives fiables sur ce médicament, ça permet d'avoir un avis plus éclairé» (A).

Cependant, ces mêmes médecins, pourtant très attachés aux qualités de cette revue, ne suivent, en général, que très **partiellement** les recommandations, sous prétexte d'une certaine **attitude extrémiste de la revue**, qui les conduit à ne plus « *utiliser grand-chose et à jeter 80% du VIDAL* » (A). Les informations délivrées seraient difficiles à mettre en pratique au quotidien.

Le docteur K a une réflexion lucide sur cette façon d'agir, et l'explique par le côté réflexe que l'on retrouve dans une grande majorité des prescriptions : « *on n'est pas là que pour prescrire... On est là pour soigner des gens. Mais c'est vrai que la démarche de la médecine générale, ça termine souvent par une prescription ! Il faut dépasser ça* ». Malgré tout, ce « *point de vue extrême* » est perçu comme un **atout** permettant de contrebalancer le discours des firmes pharmaceutiques et peut-être de déculpabiliser certains médecins qui entretiennent des relations avec les laboratoires.

Le docteur B est le seul médecin à exprimer une réaction vivement négative à l'évocation de la revue Prescrire, considérant que tout extrémisme n'est pas bon et qu'il limite forcément la liberté de penser des individus comme dans « *une secte* » : « *Je pense qu'ils sont indépendants par rapport à l'industrie pharmaceutique, mais pas indépendants dans leur esprit. Je pense que ce sont des gens qui sont en rébellion par rapport à un système* ».

2. Les ouvrages médicaux

Cette source de formation semble être de plus en plus délaissée par les médecins.

Quatre médecins (C, D, G et I) trouvent encore une utilité aux ouvrages médicaux dans leur pratique quotidienne. Certaines données sont considérées comme immuables, car elles portent sur les connaissances de base (SAVOIR), notamment séméiologiques.

Les livres utilisés sont des ouvrages de médecine interne, que les médecins ne trouvent pas nécessaire de renouveler ou d'actualiser.

D'autres données ont une « durée de vie » limitée, telles que les thérapeutiques, les moyens diagnostiques et obligent les médecins à renouveler leur bibliothèque, soit en finançant eux-mêmes l'achat, soit en recevant des ouvrages gratuitement, financés par les laboratoires.

Cette habitude peut se comprendre chez un médecin non informatisé, comme le docteur C. Pour les trois autres médecins, leur maîtrise de l'outil informatique ne les détourne pourtant pas de leurs ouvrages médicaux. Une certaine disponibilité, une accessibilité plus commode de l'information est mise en avant. Ce point de vue met en lumière le principal défaut d'Internet, qui est la surabondance d'informations. Certains médecins peuvent ressentir une certaine difficulté à limiter, apprécier la pertinence et hiérarchiser les données. Ils trouvent donc dans l'utilisation préférentielle d'ouvrages médicaux le moyen de s'assurer de la qualité de l'information et de la limiter.

3. Internet

L'outil informatique s'est progressivement généralisé, et est actuellement présent dans pratiquement tous les cabinets médicaux (seul le docteur C n'est pas équipé). La majorité des médecins (9 sur 11) y trouvent un moyen de compléter leurs ressources en matière de FMC, via Internet.

Les médecins fonctionnent en général, de la même façon. Ils débutent leur investigation en utilisant le moteur de recherche **Google**.

Le principal défaut de cet outil est son caractère généraliste où le choix des mots-clés constitue la difficulté majeure. Suivant l'efficacité des mots-clés, le médecin doit faire le tri entre les pages pertinentes et les pages inadaptées : *« c'est par mots-clés (...) par pathologies, par symptômes... après je sélectionne en fonction des items (...) je vais sélectionner fac de médecine, thèses etc... je ne vais pas aller sur Allo Docteur, ça ne m'intéresse pas »* (H).

Les médecins sont globalement satisfaits de cette méthode, malgré *« une recherche assez large »* ils finissent par arriver sur *« sur des trucs universitaires »* (K), trouver *« une adresse qui (leur) convient bien »* (A).

Seul le docteur K fait référence à MEDLINE, un moteur de recherche plus spécialisé, mais précise, sans justification, qu'il ne l'utilise pas (complexité ? Langue anglaise ?).

Les médecins attachent une importance particulière à la **qualité de l'information** recueillie. Pourtant leur sélection semble se faire selon un jugement plutôt **approximatif et subjectif**, ne reposant pas sur des critères bien définis, « *je vois si c'est un site qui a des allures de quelque chose de sérieux ou pas* » (A), à part peut-être celui de la langue française, « *je lis des trucs en anglais... mais on est pas forcément sûr de tout comprendre* » (A).

Cet outil est beaucoup utilisé pour « *des recherches sur des choses, des points particuliers* » (H), « *ressortir des choses (...) révéfier* » (H). Ce moyen de rappel des données est d'autant plus apprécié qu'il est « *accessible en instantané, tout le temps (...) dès qu'on se pose une question* » (A).

Les médecins s'orientent vers des **sites Internet médicaux** :

- Sites spécialisés : pour la médecine générale (www.esculape.com cité par G et K), et des « *sites des enseignants de gastro, la société française de cardiologie (...) de neuro* » (J).
- Site des facultés de médecine : Rouen, Jussieu (A), Reims (G), et pays étrangers francophones (A).

La **presse médicale** est également disponible sur Internet (G).

Certains médecins utilisent également le site de l'**AFSSAPS**, de l'**HAS**, de l'**Assurance Maladie** (B et J), pour des informations précises sur un médicament, pour les recommandations de bonnes de pratiques : « *pour les référentiels (...) pour avoir les références quand tu fais un protocole de soins, pour être sûr de bien le faire* » (J).

Le **E-learning**, consistant à utiliser les nouvelles technologies multimédia et Internet pour faciliter l'apprentissage, est un moyen de formation plutôt utilisé par les jeunes générations de médecins. Mais deux médecins d'un certain âge (A et E) ont déjà expérimenté cet outil, et en ont une opinion plutôt positive.

Le site **UNIVADIS** est cité à plusieurs reprises. Le docteur J apprécie la **diversité** des formations proposées (« *mini-FMC (...) cas cliniques (...) newsletters* ») et une certaine **flexibilité** lui donnant la liberté de faire les formations qu'elle veut, selon son rythme. Cependant, le financement venant des laboratoires MSD apporte un côté dérangeant à cette formation pour le docteur K : « *ce n'est pas indépendant donc j'ai toujours une appréhension* ».

Les docteurs E, G, H et K voient dans ce mode de formation un moyen de **rendre accessibles** des formations en les amenant au domicile ou au cabinet du médecin, ce qui « *pourrait permettre d'en faire plus* » ou « *être la solution pour les gens qui n'ont pas le temps* » (K), « *ça m'évite les déplacements, le temps pris sur la vie familiale* » (G).

Dans ce registre, ont été cités les « Chat », les forums, les téléconférences avec Skype, les vidéoconférences.

Le Docteur H maintient, d'ailleurs, son ancien système de FMC grâce à Internet, ses anciens collègues continuant à lui envoyer des cours.

Cependant, l'outil Internet et multimédia présente certaines limites pour les docteurs A, H et K :

- L'absence de contact : la relation entre confrères « *via un appareil* » est plus difficile.

- Certaines formations sont difficilement réalisables avec ce type d'outil : « *ça ne peut pas (...) remplacer les groupes de pairs* » (H). Le « *côté trop impersonnel* » d'un écran vide risque d'altérer l'efficacité d'une formation se basant sur l'échange spontané entre les médecins.

Ce type d'outil serait très adapté à des formations plus didactiques sous forme de cours en favorisant d'ailleurs, une certaine interactivité.

De nouvelles habitudes sont nées avec cet outil. Le docteur K fait référence au **blog** d'un médecin généraliste (www.jaddo.fr). Ce support, où l'on retrouve le partage d'expériences, de pratiques et de points de vue, l'utilisation fréquente d'articles parfois mieux référencés que ceux trouvés ailleurs sur la toile, fait-il preuve de légitimité dans le paysage de la FMC ?

4. Les recommandations

Les recommandations sont utilisées fréquemment par les docteurs B et J, elles sont issues de :

- la Haute Autorité de Santé, émettant des recommandations de pratiques à partir de travaux scientifiques.

- l'Assurance Maladie, émettant des recommandations dont l'objectif est la maîtrise des dépenses de santé.

- l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé qui évalue les thérapeutiques.

Les recommandations issues de ces trois organismes sont, en général, complémentaires. Les médecins les considèrent comme des références fiables et sur lesquelles ils peuvent calquer leur pratique.

Pour le docteur J, c'est aussi un moyen de mieux gérer les incertitudes inhérentes à son début de carrière mais aussi lorsqu'un cas peu fréquent se présente.

Au contraire, le docteur E s'attaque de façon virulente à l'Assurance Maladie. Outre l'impression d'être prise « *pour une débile mentale* », elle dénonce une sorte de « flicage » dont le but ne semble pas forcément être dénué de certains conflits d'intérêts.

5. Les audits

Faisant partie du Groupe Lorrain d'Audit Médical, le docteur A trouve important de parler des audits même si « *ce n'est pas (...) de la FMC, c'est de l'EPP* ».

En effet, il s'agit d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles, permettant au médecin « *de se rendre compte qu'il y a un champ qu'il a laissé tomber* », en mettant en évidence « *une carence dans le raisonnement intellectuel* ».

Le fait que le médecin se rende compte par lui-même de ses « faiblesses », va le motiver pour entrer dans une démarche d'amélioration de ses pratiques.

L'audit est donc considéré comme un outil indispensable pour cibler les besoins de formations des médecins et proposer des thèmes adéquats.

C. Les situations professionnelles formatrices

Ce sont toutes les situations vécues au cabinet, qui ne sont pas référencées FMC. Pourtant, les médecins les identifient clairement comme telles, pour leur grande valeur pédagogique. L'expérience du praticien s'enrichit et suscite également une réflexion plus pertinente.

1. Le dialogue entre confrères

En dehors des groupes de pairs cités précédemment où le mode de fonctionnement est bien protocolisé, voire labellisé, le recours à des pairs comme moyen de compléter la formation est certainement le plus utilisé, le plus informel et le plus fréquent dans la pratique médicale. L'exercice en groupe facilite ces « *microgroupes de pairs au quotidien* ». Mais comme le docteur H le laisse entendre, « *des groupes de pairs à distance* » peuvent très bien se réaliser par téléphone.

Le partage d'expériences est riche. Il permet de créer une distance favorable à l'analyse de sa pratique : *« parfois il suffit de pas grand-chose. Quand vous connaissez bien vos patients, vous avez du mal à prendre ce recul qui vous permet de mettre le doigt sur ce qui ne va pas »* (H).

L'exercice en groupe permet l'échange d'informations, de s'apporter une aide mutuelle dans la recherche et l'utilisation des données. Une certaine harmonisation des pratiques peut être décidée, dans l'optique d'un exercice coordonné et protocolé : *« on en a reparlé tous les deux pour refaire le point là-dessus, qu'on se mette d'accord »* (J).

Le recours aux spécialistes est aussi un moyen de formation, même s'il est plus ponctuel. Il intervient surtout pour des questions plus pointues. L'avantage est d'avoir une réponse rapide : *« c'est un cas particulier, je prends mon téléphone, dans les dix minutes, c'est réglé ! J'ai appris quelque chose »* (B).

2. La maîtrise de stage

« C'est de la FMC les internes ! » (A), pour différentes raisons :

- Les connaissances ne concernent que des situations cliniques concrètes.
- L'exigence de proximité est respectée, car l'étudiant vient au cabinet du médecin.
- La formation se fait dans une totale indépendance : *« il n'y a pas de financeur »* (A).
- L'apport de connaissances nouvelles et actualisées est garanti par *« l'étudiant tout frais émoulu qui sort de la fac »*.
- Le partage d'expériences est important, même si celle de l'étudiant repose sur moins d'années.
- L'amélioration des pratiques du maître de stage peut être engendrée par ses efforts de rigueur et de transparence dans ses démarches médicales. La présence d'un étudiant est parfois une aide précieuse à la décision : *« On ne pense pas forcément à tout à l'instant T, quand le patient est là. Ça permet d'avoir une lumière que l'autre n'a pas »*.

3. Les réseaux

L'implication dans un réseau (diabète, addictologie, Oncolor, Antibiolor) peut être considérée comme une démarche d'amélioration de la qualité des pratiques, pour la prise en charge d'une pathologie donnée.

Le médecin bénéficie des actions du réseau, comprenant l'utilisation de référentiels, de protocoles et l'invitation à des réunions de FMC.

D. Synthèse

Les médecins généralistes ont à leur disposition un **vaste choix** de formations pour maintenir leurs connaissances à jour : les formations présentielles plus didactiques et discontinues (sauf les groupes d'analyse de pratique), les formations individuelles plus constantes car quotidiennes.

L'activité professionnelle, en elle-même, est identifiée comme un moyen de formation, au travers de l'échange quotidien avec les confrères, la maîtrise de stage.

Tous les médecins font de la formation, mais à des degrés divers.

Même si l'ensemble des outils peut être utilisé par une seule personne, on constate de vraies habitudes de FMC où chacun privilégie plus un mode de formation qu'un autre, comme s'il existait **un comportement type selon la modalité choisie**.

D'après le regard très critique des médecins portés sur leur FMC, des **critères de qualité** peuvent être dégagés :

- **Le thème** doit être concret, suffisamment complexe, adapté à la pratique et aux besoins. Le médecin doit pouvoir mettre facilement en application ce qu'il a appris.
- **La pédagogie** doit être adaptée à ses interlocuteurs, faire preuve d'interactivité et s'éloigner de toute forme trop didactique.
- **La haute valeur scientifique** doit être garantie par l'utilisation des principes de **l'EBM**.
- **L'indépendance** vis-à-vis des firmes pharmaceutiques doit être respectée pour recueillir des données objectives et fiables.
- Elle doit permettre l'acquisition de **nouvelles connaissances**, la possibilité de développer les compétences dans le savoir, **mais aussi le savoir-être et le savoir-faire**.

- **L'expérience** des médecins doit être partagée, constituant une sorte d' « intelligence commune ».
- **La convivialité** doit régner, permettant de se sentir en confiance, d'avoir du plaisir à se former.
- **Le temps de formation** doit être raisonnable, compatible avec la vie professionnelle et personnelle.
- Citons encore **la proximité ou l'accessibilité** des formations et aussi l'adaptabilité, la flexibilité, la disponibilité, pour en faciliter la fréquentation ou l'utilisation.

La FMC idéale n'existe pas !

Cependant certains modes remportent un franc succès tels les groupes d'analyse de pratiques, la lecture de la presse médicale et tout particulièrement le Quotidien du Médecin.

Les formations présentielles sous forme de séminaires sont vivement critiquées et semblent être de plus en plus délaissées.

L'informatisation des cabinets a permis le développement d'un autre type de FMC, le E-learning. Ce moyen paraît être celui qui regroupe le plus de critères de qualité. Pourtant, peu de médecins se sont tournés vers cet outil, préférentiellement utilisé par les jeunes praticiens.

II. Les motivations des médecins à se former

A. Entretenir et perfectionner ses connaissances

Les connaissances médicales deviennent vite obsolètes : « *au bout de 10 ans (...) il y a des choses qui ont changé* » (F), « *la médecine ça bouge et ça bouge vite !* » (H). Les médecins ne peuvent pas « *rester trente ans sans apprendre des trucs !* » (J).

Tous les médecins interviewés se forment donc pour « *se tenir au courant* » (F), « *suivre le mouvement* » (G), « *ne pas rentrer dans une routine* » (J), ne pas « *fonctionner sur des acquis* » (A).

L'évolution des connaissances médicales mais aussi des exigences économiques, juridiques et sociales oblige les médecins à se tenir « *à la page* » (G), le patient jouant souvent le rôle de déclencheur, en pointant les insuffisances du médecin: « *les patients sont au courant avec Internet* » (G).

Plus qu'une obligation déontologique, l'entretien et le perfectionnement des connaissances est le reflet de :

– **la conscience professionnelle** des médecins : « *Je me forme pour moi, avant tout* » (J).

« *Je ne dis pas que je le ferai parce que c'est légalement opposable. Si je vais voir un médecin, j'ai envie qu'il connaisse les dernières recommandations. Ça me paraît être la moindre des choses !* » (K).

« *[A propos des médecins qui ne se forment pas] Ça les regarde ! Pourquoi les obliger ?... Ça les regarde ! S'ils sont... s'ils sont euh... s'ils ont la conscience tranquille face aux malades...* » (D).

– **leur intérêt pour leur métier** : « *Si on ne veut pas s'intéresser à tout, faut pas être généraliste* » (A).

« *C'est parce que mon métier m'intéresse* » (D).

– **d'une certaine éducation ou personnalité** selon le docteur D : « *mon père était ingénieur, je l'ai jamais vu glandouiller euh... je l'ai toujours vu se tenir au courant de ce qu'il se faisait ! Je pense que quelque part, il a fait passer un message. C'est de la curiosité et pis... pour être plus serein dans ton exercice... pour pas devenir sclérosé quoi !* »

– **d'une nécessité de terrain** : les médecins, de par les spécificités « locales » de leur patientèle jugent parfois utile d'affiner leurs connaissances dans un domaine particulier : « Ça va être purement par intérêt, par rapport à moi et mon type de pratique... C'est-à-dire que... le truc très drôle, je pensais qu'en partant au fin fond de la campagne [Rit] j'aurais plus de problèmes de drogue, et ben non ! Je me suis retrouvé à gérer énormément de toxicos et de sevrage » (H), « Moi, ce qui m'intéresse, c'est ce qu'on m'apporte pour mon exercice ici à G.... » (D).

La FMC permet le **perfectionnement des connaissances** dans la mesure où elle aborde des **thèmes innovants** : « tous les thèmes sont importants, dans la mesure où il y a de l'innovation, des nouveaux traitements, où il y a du progrès quoi ! » (G), « A partir du moment, où il y a des nouveautés ! Le reste, je maîtrise... » (D).

Les domaines concernés sont :

– **Essentiellement celui du médicament** : « énormément de nouveaux médicaments antidiabétiques oraux sont sortis » (B), « la place de ces nouveaux traitements dans certaines pathologie » (G). Un certain nombre de médecins considèrent normal que ces informations soient délivrées par des **représentants des laboratoires pharmaceutiques**.

– **Les prises en charge** : l'innovation peut porter sur les moyens diagnostiques « ce qui se fait ou ne se fait plus... » (D), les gestes pratiques, l'épidémiologie de certaines pathologies conditionnant l'attitude thérapeutique.

– **La profession** avec les réglementations, la gestion du cabinet : « si tu te formes pas à utiliser correctement ton logiciel, à savoir la réglementation pour bien faire » (J).

La FMC est également un moyen d'**entretenir les connaissances**.

Certaines connaissances, moins mobilisées au quotidien, peuvent s'oublier ou être déformées : « on oublie parce qu'on en voit rarement ; comme on en voit rarement, on n'y pense plus... comme on n'y pense plus, on n'en voit plus, hein ? [Rires]... », « D'où l'intérêt des groupes de pairs, où les confrères ne vont pas forcément oublier la même chose que nous, donc ça permet de remettre sur le dessus de la pile des trucs qu'on a un peu enterrés » (A).

Les mises au point ou « *compilations* » citées par les docteurs J et K permettent de mieux cadrer des prises en charge, leur fournissant des sortes de « recettes » facilement utilisables : « *Des fois, tu dérives un peu. Par rapport à toi, ce que tu as appris aussi, toi en stage, chez le prat', tu prends des habitudes de ce que eux t'ont appris. Et des fois, ça fait du bien de te rappeler les vrais référentiels* » (J).

La consolidation d'informations connues apparaît également nécessaire afin de briser une certaine **routine** considérée comme dangereuse.

Suivre l'innovation et consolider ses connaissances

Par conscience professionnelle

Par intérêt pour le métier

Par nécessité de terrain

B. Améliorer et enrichir sa pratique professionnelle

« Ça te permet, d'avancer, d'être meilleur » (J).

Le renforcement ou l'acquisition de nouvelles compétences et connaissances améliore les pratiques des médecins :

– **Dans le domaine diagnostique** : les formations permettent de se perfectionner dans leurs démarches diagnostiques : efficience des examens et des dépistages, rappels sur certaines pathologies sous diagnostiquées (A).

– **Dans le domaine thérapeutique** : l'actualisation des connaissances sur les médicaments réduit le risque du médecin de nuire au patient et optimise le bénéfice attendu : *« plus rigoureux sur l'utilisation des médicaments »* (A), *« il faut prescrire l'Avandia... Alors on regarde la revue Prescrire, ça fait dix ans qu'elle nous dit que l'Avandia, c'est comme si on tuait le patient à cause des risques cardio-vasculaires »* (E), *« ça permet de te dire, il va falloir que je trie dans mes dossiers, il faudrait que je fasse plus attention la prochaine fois »* (J).

– **Dans le domaine relationnel** : plus le médecin maîtrisera et actualisera ses connaissances, plus il pourra délivrer une information de qualité et compréhensible à ses patients. Cela passe par la connaissance des données les plus pointues et spécialisées, à ne pas confondre avec la simple curiosité intellectuelle : *« Quand je reçois le courrier du CHU d'être comme un con en se disant « Tiens, c'est quoi ça ! »* (D), *« comprendre ce qu'il se passe quand on adresse un patient vers un spécialiste en particulier hospitalier, notamment quand on reçoit les comptes-rendus. Je veux dire, si vous ne suivez pas ce qu'il se passe, vous comprenez rien à vos comptes-rendus, ce n'est pas que vous ne comprenez pas mais vous avez du mal après à expliquer aux personnes... »* (H).

Pour une relation de qualité, le médecin doit faire preuve d'une certaine empathie, générée par la connaissance de ce que le patient vit ou est amené à vivre : *« voir tout bêtement les machines, parce que moi, j'en ai jamais vu des machines à pression positive, on sait ce que c'est... mais je sais pas si vous en avez déjà vues, moi j'en avais jamais vues [Rires] , je ne savais pas à quoi ça ressemblait, le volume que ça prend, le poids etc... »* (A).

La compétence à communiquer semble être considérée comme « innée », puisqu'elle ne fait pas l'objet d'une attention particulière dans la formation initiale des médecins.

Cependant un certain nombre d'entre eux doute de l'efficacité de leurs capacités de communication et cherchent à se former : « *comment annoncer à quelqu'un qu'il a un cancer ? On le fait tous les jours, donc on sait le faire ! Mais on se pose toujours des questions de savoir, si on le fait bien.* » (B).

L'objectif de l'amélioration des pratiques professionnelles est **l'amélioration de la qualité des soins** : « *il faut que ça soit bénéfique pour mes patients* » (F).

Mais le résultat est-il à la hauteur des efforts fournis ?

« *Ce n'est pas parce que tu vas aller te former que tu vas être meilleur* » (D).

« *A partir du moment où on fait un effort pour améliorer la pratique, ça marche ou ça marche pas ; tout le monde n'est pas forcé de s'améliorer* » (A).

Certaines FMC ne rempliraient donc pas leur objectif d'amélioration des pratiques, sous-entendant une qualité et une efficacité moindres.

Par conséquent, la formation du médecin n'est pas une garantie de la qualité des soins délivrés.

« *Je vois des confrères qui organisent des formations par ci, des formations par là et qui font des conneries MONUMENTALES !* » (E).

Pour une meilleure qualité des soins :
Affiner le diagnostic
Actualiser son panel thérapeutique
Communiquer efficacement

C. Rencontrer les confrères généralistes ou spécialistes

Les médecins se retrouvent lors des formations présentiels.

En plus du caractère formateur très apprécié et reconnu de la rencontre de confrères, les médecins y voient un moyen :

– de pouvoir **résoudre un problème rapidement**, d'avoir « *des réponses à des questions qu'on peut se poser* » (C).

– de pouvoir se libérer, **se confier** : « *y'a un truc qui nous emmerde, dont on ne sait pas à qui parler et dont on sait que là, on va pouvoir en parler* » (A).

– **d'échanger sur la profession** : « *Ils discutent de ce qui se passe dans leur commune, dans leur cabinet* » (I).

– d'entretenir de bonnes **relations confraternelles** : « *Tu revois d'autres docteurs, des docteurs de l'hôpital, avec qui tu travailles souvent (...) tu parles de certains patients avec. Ça garde un contact avec les gens avec qui tu travailles* » (J).

« *Ça permet de revoir des collègues, des confrères qu'on voit pas nécessairement ... Bon, on se croise à la maison de retraite et compagnie, voilà on discute 2 minutes. Donc c'est l'occasion* » (C).

– de créer son **réseau professionnel**, surtout pour les jeunes installés : « *c'est vrai que les soirées de FMC m'ont permis de rencontrer certains collègues, certains confrères, rencontrer le spécialiste à qui vous envoyez régulièrement du monde... Ça permet de discuter et de se faire connaître aussi. C'est important parce qu'il y a des médecins que je ne connais encore pas et à qui j'envoie du monde. Je peux en croiser un dans la rue sans le connaître !* » (G).

« *ça crée des contacts* » (J).

– **de faciliter la communication** notamment « *pour changer une garde* » (J).

La rencontre avec les confrères est associée à la notion de **convivialité**, retrouvée dans tous les entretiens, ce qui prouve l'importance de ce critère pour une FMC.

Pour certains médecins, elle passe par le fait de se rassembler autour d'un bon repas, souvent offert par un laboratoire pharmaceutique.

L'aspect convivial est parfois préféré au côté formateur d'une réunion, pour le docteur C : « *les soirées entre guillemets labo, c'est vrai que c'est quand même plus le prétexte à faire une bouffe qu'à voir des trucs* ». Une certaine volonté de rompre son isolement pourrait être l'explication de ce constat.

Le docteur A ressent un vrai « *plaisir* » de revoir des confrères.

Pour échanger confraternellement sur le quotidien
Et travailler sereinement en partenariat

D. Se rassurer

La FMC permet à certains médecins de se rassurer par rapport à leur pratique.

On peut se demander si ce manque d'assurance ne se retrouve pas plus fréquemment chez les jeunes femmes médecins, puisqu'elles seules ont exprimé des doutes et des angoisses par rapport à leur activité. En réalité, les femmes remettent peut-être plus facilement leur pratique en question.

« *vous êtes pas forcément sûr du diagnostic que vous avez émis et donc de ce que vous avez fait derrière* » (H).

« *de temps en temps revoir un peu, ça rassure* », « *pour être sûr de bien le faire...* » (J).

« *Oui, ça rassure, c'est évident ! Quand on est tout seul dans son coin et qu'on se gratte la tête en se disant : « Oh là là ! Je sens qu'il y a quelque chose, c'est quoi, ou je fais quoi ? ». Et qu'on n'a pas de réponse... Ben si on a un tant soit peu de conscience professionnelle, on n'est pas très bien. Je pense qu'on a tous des angoisses par moment !* » (F).

La confrontation avec les confrères a un côté rassurant par le fait de **se sentir dans la « norme »**, au travers des problèmes exposés par d'autres médecins. Finalement, tout le monde peut être mis en difficulté à un moment ou à un autre.

« *C'est super intéressant de savoir... des fois on est tous à se demander qu'est-ce qu'on ferait ?* » (F).

Ne pas se sentir seul face à ses questionnements

III. Le généraliste : ses résistances au changement

La formation sous-entend une **certaine volonté** de se perfectionner, de compléter et consolider ses connaissances, dans le but plus ou moins explicite de s'améliorer et d'améliorer la qualité des soins.

Si tous souhaitent des améliorations, rares sont ceux qui acceptent le changement. Ce paradoxe gêne considérablement la démarche qualité, revendiquée par tous les médecins. Certains, plus que d'autres, en limitant ou en ciblant leur FMC font preuve d'une résistance au changement, qu'il convient d'analyser.

A. Vécu du changement

Comme nous l'avons vu précédemment, les médecins sont conscients de l'évolution constante de la médecine.

La nécessité d'adaptation à son évolution, reconnue par tous les médecins, représente un **véritable coût** pour certains, à cause du sentiment de perte d'une certaine zone de confort ou de sécurité : « *C'est chiant* », « *c'est pénible* », « *ce n'est pas facile* ».

De réelles difficultés, liées à la perte des repères antérieurs, peuvent se poser pour s'adapter à un nouveau contexte et adopter de nouveaux comportements, comme l'explique le docteur A à travers de l'exemple de la mise en place de l'obligation de FMC : « *Qu'on fasse rien ou qu'on fasse quelque chose, mais qu'on arrête de changer tout le temps. C'est... c'est perturbant* ».

Le changement induit par la FMC peut être synonyme de rupture et de **remise en cause**, inenvisageable par certains médecins (D, E, B).

B. Comment se manifestent les résistances au changement ?

Trois médecins font preuve de résistances importantes, qui se traduisent par :

- leurs habitudes de fonctionnement, adoptant des **comportements faciles et économiques**, la stabilité engendrant une sécurité. Ce constat se retrouve surtout chez le docteur C qui revendique son « *côté casanier* » et avoue sans gêne le fait de fonctionner comme son prédécesseur : « *ici c'est le cabinet 19^{ème} (siècle)! C'est tout au stylo, dossiers papier euh...Non peut-être pas 19^{ème}, mais comme mon prédécesseur... J'ai quand même un truc, mais ça sert qu'à télétransmettre. Euh voilà... Je me suis jamais mis à l'informatique et je n'en n'éprouve pas le besoin* ».
- une certaine **passivité** : « *j'ai jamais cherché à entrer dedans* » (C).
- une certaine **révolte contre un système**, chez les docteurs D et E critiquant fortement l'obligation de FMC.

C. Les causes de résistance

1. Individuelles ou endogènes

Un certain nombre de médecins sont conscients de tomber, plus ou moins, dans une certaine **routine** qui peut se traduire par des difficultés d'adaptation, le fonctionnement des raisonnements se faisant par automatismes : « *tu prends des habitudes(...) tu n'avances pas et tu restes dans ce que tu fais toi tout seul* » (J).

La routine est jugée négativement, comparée à une sorte de prison : c'est « *devenir sclérosé* » pour le docteur D, c'est « *tourner en roue libre* » pour le docteur A.

Les expériences antérieures de formation, sources d'insatisfaction peuvent faire que « *vous n'êtes pas du tout prêt à y retourner* » selon le docteur B, faisant référence aux critiques, déjà évoquées précédemment, concernant **la durée des formations, la qualité des intervenants, la présence fréquente de conflit d'intérêts** et l'**éloignement** par rapport au lieu d'exercice.

Le **manque de temps** est une notion évoquée de façon récurrente dans tous les entretiens. La baisse de la démographie médicale, l'augmentation des tâches administratives, les exigences des patients sont tous autant de facteurs rendant l'activité médicale complexe à gérer au quotidien et limitant les médecins dans leur possibilité FMC. S'y ajoute bien

souvent la gestion d'une vie de **famille** et la nécessité de pouvoir se garder du **temps libre** pour son équilibre personnel.

La FMC est d'autant plus vécue comme une **contrainte supplémentaire** qu'elle n'est pas intégrée au temps de travail au cabinet : « *C'est du temps pris sur mes soirées ! Bien sûr. C'est du temps pris sur quelque chose et qui vient en plus... (...) quand je regarde les différentes professions, les infirmières, dans le milieu hospitalier... quand ils vont en congrès, ils y vont les samedis, dimanche ? Ils y vont durant la semaine. Ça fait partie de leur travail* » (B).

Pour certains médecins, le **sex féminin** et l'**âge avancé** sont estimés être des facteurs limitant non négligeables : « *Ou alors ils ne sont pas des femmes... Ils sont des hommes, ils se mettent les pieds sous la table, ils s'occupent pas du linge, du ménage* » (E), « *au fil des années, vous êtes crevés* » (B).

Pour d'autres (G, H, I, J) **certain moments dans la vie** ne sont pas propices aux formations : le changement de situation professionnelle ou des situations personnelles.

La représentation que le médecin se fait de sa profession joue également un rôle important.

Comme nous l'avons vu précédemment, la perception d'une différence de statut entre généralistes et spécialistes est relativement présente, notamment chez les médecins plus âgés. Ce sentiment entraînant un certain complexe d'infériorité, est à l'origine du rejet, parfois violent, de tout ce qui a trait à une organisation hiérarchique : certaines formations présentielle rappelant les cours magistraux de la faculté, l'intervention de spécialistes, des pouvoirs publics, des caisses de l'assurance maladie, et même d'un pair officiant en tant qu'expert ou animateur.

La personnalité du médecin peut avoir une certaine influence.

Le profil type du médecin complètement réfractaire au changement est impossible à décrire, mais certains traits de personnalité peuvent être relevés :

- Une confiance en soi importante voire « hypertrophiée » ne laissant pas la place à la remise en question, mais une facilité à critiquer les confrères.
- Une certaine timidité, entraînant la peur d'être jugé.
- Une tendance à se déprécier, se poser en victime, pour justifier certaines faiblesses.
- Une méfiance exacerbée.

2. Exogènes

L'identification des besoins en FMC n'est pas si évidente.

A partir du moment où les médecins ont **conscience de la limite de leurs compétences**, induite par un certain « *esprit critique* » (K), le fait de « *rester humble* » (F) et « *être honnête* » (K), les besoins de FMC sont facilement mis en évidence. « *On a toujours moyen de se rendre compte qu'on n'est pas à jour* » (K).

Selon le docteur F, les médecins sont les plus à même d'identifier leurs besoins : « *à soi aussi, d'avoir conscience qu'on a besoin de se former, c'est important !* ».

Le docteur A n'est pas du même avis. Les médecins ont une certaine tendance à ne se former que sur ce qu'ils connaissent déjà : « *il faut de temps en temps avoir de la FMC sur des trucs qu'on ne voit pas. Parce que si on ne les connaît pas, on ne les trouvera pas non plus. Donc il ne faut pas se résumer aux ...trucs qu'on voit tous les jours. Sinon il y a des tas de choses qu'on va louper parce que, pffft ! On ne connaît pas, on perd l'habitude de les chercher et du coup, on les néglige. Ça, c'est important qu'il y ait un système de FMC, quel qu'il soit ... où on va chercher des formations avec des choses qu'on ne voit pas* ».

Ainsi, les médecins pensent, à tort, acquérir de nouvelles connaissances et pouvoir modifier leurs pratiques, alors que, dans un sens, ils ont plutôt tendance à **renforcer leurs faiblesses**.

Pour le docteur A, l'**audit** est la méthode permettant aux médecins d'identifier leurs besoins : « *En auditant une pratique, on peut arriver à aider le médecin à mettre en évidence une carence dans son activité, de se dire : « il y a des maladies que je ne vois pas, que je ne diagnostique pas « (...) Quand vous faites un audit sur un sujet et que le médecin se rend compte qu'il y a un problème, il va la chercher cette FMC !* ».

Le docteur A déplore le manque d'intérêt évident pour ce système qui repose uniquement sur la démarche volontaire des médecins : « *on a très peu de réponses... on envoie 2500 audits ! Et il y en a 50 qui reviennent ! C'est un taux de réponses lamentable ! Et on n'arrive pas à comprendre pourquoi ça n'intéresse personne* ».

Le manque d'évaluation de la démarche de modification des pratiques peut être à l'origine d'une impression d'inutilité de la FMC.

Comment peut-on se rendre compte de l'effet d'une action, si on ne s'y intéresse pas ?

Et si on ne s'attarde pas sur ses retombées, c'est peut-être pour la simple raison qu'il n'en pas.

« *Ce n'est pas parce que tu vas aller te former que tu vas être meilleur* » (D).

Le manque de soutien ou de reconnaissance de l'effort réalisé n'incite pas les médecins à se former.

« *On a toujours les syndicats ou les instances qui nous disent : « Vous ne vous formez pas assez ! » » (E).*

C'est toute la question des formations telles que les lectures d'articles, certaines situations professionnelles qui ont un caractère hautement formateur pour les médecins car pratiquées quotidiennement, mais qui ne sont pas reconnues officiellement et sont qualifiées d'**informelles**.

Le fait de « *perdre des sous en se formant* » (B) pour certains médecins, dévalorise encore plus leurs efforts. Le docteur A est d'ailleurs favorable à une certaine **incitation financière**, en guise de revalorisation du travail fourni : « *ça me choquerait pas que le tarif de consultation ne soit pas le même... (...) à un moment, ça a été évoqué, pour les médecins qui ont une FMC validée ; après il faut voir ce qu'ils appellent « validée », les critères d'agrément etc...Il ne faut pas que ça soit n'importe quoi non plus...Mais qu'il y ait un tarif de consultation qui soit différent pour les médecins qui font l'effort de suivre une formation continue... personnellement ça me choquerait pas, même si ça choque certains confrères... ».*

Le docteur B va également dans ce sens, en souhaitant une FMC « *indemnisée à sa juste valeur* », sans pourtant donner de chiffres...

La culture professionnelle des généralistes est aussi une raison pour laquelle certains médecins s'opposent vivement à certaines méthodes qualifiées de « *formatage* » par le docteur A.

Le fait d'être « *dans l'âme, dans la mentalité, libéral* » (F) souligne l'attachement des médecins pour leur autonomie et leur liberté d'exercice, y compris dans leur FMC.

Notre culture plutôt conservatrice a tendance également à générer un climat d'opposition, entraînant une attitude défensive, à la recherche des failles, des faiblesses : « *C'est écrit nulle part que le fait d'améliorer la qualité des soins coûtera moins cher à la sécu...J'en sais rien. Peut-être que oui, peut-être que non ! En tout cas le lien de cause à effet est loin d'être établi. Que l'on dépiste des maladies, c'est pas pour autant que ça coûtera moins cher à la sécu non plus. Ça reste à démontrer... en tout cas... » (A).*

La méconnaissance de certains outils (comme l'EBM), certaines méthodes (groupes de pairs) ne motive pas les médecins. Ils restent dans leur insatisfaction, pensant qu'il n'y a pas d'autres ou de meilleures solutions.

On peut constater également que les résistances peuvent être **liées à la mise en œuvre du changement**.

Certains médecins ne s'opposent pas à la modification de leurs pratiques. Ils se lassent plutôt des exigences contradictoires des pouvoirs publics qui imposent cette formation: « *ce qui est démotivant, c'est le fait que ça change tout le temps !* » (A).

Pour finir, **les résistances propres aux patients** ne facilitent pas les démarches des médecins, « *Ils aiment pas...* » (F), « *C'est contraignant pour la clientèle hein !* » (H) et par leur manque de reconnaissance, « *vous n'êtes quand même pas là au cabinet, donc les patients vous le disent...(...) les patients ne comprennent pas que vous ne soyez pas là* » (F), « *Ils s'en foutent ! (que je me forme)* » (J).

D. Les conséquences des résistances

Les freins ou les obstacles des médecins à entrer dans une démarche de formation continue sont multiples et ont des origines diverses, mais ils entraînent tous les mêmes conséquences :

- Une routine dans l'exercice de la profession.
- Un arrêt momentané ou permanent des démarches.
- Une certaine usure professionnelle.
- Une baisse de la qualité du travail.
- Une baisse de motivation.
- Une baisse de satisfaction.
- Un certain stress.
- Une baisse du niveau d'investissement dans son travail pouvant conduire au burnout.

IV. Que pensent les médecins de l'obligation légale de FMC ?

A. Impact sur leur comportement de FMC

L'absence de FMC étant sanctionnée, la démarche de validation peut avoir un impact, même s'il est faible.

Les différentes réformes concernant l'obligation de FMC ont à chaque fois entraîné un regain d'intérêt de la part des médecins, mais qui s'est vite essoufflé : *« c'est qu'il y a des médecins qui le font par goût, par envie... et pour eux, ça n'a rien changé... Et puis d'autres qui l'ont fait, parce qu'on leur a parlé d'une obligation d'EPP etc... Et puis dès que ça a commencé à être un peu le bordel avec les changements de réglementation, ils ont tout envoyé bouler ! »* (A).

Le docteur K approuve l'obligation d'une certaine manière, puisqu'elle pourrait donc être **une motivation pour certains médecins, au risque d'avoir peu d'impact sur la qualité des pratiques**, comme le laisse entendre le docteur G : *« si vous êtes obligé de faire une FMC parce qu'il vous faut votre euh... Au début c'était peut-être une motivation(...) mais le côté obligatoire... j'ai vu des chirurgiens faire des formations complètement débiles, tout ça pour être validés »*.

Et finalement, l'obligation de FMC n'apporte pas de changement pour ceux qui se forment déjà puisque *« de toute façon tu le fais spontanément »* (J), *« on le fait avant tout pour se former, pas parce qu'on a peur de la sanction, de l'Ordre ou de je ne sais pas quoi »* (F).

La menace de sanction apparaît peu crédible étant donné la conjoncture de la démographie médicale, et suscite de vives réactions de la part des docteurs D et E.

« Je ne suis pas un angoissé. Les mecs, ils peuvent toujours sortir des lois qui m'interdisent de bosser, on va voir comment ça va se passer. En ce moment, on ne sait plus quoi foutre des malades ! » (D).

« je m'en fous, je fais mon boulot, s'ils trouvent qu'on se forme pas assez, c'est pas grave, on dévisse sa plaque et on va travailler en fonctionnaire jusqu'à la retraite... C'est comme ils veulent ! Ça m'étonnerait qu'ils nous emmerdent... » (E).

L'obligation de FMC, qualifiée d'Arlésienne par le docteur C, et surtout **la complexité du dispositif à se mettre en place ont eu un effet délétère non négligeable** sur la motivation des médecins. Selon le docteur A : *« L'obligation a été nuisible... Enfin, pas l'obligation mais les tergiversations sur l'obligation (...) ce qui est démotivant, ce n'est pas le fait qu'il y ait quelque chose ou qu'il y ait rien, ce qui est démotivant, c'est le fait que ça change tout le temps ! », « il y a beaucoup moins de motivation maintenant qu'il y a 10-15 ans ».*

B. Importance de la liberté de choix

Les médecins sont obligés de se former, c'est-à-dire qu'ils doivent s'en donner les moyens. Toute tentative d'imposition de support ou de thème précis est perçue comme l'œuvre d' *« une dictature supérieure »* (F).

Toutefois, la nécessité de poser des règles s'avère nécessaire, mais elles ne sont acceptées que si elles relèvent de l'initiative des médecins qui invoquent leur « mentalité libérale » : *« on n'hésite pas à prendre nos responsabilités, on aime ça, mais aussi on prend nos propres responsabilités par rapport à notre formation... et pas un truc où on est comme ça, pieds et poings liés, obligés de... »* (F).

C. Questionnements sur les limites de cette loi

« Selon la personne qui paie la formation, la formation, elle est orientée d'une certaine façon... Donc quand le financeur, c'est la sécu... la formation est orientée vers les économies de la sécurité sociale et ça, on y va une fois, deux fois...pis après, on se dit, «bon on en a marre, on ne fait pas de la FMC pour faire des économies à la sécu... ».C'est écrit nulle part que le fait d'améliorer la qualité des soins coûtera moins cher à la sécu...J'en sais rien. Peut-être que oui, peut-être que non ! En tout cas le lien de cause à effet est loin d'être établi. Que l'on dépiste des maladies, ce n'est pas pour autant que ça coûtera moins cher à la sécu non plus. Ça reste à démontrer... en tout cas...Si le financeur, c'est un labo...eh bien, là, on peut se poser toutes les questions qu'on veut. Donc, dès qu'il y a une formation organisée, il y a un financeur quelque part... et... tout le problème est de voir l'intérêt du financeur... qui n'est pas forcément le nôtre... » (A).

La **question du financement**, rendue encore plus prégnante de par le caractère obligatoire de la FMC, risque d'en dévier l'objectif principal (améliorer les connaissances de médecins) vers un objectif plus pécuniaire :

– Dans un **but lucratif** pour les financeurs : « *C'est une usine à gaz qui est subventionnée... Y'a probablement des gens qui ont de l'argent à gagner là-dedans* » (H).

« On reçoit beaucoup de pub sur de la FMC indemnisée dans le Sud... Mais, je me dis que ça doit être un marché pour quelqu'un, beaucoup d'intervenants. C'est vrai que j'ai un regard assez négatif au départ... Je suis peut-être un peu parano, comme le disait cette jeune médecin, c'est vrai qu'on nous force aussi un peu à l'être... » (K).

– Ou au contraire dans un **but d'économie des dépenses de santé**, qui est loin d'être une garantie de la qualité des soins.

Et dans quelle mesure, l'amélioration de la santé publique dépend-elle des résultats d'une formation continue obligatoire et formalisée ? (A).

V. Que pensent les médecins du rôle de l'industrie pharmaceutique ?

L'analyse des entretiens permet le constat suivant : l'industrie pharmaceutique est présente sur l'ensemble des modalités de formation.

Ces relations avec les médecins ne se limitent pas à la visite médicale, même si elle en est une composante majeure. Tous les médecins de cette étude y ont été confrontés au moins fois au cours de leur vie professionnelle. Plus de la moitié (B, C, D, F, G, H, I) continuent à recevoir régulièrement les représentants de l'industrie pharmaceutique.

Les praticiens identifient sa présence financière dans l'ensemble des modalités de formations.

A. Quelle est cette information délivrée par les firmes pharmaceutiques ?

Il s'agit essentiellement de **l'information sur le médicament**.

Les médecins la considère intéressante en ce qui concerne les nouvelles molécules, utile pour se remémorer les caractéristiques des anciens médicaments.

Elle semble adaptée aux leurs besoins : l'information est délivrée de manière concise, en très peu de temps, très souvent sous forme de « recettes ».

Mais étant délivrée par les laboratoires, les médecins la considèrent comme **biaisée**.

En identifiant cette information biaisée, les médecins pensent pouvoir s'extraire de son influence grâce à leur **sens critique**, leur honnêteté professionnelle : *« Ça apporte une information, mais pour laquelle il faut garder un grand recul, je pense. Ça reste des commerciaux qui vendent un produit, quoi voilà ! Je pense qu'il faut garder un certain recul »* (F).

« Ils (les journaux gratuits) sont financés par les labos mais ils ne font pas que de la daube... Il y a des trucs qui sont tendancieux, comme par hasard, tu vois bien, traitement contre je ne sais pas quoi et puis tu as la pub du labo juste en bas à gauche de l'article... » (D).

L'information est considérée comme **peu crédible** et n'ayant **aucun caractère formateur**. Mais sa crédibilité est renforcée lorsqu'elle rappelle des référentiels : « *les trucs médicaux purs, c'est... Il y a toujours au moins un article qui tient la route, ils ne font pas que de la daube ! (...) Ce n'est pas de la formation... Tu te tiens au courant. Des fois, il y a des trucs, ils te remettent le calendrier des vaccinations, des trucs comme ça... de l'AFSSAPS ou de la HAS* » (D).

B. Qui en sont les vecteurs ?

Ce sont principalement des représentants de l'industrie pharmaceutique ou **visiteurs médicaux**.

Les médecins qui les reçoivent sont bien conscients de la subjectivité de l'information délivrée dans ces conditions.

La visite est très souvent considérée comme **une perte de temps**.

Cependant, les médecins y restent **fortement attachés**, et ceci semble être un **sujet tabou**. Le discours du docteur D démontre bien toute cette ambiguïté : « *J'en reçois très, très peu. Vraiment... Je n'ai pas le temps... Je n'ai pas le temps et puis ça me fait chier. Ils ne m'apportent rien...* », il semble particulièrement gêné par le caractère inutile et chronophage de ces visites.

Puis il continue : « *Je reçois des visiteurs médicaux de certaines boîtes parce que j'ai lu dans la presse médicale courante... que ça soit, tu sais, la revue du prat' médecine générale ou même panorama du médecin, des conneries comme ça qu'on reçoit même gratos celles-là on les paie même pas, que tel ou tel truc est en train de sortir et améliore les choses* ».

Plusieurs éléments intéressants peuvent être dégagés :

- S'il continue à recevoir les visiteurs médicaux, alors qu'il n'est guère protocolaire, c'est qu'il y trouve un intérêt. Ici, c'est la présentation de nouveaux médicaments.
- Cette attitude est induite par les informations recueillies dans la presse médicale, par ailleurs financée par les laboratoires.
- Il porte pourtant un regard critique franchement négatif sur les sources qu'il utilise, qu'il qualifie même de « *conneries* », sous-entendant peu crédibles.

Mais il admet difficilement que son attitude est en réalité sous influence. Sans doute est-ce la raison pour laquelle c'est tabou d'avouer avoir recours à l'information dispensée par les laboratoires.

Pour lui comme pour d'autres médecins, la visite médicale est considérée comme **une source indispensable d'informations sur le médicament** : « *Par contre, sur ce qui est médicament pur, je veux dire, les seuls qui nous les présentent, c'est les laboratoires ! Donc, là vous avez plus la même relation, vous savez très bien que, eux, ils sont là pour vendre leurs trucs hein !* » (H).

L'objectivité semble être maintenue par la critique de la source. Mais certains apprécient les caractéristiques de la visite médicale (le contact en face à face, la gratuité, la rapidité, la valorisation du médecin, l'adaptation à ses besoins d'information) qui semblent compenser ses inconvénients.

« *Et ça m'apportait pas grand-chose, des jolies petites fiches, de temps en temps des invit' au resto, mais à part ça la majorité du temps, tu en vois deux qui ont par exemple un ARA2... tu entends le discours inverse d'un côté et de l'autre, après ça ne t'aide pas à faire un choix... De toute façon, bon ça peut te servir pour un nouveau produit que tu n'as pas vu, et puis après tu peux aller chercher ce que tu veux là-dessus, mais c'est tout, finalement t'auras un autre moyen de retrouver ce produit-là sans passer par ça...* » (J).

« *une bouffe de resto payée par un labo euh... une fois par an, et puis voilà !...donc, là c'est niveau formation zéro, hein !* » (A).

« *Il y avait aussi des invitations juste pour manger le soir, mais ça c'était autre chose* » (I).

Il est important de noter que le dictionnaire **VIDAL** est cité par le docteur F comme moyen d'information sur le médicament, complémentaire à la visite médicale. « *Je suis abonnée VIDAL, donc on a les nouveaux produits qui sortent. Mais c'est vrai que quand même on ne mémorise pas toujours du premier coup. S'ils (les visiteurs médicaux) présentent un nouveau produit, c'est bien, ça permet de se le mettre en tête et de savoir qu'il existe* » (F).

Il aurait été intéressant de connaître le moyen de substitution à la visite médicale, évoqué précédemment par le docteur J.

Lors de soirées ou séminaires, les intervenants sont des **experts** souvent reconnus par les médecins, **représentant une référence**. L'intervention de ces spécialistes, professeurs semble donner du crédit à ces formations financées par les laboratoires en jouant leur rôle de **leader d'opinion**. « *quand tu vas à un topo avec le docteur H, t'es servi correctement ! Il ne va pas t'enfumer, t'emmerder avec des conneries. Et il va te dire ce que ça apporte et comment l'utiliser.* » (D)

C. Une indépendance bien difficile à revendiquer, ou « le côté sombre » du généraliste

L'information biaisée est responsable d'une perception négative de la formation sponsorisée.

Les médecins ont une tendance à minimiser leur recours à cette pratique, comme si elle était dévalorisante car peu objective. Or elle demeure pourtant très présente chez certains, même chez les plus fervents défenseurs d'une FMC indépendante...

Souhaitant pourtant conserver leur libre choix thérapeutique, les praticiens essaient de contrebalancer les effets de leurs contacts avec l'industrie pharmaceutique :

- en refusant ou limitant la visite médicale : « *c'est au compte-goutte, je les reçois pas dans les créneaux de rendez-vous. Je les reçois, voilà, sur rendez-vous. J'en reçois peut-être 3-4 dans la semaine, ce qui est très peu par rapport à d'autres* » (F), la comparaison à d'autres confrères qui font « pire » donnant du poids à son attitude,

- en se concentrant sur la lecture de la revue Prescrire,

- en sélectionnant mieux les soirées ou les séminaires. Le seul critère de sélection utilisé, semble plus lié au fait que les intervenants ne citent pas les noms commerciaux des produits, plutôt que celui de l'origine du financement de la formation. Mais lorsqu'on s'inscrit, on ignore l'orientation qui y sera donnée.

« *J'essaie d'aller une fois par mois... il y a un club des remplaçants qui fait des soirées de FMC à Nancy ... C'est Sanofi qui fait ça, mais en fait, y'a pas de pub, c'est de la vraie FMC, c'est comptabilisé comme de la FMC* ». Le caractère validant (avec les crédits FMC accordés) est aussi une valeur ajoutée.

- en organisant des formations par l'intermédiaire de leur groupe de formation local.

Très attachés à une information indépendante, deux médecins font pourtant preuve de **contradiction** en n'allant pas jusqu'au bout de leur conviction.

« *Je ne les ouvre même pas la plupart du temps, les autres revues médicales, je les mets au panier sans les ouvrir* » (A), « *Ah ceux-là, on les (visiteurs médicaux) reçoit presque plus* » (E).

Cette **demi-mesure** dans leurs actes prouve bien toute la difficulté d'avoir une FMC indépendante.

Le docteur A semble presque gêné (comme pris sur le fait) à l'évocation d'une soirée sponsorisée organisée par son groupe de FMC. Et il juge important de se justifier par le caractère discret de l'organisation, s'appuyant sur le (faux ?) témoignage de son interne qui avoue être incapable de nommer le nom du laboratoire financeur. On peut se demander si son étudiante n'a pas plutôt souhaité satisfaire son maître de stage, le médecin ayant pu au départ induire une réponse dans ce sens.

La participation financière d'un laboratoire à des actions dont il n'est pas l'initiateur assure-t-elle vraiment l'indépendance de la FMC ?

Et que penser de ce maître de stage, endossant en quelque sorte le rôle de leader d'opinion pour son étudiante, qui va à l'encontre de son discours et de ses principes d'indépendance ?

Par cette attitude, ne favorise-t-il pas justement le contact d'un médecin en apprentissage avec l'industrie pharmaceutique ? Ne risque-t-il pas de banaliser ces rapports ?

L'influence des laboratoires ne serait-elle pas sous-estimée ?

Ces demi-mesures en limitent-elles réellement l'impact ?

L'indépendance est-elle vraiment une condition vitale pour avoir une FMC de qualité ?

Discussion

I. Sur la méthode

A. Intérêt

Les travaux déjà réalisés sur le thème de la FMC des généralistes dans la littérature universitaire (8-11) sont tous construits à partir d'une enquête quantitative (questionnaires). Même si ces études comportent des items à réponses libres, leur objectif se restreint à une description des comportements dans un but de généralisation, n'apportant pas d'éléments de compréhension.

Notre étude apparaît donc tout à fait pertinente, venant en complément de ces études descriptives.

L'analyse des entretiens a confirmé la richesse des propos des médecins. Les axes de réflexion sur l'organisation de la FMC, les modalités d'utilisation des différents outils et l'impact sur les pratiques ont été largement abordés.

La méthode choisie a permis de voir apparaître d'autres thèmes non prévus initialement, comme l'impact de l'obligation légale et celui des relations entretenues avec l'industrie pharmaceutique.

Une autre dimension a été également soulignée. Il s'agit de l'influence de la conception de la médecine générale sur le comportement de FMC.

Un questionnaire à réponses fermées n'aurait pas pu explorer autant de pistes et faire émerger autant d'idées.

Au cours des entretiens, les médecins utilisaient de nombreux exemples pour illustrer leur pratique médicale. Ainsi, on sentait une véritable volonté de partage d'expérience comme on peut le vivre dans les groupes d'analyse de pratique.

Grâce à cette méthode, le médecin pouvait en lien avec le thème principal de la FMC évoquer sa vie personnelle, son rythme de travail, son questionnement sur les cas médicaux complexes et les difficultés relationnelles avec les patients.

Les médecins se sont livrés avec beaucoup de spontanéité et de franchise, n'hésitant pas à évoquer leurs points faibles, à remettre en cause leur pratique et à critiquer de façon parfois « peu déontologique » certains confrères ou l'attitude de certains patients.

(La retranscription de ces entretiens a été réalisée en veillant à garder les tournures de phrases du langage oral, afin de respecter le ton donné. Mais par souci de lisibilité, des hésitations, des onomatopées ont été supprimées pour l'analyse.)

Certains médecins, ayant initialement refusé la demande d'entretien car ils estimaient ne pas avoir d'avis concernant la question ou avoir une activité de FMC très limitée, ont finalement apporté des points de vue très intéressants et enrichi la réflexion.

Enfin, la méthode qualitative, grâce au contact direct avec les médecins, a favorisé la transmission des expériences, éléments nécessaires pour notre étude. Nous avons adopté une attitude que nous connaissions déjà en tant que médecin généraliste : l'écoute et la relation humaine.

B. Les limites

Les données obtenues sont d'ordre qualitatif. Ce travail ne se veut donc pas représentatif de l'ensemble des médecins engagés dans une FMC dans le département des Vosges. Il met juste en évidence des modes de fonctionnement non quantifiables, dans un souci de diversité.

La technique de l'entretien qualitatif était une première expérience pour l'enquêteur et s'est révélée être un exercice délicat pour :

- Garder un maximum d'objectivité, tout en sachant que l'expérience de l'enquêteur, ses représentations et sa documentation préalable sur le sujet apportaient une part de subjectivité.
- Favoriser le discours en exerçant à la fois une écoute active et utiliser à bon escient les stratégies d'interventions.

Il était utile de relire les entretiens précédents en préparant le suivant, afin de repérer les erreurs commises et de les éviter : questions fermées, tournure de phrase orientant la réponse ou apportant un jugement.

De ce fait, l'aisance de l'enquêteur avec cette technique s'est développée au cours de l'étude.

D'autres entretiens exploratoires auraient pu être réalisés dans cette optique de « rodage ».

Divers problèmes techniques se sont posés lors de l'enregistrement numérique. L'intensité de la voix des deux interlocuteurs devait être suffisante. L'enregistrement devait se faire dans une pièce au calme afin de limiter tous les bruits « parasites ». Le matériel devait être placé suffisamment près de la source sonore, mais être à un endroit tel qu'il soit assez vite oublié.

En outre, bien que devant faire preuve d'une grande objectivité dans l'analyse des entretiens non directifs, l'enquêteur apportera une inévitable touche de subjectivité liée à sa personnalité propre et son sexe.

Nous avons également constaté, lors de l'exploitation des entretiens, que nombre de médecins ne terminent pas leurs phrases, passant même à une autre idée. Ce mode d'expression laisse hélas place à la subjectivité de l'enquêteur qui peut interpréter ces silences en fonction de son thème de recherche. En outre, révèlent-ils la gêne des interviewés à s'exprimer sur ce sujet ?

II. Sur l'analyse

L'analyse des entretiens a permis de dégager trois pistes de réflexion sur la FMC, s'intéressant à la valeur des outils de FMC utilisés, à l'information sur le médicament et aux contradictions formulées.

A. Les outils de FMC et « leurs valeurs »

1. Une bonne connaissance des différentes possibilités de FMC

Les médecins ont globalement une bonne connaissance des outils à leur disposition. Rappelons ceux cités dans notre étude :

- Les séminaires dispensés par les associations
- Les formations universitaires et les congrès
- La presse médicale et les ouvrages médicaux
- Les pairs avec les groupes d'analyse de pratiques et les groupes Balint
- Internet avec les sites médicaux et le E-learning
- La maîtrise de stage
- Les recommandations diffusées par l'HAS, l'assurance maladie et l'AFSSAPS
- Les audits
- Les réseaux
- La visite médicale
- Les soirées formation organisées par l'industrie pharmaceutique

Et l'évaluation des pratiques ?

A l'obligation de FMC, s'est ajoutée l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles par la loi du 13 août 2004 (1). Elle consiste en l'analyse des pratiques en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par l'HAS.

Suite à la loi HPST (1), la FMC et l'EPP sont réunis sous un concept commun, le **Développement Personnel Continu** dont le principe est posé dans l'article 59 : « le développement professionnel continu a pour objectif l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des soins ». L'obligation est en vigueur depuis le premier janvier 2012.

Pour notre étude, nous avons choisi volontairement d'utiliser le **terme générique de « FMC »**, afin de simplifier la présentation du sujet, puisque ce terme est utilisé couramment par les médecins pour désigner la formation et l'évaluation, pouvant d'ailleurs traduire une certaine confusion entre les deux anciens dispositifs (FMC et EPP). Le DPC, mis en place très récemment, est encore méconnu de certains praticiens. Le recul par rapport à la formation dans ce cadre n'était pas suffisant pour notre étude. Pour ces raisons, nous risquions de limiter nos données.

Cette désignation n'a pourtant pas empêché des médecins d'évoquer plus ou moins directement l'EPP qui semble être déjà pratiquée au sein des **groupes d'analyse de pratiques, des revues morbi-mortalité, de l'audit, des groupes Balint, et par une certaine protocolisation des prises en charge en exercice de groupe.**

Ce constat démontre bien l'intégration du principe d'EPP dans la démarche d'amélioration des pratiques chez certains médecins, qui en ont fait même parfois le fer de lance de leur formation continue.

Chez les médecins qui ne l'ont pas évoquée spontanément, les suggestions de l'enquêteur ont fait émerger :

- une certaine méfiance et une impression de jugement, de contrôle, induites par l'évaluation,
- un rejet par méconnaissance et/ou par sentiment d'inutilité.

Quelques outils non évoqués

La visite académique (14) consiste en un échange avec des médecins à leur cabinet pour leur transmettre des informations en matière de prévention, de dépistage ou de prise en charge des patients en accord avec des données de la science de type EBM. Cette méthode a été menée à titre expérimental par l'URML de Bretagne entre 2003 et 2005 (15).

Les registres, observatoires et bases de données (16) permettent de recueillir et analyser des données standardisées issues des pratiques professionnelles sur un thème donné. Certaines organisations professionnelles comme l'Observatoire de la Médecine Générale de la SFMG, des sociétés savantes ou réseaux les enregistrent. Cet outil peut être en théorie utilisé dans la démarche d'EPP, mais actuellement aucune action d'EPP n'est en lien avec ces recueils.

Le chemin clinique (17), méthode très utilisée en Amérique du Nord et en Australie, a pour but de décrire, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge du patient en suivant son parcours. Cette technique vise à planifier, rationaliser, standardiser la prise en charge pluridisciplinaire des patients présentant un problème de santé comparable, en se basant sur la description d'une prise en charge optimale et efficiente à partir des recommandations professionnelles.

Les logiciels d'aide à la prescription (18), encore peu utilisés en France malgré l'informatisation croissante des cabinets, intègrent plusieurs fonctionnalités : une aide à la prescription (base de données sur le médicament, détection d'interaction...), la gestion du dossier médical avec des aides au suivi (rappels automatiques, fiches de suivi de maladies chroniques...), un module de comptabilité. Les réticences à leur utilisation peuvent résider dans le temps à investir pour maîtriser le logiciel, leur coût, la crainte d'une défaillance informatique, la possibilité de disparition du logiciel...

Le « parcours du praticien » (19), inspiré de la méthode APP (apprentissage par problèmes) utilisée dans la formation initiale, permet de développer la réflexion d'un groupe de médecins sur leur pratique. Il se base sur le support narratif d'une situation professionnelle abordant un problème clinique courant. Le choix des thèmes émane d'un consensus entre les organisateurs (sociétés savantes, association de FMC, industrie pharmaceutique) et un panel de praticiens généralistes et spécialistes.

La participation à un travail de recherche (20) entraîne une amélioration reconnue des connaissances et de la pratique. Elle permettait de satisfaire l'obligation d'EPP.

Des comportements « type »

L'analyse des données nous permet de dégager trois types de comportement face à la FMC. L'attitude des médecins n'est jamais aussi tranchée, il s'agit plutôt d'une tendance qui peut être plus ou moins marquée :

- le comportement « **fast FMC** » : attitude consumériste ?
 - les informations médicales recherchées concernent exclusivement les nouveautés thérapeutiques, le reste est considéré comme maîtrisé ou alors il faut que le thème soit suffisamment complexe.
 - Attente de « recettes » comme réponses à un cas précis : les informations médicales étant déjà « prémâchées », elles peuvent être mises en application immédiatement.
 - Préférence pour les congrès médicaux et les séminaires où la diversité des sujets et la possibilité de choix « à la carte » sont recherchées.
 - Attachement pour la visite médicale et les revues d'actualité professionnelles (comme le Quotidien du Médecin).
 - Intérêt pour l'outil informatique via Internet.
 - La gratuité de l'information et sa disponibilité sont un des critères importants.

- le comportement type **EPP** : attitude plus humaniste ?
 - La formation porte sur les pratiques et l'aspect relationnel de la médecine générale.
 - Le médecin porte un regard critique sur sa pratique.
 - Le partage d'expérience dans des groupes d'analyse de pratiques semble être le moyen le plus adéquat.
 - La convivialité est recherchée.
 - Les principes de volontariat et d'indépendance sont des critères importants.

- le comportement type **FMC** : attitude curieuse et intéressée ?
 - L'information porte sur les connaissances médicales de base.
 - Les supports en sont la presse médicale, les ouvrages médicaux et les séminaires, en général organisés par des associations de FMC.
 - La durée de la formation est synonyme d'approfondissement.
 - Une certaine indemnisation pourrait être incitative.

Ces « profils » de comportement expliqueraient donc la **tendance de chacun à s'orienter vers telle ou telle formation**, privilégiant certaines valeurs.

Les caractéristiques sociodémographiques des médecins, leur mode d'exercice (groupe, isolé, utilisation de l'informatique, consultations sur rendez-vous...), l'importance de leur activité pourraient-elles générer un comportement type ? Toute la difficulté d'une éventuelle étude réside dans la part subjective de ces comportements, impossible à quantifier.

En revanche, il serait plus aisé et plus objectif d'essayer de relier toutes ces caractéristiques à des moyens de FMC et EPP particuliers.

Une étude menée en 2008 par la DREES (21) s'en est approchée en dressant le profil du médecin qui utilise les recommandations de bonne pratique : c'est un homme jeune, exerçant en groupe et recevant peu les visiteurs médicaux.

Une autre enquête de l'institut de sondage IPSOS réalisée pour le compte de la HAS en 2009 (22) auprès d'un échantillon représentatif de 800 médecins libéraux ne retrouve pas de critères sociodémographiques déterminants pour la visite médicale. Seule une activité importante semble être en rapport avec le refus (constat surtout chez les spécialistes).

2. Impact de la FMC sur les pratiques

Quelles sont les habitudes de FMC des généralistes en France ?

Une étude publiée par les Cahiers de sociologie et de la démographie médicale en 2008 (23) confirme notre constat de l'utilisation de **plusieurs supports** de FMC chez un même médecin.

L'importance d'utilisation de chaque moyen est la suivante :

- la presse médicale (86%)
- les séances FMC organisées par une association professionnelle (71%)
- la lecture de manuels (70%)
- les visiteurs médicaux (61%)
- l'usage d'Internet (57%)
- les congrès médicaux (45%)
- les séances FMC organisées par un laboratoire (42%)
- les correspondants (32%)
- les séances FMC organisées par les hôpitaux (24%)
- les groupes de pairs (18%)
- les moyens audiovisuels (11%) et les vacations à l'hôpital (11%)

En comparant ces résultats à ceux de notre étude, nos impressions allaient plutôt dans le sens d'un abandon des lectures de manuels, d'une fréquentation plus importante des groupes de pairs (phénomène pouvant peut-être s'expliquer par une moyenne d'âge des médecins de notre échantillon plus basse (44.5 ans) que celle de l'effectif national (51.8 ans) (24)).

Les moyens audiovisuels n'ont jamais été cités et les médecins interrogés n'avaient pas de vacation à l'hôpital. En revanche, nous avons bien perçu la **place importante de la visite médicale** dans la FMC des généralistes.

Suffit-il de se former pour s'améliorer et modifier ses pratiques ?

Efficacité des méthodes de FMC

Dans notre étude, un bon nombre de médecins se posaient la question de l'efficacité de la FMC.

La FMC/EPP est censée **permettre l'amélioration des savoirs, des savoir-faire, et des savoir-être**. Un progrès dans la qualité des pratiques est donc attendu, se traduisant par des bénéfices cliniques et économiques.

Mais s'engager dans une démarche de FMC, est-elle une garantie d'amélioration ?

Nous nous sommes penchés sur les principales revues générales et les méta-analyses disponibles (25-28).

Les études sont de qualité méthodologique variable, souvent faible. La diversité des thèmes de formation, des publics et des méthodologies rend également difficile les comparaisons entre études et la généralisation des résultats (29).

Seules quelques tendances ont pu être rapportées :

- Les effets des formations didactiques sont très faibles voire quasi inexistantes, alors que les formations interactives auraient des impacts plus affirmés, même s'ils restent modestes.
- Une revue (25) est moins radicale quant à l'absence d'effet de la formation continue classique mais conclut à une efficacité supérieure des formations interactives.
- La formation médicale continue serait plus efficace :
 - lorsqu'elle s'inscrit dans la durée
 - lorsqu'elle est séquencée dans le temps et ne se réduit pas à une intervention ponctuelle
 - lorsqu'elle est constituée par un groupe de médecin de taille réduite et de même spécialité

- Une publication (30) insiste sur l'efficacité des messages délivrés sous des formes variées et complémentaires
- Nouveaux venus dans le paysage de la diffusion d'information, les systèmes informatiques de support à la décision (ou Logiciels d'Aide à la Prescription ou LAP) semblent avoir une grande efficacité en ce qui concerne la transmission d'information (notamment pour le suivi de recommandations (31)), mais leur diffusion est pour l'instant restreinte, même aux Etats-Unis (32).

Ces revues de littérature aboutissent à une différenciation des effets de la formation continue selon la forme pédagogique, avec opposition entre la forme didactique et la forme interactive.

Il est important de noter que les groupes de pairs, classés dans les formations interactives, s'avèrent être les plus efficaces.

Cependant, notre étude a pu laisser transparaître **d'autres déterminants de l'impact** de la formation :

- la complexité du thème de formation, sa possibilité de transposition dans la pratique
- les caractéristiques des participants (motivation, engagement dans une démarche de changement)
- le contexte d'application (résistances au changement, influence des laboratoires)
- l'attitude des patients (résistance au changement)
- le rôle des leaders d'opinion

Les besoins en FMC

« Connaître son ignorance est la meilleure part de sa connaissance »

[Proverbe chinois]

Il semble que, lorsque les médecins effectuent des choix de formation, ils privilégient la consolidation des connaissances déjà acquises et évaluent mal leurs **besoins réels** (33).

Or une publication (34) montre que les formations sont plus efficaces sur un thème que les médecins n'ont pas choisi.

Ce problème avait déjà été mis en évidence dans le Bulletin de l'ASFORMED (association nationales pour la formation médicale continue) de mars 1979 (35).

P. Gallois expose l'importance d'évaluer les besoins de FMC et le rôle des associations dans leur détection. Plus qu'un moyen d'incitation à la démarche de formation, il s'agit d'un facteur d'efficacité.

Ces besoins comprennent ceux perçus par le médecin dans son exercice professionnel, mais aussi ses lacunes (besoins non perçus). Et ils ne coïncident pas forcément avec les intérêts manifestés envers tel ou tel problème.

On peut distinguer :

- **les besoins perçus par le médecin lui-même** mis en évidence par des méthodes informelles (discussions libres en petits groupes), des questionnaires-sondages, des méthodes d'analyse plus précises (analyse des problèmes notés au jour le jour par exemple), des processus d'auto-évaluation par des questionnaires (QCM, QROC)

- **les besoins perçus par les autres médecins** : l'éclairage par les pairs (les groupes de pairs inexistants à cette époque pourraient y répondre), l'éclairage par les autres modes d'exercice (les spécialistes peuvent déceler certaines lacunes des généralistes, et inversement)

- **les besoins perçus par la collectivité** : l'objectif de la FMC étant la qualité des soins, certains besoins peuvent donc être perçus de l'extérieur de la profession médicale, par les pouvoirs publics (thèmes prioritaires en rapport avec la politique de santé publique dans le cadre de la formation conventionnelle actuellement), par la sécurité sociale, par les malades réunis en associations

Plus récemment, C. HONORAT et G. LEVASSEUR (36) abordent différemment la notion de besoin :

- **les scotomes** : il s'agit de besoins non perçus qui peuvent parfois être évidents aux yeux d'observateurs extérieurs. Ils traduisent soit un mécanisme de défense du médecin, soit une méconnaissance profonde d'une partie de sa pratique (le docteur A dans notre étude l'évoque très bien : « *Parce que si on les connaît pas, on les trouvera pas non plus* »)

– **les besoins ressentis** : du fait d'une certaine confusion entre l'analyse des besoins en formation et l'intérêt pour telle pratique, les « besoins » recensés ne correspondent pas forcément aux besoins réels

Au final, l'importance réside dans la mise en évidence d'un besoin réel, d'une carence dans une pratique ou un certain domaine, grâce à l'**EPP**.

Il sera intéressant de voir l'impact du nouveau système de DPC, et s'il apporte une simplification dans la démarche de formation et d'amélioration des pratiques.

Quelques remarques...

D'autres impacts non négligeables de la FMC :

Évaluer une FMC uniquement sur son impact sur les pratiques peut être réducteur. Les apprentissages ne sont pas toujours ceux anticipés par les concepteurs des formations (37).

Notre étude montre bien les autres fonctions plus larges de la FMC :

- fournir des occasions de contacts professionnels aux médecins
- soutenir leur moral et leur estime de soi
- entretenir une attitude ouverte et curieuse par rapport aux évolutions médicales
- favoriser une attitude critique générale face aux routines
- tempérer les effets de la promotion pharmaceutique

Il est important également de repositionner les différentes études, principalement nord-américaines, dans le contexte français. En Amérique comme en France, la formation semblait peu efficace dans les années 70. C'est pourquoi à cette époque, les généralistes français ont créé de nombreuses associations de FMC. Conscients de l'inefficacité de la forme didactique, ils se sont alors déjà orientés vers des formes plus interactives.

Certaines formes de FMC sont plus centrées sur la **diffusion des progrès scientifiques** (congrès). Si leur impact a peu de retentissement sur les pratiques, mais elles semblent malgré tout incontournables...

B. L'information sur le médicament

1. Place de la prescription médicamenteuse

Au cours de notre étude, nous avons pu nous rendre compte de la place centrale de la prescription médicamenteuse dans l'activité des médecins.

En France, **8 consultations de médecine générale sur 10** se terminent par une ordonnance (38), avec des moyennes de prescriptions de **2,9 produits par consultation** en 2002 (39).

La France est parmi les pays d'Europe et du monde où l'on consomme le plus de médicaments par tête.

Elle se distingue également par une prescription et une consommation élevée de médicaments dont l'efficacité n'a pas été démontrée.

On observe que la rédaction d'une ordonnance est une pratique plus fréquente en France (38).

Une étude qualitative (38) s'est intéressée aux pratiques de prescription des médecins généralistes, en comparant celles des français à celles des néerlandais.

Son analyse a mis en évidence que les médecins suivent des « lignes de conduites » et des principes qui régissent leur posture générale en matière de prescription.

Deux grandes logiques de prescription peuvent être distinguées :

– La logique de « restriction » : le médicament n'est pas l'outil central du traitement, d'autres options sont à privilégier comme l'éducation thérapeutique.

En découle une certaine volonté de **maîtrise des dépenses, de respecter les recommandations et de responsabiliser le patient.**

– La logique de la « réparation instantanée » par le biais du médicament : le médicament est le principal outil pour répondre à la plainte du malade.

La prescription médicamenteuse semble **légitimer l'état pathologique** du patient. Ne pas prescrire reviendrait à remettre en question l'authenticité de la plainte et à provoquer le mécontentement.

Il s'agit également d'un moyen de **créer ou de fidéliser la clientèle** et d'assurer la pérennité financière du cabinet. Le paiement à l'acte est également un facteur déterminant.

La prescription permet de **légitimer la compétence du médecin** :

« *Le médicament reste le principal symbole de la puissance du médecin.* »
de Denis Jaffe (Extrait du *La Guérison est en soi*).

L'ordonnance devient la preuve matérialisée de sa capacité à poser un diagnostic et à trouver un traitement. Cette contrainte de légitimité va de pair avec une perception dévalorisée de la profession, les médecins se plaignant de faire de la « bobologie ».

La prescription médicamenteuse serait **également un moyen de gérer la fatigue et d'écourter les consultations difficiles**. Elle permettrait de clore symboliquement la consultation. Elle signalerait au patient qu'il doit prendre congé du médecin, elle est dans ce cas un moyen d'écourter la consultation.

L'importance des prescriptions en France semble donc tout à fait s'expliquer par cette logique de « réparation » majoritairement utilisée par les médecins.

Ainsi, est montrée toute la complexité de l'acte de prescription, qui ne repose pas toujours sur une rationalité thérapeutique, mais qui répond aussi à des contraintes et des besoins spécifiques des médecins et des patients.

2. Impact de la source d'information sur le médicament

Comme nous l'avons vu précédemment, le médicament tient une place centrale dans la relation médecin-malade et représente des enjeux économiques énormes.

De ce fait, l'information sur le médicament, et même plus la source de l'information jouent un rôle majeur dans le choix de prescription des médecins.

Les sources d'informations utilisées

Les médecins français disposent d'une grande diversité de sources d'informations médicales. Face à cette abondance, quelles sont leurs préférences ?

Un rapport du Sénat (40) pointe en 2006 les lacunes à propos des connaissances sur les pratiques des médecins en matière de formation sur le médicament. Le constat est identique quelques années plus tard, lorsqu'un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) signale en 2008 le manque de données « permettant d'apprécier les pratiques des médecins, leurs attentes, leurs besoins, et leurs difficultés » (41).

Deux travaux permettent toutefois de connaître leurs sources préférées :

Le premier est un travail de thèse soutenue en 2005 (50), où 800 médecins généralistes de France métropolitaine ont été interrogés sur leurs sources et moyens d'information habituels.

Le Vidal occupe la première place de ce classement, suivi par **les visiteurs médicaux**, puis par la **presse médicale quotidienne ou hebdomadaire**.

En milieu de classement, loin derrière la visite médicale, se trouvaient l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (intégrée depuis à la HAS, et l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS)). Et en fin de classement venaient les congrès et les informations diffusées par la CNAMTS.

Le second travail est une enquête de l'institut de sondage IPSOS réalisée pour le compte de l'HAS en 2009 (42) auprès d'un échantillon représentatif de 800 médecins libéraux, dont la moitié est des généralistes.

Ceux-ci accordent leur préférence au même trio de tête que dans la thèse de 2005, mais dans un ordre différent, avec en premier **la presse médicale, suivie du Vidal et des visiteurs médicaux**, puis en fin de classement, les congrès et l'information issue des institutions publiques.

<p>Les médecins obtiennent donc préférentiellement leur information sur le médicament à partir de supports édités ou financés par l'industrie pharmaceutique.</p>
--

Opinion des médecins sur la fiabilité de l'information délivrée

Les connaissances à propos de la crédibilité qu'accordent les médecins français aux différentes sources d'informations à leur disposition sont encore plus lacunaires.

Selon la thèse de 2005(50), le **Vidal et la presse médicale** sont en tête du classement (quasiment au même niveau que la FMC et les avis des confrères spécialistes). Puis viennent l'ANAES et L'AFSSAPS. La visite médicale se trouve cette fois loin derrière. Les informations issues de la CNAMTS figurent en fin de classement.

Une seconde enquête datant de 2010 (43) s'est intéressée aux opinions d'une centaine de généralistes du Doubs. Les résultats se rapprochent de ceux trouvés dans le travail précédent :

« Vidal, les guides élaborés par l'HAS, les FMC organisées par les associations de formation, et l'avis des confrères spécialistes arrivent en tête des sources d'information les plus crédibles : elles sont jugées « très crédibles » ou « crédibles » par au moins 88 % des répondants.

En revanche, les FMC organisées par l'industrie pharmaceutique, la presse gratuite, les visiteurs médicaux et les sites Internet créés par l'industrie pharmaceutique sont jugés comme « très crédibles » ou « crédibles » par respectivement 49 %, 42 %, 23 % et 15 % des répondants.

On remarque également que :

- la presse sur abonnement est jugée plus crédible que la presse gratuite (81 % vs 42 %)*
- les FMC organisées par des associations de formation sont jugées plus crédibles que les FMC organisées par l'industrie (88 % vs 49 %)*
- les sites Internet issus de structures indépendantes sont jugés plus crédibles que les sites émanant de groupes pharmaceutiques (63 % vs 15 %) ».*

Ces mêmes médecins reconnaissent une meilleure fiabilité des renseignements obtenus avec des sources indépendantes.

Le généraliste face au grand paradoxe autour de l'information sur le médicament

Les moyens les plus sollicités pour s'informer sur le médicament ne sont pas ceux qui sont perçus comme crédibles.

Si les médecins français font fortement confiance à la documentation de l'HAS, ils ne l'utilisent pas de manière préférentielle.

A l'inverse, la visite médicale dispose de beaucoup moins de crédibilité, alors que les médecins y ont fortement recours.

L'industrie pharmaceutique a bien cerné la demande et les besoins des praticiens. Elle a donc élaboré des stratégies qui répondent parfaitement à la recherche d'efficacité en terme de modification des pratiques de prescription. La visite médicale, de par sa régularité, sa répétition et son aspect relationnel est un exemple d'outil performant (voir partie A2).

L'influence des firmes pharmaceutiques

Un travail de thèse de 2012 a étudié l'impact de la visite médicale sur la qualité des prescriptions de médecins généralistes bretons (44).

Des idées importantes peuvent être dégagées :

– *Une omniprésence*

L'industrie pharmaceutique dispose de **puissants moyens** pour la diffusion de ses messages.

Les visiteurs médicaux semblent être au cœur de la stratégie promotionnelle des laboratoires, mais tous les moyens de formation sont utilisés.

Un rapport du Sénat (40) estimait en 2006 que la FMC était financée à 98% par l'industrie.

Le fait que la FMC dans sa forme initiale soit très dépendante des financements privés pose un vrai problème quant à l'orientation des messages diffusés.

Cela pose d'autant plus question dans un contexte où cette formation est obligatoire...

– *Une qualité médiocre des informations délivrées*

L'auteur s'appuie sur deux études :

Une thèse de médecine soutenue en 1995 (45) a analysé des discours de visiteurs médicaux. Son auteur arrivait à la conclusion que d'une manière générale, les arguments qu'ils avançaient étaient relativement justes, mais qu'il existait des omissions « majeures et sélectives », entraînant une appréciation erronée et favorable à la spécialité présentée.

Le travail le plus important sur ce sujet a été réalisé par la revue Prescrire (46), une des rares revues françaises indépendantes.

Cette revue a fait analyser pendant 15 ans par des médecins volontaires les présentations de médicaments par les visiteurs médicaux. Ces observations ont été réalisées de 1991 à début 2006, avec des bilans publiés en 1995, 1999, 2003, 2006.

D'une manière générale, les constatations étaient stables au fil des ans :

- 25 à 30% des indications thérapeutiques annoncées par les visiteurs médicaux différaient des RCP
- 15% des posologies s'écartaient du RCP
- les contre-indications étaient exposées dans moins de 30% des cas, idem pour les effets indésirables et les précautions d'emploi.
- de 1998 à 2005, l'avis de la Commission de Transparence (ASMR), pourtant obligatoire et utile car permettant de comparer l'efficacité des médicaments, n'était remis spontanément que dans moins de 5% des cas (pourcentage stable de 1998 à 2005) ; les RCP étaient eux remis dans 80% des cas
- absence d'amélioration de la qualité de la visite malgré les nombreuses mesures prises par les pouvoirs publics ces dernières années.

– *Une influence sous-estimée des médecins*

Même si les médecins sont conscients du message biaisé par le caractère commercial de toute information provenant de l'industrie pharmaceutique, ils pensent pouvoir se dégager de cette influence par leur esprit critique et pouvoir faire la part des choses entre publicité et information.

La revue de littérature réalisée dans ce travail de thèse prouve le contraire. La visite médicale essentiellement, mais aussi les autres interventions des laboratoires ont un impact sur la prescription médicamenteuse.

Il serait intéressant d'étudier la répercussion au niveau de la qualité des soins, lorsque l'industrie omet sciemment de communiquer sur les problèmes inhérents aux médicaments (effets indésirables, interactions, utilisations hors AMM...).

Quelques remarques...

Notre étude a permis de dégager une autre problématique liée à l'identification des sources de l'information.

Même si le médecin pense pouvoir être impartial dans sa gestion de l'information biaisée, encore faut-il qu'il l'identifie comme telle...

Le devoir de transparence n'est pas toujours respecté. Les conflits d'intérêts masqués n'aident pas le médecin à exercer son libre arbitre.

L'indépendance de certaines sources doit être pourtant garantie car elles servent de socle scientifique à la pratique des médecins.

Pourtant, une thèse (47) s'intéressant à la fiabilité des recommandations pour la pratique clinique concernant trois classes thérapeutiques (les anti-Alzheimer, les glitazones et les coxibs), prouve que bon nombre des experts qui ont élaborés ces documents, sont en situation de conflits d'intérêts majeurs, et que les autorités sanitaires dont ils dépendent, ne respectent ni les règles de transparence, ni les règles d'indépendance qu'elles s'étaient fixées ou que la loi leur impose.

Dès lors, il est légitime de penser que ces guides de pratique clinique délivrent une information avantageuse pour l'industrie pharmaceutique.

Les derniers scandales médicamenteux et le récent retrait de la recommandation « Traitement médicamenteux du diabète de type 2 » sont autant des exemples de la difficulté d'échapper à l'influence des firmes pharmaceutiques.

L'utilisation du **Vidal** prête également à discussion. C'est la base de données française sur le médicament la plus utilisée. Pourtant ce dictionnaire ne traite que 50% des produits. Et pour cause, l'inscription d'un médicament au Vidal dépend de la volonté des compagnies pharmaceutiques qui financent ce dictionnaire (48).

En revanche, la base publique **Thériaque**, peu connue des médecins, n'a aucun lien direct ou indirect avec l'industrie. Elle a été créée il y a près de 25 ans par le Centre National d'Information sur le Médicament et est financée principalement par l'Assurance Maladie. Outre son indépendance à l'égard des compagnies pharmaceutiques, cette base de données est la plus exhaustive de toutes ; elle est gratuite (disponible sur internet) et fait figurer le SMR et l'ASMR des médicaments, contrairement au dictionnaire Vidal (48-49).

3. Conclusion

La qualité et la fiabilité des informations scientifiques issues de l'industrie pharmaceutique à destination des médecins sont loin d'être au rendez-vous.

Quand cette information n'est pas tout simplement tronquée, elle comporte des omissions bien ciblées qui permettent de présenter les produits sous un angle très favorable. La partialité a été mise en évidence sur les publicités, les plaquettes remises au médecin, et également dans les discours des visiteurs médicaux.

En France, il existe un outil simple pour juger de l'efficacité réelle d'un nouveau médicament : c'est le niveau d'Amélioration du Service Médical Rendu.

Or, si sa communication au médecin est obligatoire, les études montrent qu'elle n'est que rarement effectuée.

Avec comme seuls repères l'information en provenance de l'industrie pharmaceutique, il semble bien que le médecin n'ait pas la possibilité de faire un choix éclairé parmi les produits qui lui sont présentés.

Et les Chartes et autres certifications semblent pour l'instant ne pas y changer grand-chose.

« La médecine est une putain et son maquereau c'est le pharmacien ! » Renaud (Paroles de la chanson : Etudiant - poil aux dents).

C. Le généraliste, difficile à cerner...

L'exploitation et l'analyse des entretiens ont été ardues car les médecins expriment de nombreuses contradictions. Ceci révèle la complexité de la mise en œuvre d'une formation médicale continue, adaptée à chaque participant.

Nous avons identifiés trois axes principaux :

Indépendance

– La plupart des médecins souligne l'importance de recourir à une FMC non sponsorisée.

Cependant, ils utilisent les outils fournis par l'industrie pharmaceutique de manière plus ou moins consciente.

– Ils revendiquent un esprit libéral, l'autonomie dans leur choix des moyens de FMC en est le reflet, au même titre que le libre arbitre dans la rédaction des ordonnances (tout en tenant compte des données de la science). Ils pensent que cette autonomie n'est possible que s'ils mettent eux-mêmes en œuvre leur FMC, écartant ainsi tout financeur extérieur.

Mais ils acceptent que les laboratoires financent certaines FMC et les invitations au restaurant.

Ils souhaiteraient aussi obtenir une rémunération plus conséquente et/ou une revalorisation du tarif de consultation.

Que seraient-ils prêts à accepter pour bénéficier de cette compensation ?

Organisation

– Tous déplorent que leur activité professionnelle soit chronophage, ce qui leur laisse peu de temps à consacrer à la formation dont ils auraient besoin.

Pourtant certains affirment pouvoir s'organiser et se libérer. Et ils reçoivent les visiteurs médicaux durant la journée, alors qu'ils considèrent leur intervention peu utile.

– Ils évoquent la durée des formations et le moment de la journée où elles se déroulent.

Il est impossible d'obtenir un consensus autour de ces deux critères, d'autant plus que le même médecin qui ne veut pas se déplacer le soir, souhaiterait que la FMC ait lieu en soirée ! Un autre désirant approfondir ses connaissances, pense que les formations sur deux jours sont trop poussées et celles en soirées trop superficielles.

– Le lieu de formation est important et doit être proche du lieu d'exercice. La plupart des cabinets des médecins de notre étude sont très éloignés de Nancy ou Strasbourg. Pour cette raison, ils sont attachés à une formation de proximité. Mais ils n'y participent pas forcément.

– Certains éprouvent un sentiment d'infériorité vis-à-vis des universitaires, ils critiquent le contenu de l'information qu'ils délivrent, estimant que la médecine hospitalière est très différente de la médecine de ville.

Cependant, la présence de ces mêmes spécialistes est parfois une motivation pour assister à un séminaire, garantissant une certaine qualité.

– S'absenter du cabinet est un frein pour se former. Les médecins évoquent leurs difficultés à trouver un remplaçant.

Mais certains n'en cherchent même pas, car c'est aussi une perte de temps.

Objectifs

– Les médecins sont conscients de la nécessité de leur formation car la recherche évolue très vite. Ceci implique qu'il est indispensable de mettre régulièrement leurs connaissances à jour.

Cependant, un bon nombre avoue ne pas faire de démarche dans ce sens. Certains n'arrivent pas à franchir le pas. D'autres estiment avoir les connaissances suffisantes pour leur pratique puisqu'ils orientent facilement vers une consultation spécialisée.

– Certains praticiens exerçant seuls se plaignent de l'isolement et du manque d'échange avec les confrères.

Pourtant ils ne cherchent pas à s'intégrer dans un groupe de pairs. Ils participent ponctuellement à quelques FMC. Mais est-ce suffisant ?

Ils s'intéressent à des nouveaux modes de formations comme le E-learning, permettant entre autre de ne pas se déplacer. Même s'ils gagnent en commodité et en accessibilité à une offre plus diversifiée, ils demeurent isolés. D'ailleurs le docteur H en souffre.

Divers

– Les médecins confrontés à l'évolution des mentalités de leurs patients, se plaignent de leur attitude consumériste. Mais eux aussi adoptent cette attitude dans leur formation continue (cf. comportements « fast FMC »).

– Les médecins estiment nécessaire d'avoir un cadre réglementaire pour leur FMC. Mais toute tentative pour l'établir est mal perçue. Ils se sentent contrôlés abusivement.

– La nécessité de se former s'impose à tout médecin. Or les remplaçants ne disposent que rarement des informations sur les formations proposées. Et on ne leur attribue qu'un nombre limité de place au sein de la formation conventionnelle.

En conclusion, aucune formation ne peut réunir tous les avantages attendus. Si elle existait, il n'est pas sûr que de nombreux médecins y participeraient, compte tenu de toutes les contradictions qui émaillent leur discours.

Conclusion

A l'issue de leur formation initiale universitaire, les médecins généralistes choisissent de remplacer ou de s'installer rapidement. Ils sont alors confrontés à la réalité de la profession. Certes, le patient arrive au cabinet avec une plainte précise. Mais le médecin doit la situer dans la globalité de la vie de la personne (antécédents médicaux, profession, niveau socioculturel, famille, religion...). Sa prise en charge ne va donc pas se limiter au seul diagnostic. Outre la prescription de la thérapeutique la plus adaptée possible, il doit établir une relation de confiance qui facilitera l'implication du patient dans le maintien de sa santé (observance, prévention...). Pour les patients, pouvoir partager une souffrance a déjà une action thérapeutique.

Au cours de sa pratique, le généraliste qui rencontre des pathologies très variées et parfois rares, doit pouvoir répondre à toutes les situations et adopter la démarche décisionnelle si spécifique à la médecine générale, le tout, en étant conscient de ses propres limites au niveau de ses connaissances.

D'autre part, la recherche médicale progresse très vite. Il va donc devoir approfondir et actualiser ses connaissances. Il dispose de plusieurs moyens pour y parvenir, c'est la formation médicale continue.

Notre travail de thèse s'est intéressé aux attentes des MG vosgiens vis-à-vis de la FMC, en particulier dans un secteur du département éloigné des centres hospitalo-universitaires ou d'une ville importante.

Les attentes de ces médecins sont fonction de leurs besoins scientifiques mais aussi de leur disponibilité (professionnelle et familiale) et de la réalité géographique du lieu d'exercice.

Ce travail a mis en évidence une hiérarchisation des moyens utilisés. Les contraintes de temps liées à la surcharge de travail les amènent à utiliser prioritairement la presse médicale (dont Prescrire pour son objectivité) et Internet, qui leur permettent d'obtenir rapidement les informations nécessaires à leur exercice. Si ce mode est pratique et rapide à mettre en œuvre, ils déplorent le manque de confrontation avec leurs collègues.

Ce manque les amène à participer à des formations présentiels. Dans ce cadre, les groupes de pairs sont particulièrement appréciés car les médecins peuvent y échanger en toute confiance, exposer leurs doutes, leurs difficultés et enrichir leur pratique au contact des confrères.

La visite médicale est aussi très utilisée et considérée comme un moyen de formation. Or, si les médecins sont conscients du caractère orienté de l'information délivrée, ils semblent ne pas prendre toujours conscience de l'influence de celle-ci sur leurs choix thérapeutiques.

Ils entretiennent d'ailleurs une relation ambiguë avec l'industrie pharmaceutique. Bien que conscients des enjeux économiques pour elle, bien que revendiquant un esprit

indépendant, se défendant d'une attitude consumériste, ils profitent des avantages qu'elle leur offre.

Hormis les groupes de pairs pour lesquels il y a consensus, les autres moyens suscitent de nombreuses controverses. Élaborer un outil unique répondant aux attentes spécifiques de chacun semble impossible. C'est pourquoi les médecins utilisent différents moyens, selon leur appartenance à un comportement type (« fast » FMC, FMC ou EPP).

Chez certains confrères, il ne s'agit même plus de trouver un moyen qui leur corresponde, il s'agit de relancer la motivation à se former.

Ce pourrait être un des objectifs de l'AMVPPU : relancer la curiosité intellectuelle des médecins afin qu'ils ne sombrent pas dans la routine des consultations qui s'enchaînent.

Le support Internet, déjà familier, éliminant les contraintes de déplacement, offre une piste de réflexion pour créer un nouvel outil qui susciterait la motivation.

Cela pourrait être la création de groupes de pairs en ligne, dont l'avantage serait de pouvoir choisir le ou les siens suivant les affinités et les thèmes proposés.

Cela pourrait être la diffusion régulière de résumés « flash », de messages et de rappels « chocs ».

Cela pourrait être l'organisation de visioconférences interactives.

Malgré les difficultés rencontrées au quotidien, la surcharge de travail, l'isolement, les freins à la formation continue, nous concluons en citant le docteur F : *« je trouve que la médecine générale, c'est un beau boulot ! Ça reste... Ben, déjà intellectuellement assez varié et intéressant, après au niveau relationnel, humain, c'est hyper important, c'est super ! »*

Abréviations

ALD	affection longue durée
AFSSAPS	agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AMVPPU	association médicale vosgienne de perfectionnement postuniversitaire
ASMR	amélioration du service médical rendu
CHU	centre hospitalo-universitaire
CNAMTS	caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
DES	diplôme d'études spécialisées
DREES	direction de la recherche, des études et de l'évaluation et des statistiques
DPC	développement professionnel continu
DU	diplôme universitaire
FMC	formation médicale continue
EBM	evidence-based medicine
EPP	évaluation des pratiques professionnelles
HAS	haute autorité de santé
Loi HPST	loi « hôpital, patients, santé et territoires »
LORFORMEP	fédération lorraine de FMC et d'EPP
QCM	question à choix multiples
QROC	question à réponses ouvertes et courtes
SFMG	société française de médecine générale
SMR	service médical rendu
URML	unité régionale des médecins libéraux

Bibliographie

1. Site www.legifrance.gouv.fr, accès le 20/12/2011
 - Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.
 - Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
 - Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
2. Arnould C. *Historique de la formation médicale continue dans les Vosges. L'AMVPPU de ses débuts à nos jours*. Mémoire de DES en Médecine Générale. Nancy, 2011.
3. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=17&ref_id=14399&page=EL/EL158-159/Sante.htm.
4. Blanchet A., Gotman A. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Nathan, 1992, Collection « 128 », 125p.
5. Paillé P., Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin, 2003, Collection U, 211p.
6. De Ketele, J.-M. et X. Roegiers, *Méthodologie du recueil d'informations – Fondements des méthodes d'observations, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents*. Bruxelles : De Boeck, 1998, Méthodes en sciences humaines, 226p.
7. Kaufmann J.-C. *L'entretien compréhensif*. Paris : Nathan, 1996, Collection « 128 », 128 p.
8. Cordonnier P. *La formation médicale continue des médecins généralistes, à l'aube du développement professionnel continu. Réflexions à partir d'une enquête informatique auprès de 2407 médecins*. Thèse de médecine, Strasbourg, 2011, 241p.
9. De Pischoff F. *Evaluation de la Formation Médicale Continue des Médecins Généralistes*. Thèse de médecine, Marseille, 2010, 83p.
10. Dubois E. *Maîtrise de stage : la meilleure méthode de formation médicale continue en médecine générale ?* Thèse de médecine, Paris 5, 2009, 88p.
11. Vandermeer A. *Critères de choix et stratégies d'évaluation des besoins de formation médicale continue : une enquête transversale descriptive sur un échantillon de médecins généralistes de région Centre*. Thèse de médecine, Tours, 2012, 33p.

12. Ulin P.R., Robinson E.T., Tolley E. *Qualitative methods in public health: a field guide for applied research*. San Francisco: Family Health International and Jossey-Bass, 2004, 344p.
13. Quivy, R., Van Campenhout, L. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod, 1994, 149-151.
14. Haute autorité de Santé. *Une démarche d'amélioration de la qualité. La visite académique (Academic detailing, outreach visit)*. Guide HAS, juin 2006.
15. Bataillon R., Locquet C., Leneel C., Humbert C., Hascoet J.-Y. *Visite médicale académique. Le programme Infoproximed de la région Bretagne*. La revue du Praticien Médecine Générale 2005 ; 19 (708/709) : 1240-1242.
16. Haute Autorité de Santé. *Une démarche d'amélioration de la qualité. Registres, observatoires, bases de données et évaluation des pratiques professionnelles*. Guide HAS, mai 2008.
17. Haute Autorité de Santé. *Une démarche d'amélioration de la qualité. Chemin clinique (clinical pathway)*. Guide HAS, juin 2004.
18. Bras P.-L., Ricordeau P., Roussille B., Sabtoyant V. *L'information des médecins sur le médicament*. Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, Septembre 2007.
19. Colin R., Reyes P., Bernard J.-L., Dongradi G. *Le « Parcours du Praticien » une application de l'apprentissage par problèmes à la formation continue*. Pédagogie Médicale 2001 ; 2 : 93-99.
20. Huas D., Wallace P. *La participation comme investigateur à un travail de recherche est-elle une forme efficace de formation médicale continue ?* Pédagogie Médicale 2002 ; 3 : 14-18.
21. Guerville M.-A., Paraponaris A., Régi J.-C., Vaissade L., Ventelou B., Verger P. *Les pratiques en médecine générale dans cinq régions : formation continue, évaluation des pratiques et utilisations des recommandations de bonne pratique*. DREES, n°708, octobre 2009.
22. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Rapport d'orientation. Haute Autorité de Santé, avril 2011 (consulté le 12 décembre 2011). Disponible sur Internet (<http://www.has-sante.fr>).
23. Cahiers de sociologie et de démographie médicales. Les médecins libéraux en France : opinions à propos de leur exercice professionnel (Hiver 2007-Printemps 2008). Chapitre sept : la formation médicale continue, p74-85.

24. <http://www.carmf.fr/doc/publications/infocarmf/58-2010/stat1.htm> , accès le 20/03/2012
25. Marinopoulos S., et al. *Effectiveness of continuing medical education*. Evidence report/technology assessment n° 145, publication n°07-E006. AHRQ, janvier 2007.
26. Davis D. et al. *Impact of formal continuing medical education. Do conferences, workshop, rounds and other traditionnal continuing medical education activities change physician behavior or health car outcomes ?* JAMA, september 1, 1999, vol 282, n°9 : 867-874.
27. Thomson O'Brien M.-A et Al. *Continuing medical education meetings and workshop : effects on professional practice and health car outcomes*. Cochrane Database Syst. Rev. 2001 ; 2 : CD003030.
28. Blomm B.-S. *Effects of continuing medical education on improving physician care and patient health / A review of systematic reviews*. International Journal of Technology Assessment in Health care, 2005 ; 21, 3 : 380-385.
29. Tian J. et al . *A systematic review of evaluation in formal continuing medical evaluation*. Journal of continuing education in the health professions, 2007 ; 27 (1) : 16-27.
30. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. *Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies*. JAMA 1995 ; 274 : 700-5.
31. Institute of medicine of the national academies. *Key capabilities of an electronic health record system : letter report*. Washington, D.C.: The National Academies Press, 2003. 31 f.
32. Desroches C.-M., Campbell E.-G., Roa S.-R., et al. *Electronic health records in ambulatory care--a national survey of physicians*. New England Journal of Medicine 2008 ; 359 (1) : 50-60.
33. Tracey J., Arrol B., Barham p., Richmond D. *The validity of general practitioner's selfassessment of knowledge ; cross sectional study*. BMJ 1997 ; 315, 1426-28.
34. Sibley J.-C., Sacckett D.-L., Gerard B, Rudnick K.-V., Fraser W. *A randomized trial of continuing medical education*. New England Journal of Medicine 1982 ; 306 : 511-5.

35. Gallois P. *Importance de l'évaluation des besoins en matière de FMC*. Bulletin de l'ASFORMED n°3, mars 1979 ; 2207-10.
36. C. Honnorat, G. Levasseur. *Quels besoins enseigner, quel besoin d'enseigner*. Pédagogie médicale, février 2001 ; vol 2, n°1 : 26-30.
37. Dolcourt J., Zuckerman G. *Unanticipated learning outcomes associated with commitment to change in continuing medical association*. Journal of continuing medical education in the health professions, 2003 ; vol 3, 173-181.
38. Rosman S. *Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas*. In BLOY G, SCHWEYER FX. *Singuliers Généralistes : Sociologie de la médecine générale*. Rennes 2010, Presse de l'École des Hautes Études en Santé Publique, p. 117-131.
39. Amar E., Pereira A.M. *Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants*. DREES, Etudes et Résultats, n° 440, novembre 2005.
40. Hermange M.-T., Payet A.-M. *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociale sur les conditions de mise sur le marché et le suivi des médicaments*. Sénat, Paris, juin 2006, n°382.
41. Bras P.-L., Duhamel G. *Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins*. Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, novembre 2008.
42. Idtaleb L., Brocvielle A.-L. *Certification de la visite médicale : présentation des résultats d'étude*. Haute Autorité de Santé, mars 2009 (consulté le 12 décembre 2011). Disponible sur le web.
(http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/enquete_has_ipsos_vm_032009.pdf)
43. Mauvais A. *Les facteurs qui influencent la prescription de médicaments nouveaux en médecine générale*. Thèse de médecine. Besançon : Université de Franche Comté, Faculté de médecine et de pharmacie de Besançon, 2010, 156p.
44. Foisset E. *Etude de l'impact de la visite médicale sur la qualité des prescriptions des médecins généralistes bretons*. Thèse de médecine. Brest, 2012, 197p.
45. Gourdouze C. *La visite médicale en médecine générale : de la théorie à la pratique*. Thèse de médecine. Paris : Université René Descartes Faculté de médecine Paris-Ouest, 1995. 98p.

46. PRESCRIRE REDACTION. *15 ans d'observation et un constat : rien à attendre de la visite médicale pour mieux soigner*. La Revue Prescrire 2006 ; 26(272) : 383-389.
47. Delarue M.-L. *Les recommandations pour la pratique clinique élaborées par les autorités sanitaires françaises sont-elles sous influence industrielle ? A propos de trois classes thérapeutiques*. Thèse de médecine. Poitiers, 2011, 216p.
48. La dépense de médicament. Rapport de la Cour des Comptes, septembre 2007 : 259-286. <http://www.ccomptes.fr/>
49. Centre National Hospitalier d'Information sur le médicament. Base de données Thériaque. <http://www.theriaque.org/>
50. POIGNANT C., *L'information sur le médicament en médecine générale*. Thèse de médecine, Besançon, 2005, 168p.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

La formation médicale continue est incontournable pour les médecins généralistes, c'est d'ailleurs une obligation légale et déontologique. Les associations de FMC ont connu leur essor, dans les années 1970 au moment de leur création, à l'image des débuts de l'AMVPPU (1^{ère} association de FMC dans le département des Vosges).

Actuellement les praticiens vosgiens semblent se désintéresser des formations classiques, délaissant les associations de FMC.

Quelles sont les raisons d'une telle désaffection ?

Une enquête qualitative par entretiens auprès de onze généralistes vosgiens a permis d'appréhender les pratiques de FMC, les motivations, les résistances et les attentes actuelles de FMC.

Les résultats montrent que tous les médecins interviewés ont une formation continue mais à des degrés divers. Leurs attentes sont fonction de leurs besoins scientifiques mais aussi de leur disponibilité et de la réalité géographique du lieu d'exercice. Une certaine hiérarchisation des moyens utilisés a été mise en évidence : en premier la presse écrite et Internet s'adaptant le mieux aux contraintes de temps, puis les groupes de pairs permettant la confrontation d'expériences. La visite médicale est également très utilisée et considérée comme moyen de formation médicale continue.

Elaborer un outil unique répondant aux attentes spécifiques de chacun semble impossible. Mais le support Internet semble être un moyen plus approprié et pourrait être développé notamment par l'AMVPPU, afin de répondre aux besoins des généralistes vosgiens. Cela pourrait être un moyen de relancer la motivation à se former chez certains.

TITRE EN ANGLAIS :

The general practitioners from Vosges and their continuing medical education.
A qualitative study carried out with 11 general practitioners.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2012

MOTS CLEFS :

Formation médicale continue
Médecine générale
Enquête qualitative

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de médecine de Nancy
9, avenue de la forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY cedex