

Études et Résultats

drees



N° 708 • octobre 2009

Les pratiques en médecine générale dans cinq régions : formation médicale continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations de bonne pratique

La troisième vague d'enquête sur les pratiques et conditions d'exercice en médecine générale menée en 2008 auprès d'un panel de praticiens dans cinq régions s'intéresse à leur participation à la formation médicale continue (FMC), à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et à l'utilisation des recommandations de bonne pratique (RBP) avant la réforme prévue par la loi du 21 juillet 2009 dans son article relatif au développement professionnel continu. En 2008, plus de trois médecins sur quatre déclarent participer à des sessions collectives de formation médicale continue. Leur implication dans l'évaluation des pratiques professionnelles, dont l'organisation sur le terrain n'est pas achevée, est plus faible : seul un médecin du panel sur trois l'a déjà réalisée et, parmi les autres, un sur trois se dit prêt à s'y engager. Les six pathologies sélectionnées dans l'enquête pour tester l'utilisation des recommandations de bonne pratique concernaient l'asthme, l'hypertension artérielle, les anomalies lipidiques ou dyslipidémies (cholestérol, triglycéride), la migraine, la dépression et l'obésité du sujet jeune. Près de neuf médecins sur dix déclarent utiliser au moins l'une de ces recommandations. Mais seul un médecin du panel sur dix connaissait et utilisait les six. Les plus connues et utilisées concernent les dyslipidémies et les moins sollicitées, l'obésité du sujet jeune. L'analyse des opinions des médecins sur les RBP permet d'identifier trois groupes : les médecins « faiblement adhérents », ceux « moyennement adhérents » et ceux, majoritaires, « fortement adhérents », qui sont plutôt des hommes jeunes, exerçant en cabinet de groupe et recevant peu de visiteurs médicaux.

Marc-André GUERVILLE¹, Alain PARAPONARIS^{2,3,4}, Jean-Claude RÉGI¹, Laure VAISSADE⁴, Bruno VENTELOU^{2,4,5}, Pierre VERGER^{2,4} - Remerciements à Isabelle CLERC^{2,3,4} et Sophie ROLLAND^{2,4}

¹ Union régionale des médecins libéraux de Provence-Alpes-Côte d'Azur, Marseille, France ; ² INSERM, U912 (SE4S), Marseille, France ;

³ Université Aix-Marseille, IRD, UMR-S912, Marseille, France ; ⁴ Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, Marseille, France ;

⁵ CNRS, UMR 6579, Marseille, France

Remerciements à tous les médecins généralistes libéraux qui ont accepté de participer au panel.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville
Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique
Ministère de la Santé et des Sports



EN MÉDECINE GÉNÉRALE, le souci d'une démarche pluridisciplinaire, la participation à la formation continue, l'évaluation des pratiques professionnelles, le développement des recommandations de bonne pratique s'affirment. Certaines de ces orientations sont récentes ; elles peuvent encore rencontrer des difficultés de mise en œuvre ou d'adhésion auprès des médecins. L'enquête menée auprès d'un panel de médecins généralistes dans cinq régions françaises¹ permet de mesurer l'avancée de ces orientations (encadré 1). Collectés au printemps 2008, avant l'adoption de la loi Hôpital, patients, santé et territoire du 21 juillet 2009, ces résultats présentent un intérêt tout particulier : ils décrivent l'état des pratiques avant l'entrée en vigueur d'une réforme visant notamment à rendre le dispositif de formation médicale plus cohérent, à améliorer sa lisibilité pour les professionnels et à mieux l'adapter aux objectifs de santé publique.

La formation médicale continue (FMC) est devenue une obligation légale pour tous les médecins en 1996 (encadré 2). Ses modalités de mise en œuvre ont été revues en 2002, puis 2004, année où a également été instituée une obligation d'évaluation individuelle des pratiques professionnelles (EPP). Pour permettre aux médecins de satisfaire à ces obligations et d'en assurer la validation, deux dispositifs distincts, quoiqu'articulés, ont été définis. Mais ils ne sont pas pleinement opérationnels dans la mesure où les conseils régionaux de formation médicale continue n'ont pas encore été mis en place [Bras *et al.*, 2008].

Une mise en place incomplète des dispositifs et une information insuffisante des médecins, surtout sur l'évaluation des pratiques

En 2008, plus des 80 % des médecins généralistes du panel déclarent avoir participé à au moins une session collective de FMC et les trois quarts s'être formés individuellement au cours des 12 derniers mois. Au total, seuls 19 % des médecins

du panel n'ont pas suivi de session de FMC collective au cours des douze mois précédant l'enquête, et ont déclaré préférer une formation individuelle. L'adhésion au dispositif apparaît forte : seule une infime minorité des médecins (moins de 5 %) ne ressent pas le besoin de se former. Plus de neuf médecins sur dix disent tirer un bénéfice dans leur pratique de la formation suivie.

A contrario, ils sont encore peu engagés dans l'EPP, puisqu'un tiers d'entre eux seulement déclarent avoir déjà participé à une EPP. Parmi les autres, un tiers envisageait de le faire en 2008 et 12 % ne se prononcent pas (graphique 1). Les taux de participation reflètent largement la maturation lente et inégale de ces dispositifs, leur concrétisation sur le terrain étant parfois inachevée, notamment en ce qui concerne l'EPP : comme le soulignent près de 40 % des médecins non engagés dans l'EPP, les instances chargées de l'organiser ne sont pas encore opérationnelles (tableau 1). Près d'un médecin ne participant pas à l'EPP sur deux considère en outre que les modalités pratiques d'application ne sont pas suffisamment claires. Malgré les aides méthodologiques et organisationnelles produites par la Haute Autorité de santé, le dispositif est souvent perçu comme complexe, notamment le processus de recueil, de gestion et de validation des crédits (encadré 2). Pour plus d'un médecin sur trois le dispositif est à ce titre jugé inadapté aux besoins. Enfin, l'adhésion des médecins à l'évaluation des pratiques apparaît encore fragile : près de trois médecins sur dix déclarent ne pas en ressentir la nécessité. Les motifs donnés par les médecins pour expliquer leur non-engagement dans la démarche d'EPP sont, de ce point de vue, similaires d'une région à l'autre.

Les canaux d'information dont disposent les médecins sur les dispositifs de formation et d'évaluation suggèrent qu'il y a là des leviers importants pour faire progresser leur engagement. En 2008, 41 % des médecins déclarent être bien infor-

1. La Basse-Normandie, la Bourgogne, la Bretagne, les Pays de la Loire et la région Provence – Alpes – Côte d'Azur.

ENCADRÉ 1

Méthodologie d'enquête

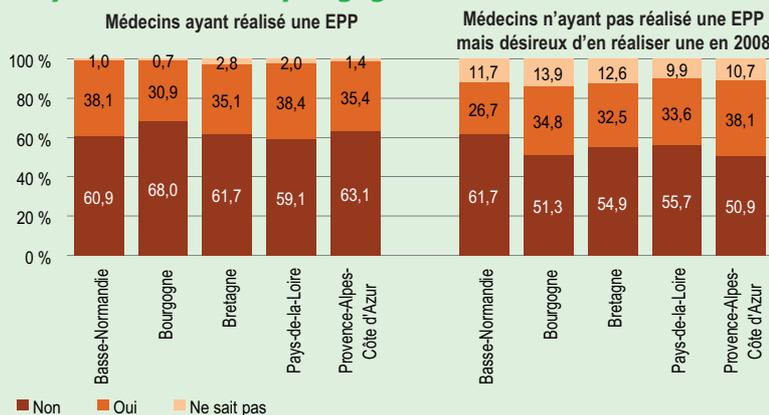
En 2006, la DREES a établi un partenariat avec la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS) pour mettre en œuvre un panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale¹. Ce panel a pour objectifs d'observer le cadre d'activité, l'environnement professionnel et les rythmes de travail des médecins d'une part, leurs pratiques de prise en charge d'autre part et d'en identifier les principaux déterminants. Les médecins sont interrogés pendant trois ans, selon une périodicité d'une enquête par semestre. Deux enquêtes ont été réalisées en 2007 (Aulagnier *et al.*, 2007 ; Bournot *et al.*, 2008) grâce au concours des observatoires régionaux de la santé (ORS) et des unions régionales de médecins libéraux (URML) et en partenariat avec les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) de cinq régions : Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Pays de la Loire et Provence - Alpes - Côte d'Azur (PACA).

La troisième vague d'enquête réalisée entre avril et mai 2008, s'est intéressée à la participation à la formation médicale continue (FMC), à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et à l'utilisation des recommandations de bonne pratique (RBP) en médecine générale de ville. Le questionnaire comportait d'autres modules de questions sur les conditions de travail et de rémunération, d'une part, et sur l'environnement familial des médecins, d'autre part. L'enquête a été réalisée auprès de 1 905 médecins (201 en Basse-Normandie, 276 en Bourgogne, 403 en Bretagne, 453 en Pays de la Loire et 602 en PACA).

1. Pour un aperçu méthodologique complet du panel, voir l'encadré dans Aulagnier *et al.*, 2007.

GRAPHIQUE 1

Réalisation d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et volonté de s'y engager en 2008



Lecture • En Basse-Normandie, 38,1 % des médecins ont déclaré avoir déjà réalisé une démarche d'EPP. Parmi les médecins n'ayant jamais réalisé d'EPP, 26,7 % comptent s'engager dans ce type de démarche en 2008, 11,7 % ne savent pas et 61,7 % ne comptaient pas s'engager dans une EPP en 2008.

Sources • DREES, URML, FNORS - Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

TABLEAU 1

Motifs de non-participation à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

En %

	Basse-Normandie	Bourgogne	Bretagne	Pays de la Loire	Provence-Alpes-Côte d'Azur
A déjà satisfait à cette obligation	26,7	14,0	16,0	30,9	21,9
Ne connaît pas l'EPP	34,1	24,8	32,5	29,4	26,2
N'est pas suffisamment informé(e)	47,4	39,5	42,4	41,8	39,9
Les instances chargées d'organiser les EPP ne sont pas encore en place ou depuis peu	36,3	37,6	37,4	36,4	40,7
Les modalités pratiques d'application restent insuffisamment claires	46,7	42,7	49,1	48,0	50,0
Les dispositifs d'EPP ne sont pas adaptés à vos besoins	35,6	36,3	39,4	34,9	35,1
Ne ressent pas la nécessité d'une évaluation des pratiques	29,6	26,7	32,9	29,1	24,7

Champ • Ensemble des médecins qui déclarent ne pas participer à l'EPP.

Sources • DREES, URML, FNORS - Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

més sur le barème de points en vigueur pour satisfaire à l'obligation de FMC et 39 % disent l'être sur les conditions requises pour la validation de l'EPP (graphique 2). Ces réponses varient selon les régions : en PACA et en Pays de la Loire notamment, les médecins étaient significativement plus nombreux à se considérer bien informés sur ces dispositifs. En région PACA, cette meilleure information perçue est peut-être à mettre en lien avec le mode d'accès à l'information, privilégiant la consultation de sites Internet (résultats de la première vague, Aulagnier *et al.*, 2007) et dans les Pays de la Loire avec l'appartenance plus fréquente à des groupes de praticiens favorisant l'échange d'informations.

La plupart des médecins disent obtenir des informations générales sur la FMC et sur l'EPP auprès des confrères (respectivement dans 93,5 % et 83 % des cas) ou par la presse et Internet (87 % pour la FMC et 73 % pour l'EPP). Les visiteurs médicaux, les délégués de l'assurance maladie et des organismes complémentaires semblent être des vecteurs d'information moins fréquents, surtout pour l'EPP (tableau 2).

Les médecins les plus engagés dans la FMC sont aussi plus impliqués dans l'EPP

En 2008, les médecins qui ont participé à au moins une session collective de FMC au cours de l'année ont suivi une session par mois ou plus pour près de la moitié d'entre eux, une par trimestre pour quatre sur dix et une dans l'année pour un médecin sur huit (tableau 3).

L'analyse du niveau de participation à la FMC collective est réalisée selon une échelle en trois catégories² : aucune session au cours des douze derniers mois (19 %), une session par trimestre ou moins (40 %) et au moins une session par mois (42 %) [tableau 4 et encadré 2]. Cette analyse permet de mettre en évidence les caractéristiques des médecins participant le plus souvent à des FMC et d'établir un profil des médecins nettement engagés dans des démarches d'amélioration de leurs connais-

2. Résultats d'une régression logistique ordonnée.

sances. Ainsi, ce sont souvent les mêmes médecins qui participent à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et pratiquent la FMC. Dans le même temps, l'utilisation de sources d'informations actives, comme les recommandations de bonne pratique, les revues à abonnement payant, les sites de la Haute Autorité de santé ou des laboratoires pharmaceutiques, ou encore la fréquence élevée de visiteurs médicaux reçus accroissent les chances qu'un médecin pratique la FMC. Très probablement, les médecins les plus soucieux d'accès à l'information s'intéressent aussi à l'information délivrée par les visiteurs médicaux qui peuvent offrir des sessions de FMC financées par les laboratoires pharmaceutiques. Par ailleurs, une faible part de l'activité du médecin consacrée aux visites à domicile est associée à la FMC, de même qu'exercer en milieu urbain. Enfin, les médecins se déclarant avoir été soucieux d'assurer un équilibre de la répartition de l'offre de soins sur le territoire au moment de leur installation ont plus de chances de participer à des actions de FMC collective (tableau 4). En revanche, le sexe et l'âge des médecins ne semblent pas avoir d'impact sur la participation à la FMC.

Deux médecins du panel sur trois appartenaient à une association de FMC ou à un groupe de praticiens, avec toutefois des variations entre les régions (tableau 3). Plus de trois médecins sur quatre déclarent se former seuls en s'abonnant à des revues médicales, par l'acquisition d'ouvrages, ou encore à l'aide de supports électroniques ou de sites de formation à distance. La plupart de ces médecins (82 %) participent aussi à des sessions collectives de FMC et cumulent ainsi différents modes de formation. Lorsqu'ils ne participent pas à des sessions de FMC collective, c'est le plus souvent en raison, déclarent-ils, d'une préférence pour la formation individuelle.

Les médecins désireux de s'engager dans des démarches d'EPP sont souvent ceux qui participent à des activités diversifiées en dehors de leurs consultations en cabinet, telles que les gardes, la régulation des urgences,

l'appartenance à des réseaux, les activités associatives, et qui utilisent beaucoup les recommandations de bonne pratique (RBP).

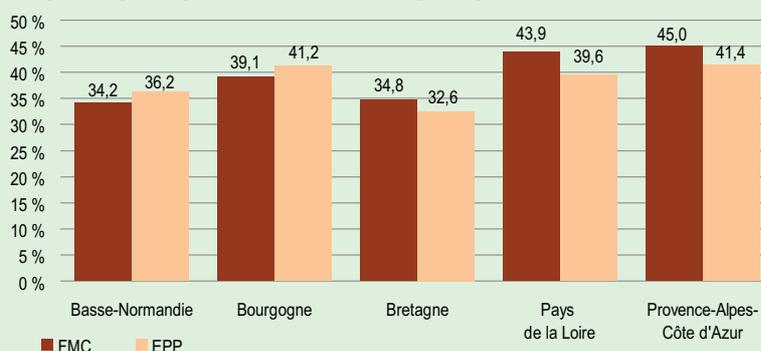
La connaissance et l'utilisation des recommandations de bonne pratique varient selon les pathologies et les régions

Six recommandations de bonne pratique ont été retenues dans l'enquête. Elles concernent l'asthme, l'hypertension artérielle (HTA), les anomalies lipidiques ou dyslipi-

démies (cholestérol, triglycérine), la migraine, la dépression, l'obésité du sujet jeune. Près de neuf médecins sur dix déclarent utiliser au moins l'une de ces recommandations, mais seul un médecin sur dix connaissait et utilisait les six. Parmi les six recommandations proposées aux médecins, celle sur la prise en charge de l'obésité chez les enfants et les adolescents était la moins connue (par 40 % des médecins en Bourgogne et 51 % dans les Pays de la Loire) et la moins utilisée (par

GRAPHIQUE 2

Part des médecins qui se sentent bien informés sur les conditions requises pour satisfaire les obligations de formation médicale continue (FMC) et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)



Sources • DREES, URML, FNORS - Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

TABLEAU 2

Modes d'obtention d'informations générales sur la formation médicale continue (FMC) et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

	Basse-Normandie		Bourgogne		Bretagne		Pays de la Loire		Provence-Alpes-Côte d'Azur	
	FMC	EPP	FMC	EPP	FMC	EPP	FMC	EPP	FMC	EPP
Par un confrère	93,4	80,2	90,9	83,3	94,2	79,4	93,9	84,4	93,9	83,9
• URML*	66,5	65,0	56,4	58,2	60,4	56,1	57,6	56,1	65,3	56,8
• Association locale, groupe de pairs ou formateur FMC	68,0	44,2	63,6	45,4	70,4	51,1	73,6	54,6	62,4	51,9
• Discussions informelles avec les confrères	62,4	48,2	71,6	56,4	61,6	47,9	69,3	58,0	62,9	55,8
Presse ou Internet	82,2	70,6	86,6	75,6	83,7	69,7	87,4	71,1	90,0	75,0
Visiteurs médicaux	54,3	18,3	48,7	18,2	48,1	13,5	53,7	19,9	49,4	24,7
Délégués de l'Assurance maladie	29,4	16,2	32,0	18,5	30,1	14,0	32,7	14,0	30,5	21,7
Courriers publicitaires d'organismes	45,2	35,5	40,7	34,5	47,1	33,3	49,2	40,2	57,2	40,4

* Unions régionales des médecins libéraux.

Sources • DREES, URML, FNORS - Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

27 % des médecins en Bourgogne et 32,5 % en Basse-Normandie) [graphiques 3 et 4]. Au contraire, les recommandations sur les dyslipidémies et l'hypertension artérielle étaient les plus connues des enquêtés, dont une large majorité déclarait aussi les avoir employées pour le dernier patient concerné. D'après l'étude de Bocquier *et al.*, (2005), une majorité de médecins se sentirait peu efficace dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant, qui relèverait davantage du pédiatre. Éléments qui pourraient

expliquer un moindre intérêt pour les recommandations sur la prise en charge de l'obésité chez les jeunes.

La connaissance et l'utilisation des recommandations de bonne pratique diffèrent aussi selon la région d'exercice. L'écart est faible pour les recommandations les mieux identifiées comme pour l'hypertension artérielle et les anomalies lipidiques ou dyslipidémies : par exemple, 86,5 % des médecins généralistes ont déclaré connaître les RBP concernant les dyslipidémies en

PACA et 92 % en Basse-Normandie ; 81,5 % ont déclaré les utiliser en Bretagne et en PACA et 84,5 % en Bourgogne. En revanche, pour les moins connues, l'écart entre régions est plus marqué comme dans le cas de l'obésité de l'enfant : 50 % des médecins Bas-Normands déclarent connaître cette recommandation contre 40 % des Bourguignons. Pour la dépression, l'écart est de dix points entre les Pays de la Loire et la région PACA quant à la proportion de médecins qui déclarent utiliser une recommandation. Pour tenter de mieux comprendre ces écarts, il faudrait tenir compte de la prévalence de ces pathologies dans les patientèles des médecins, mais aussi disposer d'éléments sur la qualité des formations dispensées.

Une majorité de médecins « fortement adhérents » aux RBP...

L'analyse des opinions des médecins à l'égard des RBP fait apparaître trois groupes bien différenciés³ (tableau 5), fortement associés aux scores de connaissance et d'utilisation des RBP. Dans le premier groupe, qui rassemble une large majorité de médecins (1 020 sur 1 759, soit 58 %), le niveau d'adhésion aux recommandations est élevé, sans trop soulever de questions quant à leurs inconvénients. Ils connaissent et utilisent davantage que leurs collègues les guides de bonne pratique. Le deuxième groupe (578 médecins, soit 33 %) adhère plus modérément aux RBP. Il est nettement plus critique que le premier : neuf médecins sur dix de ce groupe considèrent que les recommandations sont trop nombreuses et que les consulter prend trop de temps, 70 % pensent que leur contenu évolue trop rapidement, 60 % qu'elles ne permettent pas d'améliorer l'efficacité des soins à coût constant, 70 % qu'elles sont parfois contradictoires et, enfin, 60 % qu'elles ne sont pas adaptées à la médecine générale de ville. Le troisième groupe (161 médecins, soit 9 %) adhère plus faiblement encore aux RBP, les connaît et les utilise moins : la moitié des médecins de ce groupe ne pense pas que les recom-

3. Une classification ascendante hiérarchique (CAH) a été utilisée, ainsi que les critères *Cubic Clustering Criterion* (CCC) et *Semi-Partial R²* (SPRSQ) et la distance de Ward pour former les trois profils de médecins.

■ TABLEAU 3

Implication des médecins dans la formation médicale continue (FMC)

En %

	Basse-Normandie	Bourgogne	Bretagne	Pays de la Loire	Provence-Alpes-Côte d'Azur
Participation à des sessions de FMC	77,2	82,9	84,0	84,6	81,2
• Session une fois par mois ou plus	42,1	51,6	50,1	50,5	45,8
• Session tous les trois mois	45,4	36,4	36,9	35,8	42,4
• Session une fois dans l'année	12,5	12,0	13,0	13,7	11,8
Formation individuelle en 2007	79,7	77,1	78,2	77,4	74,1
Appartenance à une association FMC ou groupe de pairs	65,0	71,3	68,9	72,7	61,1
Parmi les médecins ne participant pas à la FMC					
Médecins ne ressentant pas la nécessité de se former	22,2	26,7	24,2	37,5	13,6

Sources • DREES, URML, FNORS - Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

■ TABLEAU 4

Caractéristiques démographiques et professionnelles des médecins et participation à la formation médicale continue (FMC)

Participation à la FMC dans les douze derniers mois		Nombre de médecins	%
Aucune		322	18,6
Moyenne (1 session par trimestre ou moins)		693	39,9
Élevée (au moins une session par mois)		719	41,5
Zone d'exercice	Rural	Référence	
	Urbain	20,4 %	
Participation à l'EPP	Non	Référence	
	Oui	78,1 %	
Choix de la dernière installation relative à une offre insuffisante de médecins	Non	Référence	
	Oui	34,5 %	
Utilisation d'une source d'information active* pour le choix des prescriptions et/ou la prise en charge des patients	Non	Référence	
	Oui	20,2 %	
Fréquence de réception des visiteurs médicaux	Moins de 4 par semaine	Référence	
	Plus de 4 par semaine	25,1 %	
Part des visites dans l'activité des médecins	Plus de 11% de visites	Référence	
	Moins de 11% de visites	44,5 %	

* Les sources d'information actives considérées sont les recommandations de bonne pratique, les revues médicales d'abonnement payant, le site de la Haute Autorité de santé ou les sites de laboratoires pharmaceutiques.

Lecture • Les proportions en gras correspondent aux modalités significatives au seuil de 5 %, celles qui ne sont pas en gras correspondent aux modalités significatives entre 5 % et 10 %.

Le comportement expliqué est « la participation à la formation médicale continue » en une échelle à trois catégories possibles : aucune session au cours des douze derniers mois, une session par trimestre ou moins (inférieur à l'obligation légale) et au moins une session par mois (conforme à l'obligation légale). Les coefficients associés à chaque variable explicative donnent l'impact de la variable sur l'échelle du comportement étudié. Ainsi, le fait de participer à l'EPP augmente de 78,1 % les chances du médecin de participer plus intensément à la FMC (soit de passer de « aucune FMC » à « un peu de FMC », soit de passer de « un peu de FMC » à « beaucoup de FMC »).

Sources • DREES, URML, FNORS - Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

mandations présentent les connaissances de façon fiable, pratiquement aucun n'est d'accord avec leur contenu et six sur dix (soit 5,5 % de l'ensemble des médecins) n'ont pas confiance dans la façon dont elles sont établies. Ces opinions sont minoritaires dans les deux autres groupes. Le groupe de médecins « faiblement adhérents » est davantage présent en région PACA (11 % des médecins) et le moins représenté en Basse-Normandie (9 %).

... qui sont souvent des hommes, assez jeunes, exerçant en cabinet de groupe et moins réceptifs aux visiteurs médicaux

Les trois profils de médecins se distinguent nettement en termes sociodémographiques et professionnels (tableau 6). Les médecins « fortement » ou « moyennement adhérents » aux RBP sont plus souvent des hommes, exerçant en cabinet de groupe, obtenant leurs informations à partir de sociétés savantes et de colloques, recevant moins de visiteurs médicaux et ayant une patientèle plus jeune. Les médecins « fortement adhérents » sont les plus jeunes en moyenne, reflet possible d'un effet de génération et d'une évolution de la formation médicale initiale. Enfin, les médecins « faiblement adhérents » sont ceux qui déclarent obtenir leurs informations le plus fréquemment de la part des visiteurs médicaux.

Quel que soit leur profil, une large majorité de médecins souligne les difficultés à mettre en œuvre les recommandations de bonne pratique compte tenu des préférences de leurs patients. Il faut noter en effet que les recommandations retenues dans l'enquête (dyslipidémies, HTA, obésité) mettent l'accent en première intention sur des règles hygiéno-diététiques, qui relèvent de l'éducation des patients et peuvent aller à l'encontre de la demande de ces derniers. Les médecins estiment parfois ne pas être assez armés pour gérer certaines demandes de patients contradictoires avec les recommandations de bonne pratique (demande de médicaments pour perdre du poids par exemple).

Ceci suggère qu'au-delà des recommandations elles-mêmes, il peut être utile de travailler à fournir des argumentaires détaillés aux professionnels.

Pas de lien entre l'opinion des médecins sur les recommandations et leur participation à une FMC ou une EPP

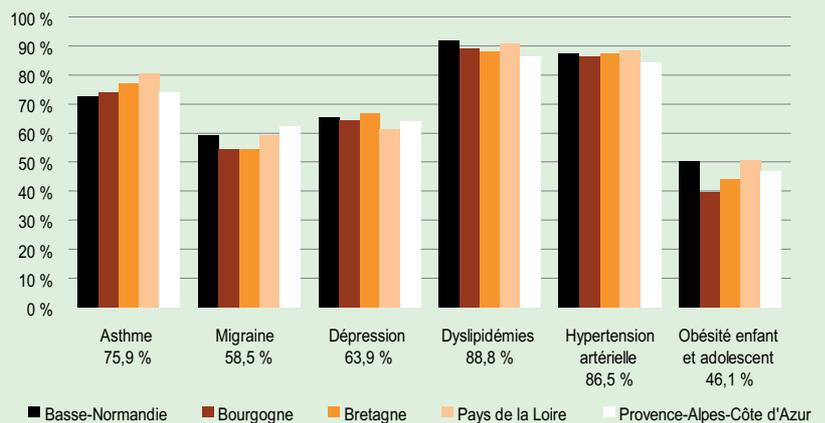
Aucun lien n'a pu être mis en évidence entre les profils des médecins du panel concernant les RBP et leur participation à l'EPP ou à la FMC. Ces résultats semblent, en première analyse, contre-intuitifs. L'EPP s'appuie sur les recommandations

de bonne pratique et la FMC est un moyen de sensibiliser à leur consultation et leur utilisation. Une étude précédente montre en effet une corrélation entre le fait de suivre des FMC et la consultation de RBP (Ventelou *et al.*, 2005). Cependant, il est vraisemblable qu'une partie des médecins se forment seuls ou se forment une opinion sur les RBP plutôt après les avoir consultées et utilisées que sur la base du contenu de la FMC ou de l'EPP.

La majorité des médecins considère qu'il est facile de se procurer les recommandations de bonne pratique : leur accessibilité ne constitue par conséquent plus un véritable

GRAPHIQUE 3

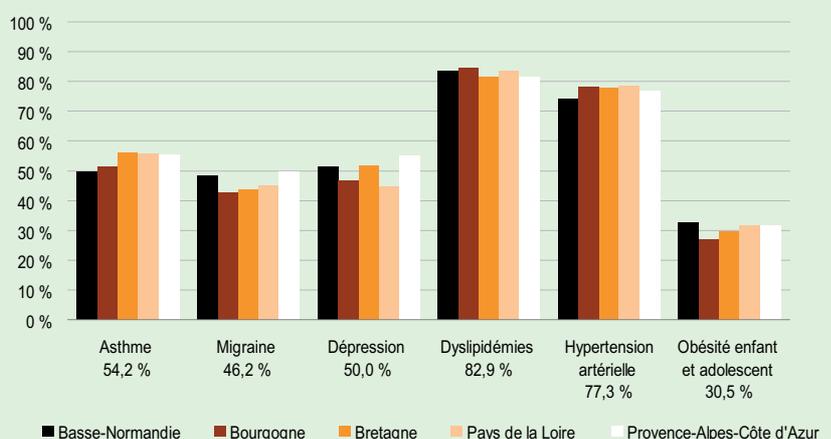
Proportion de médecins déclarant connaître les recommandations de bonne pratique



Sources • DREES, URML, FNORS - Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

GRAPHIQUE 4

Proportion de médecins déclarant utiliser les recommandations de bonne pratique



Sources • DREES, URML, FNORS - Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

TABLEAU 5

Typologie des médecins selon leur opinion vis-à-vis des recommandations de bonne pratique

	Fortement adhérents	Moyennement adhérents	Faiblement adhérents
Effectif total	1 020	578	161
En %	58,0	32,9	9,1
Ensemble des régions	58,0	32,9	9,2
Basse-Normandie	55,1	36,4	8,6
Bourgogne	66,5	24,2	9,3
Bretagne	60,6	30,4	9,0
Pays de la Loire	57,1	35,4	7,5
Provence-Alpes-Côte d'Azur	54,5	34,9	10,7
% de médecins d'accord			
• Vous pensez qu'elles présentent les connaissances de façon fiable	98,0	81,7	52,8
• Vous êtes fréquemment d'accord avec elles	99,6	100,0	0,6
• Vous avez confiance dans la façon dont elles sont établies	95,2	70,1	41,6
• Elles sont le plus souvent compatibles avec les préférences des patients	38,5	26,6	18,0
• Les appliquer permet d'améliorer les pratiques de prise en charge	97,8	83,7	56,5
• Elles sont bien trop nombreuses	49,3	91,2	82,6
• Cela prend trop de temps de les consulter	50,6	87,9	73,3
• Il est difficile de se les procurer	4,5	27,9	22,4
• Leur contenu évolue trop rapidement pour qu'elles soient utilisables	17,2	67,5	57,8
• Leur application ne permet pas, à coût constant pour la collectivité, d'améliorer l'efficacité des soins	24,5	58,8	59,6
• Elles sont parfois contradictoires	26,8	72,8	77,6
• Elles sont le plus souvent bien adaptées à la pratique de médecine générale de ville	87,4	40,3	34,2
• Vous privilégiez d'autres sources d'information	47,5	76,6	80,1
Nombre moyen de guides connus sur les 6 présentés	4,4	4,2	3,6
<i>écart-type</i>	1,3	1,6	1,8
Nombre moyen de guides utilisés sur les 6 présentés	3,8	3,3	2,6
<i>écart-type</i>	1,5	1,7	1,8

Toutes les différences entre groupes sont statistiquement significatives à un seuil inférieur ou égal à 1 %.

Note de lecture • Les trois groupes sont issus d'une classification ascendante hiérarchique (CAH) menée sur les réponses à un ensemble de questions et d'opinions présenté dans ce tableau.

Source • DREES, URML, FNORS - Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

TABLEAU 6

Caractéristiques des médecins selon le groupe de la typologie, en fonction de l'adhésion aux RBP

	Fortement adhérents	Moyennement adhérents	Faiblement adhérents
Effectif total	1020	578	161
En %	58,0	32,9	9,1
Ensemble des régions	58,0	32,9	9,2
Basse-Normandie	55,1	36,4	8,6
Bourgogne	66,5	24,2	9,3
Bretagne	60,6	30,4	9,0
Pays de la Loire	57,1	35,4	7,5
Provence-Alpes-Côte d'Azur	54,5	34,9	10,7
• Sexe masculin*	75,3	75,1	67,1
• Exerce en secteur 1	93,4	92,0	89,4
• Exerce en zone rurale	22,9	22,6	17,3
• Exerce en cabinet de groupe***	55,4	51,7	39,1
• Pratique occasionnelle d'un mode d'exercice particulier	97,1	97,5	98,1
• Participe à l'évaluation des pratiques professionnelles	34,0	35,3	41,7
• Participe aux formations médicales continues	89,0	89,6	91,9
• Consultation sites Haute autorité de santé/Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé***	58,1	46,4	47,2
• Informations obtenues par des représentants des laboratoires	23,6	27,9	24,2
• Informations obtenues par des délégués de l'Assurance maladie	51,8	48,6	43,5
• Informations obtenues au sein des sociétés savantes/colloques**	52,6	47,8	41,6
Âge moyen des médecins en 2008***	51,1	52,3	52,6
<i>écart-type</i>	7,79	7,30	7,39
Temps de travail global hebdomadaire moyen en heure	55,5	56,1	55,2
<i>écart-type</i>	12,39	12,57	11,78
Nombre moyen hebdomadaire de visiteurs médicaux reçus***	5,0	5,5	5,9
<i>écart-type</i>	0,13	0,18	0,34
Part moyenne de la patientèle âgée de moins de 16 ans***	21,3	20,7	19,8
<i>écart-type</i>	7,05	6,42	7,30

Différences statistiquement significatives à un seuil inférieur ou égal à 10 % (*); à 5 % (**); à 1 % (***).

Source • DREES, URML, FNORS - Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

frein à leur diffusion et leur connaissance.

Les résultats suggèrent tout d'abord que des actions de sensibilisation des médecins à l'utilisation des RBP ne peuvent avoir la même efficacité selon les profils d'opinions des médecins considérés. Le corollaire est que ces actions devraient être ciblées en fonction des différents profils.

Par ailleurs, les médecins interrogés indiquent plusieurs possibilités d'amélioration qui concernent la conception même des RBP. Par exemple, clarifier l'articulation des recommandations entre elles, afin qu'elles n'entrent pas en conflit, mieux les adapter à la médecine générale de ville (les tester auprès des médecins eux-mêmes en prévoyant des dispositifs de recueil d'information); proposer des outils facilitant la consultation des recommandations; fournir des aides aux médecins pour mieux gérer les écarts entre les préférences des patients et les recommandations elles-mêmes.

Le cadre légal et les modalités de validation de la FMC et de l'EPP

La loi Hôpital, patients, santé et territoire du 21 juillet 2009 réaffirme le caractère obligatoire de la formation médicale continue (FMC) et étend le dispositif aux autres professions de santé. Ce faisant, la loi clarifie le dispositif en fusionnant les dispositifs complémentaires de la FMC et de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), dont la cohérence d'ensemble souffrait de l'enchevêtrement, dans le développement professionnel continu (DPC). L'article 19 de la loi modifie comme suit l'article L 4133-1 du Code de la santé publique : « Le développement médical continu a pour objectifs 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. Elle constitue une obligation pour les médecins. »

Le devoir déontologique qu'ont les médecins de se former et d'évaluer leurs pratiques est devenu obligation légale en 1996 pour la formation médicale continue (FMC) [ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996] et en 2004 pour l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) [loi n° 2004-810 du 13 août 2004, définie par le décret du 14 avril 2005]. Pour permettre aux médecins de satisfaire à ces obligations et d'en assurer la validation, deux dispositifs distincts, quoiqu'articulés, ont été définis. Ces dispositifs complexes ne sont pas pleinement opérationnels dans la mesure où les conseils régionaux de formation médicale continue n'ont pas encore été mis en place (Bras *et al.*, 2008). Les lois n° 2002-303 du 4 mars 2002 et n° 2004-806 du 9 août 2004 ont permis de revoir les modalités de mise en œuvre de la FMC, et la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 a institué une nouvelle obligation s'ajoutant à celle relative à la FMC, l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles (EPP), toutes deux ayant la finalité d'améliorer la qualité des soins et le service rendu au patient.

Les procédés adoptés par la FMC et l'EPP sont complémentaires. La FMC privilégie une approche pédagogique, fondée sur

l'acquisition de nouvelles connaissances ou compétences et dont l'objectif final est d'améliorer, tout au long de la carrière des médecins, leurs connaissances, la qualité des soins qu'ils proposent et le bien-être de leurs patients. Tous les médecins en activité, quel que soit leur mode d'exercice ou leur métier, sont soumis à l'obligation de FMC : ils doivent cumuler 250 crédits sur une période de cinq ans (JO, 9 août 2006). Les catégories (incluant des formations bénéficiant de l'aide financière des industries de santé), qui donnent lieu à des attributions de crédits différentes, sont :

- les formations présentielles (8 crédits pour une journée de formation et 4 crédits pour une demi-journée ou une soirée) ;
- les formations individuelles et à distance (2 crédits par an pour un abonnement à un périodique médical par ex.) ;
- les situations professionnelles formatrices : situations dans lesquelles le praticien accomplit un travail personnel en sa qualité de praticien. Les actions ouvrent droit à l'attribution de crédits au prorata du temps passé ;
- les dispositifs d'évaluation des pratiques professionnelles : forfait de 100 crédits.

L'EPP adopte une approche davantage clinique et professionnelle, fondée sur l'analyse des données de l'activité. Elle repose sur l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations de bonne pratique actualisées et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé (HAS), et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques (décret du 14 avril 2005). La validation de l'EPP se fait par le biais des unions régionales des médecins libéraux ou des commissions médicales d'établissement qui établissent un certificat individuel d'EPP, après avis d'un « regard extérieur » qui peut être celui d'un médecin habilité, d'un médecin expert extérieur ou d'un organisme agréé. C'est sur cette base que le conseil départemental de l'Ordre des médecins délivrera *in fine* l'attestation quinquennale d'EPP (HAS, mars 2007).

Pour en savoir plus

Aulagnier M., Obadia Y., Paraponaris A., Saliba-Serre B., Ventelou B., Verger P. *et al.*, 2007, « L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises », *Études et Résultats*, n° 610, novembre, DREES.

Bocquier A., Paraponaris A., Gourheux J.-C., Lussault P.-Y., Basdevant A., Verger P., 2005, « La prise en charge de l'obésité : attitudes, connaissances et pratiques des médecins généralistes en région PACA ; résultats d'une enquête téléphonique », *La Presse médicale*, n° 34, 11 : 769-775.

Bournot M.-C., Goupil M.-C., Tuffreau F., 2008, « Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié », *Études et Résultats*, n° 649, août, DREES.

Bras P.-L., Duhamel G., 2008, « Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins », Inspection générale des affaires sociales (IGAS), Rapport n° RM2008-124P, novembre, 57 p.

Haute Autorité de santé (HAS), 2007, « EPP des médecins : mode d'emploi », mars, 4 p.

ORS PACA-Inserm U379, 2006, « Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention et opinions sur les réformes du système de santé : les enseignements du panel de médecins généralistes de la région Provence - Alpes - Côte d'Azur », *Regards santé - Marseille*, n° 16, décembre.

Saillour-Glenisson F., Michel P., 2003, « Facteurs individuels et collectifs associés à l'application des recommandations de pratique clinique par le corps médical. Revue de la littérature », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 51 : 65-80.

Ventelou B., Paraponaris A., Sebbah R., Aulagnier M., Protopopescu C., Gourheux J.-C., Verger P., 2005, « Un observatoire des pratiques en médecine générale : l'expérience menée en région Provence - Alpes - Côte d'Azur », *Revue française des Affaires sociales*, n° 1 : 127-160.