



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD- LYON 1
FACULTE DE MEDECINE LYON-EST

Année 2017 N°366

**LA FORMATION MEDICALE CONTINUE DES
MEDECINS GENERALISTES EN RHONE-ALPES**

Description et comparaison entre milieu urbain et rural
par enquête quantitative auprès de 140 médecins
généralistes

THESE

Présentée à l'université Claude Bernard Lyon 1
et soutenue publiquement le 7 Novembre 2017
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Pauline PROTON
Née le 14 Octobre 1985
A La Rochelle

Sous la direction du Dr PIGACHE Christophe

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD- LYON 1
FACULTE DE MEDECINE LYON-EST

Année 2017 N°366

**LA FORMATION MEDICALE CONTINUE DES
MEDECINS GENERALISTES EN RHONE-ALPES**

Description et comparaison entre milieu urbain et rural
par enquête quantitative auprès de 140 médecins
généralistes

THESE

Présentée à l'université Claude Bernard Lyon 1
et soutenue publiquement le 7 Novembre 2017
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Pauline PROTON
Née le 14 Octobre 1985
A La Rochelle

Sous la direction du Dr PIGACHE Christophe

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président Frédéric FLEURY

Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales Pierre COCHAT

Directrice Générale des Services Dominique MARCHAND

Secteur Santé

UFR de Médecine Lyon Est Doyen : Gilles RODE

UFR de Médecine Lyon Sud – Charles Mérieux Doyen : Carole BURILLON

Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB) Directrice : Christine VINCIGUERRA

UFR d'Odontologie Directeur : Denis BOURGEOIS

Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation (ISTR) Directeur : Xavier PERROT

Département de Biologie Humaine Directrice : Anne-Marie SCHOTT

Secteur Science et Technologies

UFR de Sciences et Technologies Directeur : Fabien de MARCHI

UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS) Directeur : Yannick VANPOULLE

Polytech Lyon Directeur : Emmanuel PERRIN

I.U.T. Directeur : Christophe VITON

Institut des Sciences Financières et Assurances (ISFA) Directeur : Nicolas LEBOISNE

Observatoire de Lyon Directrice : Isabelle DANIEL

Ecole Supérieure du Professorat et de l'Éducation (ESPE) Directeur : Alain MOUGNIOTTE

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Liste des Enseignants 2016/2017

Professeurs des Universités – Praticiens

Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon1

Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive

Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive

Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ryvlin	Philippe	Neurologie
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes

Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Seconde Classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Crouzet	Sébastien	Urologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducray	François	Neurologie
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Jacquín-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaunat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori	Marie
Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier	Cardiologie
-------	--------	-------------

Professeurs émérites

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Mauguière	François	Neurologie
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens

Hospitaliers Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MaucortBoulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
TardyGuidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Pigache	Christophe

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

A Monsieur le professeur Jean-Pierre DUBOIS,

Merci de votre disponibilité. Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon plus profond respect.

A Monsieur le professeur Yves MATILLON,

Vous avez très aimablement accepté de juger ce travail et de l'éclairer de votre expertise. Veuillez recevoir mes remerciements les plus respectueux.

A Monsieur le professeur Luc THOMAS,

Vous me faites l'honneur et le plaisir de faire partie de ce jury. Merci infiniment de me « sauver la peau » une nouvelle fois. Je vous prie de recevoir l'assurance de mon estime et de ma respectueuse considération.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Christophe PIGACHE,

Merci de m'avoir fait confiance pour mener à bien ce travail, de m'avoir guidée et d'avoir su gérer mes craintes. Je te remercie pour tes conseils avisés.

A Monsieur le Docteur Francis PELLET,

Merci pour ton soutien et ta participation à ce jury de thèse. Merci pour ton infatigable optimisme et ta bienveillance depuis 3 ans. Sois assuré de mon immense gratitude et de mon amitié sincère.

A ceux qui m'ont aidée dans ce travail

Merci à Sara Corbin pour son expertise en matière de statistiques.

Merci à Elodie, Lucie, Sylvain et Mélisanda pour leurs conseils, leur relecture, leurs corrections et leur patience.

A toutes les équipes soignantes, médecins et services hospitaliers, qui m'ont accueillie et tant appris durant mon internat :

L'hôpital d'Aubenas devenu ma maison le temps d'une année, sa maternité, toutes les sages-femmes et quelques « sages-hommes », toute l'équipe des urgences que j'ai toujours plaisir à retrouver au téléphone ou en intervention sur le terrain.

L'équipe de pneumologie de l'hôpital de Montélimar et Madame le Docteur GNAKAMENE pour sa confiance et ses précieux conseils.

La super équipe de gériatrie de Valence et Madame le Docteur Christelle MISCHIS pour son soutien et son amitié.

A toutes les secrétaires qui ont tellement pris soins de me faciliter la tâche en tant qu'interne puis en tant que remplaçante : Marie, Bernadette, Rose, Béatrice et Emmanuelle. Merci pour la bonne ambiance et parfois même pour le gîte, le couvert et l'apéro !

A Nadine et Thierry, la famille ardéchoise ! Merci pour votre soutien et votre amitié inconditionnelle. Je vous souhaite bonheur, joie et surtout santé, de tout mon cœur.

A ma famille,

A mes parents, merci de m'avoir transmis le goût des études et de m'avoir permis de les faire. Merci à tous les deux, malgré les hauts et les bas, d'avoir toujours eu confiance en moi.

A mes grands-parents, Papi et Granny, merci pour votre soutien, votre tendresse et vos histoires, riches d'enseignements.

J'espère vous avoir près de moi encore longtemps.

Aux grands-absents, mamie et grand-père, qui nous manquent et à qui l'on pense.

A ma grande sœur Aurélie et à mon grand frère Julien, merci d'avoir veillé sur moi depuis le 1^{er} jour et de continuer à le faire.

Votre soutien et votre amour font de moi « la petite dernière » la plus chanceuse du monde.

A vos enfants, Maxime, Romane et Sarah, mes rayons de soleil.

A Nadia, merci pour ton optimisme et ton rire si communicatif, deux soutiens de taille.

A Julie, Marine et Florent, merci pour les vacances et tous ces souvenirs, vive les familles « recomposées-nombreuses-et-heureuses ».

A toute la famille Barthélémy, merci pour votre accueil et votre soutien quand j'en ai eu le plus besoin.

A mes amis, ma tribu,

A Caroline, des paillasses de physique-chimie aux soirées parisiennes, on reste « les plus vite-rapides du monde », merci pour cette belle amitié qui demeure intacte malgré le temps.

A Elodie et Lucie, merci pour ce trio de belettes infernales qui défie la distance et les années. Merci infiniment pour vos conseils et votre présence au quotidien. Votre amitié est inestimable, vous êtes irremplaçables. Vivement la prochaine aventure!

A Mélisanda, merci d'avoir tenté l'aventure lyonnaise avec moi, d'être un modèle de sérieux et de maturité pour moi et d'avoir malgré tous tes rôles, su garder de la place pour notre précieuse amitié.

A Fred, merci pour ta bonne humeur et ta présence depuis maintenant 17 ans. Et ce n'est pas fini !

A Marine, merci pour ton soutien, ton aide sur tous les fronts, notre cohabitation et pour cette belle amitié.

A la bande lyonnaise : Clémence, Aurélien, Tinouz, Roman, merci pour ces belles rencontres et à tous nos bons moments.

A Arnod, Lucky, Yannis et Lolo, mes co-internes qui sont devenus d'indispensables amis. Merci pour votre bonne humeur, votre soutien et votre bienveillance.

Aux filles d'Aubenas : Fanny, Hélène, Claire, Amélie, Alex et Léa, la belle brochette ardéchoise ! Merci pour votre amitié et pour ce premier semestre de folie !

Aux patients, à ceux qui me touchent, à ceux qui me font rire, à ceux qui parfois m'agacent, ceux qui me surprennent, mais qui tous ne cessent de m'apprendre.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABBREVIATIONS	3
LISTE DES ILLUSTRATIONS	4
I. INTRODUCTION	5
A. La formation médicale continue : mode d'emploi.....	5
B. La formation médicale continue à l'étranger.....	7
II. JUSTIFICATION DE L'ETUDE	9
III. MATERIEL ET METHODE.....	11
A. Recherches bibliographiques.....	11
B. L'étude.....	11
1. Type.....	11
2. Objectif.....	11
3. Hypothèse de travail	11
C. Population.....	12
D. Questionnaire : Conception et recueil des données	12
E. Analyse des données et traitement statistique	13
IV. RESULTATS.....	15
A. Echantillon étudié.....	15
B. Comparaison des deux groupes sur leurs caractéristiques intrinsèques :	15
C. Le type de formation	17
1. La lecture	17
2. Les formations présentielles.....	20
3. Autres types de formation	21
D. Les critères influençant la formation.....	23
1. Les facteurs influençant le choix d'une formation	23
2. Niveau de fiabilité accordé aux différentes sources d'information.....	25
3. Choix du thème d'une formation.....	26
4. Les motivations	27
5. Les freins	28

E. Les pistes d'amélioration.....	30
1. Degré de satisfaction.....	30
2. L'évolution de la FMC.....	30
F. Résultats croisés.....	33
V. DISCUSSION	34
A. Interprétation des résultats.....	34
1. Les différents modes de formation	34
2. Les facteurs influençant le choix d'une formation	35
3. Les différences selon les groupes	37
a)La formation en fonction de la zone d'exercice.....	37
b)Les médecins enseignants.....	38
c)L'influence de l'installation.....	38
4. La place de l'industrie pharmaceutique	39
5. L'évolution de la formation	40
6. Les pistes d'amélioration.....	41
a)Evaluer ses besoins de formation	41
b)La recertification.....	42
B. Limites de l'étude	43
1. L'absence de critère de jugement principal	43
2. Biais de confusion.....	43
3. Biais de sélection	44
VI. CONCLUSION	45
VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	47
VIII. ANNEXES	50

LISTE DES ABBREVIATIONS

FMC : Formation médicale continue

DPC : Développement professionnel continu

EPP : Evaluation des pratiques professionnelles

OGDPC : Organisme de gestion du développement professionnel continu

ANDPC : Agence nationale du développement professionnel continu

CNFMF : Comité national des formations médicales continues

FAF : Fond d'assurance formation de la profession médicale

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins.

MCS : Médecins correspondants SAMU

SAMU : Service d'aide médicale d'urgence

OR : Odds ratio

IC : Intervalle de confiance

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

BPP : Bilan professionnel personnalisé

STEP : Situation et test d'évaluation et de performance

UNAFORMEC : Union nationale des associations de formation médicale et d'évaluations continues

LISTE DES ILLUSTRATIONS

<i>Tableau 1 : Comparaison des deux groupes étudiés.....</i>	<i>15</i>
<i>Tableau 2 : Description des deux groupes selon leur profil de lecture</i>	<i>17</i>
<i>Tableau 3 : Description des deux groupes selon leur profil de FMC</i>	<i>20</i>
<i>Tableau 4 : Description des deux groupes selon leur participation aux autres types de formation</i>	<i>22</i>
<i>Tableau 5 : Répartition des 2 groupes selon les facteurs pouvant influencer le choix d'une formation</i>	<i>24</i>
<i>Tableau 6 : Répartition des deux groupes en fonction de la fiabilité accordée à chaque source d'information</i>	<i>25</i>
<i>Tableau 7 : Répartition des deux groupes selon le choix du thème d'une formation.....</i>	<i>27</i>
<i>Tableau 8 : Répartition des deux groupes selon les facteurs de motivations</i>	<i>28</i>
<i>Tableau 9 : Répartition des deux groupes en fonction des freins à la formation</i>	<i>29</i>
<i>Tableau 10 : Répartition des deux groupes en fonction du degré de satisfaction ressenti sur la formation proposée</i>	<i>30</i>
<i>Tableau 11 : Répartition des deux groupes en fonction de leur avis sur la mise en place d'un outil d'auto-évaluation et sur la mise en place d'un mode de recertification</i>	<i>31</i>
<i>Tableau 12: Réponses aux questions 4,9 et 10 en fonction de la lecture de la revue Prescrire</i>	<i>33</i>
<i>Tableau 13 : Comparaison des données entre 2004 et 2017.....</i>	<i>40</i>
<i>Graphique 1: Répartition des médecins selon leur mode d'exercice.....</i>	<i>16</i>
<i>Graphique 2 : Répartition des médecins selon leur âge.....</i>	<i>16</i>
<i>Graphique 3 : Répartition des deux groupes selon leur fréquence de lecture</i>	<i>18</i>
<i>Graphique 4 : Répartition des différentes revues selon leur fréquence de lecture</i>	<i>19</i>
<i>Graphique 5 : Répartition du nombre de journée de FMC</i>	<i>21</i>
<i>Graphique 6 : Avis sur la mise en place d'un outil d'auto-évaluation tous groupes confondus.....</i>	<i>32</i>
<i>Graphique 7 : Avis concernant la mise en place d'un mode de recertification, tous groupes confondus</i>	<i>32</i>
<i>Graphique 8 : Récapitulatif du taux de participation des jeunes médecins généralistes aux différents modes de FMC.....</i>	<i>35</i>

I. INTRODUCTION

La formation médicale continue (FMC) est une obligation déontologique (article 11 du code de déontologie médicale : « tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ») [1], une obligation légale (depuis l'ordonnance Juppé de 1996, confirmée par la loi du 4 mars 2002 [2]), mais également une obligation éthique (Serment d'Hippocrate : « Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission »).

De nos jours et depuis quelques années, les sources d'informations se multiplient, les données circulent rapidement via différents moyens de communication (médias, internet, réseaux sociaux) et les médecins ne sont plus les seuls à y avoir accès puisque de nombreux patients se documentent sur leur état de santé avant d'avoir recours à un professionnel de santé.

La formation initiale d'un médecin généraliste est actuellement de neuf ans. Or 50% des connaissances médicales seraient obsolètes en l'espace de 7 ans [2].

Une formation médicale continue semble donc indispensable pour garantir la qualité d'exercice du praticien mais aussi sa crédibilité aux yeux de ceux qu'il soigne et ainsi permettre l'établissement d'une relation de confiance.

A. La formation médicale continue : mode d'emploi

La FMC repose sur « le développement des connaissances acquises par la formation initiale et l'expérience professionnelle, et l'acquisition de compétences nouvelles liées à l'apparition de nouveaux besoins » [3].

A cette notion s'ajoute celle d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) apparue en 2004 avec pour objectif d'améliorer la qualité des soins et de comparer ses connaissances et sa pratique aux données actuelles de la science et aux recommandations officielles [3].

Depuis la loi HPST de 2009 (loi hôpital patients santé territoire) la notion de développement professionnel continu (DPC) a été introduite, regroupant les concepts précédents de FMC et d'EPP. L'objectif est la liberté totale du praticien quant à l'organisation de sa FMC afin de la personnaliser au mieux.

Selon cette loi le DPC a pour buts « 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 dépenses de santé » [4].

De nombreuses instances et organismes interviennent dans la mise en place de ce DPC, parmi elles :

- L'OGDPC (Organisme gestionnaire du développement professionnel continu) est l'organisme gestionnaire du DPC. Il est composé de représentants de l'état, de l'assurance maladie et des professionnels de santé. Ses rôles sont d'organiser le financement, d'accréditer et de contrôler la qualité des organismes formateurs et de proposer les orientations nationales (les grands thèmes sur lesquels les formations doivent porter). Depuis 2016 l'OGDPC est devenu l'ANDPC (l'agence nationale du DPC).
- La HAS (Haute autorité de santé) fixe les méthodes et les modalités du déroulement d'une séance de FMC.
- Les organismes de FMC mettent en œuvre les programmes de formation (ex : MG Form, FMC action).
- Le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), et les conseils départementaux, dont le rôle est le contrôle théorique de cette formation auprès des médecins.

En 2016 La loi de modernisation de notre système de santé réaffirme et précise les contours du DPC : « Art. L. 4021-1.-Le développement professionnel continu a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé. Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu [...] » [5].

L'objectif de cette nouvelle loi était multiple :

- Gérer mieux le financement du DPC
- Créer des collèges nationaux pour chaque spécialité médicale chargés de contrôler la qualité des formations proposées
- Expurger l'industrie pharmaceutique de la formation, notamment hospitalière
- Rendre le dispositif obligatoire avec contrôle de la part des conseils de l'ordre

L'obligation devient alors triennale, et depuis 2017, on parle désormais en heure de formation, puisque pour les généralistes, 21H par an et par médecin sont désormais financées.

Actuellement, on peut regrouper les types de formation en quatre grandes catégories :

- La formation présentielle, validée par la participation.
- La formation individuelle à distance (lecture de certaines revues de presse, FMC non-présentielle sur internet ou e-Learning)
- Formation professionnelle universitaire : DU ou DIU validant.
- Evaluation des pratiques professionnelles : groupes de pairs (soumis à certaines modalités de validation), groupe d'audit, revue de morbi-mortalité.

Pour les FMC présentielles ou en e-Learning, les médecins s'inscrivent par internet auprès de l'ANDPC (site : mondpc.fr) et ont par ce biais accès à leur compte formation et aux différents organismes et programmes de FMC proposés dans leur région.

Cela constitue également un document de traçabilité qui permet aux professionnels de santé de rendre compte d'une partie de leur formation auprès des CDOM (conseil départemental de l'ordre des médecins).

Cependant, au sein de ce portfolio informatisé, seules les formations proposées par certains organismes de DPC sont accessibles et donc traçables. Les formations universitaires de type DU, les lectures et les formations proposées par des organismes tels que la FAF n'y sont pour le moment pas proposées.

Enfin, il est important de noter que si la formation médicale continue des médecins est considérée par tous comme « obligatoire » il n'existe pas à ce jour en France de réel système de contrôle, ni de sanctions mises en place en cas de manquements.

B. La formation médicale continue à l'étranger

Si la reconnaissance de la nécessité de formation semble internationale, ses méthodes d'application, et à fortiori son système de contrôle diffèrent selon les pays.

Au Royaume-Uni en 2009, il a été introduit la notion de « permis quinquennal d'exercer la médecine ». Le médecin généraliste doit en effet montrer sa capacité à exercer son art selon un certain nombre de principes. A cela s'associe le recueil d'avis de collègues et de patients, le tout participant à la recertification du praticien [6].

Au Québec, il existe aussi des outils comme « le plan d'autogestion du DPC » qui sous forme de questionnaires et de grilles auto-complétés permet aux médecins de déterminer leurs besoins en formation (annexe 2).

En France cet outil unique et accessible par tous permettant aux médecins d'auto évaluer leur besoin de formation n'existe pas.

Fin des années 1990, des bilans de compétences et des tests d'évaluation de performances avaient été proposés par différents organismes de formation (UNAFORMEC, MGFORM) mais aucun n'a été évalué et n'est utilisé actuellement [7] [8] [9].

Cependant, en matière de formation, la notion de besoin est à différencier de celle d'intérêt. Si un sujet peut présenter un intérêt particulier pour un médecin qui se tournera alors naturellement vers lui, ce n'est pas peut-être pas ce sujet qui représente un gain de compétences ou de connaissances le plus grand.

Enfin, concernant le contrôle de cette formation, un rapport du professeur Yves Matillon sur la FMC, commandé par le ministère de la santé et remis en 2006, était favorable à une évolution vers la recertification [3].

Selon un sondage réalisé par un organisme indépendant en février 2017, 85% des français seraient favorables à une recertification obligatoire des compétences (même si 81% d'entre eux estiment déjà que les médecins ont des connaissances médicales à jour) [10].

II. JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Si le concept de formation médicale continue a donc depuis longtemps intégré les esprits, sa mise en place est complexe, ses formalités soumises à de nombreuses modifications et son importance promise à une évolution prochaine.

En 2008, un rapport de l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) mentionnait qu'« en matière de formation [...] on manque de données permettant d'apprécier les pratiques des médecins, leurs attentes, leurs besoins et leurs difficultés » [11].

En 2014 un autre rapport de l'IGAS ayant pour mission d'évaluer le dispositif de DPC des professionnels de santé concluait que : « Les propos tenus à la mission par nombre d'acteur accréditent l'idée d'une perte de confiance dans le dispositif de formation [...] cependant les données sur le nombre de personnes inscrites auprès de l'OGDPC et le nombre de celles formées n'accréditent pas l'idée d'un échec » [12]. Toujours selon le même rapport : « Fin 2013, la proportion de professionnels qui se sont inscrits sur le site « mondpc.fr » était de 31% pour les médecins » [12].

Selon un rapport de la DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) de mars 2012, portant sur l'emploi du temps des médecins généralistes, « les médecins consacrent en moyenne 13 demi-journées par an à ce versant formation de leur activité », « Les médecins généralistes déclarent consacrer en moyenne 2H au cours de la semaine à la lecture de journaux ou d'articles médicaux » et « trois médecins sur quatre déclarent avoir reçu des visiteurs médicaux au cours de la semaine précédant l'enquête » [13].

En 2016 le rapport d'activité de l'OGDPC indique que le nombre de professionnels formés a doublé entre 2012 et 2015, que la région Rhône-Alpes est la troisième plus représentée parmi les médecins qui se forment et qu'on observe une féminisation ainsi qu'un rajeunissement de la population formée [14].

On peut donc déjà déduire de ces données que les médecins généralistes se forment bien, à priori de plus en plus, et qu'on observe une modification de leur profil.

Mais d'autres questions émergent : Comment se forment-ils ? Pourquoi se forment-ils de cette manière, quelles sont leurs motivations et leurs réticences ? La formation évolue t'elle en fonction des profils de médecin ?

Certaines études menées pour l'obtention de thèse de médecine ont déjà exploré en partie ces questions :

Deux études qualitatives, l'une menée entre 2011 et 2014 et l'autre plus récemment en 2016, explorent les motivations des médecins généralistes et leur mode de formation [15] [16]. Ces études portaient cependant sur un petit nombre de personnes, et l'une d'entre elle comportait un biais de sélection puisque les médecins interrogés faisaient partie de la SFTG (société de formation thérapeutique du généraliste) [15].

En 2012, un travail quantitatif mené auprès de 116 médecins de la région Centre explore également les différents moyens de formation, les critères de choix et les stratégies d'évaluation de leurs besoins par les médecins généralistes. On trouve également dans ce travail la notion de comparaison entre les milieux urbain et rural sans résultat significatif retrouvé [17].

Enfin en 2013, une étude descriptive menée à Angers auprès de 73 jeunes médecins retrouvait une différence significative entre milieu rural et milieu urbain concernant la pratique d'EPP puisque 21% des médecins du groupe urbain y participaient contre 6.5% des médecins du groupe rural ($p=0.041$) [18].

A la lumière de ces différents résultats, il nous a semblé pertinent de mener une étude quantitative en espérant ainsi toucher un plus large panel, auprès de médecins généralistes de la région Rhône-Alpes n'ayant aucun lien évident avec un organisme de formation, afin d'explorer leur formation médicale continue.

Devant certains résultats à la limite de la significativité concernant les milieux urbain et rural et avec un certain attrait personnel pour la médecine dite « de campagne », nous avons donc choisi d'explorer la formation des médecins généralistes en comparant ces deux territoires.

L'objectif principal de ce travail était donc de comparer la formation médicale continue des médecins généralistes de la région Rhône-Alpes entre les zone urbaine et zone rurale.

L'objectif secondaire était une description globale à un instant donné de cette formation.

III. MATERIEL ET METHODE

A. Recherches bibliographiques

Les recherches bibliographiques ont été effectuées sur le site du CAIRN, dans le catalogue du SUDOC (catalogue du système universitaire de documentation), dans les bases de données de différentes revues médicales, et sur Google, avec comme ressources principales des thèses et des articles de revues datant des 10 dernières années, et les rapports officiels de différentes instances gouvernementales.

Cette recherche s'est étendue d'avril à décembre 2016. Avec un dernier tour d'horizon durant l'été 2017 afin de ne pas méconnaître des publications plus récentes.

B. L'étude

1. Type

Le type d'étude réalisé pour cette thèse est une étude quantitative descriptive et transversale. Elle vise à décrire à un moment donné la formation des médecins généralistes interrogés.

2. Objectif

L'objectif principal de cette étude était de comparer les milieux urbain et rural pour mettre en évidence une différence de formation entre ces deux groupes.

L'objectif secondaire était de décrire, de manière plus générale, la formation médicale continue des médecins généralistes : Quelle est-elle, quels sont les facteurs l'influençant à savoir les freins et les motivations de celle-ci.

3. Hypothèse de travail

L'hypothèse initiale de travail était qu'étant donné l'éloignement géographique des centres d'enseignement (facultés, CHU) et l'isolement, les médecins généralistes exerçant en milieu rural se formeraient moins en FMC présentielle, et plus par presse écrite ou groupe de pair, et seraient plus soumis à l'influence des industries pharmaceutiques, en recevant plus les représentants et en participant à des soirées organisées par celles-ci.

C. Population

La population étudiée concernait les médecins généralistes installés de la région Rhône-Alpes.

Les médecins remplaçants non installés ont été exclus, l'étude tendant à analyser la formation médicale continue une fois le médecin ayant une activité stable et pérenne.

D. Questionnaire : Conception et recueil des données

En reprenant les principaux items ressortis lors des précédents travaux de thèses portant sur la formation médicale continue des médecins généralistes, un questionnaire anonyme a été élaboré via l'outil internet WEBQUEST (site gratuit, indépendant, avec confidentialité des réponses) comprenant 22 questions fermées sous forme d'échelle d'attitude (échelle de Likert).

Afin de permettre un remplissage rapide du questionnaire ainsi qu'un meilleur taux de réponse, aucune question ouverte n'a été posée.

La première partie du questionnaire concernait le type de formation auquel les médecins participaient, la seconde portait sur les facteurs influençant le choix de celle-ci et enfin les six dernières questions étaient d'ordre général (sexe, âge, durée d'installation, mode d'exercice, activité universitaire ou non), permettant de décrire l'échantillon et l'activité des médecins interrogés.

N'ayant pas été autorisée à diffuser le questionnaire via l'URPS-AURA (l'Union régionale des professionnels de santé d'Auvergne Rhône Alpes) le questionnaire a été diffusé par mail via plusieurs organismes :

- L'association des médecins correspondants SAMU (MCS) de Drôme-Ardèche (74 médecins)
- Les conseils départementaux de l'ordre des médecins de l'Ardèche (288 médecins) et de Haute Savoie (660 médecins)
- Les mailings-list des réseaux de permanence de soins de certains secteurs dont : Grenoble, Miribel, Villeurbanne, Montélimar, Saint-Vallier et Saint-Just-Chaleyssin (228 médecins au total).

Un mail explicatif, décrivant notre travail et proposant un lien hypertexte vers le questionnaire à remplir a été rédigé.

L'association MCS et les conseils départementaux de l'ordre des médecins ont envoyé eux-mêmes le mail, et m'ont transmis le nombre de médecins contactés. Après avoir récoltés les « mailings-list » de certains tours de garde, j'ai moi-même transféré le mail aux 228 autres médecins.

Le questionnaire a été diffusé entre le 30 mars 2017 et le 30 mai 2017.

Pour des raisons pratiques en lien avec la méthode de diffusion du questionnaire, il n'a pas été effectué de relance.

E. Analyse des données et traitement statistique

L'analyse et le traitement des données ont été faits avec l'aide et sous l'expertise statistique d'une interne de santé publique et d'un statisticien du centre Léon Bérard de Lyon.

Les résultats exprimés initialement sous forme de tableur Excel ont été intégrés puis traités avec le logiciel statistique « R ».

Les deux groupes « urbain » et « rural » ont tout d'abord été comparés de manière globale.

Les résultats sont exprimés en nombre et en pourcentage pour les variables qualitatives et en médiane ou moyenne pour les variables quantitatives.

Des tests statistiques comparatifs notés « p » ou « p-value » ont été appliqués : Le test de Fisher en cas d'effectifs réduits, et le test non paramétrique de Wilcoxon-Mann-Whitney en cas de variables ne suivant pas une loi normale.

La différence entre deux groupes est considérée comme significative pour des valeurs de $p < 0.05$.

Puis, afin de comparer de manière plus précise les deux groupes, des modèles avec des facteurs d'ajustement sur les autres variables (durée d'installation, sexe, mode d'exercice et activité d'enseignant) ont été créés, intégrant des régressions logistiques multinomiales ou simples selon les besoins.

Ainsi, pour chaque question, le groupe « rural » a été comparé au groupe de référence « urbain » en ajustant sur les variables : sexe, mode d'activité, qualité d'enseignant et durée d'installation.

A noter que les résultats n'ont pas été ajustés sur la variable « âge », devant des données manquantes et la redondance avec la variable « durée d'installation ».

Les résultats s'expriment ici en « odds.ratio » (OR) cumulatifs avec intervalle de confiance [IC] [2.5%-97.5%] et « p » pour la significativité (un résultat est significatif pour un $p < 0.05$).

Ces ajustements ont permis d'isoler les variables « urbain » ou « rural » et de vérifier si les tendances aux différences ou aux similitudes apparues lors des premières comparaisons, était bien dues à cette caractéristique et non pas au sexe de l'interrogé, ou à son mode d'exercice par exemple.

IV. RESULTATS

A. Echantillon étudié

Sur 1250 mails envoyés, 146 médecins généralistes ont répondu au questionnaire, ce qui correspond à un taux de réponse de 11.6%.

Parmi eux 6 exerçaient en tant que remplaçant dont les réponses ont été exclues.

Au total (N), 140 questionnaires ont donc été analysés.

Chaque question incorrectement remplie n'était pas prise en compte pour l'analyse de celle-ci, d'où parfois un N < 140.

B. Comparaison des deux groupes sur leurs caractéristiques intrinsèques :

Les caractéristiques des deux groupes étudiés sont résumées dans le Tableau 1. On peut constater que les deux groupes sont comparables, excepté sur le mode d'exercice puisque 8 médecins seulement du groupe « rural » (28%) déclarent exercer « en cabinet de groupe » versus 74 dans le groupe « urbain » (67%), résultat significatif avec $p^* < 0.001$.

Tableau 1: Comparaison des deux groupes étudiés

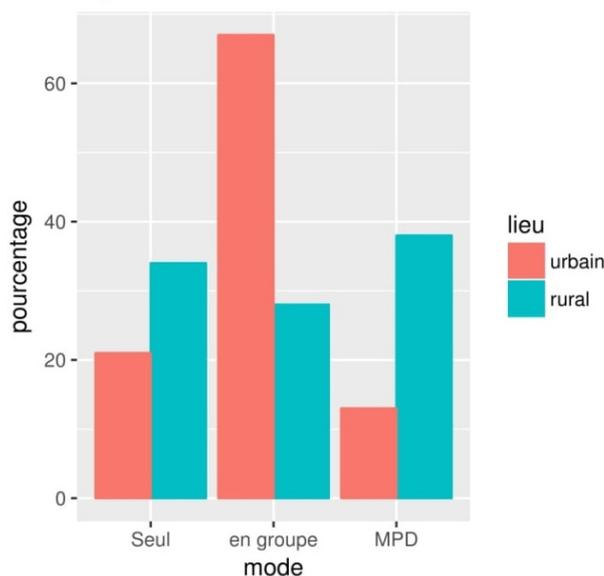
	N	Lieu d'activité		Total N=	P-value
		Rural N=	Urbain N=		
Sexe	140				0.28 (a)
Homme		13 (45%)	37 (33%)	50 (36%)	
Femme		16 (55%)	74 (67%)	90 (64%)	
Age	122				0.22 (a)
< 40 ans		10 (42%)	56 (57%)	66 (54%)	
40-50 ans		9 (38%)	20 (20%)	29 (24%)	
50-60 ans		5 (21%)	22 (22%)	27 (22%)	
Durée d'installation	140				0.53 (a)
< 5 ans		9 (31%)	47 (42%)	56 (40%)	
5-20 ans		10 (34%)	33 (30%)	43 (31%)	
> 20 ans		10 (34%)	31 (28%)	41 (29%)	
Mode d'exercice	140				<0.001 (a)
Seul		10 (34%)	23 (21%)	33 (24%)	
cabinet de groupe		8 (28%)	74 (67%)	82 (59%)	
MPD		11 (38%)	14 (13%)	25 (18%)	
Activité d'enseignant	140				0.38 (a)
Non		17 (59%)	76 (68%)	93 (66%)	
Oui		12 (41%)	35 (32%)	47 (34%)	

N is the number of non missing values

(a) Fisher's exact test.

Les médecins exerçant en milieu urbain auraient donc tendance à exercer plus souvent en groupe, par rapport aux médecins exerçant en milieu rural qui privilégieraient à l'inverse une activité seule ou en maison de santé pluri disciplinaire (MSP). (*Graphique 1*)

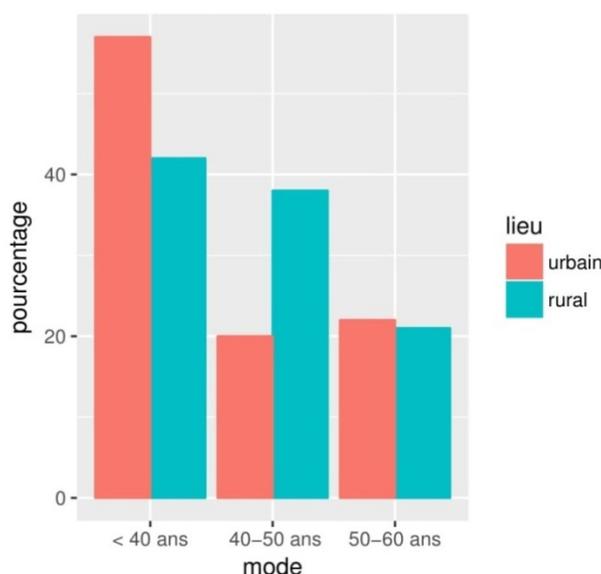
Graphique 1: Répartition des médecins selon leur mode d'exercice



La répartition des âges entre les deux groupes n'a pas de différence statistiquement significative.

Cependant on note que le secteur rural aurait tendance à être plus représenté dans la tranche d'âge des 40-50 ans (38% du groupe rural contre 20% du groupe urbain) à l'inverse du secteur urbain qu'on voit plus présent chez les moins de 40 ans (57% du groupe urbain contre 42% du groupe rural). (*Graphique 2*)

Graphique 2 : Répartition des médecins selon leur âge



C. Le type de formation

1. La lecture

La lecture de revue médicale semble être un moyen de formation encore largement pratiqué puisque 96% des médecins interrogés déclarent lire (toutes catégories et fréquences de lecture confondues) contre seulement 4% d'entre eux qui semblent ne « jamais » lire.

En regardant le profil de lecture des deux groupes rural et urbain (*Tableau 2*) on note qu'il n'existe aucune différence significative entre les deux groupes concernant leur profil de lecture.

Cependant, la fréquence de lecture de revue médicale semble tout de même plus élevée dans le groupe rural puisque 72% d'entre eux déclarent lire « souvent » ou « régulièrement » contre 51% des médecins du groupe urbain, avec un $p=0.089$.

Tableau 2 : Description des deux groupes selon leur profil de lecture

	N	Lieu d'activité		Total N=	P-value
		Rural N=	Urbain N=		
Lecture de revue(s)	140				0.089 (a)
Jamais		1 (3%)	4 (4%)	5 (4%)	
Parfois		7 (24%)	51 (46%)	58 (41%)	
Souvent		12 (41%)	24 (22%)	36 (26%)	
Régulièrement		9 (31%)	32 (29%)	41 (29%)	
La Revue du Praticien	140				0.68 (a)
Non		18 (62%)	63 (57%)	81 (58%)	
Oui		11 (38%)	48 (43%)	59 (42%)	
Prescrire	140				1 (a)
Non		8 (28%)	33 (30%)	41 (29%)	
Oui		21 (72%)	78 (70%)	99 (71%)	
Le Quotidien du Médecin	140				0.36 (a)
Non		19 (66%)	82 (74%)	101 (72%)	
Oui		10 (34%)	29 (26%)	39 (28%)	
Exercer	140				0.57 (a)
Non		26 (90%)	93 (84%)	119 (85%)	
Oui		3 (10%)	18 (16%)	21 (15%)	
Le Généraliste	140				1 (a)
Non		24 (83%)	93 (84%)	117 (84%)	
Oui		5 (17%)	18 (16%)	23 (16%)	
Réalisation de tests de lecture	135				0.23 (a)
Non		12 (43%)	64 (60%)	76 (56%)	
Parfois		8 (29%)	18 (17%)	26 (19%)	
Oui		8 (29%)	25 (23%)	33 (24%)	
Lecture des recommandations (HAS, SFMG)	140				0.9 (a)
Jamais		1 (3%)	7 (6%)	8 (6%)	
Parfois		12 (41%)	39 (35%)	51 (36%)	
Souvent		10 (34%)	36 (32%)	46 (33%)	
Régulièrement		6 (21%)	29 (26%)	35 (25%)	

N is the number of non missing values

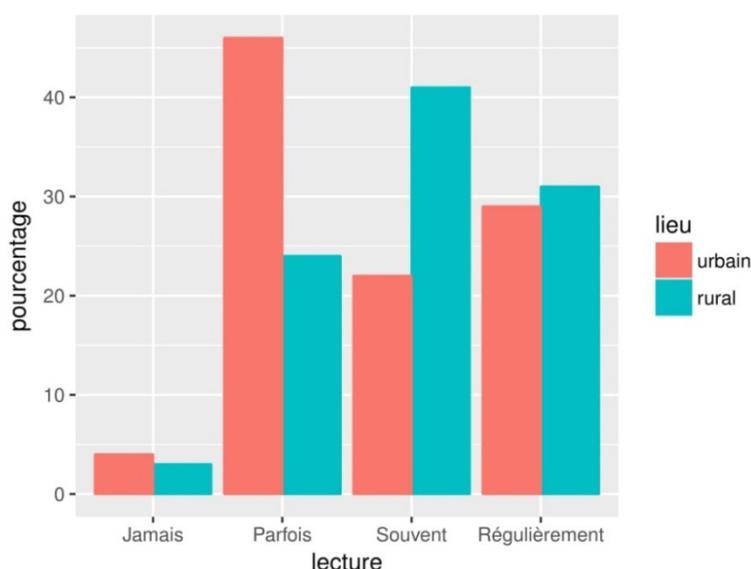
(a) Fisher's exact test.

Cette tendance se confirme une fois le modèle d'ajustement appliqué (dans ce cas des régressions logistiques multinomiales avec des odds.ratios cumulatifs ont été utilisées).

L'odds.ratio du groupe rural contre le groupe urbain est de 1.97 (OR=1.97 [0.85-4.53] p=0.10), cela signifie qu'en moyenne un médecin rural a presque deux fois plus de chance d'avoir une fréquence de lecture plus importante qu'un médecin urbain, à sexe, temps d'installation, mode d'activité et enseignement égal.

Les médecins ruraux liraient donc plus, mais cet OR n'est pas significatif puisque $p > 0.05$, c'est pourquoi on ne peut parler que de « tendance » (Graphique 3).

Graphique 3 : Répartition des deux groupes selon leur fréquence de lecture

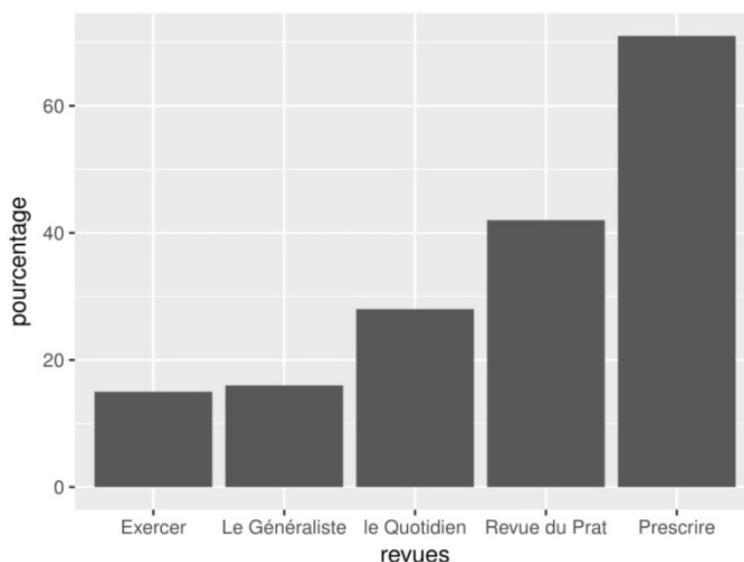


A noter également que le fait d'exercer en MSP semble avoir un effet négatif sur la lecture avec un OR de 0.22 [0.07-0.69] avec $p=0.009$ et qu'au contraire le fait d'être enseignant augmente la probabilité de lire avec un OR de 3.36 [1.56-7.24] avec $p=0.0019$.

Concernant les différentes revues médicales, le Graphique 4 illustre leur fréquence de lecture : la revue « Prescrire » semble être la plus lue, suivie de « La revue du praticien », « Le quotidien du médecin », « Le généraliste » puis la revue « Exercer ».

Il n'y a pas de différence significative entre les groupes rural et urbain au sein de ces différentes revues.

Graphique 4 : Répartition des différentes revues selon leur fréquence de lecture



Néanmoins, après ajustement sur les différentes caractéristiques de la population, il semblerait que le fait d'être enseignant influe sur :

- Le fait de plus lire la revue Exercer avec un OR=14.1 [3.96-62.2], de manière significative avec $p=0.0001$.
- Le fait de moins lire la Revue du praticien avec un OR=0.42 [0.17-1.03] $p=0.06$.
- Le fait de plus lire la revue Prescrire avec un OR= 2.21 [0.80-6.74] $p=0.13$.
- Le fait de moins lire le Quotidien du médecin OR=0.4 [0.13-1.13] $p=0.095$.

Il ne s'agit ici que de tendances, ces trois derniers résultats n'étant pas significatifs.

De plus, le fait d'être installé depuis plus de vingt ans joue sur le fait de plus lire le Quotidien du médecin avec un OR de 3.75 [1.13-1.35] significatif avec $p=0.035$.

Concernant la lecture des recommandations, l'odd.ratio du groupe rural contre le groupe urbain est de 1.43 [0.63-3.25], à sexe, temps d'installation, mode d'activité et enseignement égal par ailleurs, mais ce résultat n'est pas significatif avec $p=0.38$.

A noter que le fait d'exercer en MSP semble avoir un effet positif sur la lecture des recommandations avec un OR de 4.12 [1.38-12.28] résultat significatif avec $p=0.011$.

En revanche le fait d'être enseignant semble diminuer cette probabilité de moitié avec un OR de 0.49 [0.23-1.03] avec $p=0.063$, résultat qui est à la limite de la significativité.

2. Les formations présentiellees

Il ne semble pas exister de différence significative entre les deux groupes concernant la participation aux journées de FMC présentiellees, avec des résultats quasiment superposables en pourcentages (*Tableau 3*).

Tableau 3 : Description des deux groupes selon leur profil de FMC

	N	Lieu d'activité		Total N=	P-value
		Rural N=	Urbain N=		
Participation à des journées FMC	140				0.89 (a)
Jamais		1 (3%)	8 (7%)	9 (6%)	
Parfois		4 (14%)	15 (14%)	19 (14%)	
Souvent		10 (34%)	43 (39%)	53 (38%)	
Régulièrement		14 (48%)	45 (41%)	59 (42%)	
Nombre de FMC en 2016	127				0.44 (a)
aucune		2 (8%)	3 (3%)	5 (4%)	
entre 1 et 3		12 (46%)	59 (58%)	71 (56%)	
entre 4 et 6		11 (42%)	35 (35%)	46 (36%)	
plus de 6		1 (4%)	4 (4%)	5 (4%)	
Type de FMC (présentiellees ou non)	128				0.88 (a)
Présentiellees		23 (85%)	86 (85%)	109 (85%)	
Non Présentiellees		0 (0%)	3 (3%)	3 (2%)	
Les deux		4 (15%)	12 (12%)	16 (12%)	

N is the number of non missing values

(a) Fisher's exact test.

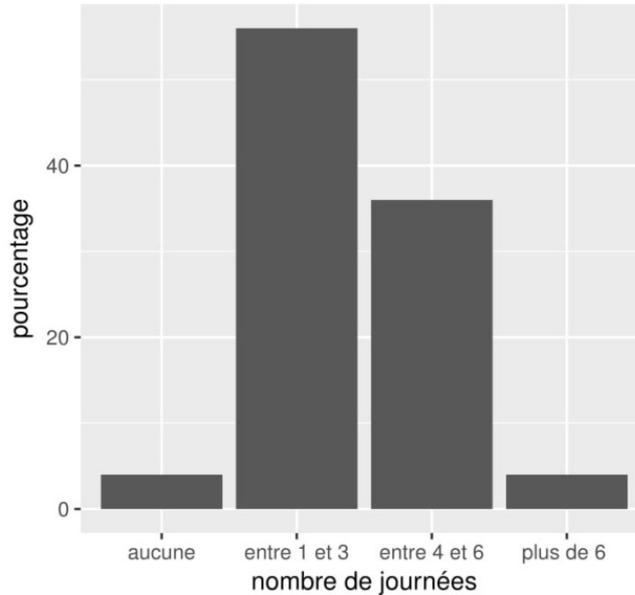
Cette absence de différence se confirme après ajustement avec pour rural contre urbain un OR de 1.41 [0.60-3.32] avec un $p=0.42$ donc non significatif.

On peut seulement noter que le fait d'être installé depuis plus de cinq ans semble avoir un effet négatif sur cette participation avec un OR de 0.42 [0.19-0.95] avec $p=0.03$ et que le fait d'être enseignant aurait au contraire un effet fortement positif avec OR de 3.99 [1.79-8.87] avec $p=0.0007$.

Concernant le nombre de journées consacrées à la formation, la moyenne semble être de « 1 à 3 journées par an » à hauteur de 56% tout groupe confondu, sans différence significative entre les deux groupes. (*Graphique 5*).

Ici aussi le fait d'être enseignant semble majorer ce nombre avec un OR = 2.76 [1.22-6.23] significatif avec $p=0.014$.

Graphique 5 : Répartition du nombre de journée de FMC



La différence entre FMC « présentielle » et « non-présentielle » n'a pas pu être interprétée car trop peu de personnes ont répondu « non-présentielle » exclusivement.

La comparaison entre « présentielle » et « les deux » n'a pas mis en évidence de différence significative.

3. Autres types de formation

Parmi les autres types de formation on trouve : les réunions ou soirées organisées par des laboratoires pharmaceutiques, les congrès, l'inscription à un diplôme universitaire (DU) ou la participation à des groupes d'échange entre pairs (GEP).

Les résultats concernant la participation à ceux-ci, exprimés selon une échelle de Likert allant de « jamais » à « régulièrement », sont regroupés dans le Tableau 4.

Il n'a pas été mis en évidence de différence statistiquement significative entre le groupe rural et le groupe urbain.

Tableau 4 : Description des deux groupes selon leur participation aux autres types de formation

	N	Lieu d'activité		Total N=	P-value
		Rural N=	Urbain N=		
participation à des réunions des laboratoires	140				0.86 (a)
Jamais		9 (31%)	41 (37%)	50 (36%)	
Parfois		14 (48%)	48 (43%)	62 (44%)	
Régulièrement		6 (21%)	22 (20%)	28 (20%)	
participation à des congrès	140				0.85 (a)
Jamais		12 (41%)	39 (35%)	51 (36%)	
Parfois		13 (45%)	53 (48%)	66 (47%)	
Régulièrement		4 (14%)	19 (17%)	23 (16%)	
participation à des groupes d'échange	140				0.68 (a)
Jamais		13 (45%)	53 (48%)	66 (47%)	
Parfois		7 (24%)	19 (17%)	26 (19%)	
Régulièrement		9 (31%)	39 (35%)	48 (34%)	
Inscription à un DU ou DIU	140				1 (a)
Non		26 (90%)	100 (90%)	126 (90%)	
Oui		3 (10%)	11 (10%)	14 (10%)	
Réception des visiteurs médicaux	140				0.75 (a)
Jamais		13 (45%)	47 (42%)	60 (43%)	
Parfois		10 (34%)	33 (30%)	43 (31%)	
Régulièrement		6 (21%)	31 (28%)	37 (26%)	

N is the number of non missing values

(a) Fisher's exact test.

On peut observer que :

- De manière descriptive la participation aux réunions organisées par les laboratoires pourrait sembler légèrement plus importante dans le groupe rural puisque 48% des interrogés ont répondu « parfois » et seulement 31% « jamais », contre respectivement 43% et 37% dans le groupe urbain. Mais ces résultats ne sont pas statistiquement significatifs, et ce, même après ajustement.
- La participation aux congrès n'est pas significativement différente entre les deux groupes avec un $p=0.85$ bien que 41% des médecins du groupe rural contre 35% du groupe urbain déclarent ne « jamais » y participer. Après ajustement seul le fait d'être enseignant semble influencer positivement sur la participation à ceux-ci avec un OR de 6.02 [1.82-19.90] avec $p=0.0032$ (régulièrement versus jamais).
- Les résultats sont similaires en ce qui concerne les groupes d'échanges entre pairs, puisque 24% des médecins du groupe rural contre 17% des médecins du groupe urbain déclarent participer « parfois » à des groupes d'échange entre pairs, sans que cette participation soit significativement différente entre les deux groupes ($p=0.68$).

Après ajustement, là aussi, seul le fait d'être enseignant semble favoriser la participation à ces GEP avec un OR de 5.57 [2.11-14.67] avec $p=0.0005$ (régulièrement versus jamais).

- Concernant les visiteurs médicaux, 21% du groupe rural contre 28% du groupe urbain déclarent les recevoir « régulièrement » et 45% du groupe rural contre 42% du groupe urbain déclarent ne « jamais » les recevoir, mais la différence n'est pas significative avec $p=0.75$.

Après ajustement on peut dire que le fait d'être enseignant serait lié au fait de moins les recevoir avec un OR de 0.27 [0.09-0.81] avec $p=0.019$ et le fait d'être installé depuis plus de 20 ans corrélé au fait de plus les recevoir avec un OR de 4.89 [1.33-17.92] avec $p = 0.016$.

D. Les critères influençant la formation

1. Les facteurs influençant le choix d'une formation

Ici il était demandé aux médecins d'attribuer une valeur allant de « pas important » à « très important » aux différents facteurs pouvant entrer en ligne de compte dans le choix d'une formation.

Les résultats sont regroupés dans le Tableau 5.

D'un point de vue comparatif il n'a été mis en évidence aucune différence statistiquement significative entre le groupe rural et urbain à caractéristiques égales, et ce même après ajustement sur les différentes variables.

En effet après ce dernier, seules deux tendances se dégagent :

- Les médecins installés depuis plus de vingt ans accorderaient plus d'importance que les autres à la convivialité avec un OR de 2.78 [1.08-7.15) et $p= 0.033$.
- Les médecins enseignants accorderaient plus d'importance que les autres à l'indépendance de l'organisme formateur avec un OR de 2.25 [1.03-4.90] avec $p= 0.041$.

Tableau 5: Répartition des 2 groupes selon les facteurs pouvant influencer le choix d'une formation

	N	Lieu d'activité		Total N=	P-value
		Rural N=	Urban N=		
Lieu/proximité géographique	138				0.39 (a)
Pas important		1 (3%)	2 (2%)	3 (2%)	
Peu important		2 (7%)	12 (11%)	14 (10%)	
Important		12 (41%)	58 (53%)	70 (51%)	
Très important		14 (48%)	37 (34%)	51 (37%)	
Thèmes abordés/contenu	139				0.28 (a)
Peu important		0 (0%)	2 (2%)	2 (1%)	
Important		6 (21%)	11 (10%)	17 (12%)	
Très important		23 (79%)	97 (88%)	120 (86%)	
Qualité scientifique/Expertise	138				0.73 (a)
Pas important		0 (0%)	1 (1%)	1 (1%)	
Peu important		0 (0%)	4 (4%)	4 (3%)	
Important		9 (31%)	39 (36%)	48 (35%)	
Très important		20 (69%)	65 (60%)	85 (62%)	
Convivialité	140				0.24 (a)
Pas important		2 (7%)	4 (4%)	6 (4%)	
Peu important		5 (17%)	22 (20%)	27 (19%)	
Important		14 (48%)	69 (62%)	83 (59%)	
Très important		8 (28%)	16 (14%)	24 (17%)	
Indemnisation	139				0.72 (a)
Pas important		2 (7%)	10 (9%)	12 (9%)	
Peu important		12 (41%)	48 (44%)	60 (43%)	
Important		13 (45%)	49 (45%)	62 (45%)	
Très important		2 (7%)	3 (3%)	5 (4%)	
Organisme de formation/Indépendance	138				0.67 (a)
Pas important		0 (0%)	4 (4%)	4 (3%)	
Peu important		2 (7%)	14 (13%)	16 (12%)	
Important		16 (55%)	49 (45%)	65 (47%)	
Très important		11 (38%)	42 (39%)	53 (38%)	
Qualité pédagogique	139				0.48 (a)
Pas important		0 (0%)	1 (1%)	1 (1%)	
Peu important		2 (7%)	15 (14%)	17 (12%)	
Important		11 (38%)	51 (46%)	62 (45%)	
Très important		16 (55%)	43 (39%)	59 (42%)	

N is the number of non missing values
(a) Fisher's exact test.

D'un point de vue descriptif on peut constater que :

- Concernant le lieu : 41% des médecins ruraux l'ont considéré comme « important » contre 53% des médecins urbains soit au total 51% des médecins interrogés toutes caractéristiques confondues, contre 2% au total qui ont considéré ce critère comme « pas important ».
- Concernant le contenu d'une formation : 79% des médecins ruraux contre 88% des médecins urbains et au total 86% des médecins interrogés l'ont considéré comme « très important ». Aucun médecin rural ne l'a considéré comme « peu important » contre 2% des médecins urbains et aucun médecin toutes caractéristiques confondues ne l'a considéré comme « pas important ».

- Concernant la qualité scientifique : on note que 62% des médecins interrogés ont considéré le facteur « qualité scientifique » comme « très important », 35% d'entre eux comme « important » contre seulement « 1% » comme « pas important ».
- Concernant l'indemnisation : on retient que 49% des médecins interrogés l'ont considérée comme « très important » (4%) ou « important » (45%), contre 52% « pas important » (9%) ou « peu important » (43%).

2. Niveau de fiabilité accordé aux différentes sources d'information

Il a été demandé aux médecins interrogés leur niveau de confiance accordé selon la source de l'information (niveaux se répartissant selon une échelle de Likert allant de « pas confiance » à « totalement confiance »). Les résultats sont regroupés *Tableau 6*.

Tableau 6 : Répartition des deux groupes en fonction de la fiabilité accordée à chaque source d'information

	N	Lieu d'activité		Total N=	P-value
		Rural N=	Urbain N=		
Organisme FMC	140				0.56 (a)
Pas confiance		0 (0%)	2 (2%)	2 (1%)	
Peu confiance		0 (0%)	4 (4%)	4 (3%)	
Relativement confiance	16	(55%)	70 (63%)	86 (61%)	
Totalement confiance	13	(45%)	35 (32%)	48 (34%)	
Sites internet	140				0.14 (a)
Pas confiance		2 (7%)	4 (4%)	6 (4%)	
Peu confiance	13	(45%)	49 (44%)	62 (44%)	
Relativement confiance	12	(41%)	57 (51%)	69 (49%)	
Totalement confiance	2	(7%)	1 (1%)	3 (2%)	
Presse écrite	138				0.67 (a)
Pas confiance		2 (7%)	4 (4%)	6 (4%)	
Peu confiance	7	(25%)	30 (27%)	37 (27%)	
Relativement confiance	15	(54%)	65 (59%)	80 (58%)	
Totalement confiance	4	(14%)	11 (10%)	15 (11%)	
Universités	139				0.54 (a)
Pas confiance		0 (0%)	1 (1%)	1 (1%)	
Peu confiance		2 (7%)	8 (7%)	10 (7%)	
Relativement confiance	20	(71%)	65 (59%)	85 (61%)	
Totalement confiance	6	(21%)	37 (33%)	43 (31%)	
Industrie pharmaceutique	138				0.11 (a)
Pas confiance	19	(70%)	51 (46%)	70 (51%)	
Peu confiance	6	(22%)	49 (44%)	55 (40%)	
Relativement confiance	2	(7%)	10 (9%)	12 (9%)	
Totalement confiance	0	(0%)	1 (1%)	1 (1%)	
Congrès	132				0.45 (a)
Pas confiance		1 (4%)	5 (5%)	6 (5%)	
Peu confiance	9	(35%)	21 (20%)	30 (23%)	
Relativement confiance	12	(46%)	61 (58%)	73 (55%)	
Totalement confiance	4	(15%)	19 (18%)	23 (17%)	

N is the number of non missing values

(a) Fisher's exact test.

Après comparaison par le test de Fisher sans ajuster avec les différentes variables aucune différence ne semble significative.

Cependant après ajustement on s'aperçoit que:

- Pour l'activité rurale il existe un OR de 4.03 [1.52-10.67] significatif avec $p=0.005$ concernant la confiance accordée aux organismes de FMC et un OR de 0.29 [0.10-0.80] significatif également avec $p=0.016$ concernant la confiance envers les industries pharmaceutiques.

Il en est de même pour le fait d'être enseignant avec un OR de 0.28 [0.11-0.65] pour $p=0.0035$.

A l'inverse, le fait d'être installé depuis plus de vingt ans favoriserait le fait de leur faire confiance avec un OR de 3.04 [1.16-8.00] $p=0.023$.

- Concernant la confiance accordée à la presse et aux universités, il n'existe pas de différence significative entre le groupe rural et urbain, en revanche il semblerait que le fait d'être installé depuis plus de vingt ans influe négativement avec un OR de 0.38 [0.14-0.97] avec $p=0.044$ en ce qui concerne la presse et un OR de 0.32 [0.11-0.90] avec $p=0.031$ pour les universités.

Il n'existe aucune différence significative toutes variables confondues en ce qui concerne la confiance accordée aux congrès ou aux sites internet.

3. Choix du thème d'une formation

Il a été demandé aux médecins interrogés de classer par ordre croissant d'intérêt le choix du thème d'une formation (1 pour un thème qu'il choisirait en premier et 5 pour un thème peu attractif). Les résultats sont regroupés dans le Tableau 7.

Tableau 7 : Répartition des deux groupes selon le choix du thème d'une formation

	N	Lieu d'activité		Total N=	P-value
		Rural N=	Urbain N=		
Des sujets connus, pour les approfondir	140				0.57 (a)
Median (mean)		3 (3.21)	3 (3.05)	3 (3.08)	
[Min.-Max.]		[1-5]	[1-5]	[1-5]	
sujets intéressants par leur nouveauté	138				0.48 (a)
Median (mean)		3 (2.76)	3 (2.92)	3 (2.88)	
[Min.-Max.]		[1-5]	[1-5]	[1-5]	
sujets traitant de problème(s) rencontré(s) dans la pratique	140				0.15 (a)
Median (mean)		2 (2.17)	2 (1.97)	2 (2.01)	
[Min.-Max.]		[1-4]	[1-5]	[1-5]	
sujets où manque de connaissances	139				0.67 (a)
Median (mean)		1 (1.66)	1.5 (1.78)	1 (1.76)	
[Min.-Max.]		[1-4]	[1-5]	[1-5]	
instinctivement	139				0.64 (a)
Median (mean)		4 (4.17)	4 (4.05)	4 (4.08)	
[Min.-Max.]		[1-5]	[1-5]	[1-5]	

N is the number of non missing values

(a) Wilcoxon Mann-Whitney test.

Il n'existe aucune différence statistiquement significative entre le groupe urbain et rural concernant le choix du thème d'une formation, même après ajustement sur les différentes variables.

A noter seulement une tendance descriptive en ce qui concerne le choix d'un thème de formation « connu pour l'approfondir », ou le groupe rural possède un OR de 0.50 [0.23-1.11] par rapport au groupe urbain avec un $p=0.09$ à la limite de la significativité.

Enfin, ce qui concerne le choix du thème d'une formation, tout groupe confondu, il semblerait, selon les moyennes obtenues, que les médecins interrogés choisiraient par ordre de priorité :

- 1- Un manque de connaissance ressenti sur un sujet donné (moyenne de 1.76)
- 2- Un sujet portant sur problème rencontré dans la pratique médicale (moyenne de 2.01)
- 3- La nouveauté d'un sujet (moyenne de 2.88)
- 4- L'approfondissement d'un sujet connu (moyenne de 3.08)
- 5- L'instinct à la lecture du programme de formation (moyenne de 4.08)

4. Les motivations

Il a été demandé aux médecins de classer par ordre de priorité les raisons qui les poussaient à se former (de 1 : la motivation la plus importante à 4 : la motivation la moins importante).

Les résultats sont regroupés sous forme de médiane et de moyenne dans le [Tableau 8](#).

Après ajustement il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les groupes rural et urbain.

Seul résultat significatif, le fait d'être installé depuis plus de vingt ans qui semblerait jouer sur le fait d'accorder plus d'importance à se retrouver entre pairs avec un OR de 3.07 [1.22-7.69] avec $p= 0.0165$.

Tableau 8 : Répartition des deux groupes selon les facteurs de motivations

	N	Lieu d'activité		Total N=	P-value
		Rural N=	Urban N=		
Mise à jour des connaissances et pratique clinique	140				0.13 (a)
Median (mean)		1 (1.03)	1 (1.23)	1 (1.19)	
[Min. - Max.]		[1 - 2]	[1 - 4]	[1 - 4]	
Pause dans la pratique clinique	139				0.54 (a)
Median (mean)		3 (2.93)	3 (2.79)	3 (2.82)	
[Min. - Max.]		[1 - 4]	[1 - 4]	[1 - 4]	
Elargir et entretenir son réseau	139				0.91 (a)
Median (mean)		3 (3)	3 (2.97)	3 (2.98)	
[Min. - Max.]		[2 - 4]	[1 - 4]	[1 - 4]	
échange et soutien entre pairs	140				0.16 (a)
Median (mean)		2 (2.21)	2 (2.41)	2 (2.37)	
[Min. - Max.]		[1 - 4]	[1 - 4]	[1 - 4]	

N is the number of non missing values

(a) Wilcoxon Mann-Whitney test.

Concernant les raisons qui motivent les médecins interrogés à se former, tous groupes confondus, il semblerait, selon les moyennes obtenues, que l'ordre de priorité soit le suivant :

- 1- La mise à jour des connaissances (moyenne de 1.19)
- 2- Echange et soutien entre pairs (moyenne de 2.37)
- 3- Faire une pause dans la pratique quotidienne (moyenne de 2.82)
- 4- Elargir et entretenir son réseau (moyenne de 2.98)

5. Les freins

Parmi les raisons pouvant entraver la formation il a été demandé aux médecins interrogés de classer ces freins possibles par ordre d'importance (de 1 le plus important à 6 le moins important).

Les résultats sont regroupés sous forme de médiane et de moyenne dans le Tableau 9.

La seule différence significative entre les groupes rural et urbain porte sur la complexité du système informatisé, avec une moyenne à 3 dans le groupe urbain et à 3.88 dans le groupe rural avec un $p=0.014$.

Cette significativité se maintient après ajustement puisqu'à caractéristiques égales il semblerait que le fait d'avoir une activité rurale joue sur le fait de plus considérer la complexité du système informatique comme un frein à la formation avec un OR de 2.53 [1.15-5.57] avec $p=0.020$.

Il n'a pas été retrouvé d'autre différence significative entre les deux groupes et entre les autres variables.

Tableau 9 : Répartition des deux groupes en fonction des freins à la formation

	N	Lieu d'activité		Total N=	P-value
		Rural N=	Urbain N=		
Manque de temps	139				0.12 (a)
Median (mean)		1 (1.39)	1 (1.98)	1 (1.86)	
[Min.- Max.]		[1 - 4]	[1 - 6]	[1 - 6]	
Manque de reconnaissance	138				0.47 (a)
Median (mean)		4 (3.79)	3 (3.58)	3 (3.62)	
[Min.- Max.]		[2 - 6]	[1 - 6]	[1 - 6]	
Pas assez indemnisé	138				0.15 (a)
Median (mean)		3 (3.71)	3 (3.25)	3 (3.35)	
[Min.- Max.]		[2 - 6]	[1 - 6]	[1 - 6]	
Aucun système de contrôle des autorités	138				0.57 (a)
Median (mean)		5 (4.5)	5 (4.63)	5 (4.6)	
[Min.- Max.]		[1 - 6]	[1 - 6]	[1 - 6]	
Lassitude des réformes successives	139				0.17 (a)
Median (mean)		4.5 (3.89)	5 (4.32)	5 (4.24)	
[Min.- Max.]		[1 - 6]	[1 - 6]	[1 - 6]	
Complexité du système informatisé	139				0.014 (a)
Median (mean)		3 (3)	4 (3.88)	4 (3.7)	
[Min.- Max.]		[1 - 6]	[1 - 6]	[1 - 6]	

N is the number of non missing values

(a) Wilcoxon Mann-Whitney test.

Concernant la hiérarchisation de ces freins toutes catégories confondues il semblerait que par ordre d'importance croissante on trouve :

- 1- Le manque de temps (moyenne 1.86)
- 2- L'insuffisance d'indemnisation (moyenne 3.35)
- 3- Le manque de reconnaissance (moyenne 3.62)
- 4- La complexité du système informatisé (moyenne 3.7)
- 5- La lassitude des réformes successives (moyenne 4.24)
- 6- L'absence de système de contrôle des autorités (moyenne 4.6)

E. Les pistes d'amélioration

1. Degré de satisfaction

On constate concernant la satisfaction ressentie à propos de leur formation, que les médecins interrogés toutes catégories confondues sont plutôt satisfaits à hauteur de 68% des répondants. (Réponses regroupées dans le tableau 10).

Pour l'item « plutôt satisfait » on retrouve 76% dans le groupe rural et 66% dans le groupe urbain, il n'y a pas de différence significative même après ajustement.

A noter que 3% des répondants totaux se déclarent « très insatisfait » et qu'ils se situent uniquement dans le groupe urbain, sans que cela soit significatif par ailleurs.

Tableau 10 : Répartition des deux groupes en fonction du degré de satisfaction ressenti sur la formation proposée

	N	Lieu d'activité		Total N=	P-value
		Rural N=	Urbain N=		
satisfaction globale de la FMC	140				0.72 (a)
Très insatisfait		0 (0%)	4 (4%)	4 (3%)	
Plutôt insatisfait		5 (17%)	27 (24%)	32 (23%)	
Plutôt satisfait		22 (76%)	73 (66%)	95 (68%)	
Très satisfait		2 (7%)	7 (6%)	9 (6%)	

N is the number of non missing values

(a) Fisher's exact test.

2. L'évolution de la FMC

Les résultats concernant les avis des médecins interrogés sur la mise en place d'un outil d'auto-évaluation de leurs besoins en formation ainsi que sur un éventuel mode de recertification ont été recrutés sur forme d'échelle de Likert allant de « très défavorable » à « tout à fait favorable » (Tableau 11).

Concernant ces deux questions, aucune différence significative n'a pu être mise en évidence entre les groupes rural et urbain.

Tableau 11 : Répartition des deux groupes en fonction de leur avis sur la mise en place d'un outil d'auto-évaluation et sur la mise en place d'un mode de recertification

	N	Lieu d'activité		Total N=	P-value
		Rural N=	Urbain N=		
outil d'auto-évaluation des besoins de formation	140				0.49 (a)
Très défavorable		1 (3%)	5 (5%)	6 (4%)	
Plutôt défavorable		3 (10%)	25 (23%)	28 (20%)	
Plutôt Favorable		18 (62%)	60 (54%)	78 (56%)	
Tout à fait favorable		7 (24%)	21 (19%)	28 (20%)	
Mode de re-certification	140				0.84 (a)
Très défavorable		1 (3%)	8 (7%)	9 (6%)	
Plutôt défavorable		7 (24%)	30 (27%)	37 (26%)	
Plutôt Favorable		15 (52%)	47 (42%)	62 (44%)	
Tout à fait favorable		6 (21%)	26 (23%)	32 (23%)	

N is the number of non missing values

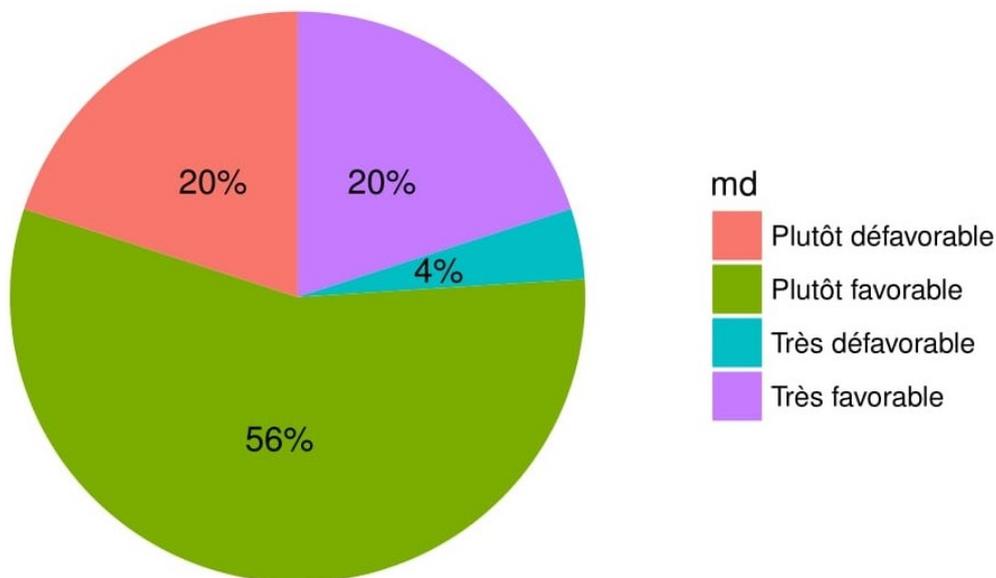
(a) Fisher's exact test.

On constate que 56% des médecins interrogés se disent « plutôt favorable » à la mise en place d'un outil d'auto-évaluation des besoins en formation et 20% d'entre eux « tout à fait favorable » soit au total 76% en faveur d'un tel outil (*Graphique 6*).

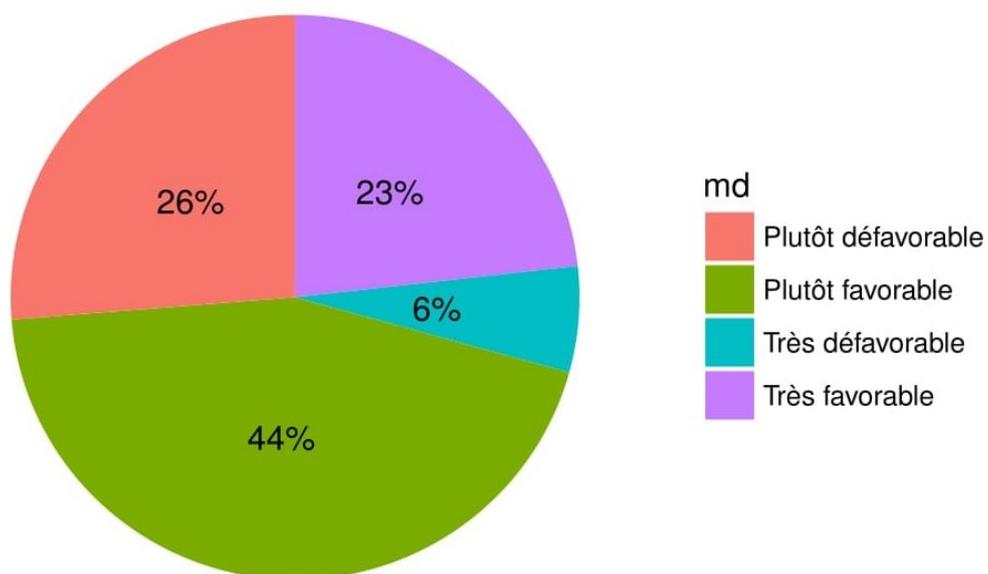
Concernant la mise en place d'un éventuel mode de recertification 44% d'entre eux seraient « plutôt favorable » quand 23% seraient « tout à fait favorable » soit 67% plutôt en faveur d'un tel système (*Graphique 7*).

A noter qu'après ajustement, seul le fait d'être enseignant semble jouer de manière significative sur le fait d'être plus favorable à la recertification avec un OR de 2.26 [1.07-4.76] et $p=0.032$.

Graphique 6 : Avis sur la mise en place d'un outil d'auto-évaluation, tous groupes confondus



Graphique 7 : Avis concernant la mise en place d'un mode de recertification, tous groupes confondus



F. Résultats croisés

Afin de tenter d'expliquer certains résultats nous en avons choisis puis croisés quelques-uns.

La lecture de revue médicale est encore très majoritairement représentée au sein de la formation et la revue « Prescrire », revue indépendante uniquement financée par ses lecteurs, arrive en tête des revues lues.

Il nous adonc semblé pertinent de regarder si parmi les lecteurs de revues, ceux lisant « Prescrire » étaient eux-mêmes plus indépendants dans leur formation et dans leur pratique vis-à-vis de l'industrie médicale.

Ces résultats sont exprimés ci-après (*Tableau 12*) :

Tableau 12: Réponses aux questions 4,9 et 10 en fonction de la lecture de la revue Prescrire

	Lecture de Prescrire			TOTAL	p-value
	N	Oui	Non		
Participation aux "soirées labo"	134				0.008 (a)
Parfois		41 (41%)	19 (54%)	60 (45%)	
Régulièrement		17 (17%)	11 (31%)	28 (31%)	
Jamais		41 (41%)	5 (14%)	46 (34%)	
Confiance accordée à l'industrie	132				0.0002 (a)
Pas du tout confiance		57 (58%)	9 (26%)	66 (50%)	
Peu confiance		37 (38%)	16 (47%)	53 (40%)	
Relativement confiance		4 (4%)	8 (24%)	12 (9%)	
Totalelement confiance		0	1 (3%)	1 (0,75%)	
Importance du critère "indépendance"	132				6,31e-07 (a)
Pas important		1 (1%)	2 (6%)	3 (2%)	
Peu important		4 (4%)	12 (34%)	16 (12%)	
Important		46 (47%)	17 (49%)	63 (48%)	
Très important		46 (47%)	4 (11%)	50 (38%)	

N is the number of non-missing values

(a) Fisher's exact test.

Toutefois, ces valeurs n'ont pas été ajustées sur les autres variables. Cette absence d'ajustement est à prendre en compte dans l'interprétation des résultats.

V. DISCUSSION

A. Interprétation des résultats

1. Les différents modes de formation

Parmi les différentes façons de se former notre étude montre que la lecture de la presse médicale spécialisée reste un moyen très utilisé par les médecins généralistes puisque que 96% d'entre eux déclarent lire des revues.

Néanmoins ce résultat est à pondérer puisque seulement 29% des interrogés lisent régulièrement et plus de la moitié d'entre eux (56%) ne réalisent pas les tests de lecture qui se rapportent aux revues.

Or s'il paraît assez intuitif de dire que la lecture est bénéfique, en considérant qu'elle soit de qualité, c'est bien la réalisation des tests de lecture qui compte comme une formation médicale continue reconnue.

Les médecins semblent aussi se tenir informés des dernières recommandations officielles puisque 32% les consultent souvent (une fois par mois) et 24% régulièrement (plusieurs fois par mois).

On remarque que le fait d'exercer en MSP diminuerait la lecture de revue mais augmenterait la lecture de recommandations. Cela peut être dû à la diminution des temps seuls, propices à la lecture, et à l'inverse la recherche de recommandations serait stimulée par les échanges lors des temps communs (repas, réunions) mais aussi le partage des dossiers informatisés qui permet de « comparer » sa pratique et de l'évaluer à celle de ses collègues.

La participation aux FMC organisées par les organismes de FMC locaux ou nationaux sont également un mode de formation apprécié des médecins avec seulement 6% d'entre eux qui n'y participent jamais. En moyenne 1 à 3 journées de FMC sont suivies par an. Ce qui semble cohérent avec les programmes et le financement proposés actuellement puisque 21H par an et par médecin (qu'on peut répartir en 3 journées de 7H chacune) sont financées pour la formation.

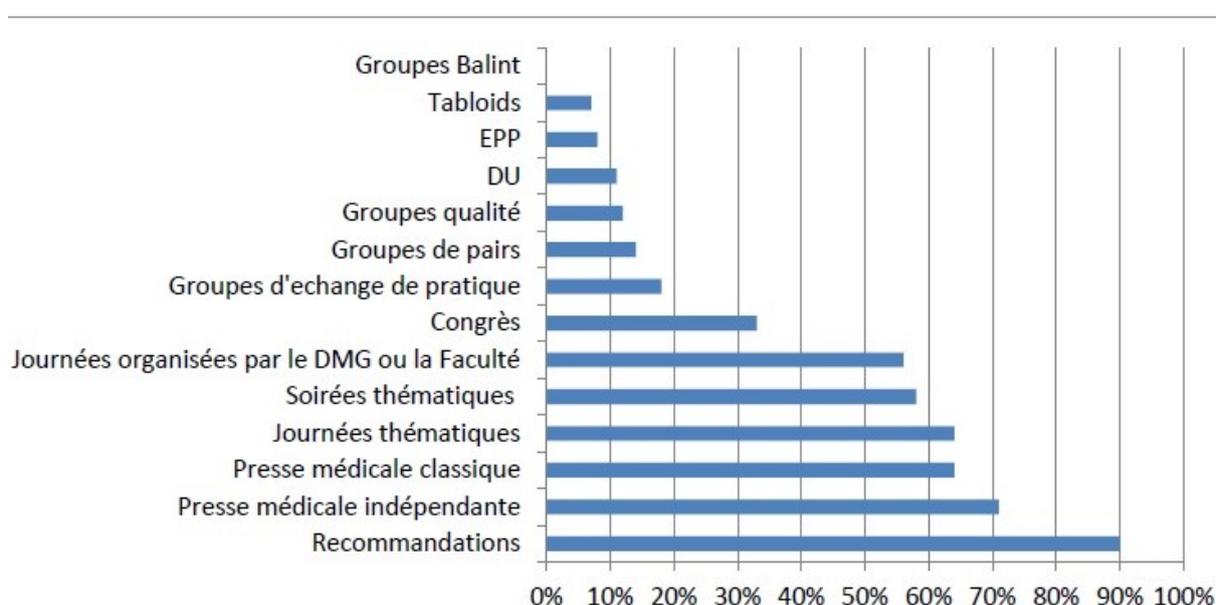
Ces FMC sont en très grande majorité présentiels, le e-learning, représentant pourtant un gain de temps, n'étant pas encore très présent chez les médecins généralistes.

Cela peut s'expliquer par son manque de convivialité et d'échange entre pairs, caractéristiques recherchées par les médecins (76% des médecins interrogés considèrent comme « important » ou « très important » la convivialité comme critère de choix, et l'échange entre pairs arrive en deuxième parmi les motivations qui poussent à se former).

Les autres modes de formation sont moins représentés avec seulement 10% d'inscription à un DU, et 53% qui participent à des GEP.

Ces résultats sont comparables à ceux retrouvés lors d'un travail mené en 2013 auprès de 141 jeunes médecins finissant juste leur formation initiale [18] :

Graphique 8 : Récapitulatif du taux de participation des jeunes médecins généralistes aux différents modes de FMC



Une autre étude de 2012 portant sur les critères de choix de FMC retrouvait également que les principaux moyens de formation étaient : internet, la lecture de la presse spécialisée et les FMC locales juste avant les réunions organisées par les laboratoires pharmaceutiques [17].

2. Les facteurs influençant le choix d'une formation

Différents travaux menés en 2014 et 2016 concluaient qu'il existe chez les médecins « un désir permanent de se former [...] que le principal moteur reste l'amélioration des pratiques » mais qu'« ils se heurtent à un manque de temps ou l'absence de reconnaissance des formations et de leur valorisation ». [15] [16]

Concernant les raisons qui poussent les médecins à se former notre étude retrouve que la mise à jour des connaissances et l'échange entre pairs sont les deux principales motivations des médecins interrogés.

Le manque de temps semble en être le frein principal, désigné en tout premier par la majorité des médecins, suivi par l'absence d'indemnisation et de reconnaissance.

Ce dernier résultat est étonnant puisque l'indemnisation comme critère de choix d'une formation n'est qualifiée « d'importante ou très importante » que par 49% d'entre eux et de « peu importante ou pas importante » par 52%.

Ce serait donc un frein mais pas un critère de choix pour autant.

Par reconnaissance et valorisation il faut peut-être comprendre ici la place que cette formation prend dans la pratique quotidienne ainsi que le point de vue des patients.

En effet le temps passé à se former est du temps en moins en consultation, nécessitant parfois la fermeture du cabinet, phénomène pas toujours bien accepté par les patients.

De plus, on peut imaginer que plus un praticien va être formé, plus il va passer du temps en consultation avec un patient, et donc potentiellement faire moins de consultation par jour.

Ainsi, et selon cette hypothèse, se former ne serait ni un gain de temps, ni un avantage financier pour le praticien, pas plus qu'une valeur ajoutée immédiate du point de vue du patient.

Parmi les autres raisons de choisir une formation, le thème abordé dans celle-ci semble être le plus discriminant, avec 98% des médecins qui le considère comme « important » ou « très important ».

Le lieu d'une formation, ainsi que sa qualité scientifique et pédagogique semblent aussi jouer des rôles majeurs. (88% pour le lieu, 97% pour la qualité scientifique et 87% pour la qualité pédagogique, total cumulé des réponses « important » et « très important »).

Ces données sont également comparables avec les résultats des travaux précédents, puisqu'en 2012 une étude retrouvait que les critères de choix d'une formation pour les médecins interrogés étaient principalement le contenu et le critère géographique devant l'indépendance de l'organisme et la convivialité. L'indemnisation arrivant en dernier [17].

Cette impression semble confirmée par une étude menée en 2016 à Montpellier concernant la formation prescrite où parmi les critères de choix d'une formation, le lieu et le thème semblaient importants pour la plupart des médecins interrogés [16].

3. Les différences selon les groupes

a) La formation en fonction de la zone d'exercice

Ce travail avait pour objectif principal de comparer la formation médicale continue des médecins généralistes entre milieu urbain et milieu rural.

Malheureusement, peu de résultats significatifs ont été retrouvés : soit parce qu'il n'y a effectivement pas beaucoup de différence entre les deux groupes, soit parce que les échantillons étaient trop petits.

Néanmoins, parmi les différences significatives on retrouve la confiance accordée par les médecins aux différentes sources.

En effet les médecins du groupe rural feraient quatre fois plus confiance aux organismes de formation que les médecins du groupe urbain, à caractéristiques de population égales. A l'inverse, ils feraient 0.29 fois moins confiance aux industries pharmaceutiques que leurs confrères urbains.

La complexité du système informatique, c'est-à-dire, l'inscription mais aussi la recherche de formation et la compilation des traces d'apprentissage sur *mondpc.fr* semble également poser deux fois plus de problème aux médecins de campagne (OR=2.53 et $p=0.020$).

Cela peut venir du fait qu'en plus des actions de FMC indemnisées par l'état, trouvables sur le site *mondpc.fr*, ils existent d'autres actions, financées par des fonds annexes, qui parfois contactent les médecins par mail, ou encore par courrier, tout cela ajoutant un facteur confusiogène à l'ensemble.

Enfin, on s'étonne que le lieu ne représente pas un critère influençant le choix d'une formation plus important pour les médecins ruraux. En effet 87% des médecins urbains considèrent le lieu comme un critère « important » ou « très important » contre 89% des médecins ruraux. Cette différence n'est donc pas significative.

Il a été retrouvé peu de littérature existante comparant ces deux groupes au sujet de leur formation. Seule une étude menée à Angers en 2013 auprès de jeunes médecins généralistes semblait retrouver une différence entre zone rurale et zone urbaine concernant la participation aux méthodes d'EPP sans que cela soit statistiquement significatif notamment concernant les GEP [18]. Notre étude n'a pas mis en évidence de différence significative à ce niveau.

b) Les médecins enseignants

Cette étude montre que le fait d'être un généraliste enseignant modifie la formation de manière significative à plusieurs niveaux.

La lecture de revue semble trois fois plus fréquente chez les enseignants ($OR=3.36$ et $p=0.0019$).

De plus, parmi les revues lues, la revue « Exercer » est beaucoup plus présente dans le groupe des médecins enseignants. Cela peut s'expliquer par le fait que le CNGE (collège des généralistes enseignants) est à l'origine de la revue.

D'une manière générale, on note que les généralistes enseignants sont plus attirés par la lecture des revues financièrement indépendante.

En revanche à la limite de la significativité ($p=0.06$) les enseignants seraient des lecteurs moins assidus des recommandations ($OR=0.49$), celles-ci étant peut être transmises par les étudiants qu'ils encadrent. L'enseignement devenant donc un moyen de formation en tant que tel, par transmission réciproque de connaissances entre le médecin et l'étudiant.

Ils participeraient quatre fois plus aux journées de FMC et environ six fois plus aux congrès et aux GEP.

Enfin, ils feraient moins confiance à l'industrie pharmaceutique ($OR=0.28$) et recevraient moins les visiteurs médicaux à leur cabinet ($OR=0.27$), néanmoins sans que cela influe sur leur participation aux soirées organisées par eux puisque les différences sont non significatives.

Peut-on conclure de toutes ces données que les médecins enseignants se forment plus ? Ce n'était pas la question de cette thèse, on ne peut donc pas répondre formellement, mais ils se forment manifestement différemment, sans qu'un lien de causalité puisse être établi.

c) L'influence de l'installation

De manière significative on remarque que le fait de se retrouver entre pairs pour échanger ainsi que la convivialité d'une formation sont des facteurs trois fois plus importants pour les médecins installés depuis plus de vingt ans.

En revanche ces médecins participeraient légèrement moins aux FMC présentielle après les cinq premières années d'installation puisque l'OR est de 0.42.

L'étude menée en 2013 auprès des jeunes médecins retrouvaient que les médecins remplaçants (69.5%) participaient plus aux FMC que les médecins installés (35%) résultat significatif avec $p = 0.009$ [18].

Les premières années de l'installation auraient donc un effet négatif sur la participation aux journées de FMC peut être à cause du côté chronophage et de la difficulté du jeune installé à répartir son temps entre le soin et ses activités annexes, dont fait partie la formation.

Concernant la confiance accordée aux différentes sources, ils feraient un peu moins confiance à la presse et aux universités par rapport aux autres médecins installés depuis moins longtemps (OR=0.38 pour la presse et 0.32 pour les universités) mais trois fois plus confiance aux laboratoires avec un OR= 3.04.

Cela peut s'expliquer par l'importance de l'indépendance enseignée depuis quelques années dans les facultés, et les résultats des études confirmant l'influence des visiteurs médicaux [19]. Deux enseignements dont n'ont peut être pas pu autant bénéficier les médecins plus âgés.

4. La place de l'industrie pharmaceutique

On constate que l'industrie pharmaceutique est encore très présente auprès des médecins généralistes puisque 64% des médecins déclarent assister à des soirées organisées par elle (dont 20% régulièrement) et 26% d'entre eux reçoivent régulièrement les visiteurs médicaux à leur cabinet.

Il est intéressant de noter qu'après ajustement aucune différence significative n'a été retrouvée entre les différents groupes concernant la participation des médecins aux soirées organisées avec les laboratoires, ce qui signifie qu'aucune des caractéristiques recrutées via le questionnaire ne permet d'expliquer leur présence à ces soirées.

En revanche la confiance accordée à ces mêmes industries serait légèrement moins importante dans le groupe rural avec un RO de 0.29 et $p = 0.016$.

Enfin, en croisant certains résultats on retrouve que parmi les lecteurs de revues médicales, il semblerait que ceux qui lisent « Prescrire » seraient plus indépendants envers l'industrie pharmaceutique. En effet, de manière significative, ils participeraient moins aux soirées organisées par celle-ci, ils lui feraient moins confiance et le caractère indépendant semblerait plus important à leurs yeux.

Cependant cette analyse n'a pas été ajustée sur les autres caractéristiques, cela signifie qu'on ne peut pas ici affirmer que c'est le fait de lire Prescrire qui les rend plus indépendants.

5. L'évolution de la formation

En 2004, la formation médicale continue des médecins généralistes du Rhône avait déjà fait l'objet d'un sujet de recherche pour l'obtention d'un doctorat en médecine. Ce travail s'intéressait également aux différents moyens de formation et aux facteurs qui l'influençaient [20].

Le tableau suivant reprend les principales données de l'étude de 2004 et les compare avec les résultats retrouvés par notre étude :

Tableau 13 : Comparaison des données entre 2004 et 2017

	2004	2017
Lecture	96.4%	96%
Revue la plus lue	Prescrire (39% des abonnements)	Prescrire (lue par 71% des interrogés)
Visite médicale	83.4% (2ème position)	57%
Soirée labo	74%	64%
GEP	16.5%	53%
FMC	65.5%	94%
Différence zone urbaine / rurale	Aucune significative	Confiance envers organismes de FMC et laboratoires
Influence de l'enseignement	Moins de visite médicale	Moins de visite médicale, plus de FMC et plus de GEP
Lien avec la lecture de Prescrire	Plus de FMC, moins de visite médicale, moins de soirées labo	Importance de l'indépendance d'une formation

On constate donc qu'en treize années, si la place de la lecture reste importante et quasiment identique, celle des actions de FMC a nettement progressé, quand celle de l'industrie pharmaceutique dans la formation a littéralement chuté notamment en ce qui concerne la visite médicale au cabinet.

Le fait d'être médecin enseignant et l'influence de la lecture de la revue Prescrire semble être du même ordre, sans que cette dernière puisse être comparée de manière précise car n'étant pas mesurée de la même manière dans les deux études.

6. Les pistes d'amélioration

a) Evaluer ses besoins de formation

Nous avons vu que le thème d'une formation était un critère primordial dans le choix de celle-ci et que les médecins interrogés avaient tendance à s'orienter vers un sujet sur lequel ils ressentaient un manque de connaissances théoriques, ou qui leur avait posé problème lors d'une consultation.

Par ailleurs l'étude menée en 2012 dans la région Centre montrait que les médecins interrogés ne semblaient pas avoir de stratégie d'évaluation concernant leurs besoins en formation puisque 71% d'entre eux choisissaient le thème par intérêt et 40% d'entre eux implicitement [17].

Plusieurs études randomisées contrôlées évaluées par un audit, ont montré que les formations seraient plus efficaces sur un thème que les médecins n'auraient pas choisi [21].

Nos résultats nous montrent également que si globalement les médecins interrogés sont plutôt satisfaits des formations proposées pour 68% d'entre eux, 56% seraient favorables, voire très favorables (20%) à la mise en place d'un outil permettant de déterminer au mieux leur besoin de formation, comme il en existe au Québec par exemple (annexe 2).

En France depuis les années 1990 et jusqu'en 2004 des outils ont été développés par les syndicats et organismes de formation, tel que le « Bilan professionnel personnalisé » (BPP) par l'UNAFORMEC [7], le « Bilan de compétence » de MGform, et les STEP (Situation et test d'évaluation et de performance) de l'ACFM (Association confédérale pour la formation médicale) [8], outils qui permettaient à la manière d'un audit, d'analyser les compétences, les connaissances mais aussi la pratique quotidienne du médecin.

Mais ces outils n'ont jamais été mis en application pour raisons diverses.

Un tel dispositif pourrait donc être efficace et apprécié des médecins afin de s'auto évaluer et choisir au mieux leur formation.

b) La recertification

Cette étude retrouve que 67% des médecins interrogés se disent favorables à un mode de recertification quand 85% des français seraient en faveur d'un tel dispositif [10].

Néanmoins ces avis ont été donnés sans que les modalités d'un tel dispositif aient été décrites aux interrogés.

En 2016 le conseil national de l'ordre des médecins affirmait son intention de « renforcer la formation médicale continue par la recertification », en introduisant le principe d'une recertification périodique, tous les six ans [22].

Gérée par les conseils de l'ordre elle serait basée sur le DPC du médecin mais aussi sur l'analyse de son activité, la répartition de son activité et un système de portfolio informatique recueillant les traces d'apprentissage, à l'image de celui demandé pour la validation du DES de médecine générale.

La non-recertification entrainerait une proposition de mise à niveau sans sanction et des bonus de rémunération pourraient être attribués en cas de formation effectuée [22].

En 2017, cette volonté du CNOM a été réaffirmée en mettant l'accent sur l'importance du territoire, et de l'évaluation par des pairs, sans examen théorique. La recertification n'est pas décrite comme une contrainte mais comme une avancée [23].

Sans préciser les modalités, l'ensemble des acteurs de santé semblent donc favorables à la mise en place d'un dispositif de recertification.

Cependant, cela semblant être le cas depuis 2004 [3] on s'interroge sur la faisabilité de son application dans un avenir proche.

B. Limites de l'étude

1. L'absence de critère de jugement principal

Cette étude descriptive avait pour but d'explorer la formation médicale continue des médecins. Ainsi elle comparait deux groupes, urbain et rural dans leur globalité.

L'avantage est que cette manière de les comparer a permis de dégager plusieurs tendances, similitudes et différences, et de donner une vision globale et étendue de cette formation.

A l'inverse, l'absence d'un critère de jugement principal, critère unique dans la comparaison des deux groupes, représente un risque d'inflation du risque alpha : cela signifie que la probabilité de trouver au moins un résultat statistiquement significatif de manière totalement aléatoire augmente avec le nombre de comparaisons réalisées.

A partir de cette étude on ne peut donc pas conclure formellement quant à une différence nette entre rural et urbain.

Une étude prenant comme critère de jugement principal un des résultats qui semble significatif (par exemple la confiance accordée aux industries pharmaceutiques) serait nécessaire pour permettre d'affirmer qu'il existe ou non une différence entre les deux groupes.

2. Biais de confusion

Du fait de l'absence de biais de confusion décrit dans la littérature, les ajustements pour les comparaisons des deux groupes ont été faits avec « bon sens ».

Cela n'élimine pas de possible biais de confusion qui serait inconnus.

C'est-à-dire des caractéristiques ou des variables autres que « urbain / rural » qui expliqueraient les différences retrouvées entre les deux groupes, mais qui n'auraient pas été relevées dans le questionnaire initial.

3. Biais de sélection

La méthode de diffusion du questionnaire n'a permis de recruter qu'un petit nombre de réponses (146 au total), notamment en ce qui concerne le groupe rural (29 répondants) ce qui pose un problème de représentativité par rapport à la population générale et qui limite la puissance de l'étude.

Cependant diversifier le mode de diffusion a permis de panacher l'échantillon, en touchant à la fois des zones rurales et des zones urbaines, tout en recevant un taux de réponse acceptable (11.6%).

Par ailleurs, il est important de noter que la notion d'exercice rural ou urbain de la médecine a été ici défini par la rapidité d'accès à un centre hospitalier (hors hôpital local), en l'occurrence moins ou plus de trente minutes.

En effet les références de l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques), qui définit une unité urbaine par « une zone de bâti continue d'au moins 2000 habitants » et l'espace rural comme l'espace « qui n'appartient pas à l'espace à dominante urbaine » [24] n'ont semblées ni appropriées ni facilement compréhensibles pour les médecins interrogés.

Néanmoins, cette limite « arbitraire » des trente minutes est fréquemment retrouvée dans la littérature, en termes de démographie médicale et d'accessibilité aux soins. Elle nous a donc paru pertinente.

Nom, prénom du candidat : PROTON Pauline

VI. CONCLUSION

La formation médicale continue des médecins, obligatoire et admise par la majorité d'entre eux, se décline sous plusieurs formes.

Ce travail avait pour objectif de décrire cette formation dans la région Rhône-Alpes tout en la comparant entre les zones d'exercice rural et urbain.

L'analyse des 140 questionnaires inclus dans notre étude a permis de retrouver que la lecture de revue de presse médicale, et les formations présentielles organisées par les organismes de FMC sont des moyens de formation encore très utilisés par les médecins généralistes.

De manière comparable avec la littérature existante cette étude retrouve que le manque de temps semble être le frein le plus important à la formation, quand la mise à jour des connaissances et l'échange entre pairs semblent en être les motivations les plus fortes.

Le lieu d'une formation et son contenu semblent être quant à eux les critères majeurs du choix de celle-ci.

Concernant les différences entre les milieux ruraux et urbains les seuls résultats significatifs portent sur la confiance accordée envers les organismes de FMC qui semblent être plus importante chez les médecins ruraux que chez les médecins urbains. A l'inverse celle accordée aux industries pharmaceutiques semblent moins importante chez les médecins ruraux que chez leurs confrères des villes.

Par ailleurs, la complexité du système de DPC informatisé semble être un frein à la formation plus important pour les médecins ruraux que pour les médecins urbains.

Outre ces deux aspects, des tendances se sont dessinées, ouvrant certaines pistes qu'il serait nécessaire d'explorer par de futurs travaux afin de confirmer ces impressions.

Parmi elles, le fait d'être un médecin enseignant modifierait la façon de se former, et la lecture de la revue « Prescrire » semblerait être en lien avec l'indépendance d'un médecin vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique.

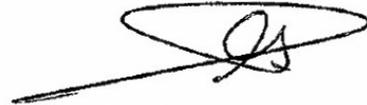
Enfin, il est intéressant de noter qu'un outil permettant aux médecins d'évaluer leurs besoins en formation seraient souhaité par 76% des interrogés et que 67% des médecins seraient favorables à un mode de recertification des médecins généralistes. Deux idées, qu'il serait intéressant d'explorer à une échelle nationale afin d'envisager de les mettre en place.

Le Président de la thèse,

Nom et Prénom du Président

Signature

Dr Jean-Pierre DUBOIS



Vu :
Pour Le Président de l'Université
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est

Professeur Gilles RODE



Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 11 OCT. 2017

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Code de déontologie de médecine ; Article 11 ; Ressource électronique disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
- [2] L'obligation de formation médicale continue : Historique, état des lieux et perspective ; Conseil national de la formation continue des médecins hospitaliers. Juin 2005. Ressource électronique disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/diapos_fmcp.pdf
- [3] MATILLON Yves ; Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles médicales ; Rapport de mission commandé par le ministère de la santé Mars 2006 ; 143p. Ressource électronique disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000226.pdf>
- [4] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 du ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ; article 59 ; Ressource électronique disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
- [5] Loin° 2016-41 du 26 janvier 2016 du ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes sur la modernisation de notre système de santé ; Article 114 ; Ressource électronique disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
- [6] Chevrier-Fatome C. Le système de santé en Angleterre. Rapport de l'inspection générale des affaires sociales N° 2002-105. Juin 2002 ; Ressource électronique disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000090.pdf>
- [7] Drahi E, Crapier JJ, Colombier P. Le bilan professionnel personnalisé : Comment évaluer sa pratique. La revue du praticien de médecine générale. 11 Octobre 2004. Tome 18 (N° 664/665) 1071-1072
- [8] Certain MH, Perin Ale. Le bilan de compétence : Comment évaluer sa pratique professionnelle. La revue du praticien de médecine générale. 11 Octobre 2004. Tome 18 (N° 664/665) 1073-1074
- [9] Outils STEP de l'ACFM ; Ressource électronique disponible sur <http://acfm.stepeval.com>

- [10] Etude Odoxa Février 2017. La plupart des Français favorables à une recertification de leur médecin traitant. Le généraliste.fr. Février 2017. Ressource électronique disponible sur : https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2017/02/27/la-plupart-des-francais-favorables-a-une-recertification-de-leur-medecin-traitant_309630
- [11] BRAS Pierre-Louis, DUHAMEL Gilles, Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins, IGAS, Rapport N°RM2008-124P; Novembre 2008. 58p. Ressource électronique disponible sur : <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article54>
- [12] Bertrand DEUMIE, Philippe GEORGES ; Contrôle de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu et évaluation du développement professionnel continu des professionnels de santé - IGAS, Rapport N°2013-126R ; Avril 2014. 123p. Ressource électronique disponible sur : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2013-126R_controle_OGDPC.pdf
- [13] JAKOUBOVITCH Steeve, BOURNOT Marie-Christine, CERCIER Elodie, TUFFREAU François ; Les emplois du temps des médecins généralistes ; DREES Etudes et résultats N°797 ; Mars 2012. Ressource électronique disponible sur : <drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf>
- [14] Missions accomplies 2012-2016, OGDPC Juin 2016 p 10-11. Ressource électronique disponible sur : <https://www.mondpc.fr/organismes/publications>
- [15] DIESCE Aude. Point de vue des médecins généralistes sur la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles lors de la mise en place du développement professionnel continu entre 2011 et 2014. [Thèse d'exercice] Paris 6, France. Université de médecine Pierre et Marie Curie . 2015.
- [16] LAURES Pierre. Déterminants de la participation à une formation médicale continue associative présentielle en médecine générale [Thèse d'exercice] Montpellier, France. Université de Montpellier ; 2016. Ressource électronique disponible sur : <http://www.biu-montpellier.fr/florabium/jsp/nomem.jsp?NOMEM=2016MONT1168>
- [17] VANDERMEER A. Critères de choix et stratégies d'évaluation des besoins de formation médicale continue : une enquête transversale descriptive sur un échantillon de médecins généralistes de région centre [Thèse d'exercice] Tours, France : Université François Rabelais. 2012. Ressource électronique disponible sur : http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/2012_Medecine_VanderMeerAlix.pdf

- [18] BENYAHIA Linda. Les facteurs influençant le choix des modalités de formation médicale continue des jeunes médecins généralistes. Enquête auprès de trois promotions issues de l'université d'Angers. [Thèse d'exercice] Angers, France : Université de médecine d'Angers ; 2013. Ressource électronique disponible sur : <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20075982/2013MCEM1671/fichier/1671F.pdf>
- [19] Darmon, D., Belhassen, M., Quien, S., Langlois, C., Staccini, P. & Letrilliart, L. Facteurs associés à la prescription médicamenteuse en médecine générale : une étude transversale multicentrique. 2015. *Santé Publique*, vol. 27, (3), 353-362. Ressource électronique disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-3-page-353.htm>.
- [20] MARCELIN Blandine. Quelle formation pour les médecins généralistes après la faculté ? Etude sur les pratiques de formation des médecins généralistes du Rhône. [Thèse d'exercice] Lyon, France : Université de médecine de Lyon Nord ; 2004. Ressource électronique disponible sur le sudoc après authentification.
- [21] Sibley JC, Sackett D, Neufled V, Gerrard B, Rudnick V, Fraser W. A Randomized trial of continuing medical education. *New england journal of medicine*. 4 Mars 1982. Tome 306 ; 511-515. Ressource électronique. Résumé en anglais disponible sur : <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM198203043060904>
- [22] Livre Blanc du conseil national de l'ordre des médecins. Pour l'avenir de la santé : De la grande consultation aux propositions. Janvier 2016. Ressource électronique disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr>
- [23] Livre Blanc du conseil national de l'ordre des médecins. Construire l'avenir à partir des territoires : La réforme voulue par les médecins. Janvier 2017. Ressource électronique disponible sur : <https://www.conseil-natoinal.medecin.fr>
- [24] Unité urbaine. Site de l'Institut national de la statistique et des études économiques. Ressource électronique disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1501>

VIII. ANNEXES

1) QUESTIONNAIRE de THESE : LA FORMATION MEDICALE CONTINUE DES MEDECINS GENERALISTES EN RHONE ALPES

Bonjour, ce questionnaire fait partie d'un travail de thèse qui a pour objectif de décrire votre formation médicale continue : Quelle est-elle ? Sur quels critères la choisissez-vous ? Existe-t-il des différences entre les milieux urbain et rural ? Toutes les réponses seront anonymes.

PREMIERE PARTIE : A QUEL TYPE DE FORMATION PARTICIPEZ-VOUS ?

- 1) Lisez-vous des revues médicales
 - a. Régulièrement (tous les numéros)
 - b. Souvent (presque tous les numéros)
 - c. Parfois
 - d. Jamais

- 2) Parmi la liste proposée cocher les revues que vous lisez
 - a. Exercer
 - b. La revue du praticien
 - c. Prescrire
 - d. Le généraliste
 - e. Le quotidien du médecin

- 3) Faites-vous les tests de lecture qui y correspondent ?
 - a. Oui
 - b. Non
 - c. Parfois

- 4) Lecture de recommandations sur les sites internet officiels (HAS, SFMG)
 - a. Régulièrement (plusieurs fois par mois)
 - b. Souvent (environ 1x par mois)
 - c. Parfois (< 1 fois par mois)
 - d. Jamais

- 5) Participation à des journées FMC organisées par un organisme de DPC
- Régulièrement (>2 / an)
 - Souvent (1-2x/an)
 - Parfois (< 1x/an)
 - Jamais

Nombre de journée FMC effectuée sur l'année 2016 : --

- 6) Parmi ces FMC, sont-elles majoritairement
- Présentielles
 - Non-présentielles (sur internet)
 - Les deux
- 7) Participez-vous à des réunions organisées par des laboratoires pharmaceutiques
- Régulièrement
 - Parfois
 - Jamais
- 8) Participez-vous à des congrès
- Régulièrement
 - Parfois
 - Jamais
- 9) Participez-vous à des groupes d'échange entre pairs ou des groupes d'échanges de pratiques ?
- Régulièrement
 - Parfois
 - Jamais
- 10) Etes-vous inscrit à un DU ou DIU ? :
- Oui
 - Non
- 11) Recevez-vous les visiteurs médicaux :
- Régulièrement
 - Parfois
 - Jamais

DEUXIEME PARTIE : QUELS SONT LES FACTEURS INFLUENCANTS VOTRE FORMATION

12) Parmi ces différents critères, indiquez pour chacun son importance dans le choix d'une formation: (très important / Important / Peu important / Pas important)

- a. Lieu / Proximité géographique
- b. Thèmes abordés / Contenu
- c. Qualité scientifique / Expertise
- d. Indemnisation
- e. Convivialité
- f. Qualité pédagogique
- g. Organisme de formation / Indépendance

13) Concernant la qualité d'une information / formation, quelle confiance accordez-vous à ces différentes sources (Totalement confiance / Relativement confiance / peu confiance / pas du tout confiance)

- a. Organisme de FMC
- b. Université
- c. Congrès
- d. Presse écrite
- e. Internet
- f. Laboratoire

Pour les 3 questions suivantes, merci de hiérarchisez par ordre croissant chaque proposition: n'attribuez qu'une seule fois chaque valeur

14) Concernant le choix du thème d'une formation, vers quels sujets avez-vous tendance à vous orienter ? Classez-les de 1 à 5, du plus attirant (1) au moins attirant (5):

- a. Des sujets que je connais bien, pour les approfondir
- b. Des sujets qui m'intéressent pour leur nouveauté
- c. Des sujets qui m'ont posé problème en consultation
- d. Des sujets pour lesquels je ressens un manque de connaissance
- e. Des sujets choisis instinctivement en fonction du programme proposé

- 15) Concernant vos motivations, quelles sont les raisons qui vous poussent à participer à une formation ? Classez-les de 1 à 4 de la plus importante (1) à la moins importante (4):
- Mise à jour des connaissances et de la pratique
 - Pause dans la pratique quotidienne
 - Elargir et entretenir son réseau
 - L'importance de se retrouver entre pair, d'échanger, de se soutenir
- 16) Parmi ces freins possibles à la formation, classez les de 1 à 6, du plus important (1) au moins important (6)
- Manque de temps
 - Manque de reconnaissance
 - Pas assez indemnisé
 - Aucun système de contrôle des autorités
 - Lassitude des réformes successives
 - Complexité du système informatisé
- 17) Globalement, êtes-vous satisfait de la formation médicale continue proposée actuellement, tout mode confondu :
- Très satisfait
 - Plutôt satisfait
 - Plutôt insatisfait
 - Très insatisfait
- 18) Seriez-vous favorable à la mise à disposition d'un outil d'auto-évaluation de vos besoins en formation ? (Ex: auto-test de connaissance ou d'évaluation des pratiques, qui serait disponible en ligne sur le site du DPC):
- Tout à fait favorable
 - Plutôt favorable
 - Plutôt Défavorable
 - Très défavorable
- 19) Seriez-vous favorable à un mode de recertification comme il en existe au Québec (obligation de participation à des FMC) ou en Grande-Bretagne (revalidation tous les 5 ans par un système d'évaluation associant formation continue et EPP par des pairs):
- Tout à fait favorable
 - Plutôt favorable
 - Plutôt défavorable
 - Très défavorable

TROISIEME PARTIE : DESCRIPTION DE VOTRE ACTIVITE

20) Etes-vous :

- a. Un homme
- b. Une femme

21) Age : Avez-vous

- a. < 40 ans
- b. 40-50 ans
- c. 50-60 ans
- d. > 60 ans

22) Durée d'installation : Vous êtes installé depuis

- a. < 5 ans
- b. 5 - 20 ans
- c. > 20 ans
- d. Activité de remplaçant uniquement

23) Définiriez-vous votre activité comme :

- a. Urbaine (< 15 minutes d'un CH (hors hôpital de proximité / hôpital local))
- b. Semi-rurale (15-30 minutes)
- c. Rurale (> 30 min)

24) Exercez-vous

- a. Seul
- b. En cabinet de groupe
- c. En maison de santé pluridisciplinaire

25) Avez-vous une activité d'enseignant (cours, maitre de stage, directeur de thèse)

- a. Oui
- b. Non

Ce questionnaire est maintenant terminé, nous vous remercions d'y avoir répondu, vos réponses ont bien été transmises.

2) PLAN D'AUTOGESTION DU DPC (PADPC) FOURNIS PAR LA FEDERATION DES MEDECINS OMNIPRATICIENS DU QUEBEC (FMOQ)



1^{er} juillet 20[] au 30 juin 20[]

PADPC-FMOQ Plan d'autogestion de développement professionnel continu de la FMOQ

Version électronique disponible au www.fmoq.org

IDENTIFICATION

Nom : _____ Prénom : _____

N° de permis : _____ Date : _____

Le PADPC-FMOQ comprend six étapes, partant de l'établissement du profil (sur le diagramme circulaire) jusqu'à l'évaluation.



1. PROFIL professionnel – « Je trace mon profil, élément de base de mon PADPC. »

PROFIL individuel

Lieux de pratique : _____

Type d'activité : _____

Champs d'exercice : _____

Champs d'intérêt : _____

Profil de ma clientèle : _____

Profil de prescription : (si jugé utile) _____

PROFIL collectif (pratique de groupe) : (si applicable)

Sur le site Web de la FMOQ, au www.fmoq.org, le chemin suivant vous mènera à une liste d'outils pour vous aider à établir votre profil individuel et collectif. Cliquez sur : Formation professionnelle > Politiques et formulaires > Formulaires > PADPC-FMOQ : Documents et annexes.



2. BESOINS – « Je détermine mes besoins, en lien avec mon profil. »

Remarque : il convient de distinguer un besoin d'un intérêt.

Exemples :

« J'ai peu d'intérêt pour les troubles locomoteurs, mais j'éprouve des difficultés à traiter les entorses (stimulus) au service de consultation sans rendez-vous. J'ai donc un **besoin** à combler, mais j'éprouve peu d'intérêt spontané. »

« Je travaille dans une ville-dortoir auprès d'une clientèle jeune. Ai-je des **besoins** potentiellement plus grands en pédiatrie ? Cela m'intéresse-t-il ? » (**intérêt**)

« À la lumière des éléments pertinents de mon profil, quels sont mes besoins individuels ou collectifs ? » (*Mes besoins viennent de stimulus quotidiens, tels que des cas difficiles, des plaintes, une révision de dossier, etc. Ils se reflètent dans mon profil.*)

Besoins individuels :

Besoins collectifs (pratique de groupe) : (si applicable)

Les compétences transversales que tout médecin doit maîtriser à des degrés variables figurent dans le tableau suivant.

Compétences transversales : C C E G E P P CanMEDS « Canadian medical education directives for specialists », modèle adopté par la FMOQ pour les omnipraticiens.
Communication : À titre de communicateurs, les médecins assurent le bon déroulement de la relation médecin-patient et des échanges dynamiques qui se produisent avant, pendant et après la consultation médicale.
Collaboration : À titre de collaborateurs, les médecins travaillent avec efficacité au sein d'une équipe soignante afin d'offrir des soins optimaux aux patients.
Expertise médicale : À titre d'experts médicaux, les médecins intègrent tous les rôles CanMEDS en utilisant leurs connaissances médicales et leurs compétences cliniques et en faisant preuve de professionnalisme dans la prestation de soins centrés sur le patient. Le rôle d'expert médical est au centre du cadre CanMEDS.
Gestion : À titre de gestionnaires, les médecins contribuent pleinement au fonctionnement des organismes et du système de soins de santé en y instaurant des méthodes durables et en y affectant les ressources de façon appropriée.
Érudition – Savoir : À titre de scientifiques, les médecins appliquent leur vie durant les principes de l'apprentissage réflexif et attachent de l'importance à acquérir des connaissances médicales, à les diffuser, à les appliquer et à les transmettre aux patients.
Promotion de la santé : À titre d'intervenants en santé, les médecins se servent de leur expertise et de leur influence pour améliorer la santé et le mieux-être des patients, des collectivités et des populations.
Professionnalisme : À titre de professionnels, les médecins contribuent à la santé et au mieux-être des gens et de la société en appliquant des règles d'éthique dans leur pratique, en respectant les règlements établis par la profession (code de déontologie) et en adoptant des comportements très rigoureux.

Adapté de: Frank JR (réd.). Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins. Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ; 2005.



3. OBJECTIFS – « Je me fixe des objectifs pour combler mes besoins. »

Cette année :

- Quelles sont les questions auxquelles je voudrais répondre ?
- Quels sont les problèmes que j'aimerais résoudre ?
- Quelles sont les difficultés que je voudrais surmonter ?

Verbes à privilégier dans la rédaction de vos objectifs : actualiser, améliorer, approfondir, conforter, maintenir à jour, maximiser, optimiser, parfaire, perfectionner, réviser.

Exemples :

« Améliorer la communication avec mes patients récriminateurs. »

« Réviser l'évaluation de l'anémie. »

Mes trois objectifs prioritaires sont :

1. _____
2. _____
3. _____



4. PLANIFICATION – « Je choisis des activités d'apprentissage pour atteindre mes objectifs. »

Exemples :

« Je m'inscris à un congrès sur l'endocrinologie. Je discute avec un expert. Je lis le prochain numéro du *Médecin du Québec* sur le traitement du diabète. »

« Je m'inscris au prochain atelier qui traite du patient difficile. »

Mes trois activités prioritaires sont :

1. _____
2. _____
3. _____

Autres activités :

Sur le site Web de la FMOQ, au www.fmoq.org, le chemin suivant vous mènera à une liste d'outils pour vous aider à établir vos objectifs et votre plan d'action. Cliquez sur : Formation professionnelle > Politiques et formulaires > Formulaires > PADPC-FMOQ : Documents et annexes.

Calendrier des congrès thématiques de la FMOQ au www.fmoq.org sous l'onglet Formation professionnelle > Activités de formation



Formation en ligne au www.fmoq.org sous l'onglet Formation professionnelle > Activités de formation

Le *Médecin du Québec* au www.fmoq.org sur la page d'accueil du site.

Calendrier des activités d'organismes agréés en formation au Québec : www.cemcq.qc.ca/fr/index_activites_calendrier.cfm

PROTON Pauline : La formation médicale continue des médecins généralistes en Rhône-Alpes : Description et comparaison entre milieu urbain et rural par enquête quantitative auprès de 140 médecins généralistes.

Nombre de feuilles : 73 ; Tableaux : 13 ; Figures : 8

Thèse de Médecine : Lyon 2017 ; N°366

RESUME :

Introduction : La formation médicale continue (FMC) des médecins généralistes est une obligation déontologique, éthique et légale. Depuis la loi de 2009 et l'introduction de la notion de développement professionnel continu (DPC) ses modalités n'ont cessé d'évoluer. Notre objectif principal était de comparer cette formation entre les milieux urbain et rural et de dresser un état des lieux de celle-ci auprès des médecins généralistes de Rhône-Alpes.

Matériel et méthodes : Nous avons mené une enquête quantitative auprès de 1250 médecins généralistes installés en Rhône-Alpes entre le 30 mars et le 30 mai 2017. Il s'agit d'une étude transversale descriptive réalisée à partir d'un questionnaire informatisé diffusé par courrier électronique. Seuls les médecins remplaçants étaient exclus.

Résultats : Parmi les 140 questionnaires inclus (taux de réponse 11.6%), les deux moyens de formation les plus utilisés sont la lecture de revues médicales pour 96% des médecins interrogés et les formations présentiels pour 94% d'entre eux. Le thème d'une formation et le lieu de celle-ci semblent en être les critères de choix les plus importants. La mise à jour des connaissances et l'échange entre pairs sont les motivations premières quand le manque de temps en est le frein le plus important.

De manière significative, par rapport aux médecins du groupe urbain les médecins du groupe rural semblent faire davantage confiance aux organismes de FMC (OR=4.03 p=0.005) et moins confiance à l'industrie pharmaceutique (OR=0.29 p=0.016). La complexité qu'entraîne l'informatisation de la gestion de son DPC est un frein plus important pour les médecins ruraux (OR=2.53 p=0.020).

Conclusion : Peu de différences significatives entre les milieux urbain et rural ont émergé de notre étude en lien avec la petite taille des échantillons. Si les moyens de formation restent les mêmes, leur importance semble s'être modifiée depuis les 13 dernières années, notamment en ce qui concerne la place de l'industrie pharmaceutique. Le fait d'être enseignant, l'installation, et la lecture de la revue « Prescrire » sembleraient également influencer sur la FMC des médecins. L'élaboration d'un mode de recertification semble être une piste d'évolution future.

Mots-clés : Formation médicale continue, Développement professionnel continu, Milieu urbain, Milieu rural Lecture de revue médicale, Industrie pharmaceutique

JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Pierre DUBOIS

Membres : Monsieur le Professeur Yves MATILLON

Monsieur le Professeur Luc THOMAS

Monsieur le Docteur Christophe PIGACHE

Monsieur le Docteur Francis PELLET

DATE DE SOUTENANCE : Mardi 7 Novembre 2017

Adresse de l'auteur : pauline.proton@gmail.com
