

Académie d'Orléans –Tours  
Université François-Rabelais

## FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2013-2014

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

*Lucie Monpert*  
*née le 3 Janvier 1985 à Rochefort-sur-mer*

Présentée et soutenue publiquement le 28 Octobre 2014

### TITRE

Amélioration des pratiques des médecins généralistes après un programme de Développement Professionnel Continu intitulé « Suivi de grossesse à bas risque »

### Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur Christian BINET  
Membres du jury : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ  
Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE  
Madame le Docteur Alice PERRAIN

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

Professeur Patrice DIOT

**VICE-DOYEN**

Professeur Henri MARRET

**ASSESEURS**

Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*  
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*  
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*  
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*  
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*  
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

**SECRETAIRE GENERALE**

Madame Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Professeur Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972  
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994  
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004  
Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Professeur Alain AUTRET  
Professeur Jean-Claude BESNARD  
Professeur Patrick CHOUTET  
Professeur Guy GINIES  
Professeur Olivier LE FLOCH  
Professeur Etienne LEMARIE  
Professeur Chantal MAURAGE  
Professeur Léandre POURCELOT  
Professeur Michel ROBERT  
Professeur Jean-Claude ROLLAND

**PROFESSEURS HONORAIRES**

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI  
A. BENATRE - Ch. BERGER – J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI  
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN – P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J.  
LANSAC – J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H.  
METMAN – J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph.  
RAYNAUD – JC. ROLLAND – Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D.  
SAUVAGE - M.J. THARANNE – J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel .....	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian .....	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe .....	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique .....	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle .....	Cancérologie ; Radiothérapie
M.	BARON Christophe .....	Immunologie
Mme	BARTHELEMY Catherine .....	Pédopsychiatrie
MM.	BAULIEU Jean-Louis .....	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice .....	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian .....	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles .....	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian .....	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre .....	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe .....	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent .....	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck .....	Urologie
	BUCHLER Matthias .....	Néphrologie
	CALAIS Gilles .....	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent .....	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques .....	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain .....	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe .....	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry .....	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe .....	Neurologie
	COSNAY Pierre .....	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles .....	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne .....	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc .....	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand .....	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François .....	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
	DIOT Patrice .....	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam .....	Psychiatrie adultes
	FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
	FAVARD Luc .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard .....	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick .....	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & Cytologie pathologiques
	FUSCIARDI Jacques .....	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe .....	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique .....	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain .....	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
	GRUEL Yves .....	Hématologie ; Transfusion
	GUERIF Fabrice .....	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GUILMOT Jean-Louis .....	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge .....	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier .....	Urologie
	HALIMI Jean-Michel .....	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HANKARD Regis .....	Pédiatrie
	HERAULT Olivier .....	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline .....	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël .....	Chirurgie générale
	LABARTHE François .....	Pédiatrie
	LAFFON Marc .....	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert .....	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard .....	Médecine et Santé au Travail
	LAURE Boris .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

	LEBRANCHU Yvon .....	Immunologie
	LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LESCANNE Emmanuel.....	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude .....	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard.....	Dermato-Vénérologie
	MACHET Laurent .....	Dermato-Vénérologie
	MAILLOT François.....	Médecine Interne
	MARCHAND-ADAM Sylvain .....	Pneumologie
	MARRET Henri.....	Gynécologie et Obstétrique
	MARUANI Annabel .....	Dermatologie
	MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain .....	O.R.L.
	MULLEMAN Denis .....	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe .....	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric .....	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique .....	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck.....	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland .....	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	ROBIER Alain.....	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique.....	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel .....	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie.....	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique.....	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick .....	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc .....	Dermato-Vénérologie
	VELUT Stéphane.....	Anatomie
	WATIER Hervé .....	Immunologie.

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie ..... Médecine Générale

### **PROFESSEURS ASSOCIES**

MM. HUAS Dominique..... Médecine Générale  
LEBEAU Jean-Pierre..... Médecine Générale  
MALLET Donatien..... Soins palliatifs  
POTIER Alain..... Médecine Générale

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme ANGOULVANT Theodora ..... Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie  
M. BAKHOS David ..... Physiologie  
Mme BAULIEU Françoise..... Biophysique et Médecine nucléaire  
M. BERTRAND Philippe..... Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication  
Mme BLANCHARD Emmanuelle ..... Biologie cellulaire  
BLASCO Hélène..... Biochimie et biologie moléculaire  
MM. BOISSINOT Eric..... Physiologie  
DESOUBEUX Guillaume..... Parasitologie et mycologie  
Mme DUFOUR Diane..... Biophysique et Médecine nucléaire  
M. EHRMANN Stephan..... Réanimation médicale  
Mme FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.... Anatomie et Cytologie pathologiques  
M. GATAULT Philippe ..... Néphrologie  
Mmes GAUDY-GRAFFIN Catherine..... Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière  
GUILLEUX Valérie..... Immunologie  
MM. GYAN Emmanuel..... Hématologie, transfusion  
HOARAU Cyrille..... Immunologie  
HOURIOUX Christophe..... Biologie cellulaire  
Mmes LARTIGUE Marie-Frédérique..... Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière  
LE GUELLEC Chantal ..... Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique

	MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	PIVER Eric .....	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme .....	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline .....	Médecine légale et Droit de la santé
MM.	SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie
	TERNANT David .....	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie...	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick .....	Biochimie et Biologie moléculaire

### **MAITRES DE CONFERENCES**

Mmes	BOIRON Michèle .....	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick .....	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël .....	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile .....	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald .....	Biologie cellulaire

### **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE**

Mmes	HUAS Caroline .....	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile .....	Médecine Générale
M.	ROBERT Jean .....	Médecine Générale

### **CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM**

M.	BOUAKAZ Ayache .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves .....	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GOUILLEUX Fabrice .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie .....	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric .....	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain .....	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine .....	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

### **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

#### ***Pour la Faculté de Médecine***

Mme	BIRMELE Béatrice .....	Praticien Hospitalier ( <i>éthique médicale</i> )
M.	BOULAIN Thierry .....	Praticien Hospitalier ( <i>CSCT</i> )
Mme	CRINIÈRE Lise .....	Praticien Hospitalier ( <i>endocrinologie</i> )
M.	GAROT Denis .....	Praticien Hospitalier ( <i>sémiologie</i> )
Mmes	MAGNAN Julie .....	Praticien Hospitalier ( <i>sémiologie</i> )
	MERCIER Emmanuelle .....	Praticien Hospitalier ( <i>CSCT</i> )

#### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

Mme	DELORE Claire .....	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie .....	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl .....	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle .....	Orthophoniste

#### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

Mme	LALA Emmanuelle .....	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel .....	Praticien Hospitalier

# REMERCIEMENTS

**Au Président du Jury, Monsieur le Professeur Christian Binet,**

Pour avoir accepté de juger mon travail et de présider ce jury, pour votre investissement dans l'enseignement et la formation continue.

**Aux juges,**

**Madame le Professeur Anne-Marie Lehr-Drylewicz,**

**Monsieur le Professeur Alain Chantepie,**

Pour avoir accepté de juger mon travail, pour votre investissement dans l'enseignement en Médecine Générale.

**A Alice Perrain, ma directrice de thèse,**

Pour ton accompagnement tant professionnel qu'amical, tes compétences et ton intérêt pour la recherche en Médecine Générale. C'est avec plaisir que je travaillerai à tes côtés.

**Aux médecins ayant bien voulu participé à ma thèse, à Nicole Bornsztein, Pascal Charbonnel et Michel Bismuth,**

Pour votre investissement et votre disponibilité.

**A mes parents,**

Pour leur affection et pour m'avoir permis de choisir le métier que je voulais.

**A ma sœur et mes amis,**

Pour leur affection et leur soutien.

**A Philippe,**

Sans qui tout ce travail n'aurait pas vu le jour, pour ton amour et ton soutien.

**A Paul et Martin,**

Pour vos sourires qui égayent mes journées.

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition 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 donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas  
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert d'opprobre  
et méprisé de mes confrères  
si j'y manque.

# RESUME

## Objectif

L'objectif était d'évaluer l'amélioration des pratiques des médecins généralistes après réalisation d'un programme de Développement Professionnel Continu, un an après sa mise en place obligatoire.

## Matériel et méthode

Etude avant-après au sein d'une cohorte rétrospective de médecins généralistes français ayant participé en 2013 au programme intitulé « Suivi de grossesse à bas risque » dispensé par l'organisme de DPC « FMC Action ». Les médecins généralistes répondaient à un questionnaire de pratiques de manière déclarative avant (phase 1) et deux mois après la formation (phase 3). Le critère de jugement principal était le taux d'amélioration globale des pratiques, défini par la différence de bonnes pratiques entre les phases 1 et 3. Neuf questions ont été analysées.

## Résultats

41 médecins ont participé à notre étude. L'analyse portait sur 23 à 36 médecins selon les questions, soit 23,2% à 36,6% du total des participants au programme. Les pratiques s'amélioraient pour toutes les questions analysées, avec une augmentation moyenne de 32,1% (15,7 – 48,5) du taux de bonnes pratiques. L'acquisition et la conservation de bonnes pratiques étaient significativement liées au DPC pour cinq questions sur neuf : connaissance du réseau de périnatalité, du type des maternités et des lieux de préparation à la naissance proches de leur cabinet, élaboration d'un planning de surveillance et remise d'un document écrit de conseils hygiéno-diététiques pour la prévention de la listériose et si besoin de la toxoplasmose.

## Conclusion

Les pratiques des médecins généralistes s'améliorent après réalisation d'un programme de DPC. Différents éléments pourraient expliquer ces résultats encourageants, notamment l'intégration de critères d'efficacité et la pratique réflexive. La notion d'amélioration des pratiques, c'est-à-dire des performances des médecins, reste complexe à établir.

**Mots-clés :** développement professionnel continu, formation médicale continue, amélioration des pratiques, médecins généralistes

# ABSTRACT

## **Improvement in practices of general practioners after a Continuing Professional Development program entitled « Follow-up of pregnancy at law risk »**

### **Objective**

The objective was to assess the improvement of general practioners after realization of a Continuing Professional Development program, one year after its compulsory implementation.

### **Methods**

Before-after study within a retrospective cohort of french general practioners having participated in 2013 at the entitled program « Follow-up of pregnancy at law risk » delivered by the association of CPD « FMC Action ». General practioners answered a questionnaire of practices in a declaratory way before (phase 1) and two months after the professional meeting (phase 3). The main outcome measures was the rate of global improvement of practices, defined by the difference of good practices between the phases 1 et 3. Nine questions were analyzed.

### **Results**

41 practioners participated to the study. The analysis concerned 23 to 36 practioners according to the questions, that is 23,2% to 36,6% of the total of participants to the program. Practices improved for all analyzed questions, with an average increase of 32,1% (15,7-48,5) of the good practices rate. Good practices acquisition and preservation were significantly connected to CPD for five questions on nine : knowledge of perinatal network, type of maternity hospitals and places of birth preparation near their office, elaboration of a supervision's schedule and discount of a written document of lifestyle advices for listeria prevention and if it need for toxoplasmosis.

### **Conclusion**

General practioners practices improve after realization of CPD program. Various elements could explain these encouraging outcomes, integration of effectiveness criteria and the reflexive practice in particular. The improvement in practices, that is physicians's performances, remains complex to establish.

**Key words :** continuing professional development, continuing medical education, improvement in practices, general practioners

## Sommaire

INTRODUCTION.....	11
De la Formation Médicale Continue au Développement Professionnel Continu .....	11
Amélioration des pratiques professionnelles : les différents niveaux d'amélioration.....	12
Critères pour une formation efficace .....	12
Apports du DPC et enjeux.....	13
Objectif de l'étude.....	13
MATERIEL ET METHODE.....	14
Type d'étude.....	14
Population étudiée et modalités d'inclusion.....	14
Intervention.....	14
Critère de jugement principal et recueil des données.....	15
Analyse des données.....	16
RESULTATS.....	17
Caractéristiques de la population étudiée.....	17
Amélioration globale des pratiques.....	18
Analyse détaillée de l'évolution des pratiques.....	19
DISCUSSION.....	21
Amélioration des pratiques des médecins généralistes .....	21
Biais et limites.....	21
Des travaux encourageants en faveur du DPC.....	22
Un programme répondant au cahier des charges du DPC.....	22
Relativiser sur un impact à plus haut niveau.....	23
CONCLUSION.....	25
BIBLIOGRAPHIE.....	27
ANNEXES.....	29
Annexe 1 : « questionnaire annexe ».....	29
Annexe 2 : objectifs détaillés et programme de la phase préentielle.....	30
Annexe 3 : « Recueil phase 1 : questionnaire » .....	39
Annexe 4 : « Recueil phase 1 : enquête ».....	41
Annexe 5 : « Recueil phase 3 : enquête ».....	42

# INTRODUCTION

## *De la Formation Médicale Continue au Développement Professionnel Continu*

La volonté de formation des médecins a toujours existé. Le concept de Formation Médicale Continue (FMC) se développe surtout dans les années 50 avec les Enseignements Post-Universitaires puis dans les années 70 avec la création d'associations de formation à l'initiative des praticiens. Jusqu'alors, la FMC n'était qu'une obligation déontologique. C'est en 1996 avec les ordonnances de Juppé qu'apparaît la notion d'obligation légale [1].

La loi Kouchner du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé fait apparaître la notion de sanctions disciplinaires en cas de manquement à cette obligation. Elle redéfinit les objectifs de la FMC : « *l'entretien et le perfectionnement des connaissances, y compris dans le domaine des droits de la personne, ainsi que l'amélioration de la prise en charge des priorités de santé publique* » [2].

Avec la loi du 13 Août 2004 relative à l'Assurance Maladie apparaît un dispositif complémentaire [3] : l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). Elle consiste en l'analyse des pratiques, par une auto-évaluation, individuelle ou collective, en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé (HAS) et inclut la mise en œuvre et le suivi d'amélioration des pratiques.

Les notions de FMC et d'EPP se sont construites à des dates différentes, avec des modalités de mise en œuvre distinctes et faisant intervenir des acteurs différents. Mais leur finalité est partagée et leur démarche complémentaire. Il est donc apparu pertinent de réunir ces deux concepts en proposant la notion de Développement Professionnel Continu (DPC). C'est avec la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire de Juillet 2009 que naît le DPC [4]. En 2013, il devient l'unique dispositif validé et obligatoire.

L'article L. 4133-1 du Code de la Santé Publique précise ses 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 soins* ». Le décret du 30 Décembre 2011 précise l'organisation et le contrôle de l'obligation du DPC. Un programme doit être conforme à une orientation nationale (Ministère) ou régionale (Agence Régionale de la Santé). Il doit comporter une des méthodes et des modalités validées par la HAS. L'Organisme Gestionnaire du DPC (OGDPC)<sup>1</sup> vérifie la validité scientifique et pédagogique des programmes par le biais de la Commission Scientifique Indépendante des médecins et agréé les organismes qui dispensent les programmes (ODPC). Un programme associe deux activités, articulées entre elles et planifiées : l'analyse des pratiques professionnelles et l'acquisition/le perfectionnement des connaissances/compétences professionnelles. L'obligation de DPC est satisfaite lorsque le médecin participe au cours de chaque année civile à un programme collectif annuel ou pluriannuel. Elle est contrôlée par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins au moins une fois tous les cinq ans. En cas de manquement, le médecin doit suivre un plan personnalisé de DPC. En l'absence de mise en œuvre de ce plan, le médecin est susceptible de constituer un cas d'insuffisance professionnelle<sup>2</sup>.

---

1 OGDPC : organisme remplaçant depuis 2009 l'Organisme Gestionnaire Conventionnel (OGC) de la formation continue des médecins libéraux. L'OGDPC gère les appels d'offre, paie les organismes de formation et indemnise les médecins.

2 L'insuffisance professionnelle peut être définie comme le manque de compétence du professionnel rendant dangereux l'exercice de la profession.

## ***Amélioration des pratiques professionnelles : les différents niveaux d'amélioration***

Il est attendu d'une formation l'acquisition et l'amélioration des compétences des médecins, c'est-à-dire leurs savoirs, savoir-faire et savoir-être. L'acquisition de nouvelles compétences se déroule en quatre étapes : 1/ appropriation ou maintien d'une connaissance, 2/ puis des savoir-faire induits, 3/ puis mise en pratique dans un cadre au plus proche de la pratique réelle, 4/ enfin adaptation sous contrôle d'un expert jusqu'à acquisition correcte. La nouvelle compétence est intégrée à la pratique dans des conditions de sécurité et d'efficacité pour le patient. Des rappels à distance de la formation sont indispensables pour des effets durables [5].

Dans la réalité de la pratique, la compétence mise en application devient une performance (ce qui est réellement fait à l'issue de la formation). C'est le niveau 3 du modèle de Kirkpatrick à propos de l'évaluation d'une formation (niveau 1, satisfaction des participants / niveau 2, amélioration des connaissances et des savoirs / niveau 3, impact sur les pratiques / niveau 4, bénéfices cliniques et/ou économiques).

Les résultats sanitaires induits, correspondant au niveau 4, représentent l'ultime but d'une action de formation.

### ***Critères pour une formation efficace***

D'un point de vue objectif, les déterminants pour une formation efficace portent sur la forme. Il est admis que multiplier les interventions, privilégier les formats interactifs aux formats didactiques et former de petits groupes de médecins de même spécialité a un impact sur les pratiques même si celui-ci reste modéré [6][7]. Selon l'analyse du Collège américain des pneumologues [8], la FMC a une influence globale sur les compétences des praticiens, en utilisant tous les médias possibles, en mixant plusieurs techniques pédagogiques et en répétant les interventions. Une revue Cochrane a actualisé en 2009 les données antérieurement connues sur l'efficacité des formations [9]. L'analyse portait sur 81 essais comparatifs randomisés sur les réunions de formation étudiant une mesure objective des pratiques professionnelles ou des résultats en matière de soins de santé. Les auteurs concluent que des actions de formation peuvent, seules ou combinées à d'autres interventions, améliorer les pratiques des professionnels et les résultats de leurs patients, bien que l'effet bénéfique soit de faible amplitude quelque soit la forme de l'intervention (amélioration de 6% en moyenne (2,9-15,3) pour la compliance aux pratiques recommandées). Alternier méthodes interactives et supports didactiques, multiplier les techniques pédagogiques, se focaliser sur les résultats essentiels sont des éléments pour une formation efficace, mais les marges d'incertitude restent importantes. Ces conclusions sont surtout valables pour des changements de comportement peu complexe [9].

Sur le fond, l'intégration de critères de qualité au sein des actions de formation serait un autre déterminant de l'efficacité [10]. Il s'agit d'éléments de bonnes pratiques pouvant être mesurés afin d'évaluer la qualité de prise en charge d'un patient. Ils doivent répondre aux caractéristiques suivantes : pertinence de l'amélioration de la pratique, avec utilisation de recommandations de haut niveau de preuve ou de consensus professionnels ; faisabilité de la mesure de la pratique afin d'identifier les écarts entre pratique réelle et celle de référence ; formulation claire. Intégrer des dispositifs permettant aux médecins de définir des objectifs de changement et de les mesurer, cibler les formations adaptées à la pratique réelle participent à l'impact d'une formation [11][12][13].

Du point de vue des participants, il existe des critères subjectifs de qualité d'une formation [14]. Le thème et le champ d'application des compétences acquises doivent être adaptés à la pratique réelle. La formation doit être interactive, utiliser les principes de l'Evidence Based Medicine, permettre l'acquisition de compétences dans les champs du savoir, savoir-être et savoir-

faire et être indépendante des firmes pharmaceutiques. L'adaptation de leurs pratiques est influencée par leurs motivations et leur engagement dans une démarche de changement, mais aussi par leurs résistances au changement : contexte d'application des compétences acquises, résistance des patients aux nouveautés, influence des laboratoires et des leaders d'opinion.

### ***Apports du DPC et enjeux***

L'objectif du DPC est de rendre pertinente la décision médicale [5] : faire en sorte que telle décision soit prise pour tel patient dans une situation précise avec tels besoins, au regard des données de la science et du coût induit.

En intégrant la démarche de la « pratique réflexive », le DPC doit permettre l'ancrage d'une dynamique de recherches de compétences dans la réalité de l'exercice professionnel. La pratique réflexive est une notion développée pour différents secteurs professionnels (médical, social, et éducatif notamment) dans le but de faire évoluer les pratiques professionnelles individuelles ou collectives. Elle permet de résoudre un problème, comprendre une situation complexe, s'interroger sur sa pratique et imaginer de nouvelles façons d'améliorer sa performance [15]. En se prenant comme objet de sa réflexion, le praticien peut caractériser la manière dont son action est organisée, dans le but de prendre conscience de sa manière d'agir ou de réagir (approche hypothético-déductive). La pratique réflexive est un processus de professionnalisation, non spontané, qui nécessite des outils facilitant ces interrogations, notamment écoute active et dispositifs d'analyse de pratiques. L'étude PAAIR 1 [16] sur la prescription des antibiotiques en médecine ambulatoire dans le cadre d'infections respiratoires présumées virales a montré que la réflexion dans l'action est capable de fournir les raisons de la discordance de cette pratique et de générer des stratégies pour y remédier. Rendre visible une situation peut être favorable à un changement de pratique.

La pratique réflexive se réalise en trois temps au sein d'un programme. Le premier temps correspond à l'analyse des pratiques à l'aide d'outils variés (écriture clinique, grille, tableau de bord, recueil de données, groupe d'échange de pratiques). Le deuxième temps est l'acquisition et le perfectionnement des compétences, ainsi que l'analyse et la confrontation des pratiques aux référentiels validés. Le troisième temps est le suivi dans le temps de la performance des médecins dans l'esprit d'une démarche réflexive continue.

D'autres modalités pourraient participer à améliorer les pratiques : l'interactivité au sein d'un groupe (au moins un des trois temps de la démarche réflexive doit être un temps partagé, si possible physiquement), l'utilisation de situations dans la réalité de la pratique comme base de départ de l'analyse, l'organisation en plan de DPC, où le médecin devient acteur de sa formation et non plus simple participant.

### ***Objectif de l'étude***

En englobant les notions de formation médicale continue et d'évaluation des pratiques professionnelles, le Développement Professionnel Continu prétend pouvoir avoir un impact sur les pratiques. Son ultime but est l'amélioration de la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. Mais qu'en est-il à l'aube de sa mise en place ? Peu d'études ont évalué son impact sur les pratiques.

Les pratiques des médecins généralistes s'améliorent-elles après réalisation d'un programme de Développement Professionnel Continu ? L'hypothèse de ce travail était que les pratiques des médecins généralistes concernant le suivi de grossesses normales s'amélioreraient après avoir suivi un programme de DPC intitulé « Suivi de grossesse à bas risque ».

# MATERIEL ET METHODE

## *Type d'étude*

Il s'agissait d'une étude avant-après au sein d'une cohorte rétrospective.

## *Population étudiée et modalités d'inclusion*

La population étudiée était constituée de médecins généralistes libéraux, installés et remplaçants, répartis sur tout le territoire français, qui ont participé à un même programme de DPC.

La liste des participants a été fournie par l'organisme de DPC dispensant le programme. Un courrier électronique a été adressé aux médecins pour présenter le projet de thèse et demander un accord pour participer, en garantissant l'anonymat de leurs résultats aux questionnaires des différentes phases de recueil. Un questionnaire (« questionnaire annexe » (annexe 1)) était joint afin de préciser les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon constitué.

Les médecins qui retournaient par voie électronique ou postale le « questionnaire annexe », avec l'accord pour participer étaient inclus.

## *Intervention*

Le programme de DPC intitulé « Suivi de grossesse à bas risque » était dispensé par l'organisme de DPC « FMC Action » agréée par l'OGDPC. Il s'est déroulé dans différentes villes de France métropolitaine, à des dates réparties sur l'année 2013. Il était destiné aux médecins généralistes.

Le thème du programme était justifié par l'augmentation du nombre de consultations pour suivi de grossesse ou maladie intercurrente chez la femme enceinte auprès du médecin de ville suite à l'évolution de la démographie médicale et de l'accès aux soins.

Il en était attendu une mise à jour des connaissances par l'acquisition des dernières recommandations sur le suivi de grossesse ; de savoir orienter les patientes dans le système de soin lié à la maternité ; de prescrire les examens de façon pertinente et économique ; de savoir utiliser des sources de référence en matière de prescription médicamenteuse ; de savoir utiliser l'outil informatique afin d'établir un calendrier de suivi de grossesse, utile au médecin et à la patiente ; et enfin de savoir informer le couple et la femme enceinte sur la prise en charge de sa grossesse (objectifs détaillés en annexe 2).

Le programme se déroulait en trois phases :

**PHASE 1** : premier temps de la démarche réflexive. Réalisation dès l'inscription :

- d'un audit clinique à partir de trois dossiers patientes (« recueil phase 1 : questionnaire » (annexe 3)). Le médecin devait inclure de façon prospective les trois prochaines femmes enceintes venant en consultation pour suivi de leur grossesse et répondre à treize questions sur un mode déclaratif ;

- d'un questionnaire de registre des pratiques (« recueil phase 1 : enquête » (annexe 4)). Le médecin donnait une réponse déclarative sur ses pratiques en général, sans reprise de dossier patiente.

**PHASE 2** : deuxième temps de la démarche réflexive. Phase de formation présentielle sur deux jours consécutifs (treize heures de travail au total) (programme en annexe 2), utilisant différentes méthodes pédagogiques :

- utilisation des résultats de l'audit clinique et du registre des pratiques de la phase 1 comme point de départ de la réflexion en ateliers, puis confrontation aux recommandations ;
- élaboration en sous-groupes d'une analyse des modifications des pratiques à effectuer pour chacun des participants ;
- interactivité entre les participants par l'alternance de phases de travail en groupes de pairs et en plénière ; temps de discussion et réponses aux questions avec les intervenants experts ; ateliers de réflexion sur des cas cliniques pratiques et jeux de rôle ;
- phase cognitive : mise à jour des connaissances avec les experts sur les différents thèmes du programme.

**PHASE 3** : troisième temps de la démarche réflexive. Réalisation deux mois après la formation d'un questionnaire de registre des pratiques (« recueil phase 3 : enquête » (annexe 5)).

La conceptrice du programme était un médecin généraliste particulièrement intéressé par la problématique du programme, aux vues de la fréquence de ces consultations en médecine générale. Elle a participé à de nombreuses formations médicales et a conçu d'autres programmes de formation. L'organisateur était un médecin généraliste ayant une expérience dans l'organisation et l'animation de formation ainsi que dans l'évaluation des pratiques. Les animateurs, en charge de 8 à 12 participants, étaient des médecins généralistes formés à l'animation. Les experts étaient représentés par un gynécologue-obstétricien, un médecin généraliste ayant des compétences dans le suivi de grossesse et le travail en réseau de périnatalité, une sage-femme ayant des compétences dans l'entretien prénatal précoce et dans le réseau de périnatalité, et un échographiste agréé au dépistage de la trisomie 21 (cet expert pouvait être le gynécologue-obstétricien).

### ***Critère de jugement principal et recueil des données***

Le critère de jugement principal était le taux d'amélioration globale des pratiques entre les phases 1 et 3, défini par la différence des taux de bonnes pratiques entre les deux phases.

Les questions soumises à la comparaison étaient :

- pour les questions 1 à 3, identiques entre l'enquête phase 1 et l'enquête phase 3 :
  1. *Connaissez-vous le réseau de périnatalité dont vous dépendez ?*
  2. *Connaissez-vous le type (1, 2 ou 3) des maternités qui sont proches de votre cabinet ?*
  3. *Connaissez-vous les lieux de préparation à la naissance existant autour de votre cabinet ?*
- pour les questions 4 à 9, similaires entre le questionnaire phase 1 et l'enquête phase 3 :
  4. *Un planning de surveillance est-il élaboré au cours du suivi de grossesse ?*
  5. *Si oui, est-il remis et expliqué à la patiente ?*
  6. *Remettez-vous lors du suivi un document écrit de conseils hygiéno-diététiques pour la prévention de la listériose et en cas de séronégativité, de la toxoplasmose ?*
  7. *Notez-vous systématiquement le poids mensuel dans le dossier ?*
  8. *Notez-vous systématiquement la tension artérielle à chaque consultation ?*
  9. *Parlez-vous de la préparation à la naissance à chaque femme enceinte ?*

Les résultats des participants inclus ont été transmis par FMC action au début de l'année 2014.

### *Analyse des données*

L'accès aux résultats d'un programme de DPC réalisé par FMC Action en 2012 a permis d'estimer un taux d'amélioration global entre les phases 1 et 3 à 20%. Le nombre de sujets nécessaires pour cette étude a été déterminé à 42 à l'aide de l'outil « calcul du nombre de sujets nécessaires » disponible sur le site BiostaTGV [17]. Il s'agissait de comparer deux proportions binomiales à l'aide d'un test bilatéral, avec un risque de première espèce alpha à 5% et une puissance fixée à 80%.

Chaque question a été analysée selon deux axes. Le premier était l'analyse de l'amélioration globale des pratiques du groupe. Le second consistait en l'analyse détaillée du changement des pratiques pour chaque médecin. Les participants ayant répondu en phase 1 et non en phase 3 et inversement, étaient exclus de l'analyse. Le test du Chi<sup>2</sup> de Mc Nemar a été utilisé afin de déterminer si l'évolution des pratiques était significativement liée au programme de DPC.

## RESULTATS

### *Caractéristiques de la population étudiée*

Parmi les 99 médecins participants au programme, 41 (41,4%) ont été inclus. Leurs caractéristiques sont résumées dans le tableau 1. La figure 1 représente leur répartition par tranche d'âge.

Caractéristiques	Population (N=41)	Pourcentage
<b>Moyenne d'âge, année</b>	45,9	
<b>Femmes</b>	28	68,3
<b>Moyenne de durée d'exercice, année</b>	17,3	
<b>Médecins installés</b>	33	80,5
- Exercice		
<i>seul</i>	8	24,5
<i>en groupe</i>	25	75,8
- Lieu d'exercice		
<i>rural</i>	5	15,1
<i>semi-rural</i>	10	30,3
<i>urbain</i>	18	54,6
<b>Situation familiale</b>		
<i>marié/en couple</i>	34	82,9
<i>avec enfants</i>	31	77,5
<b>Activité universitaire</b>	11	26,8

Tableau 1: Caractéristiques des médecins participants

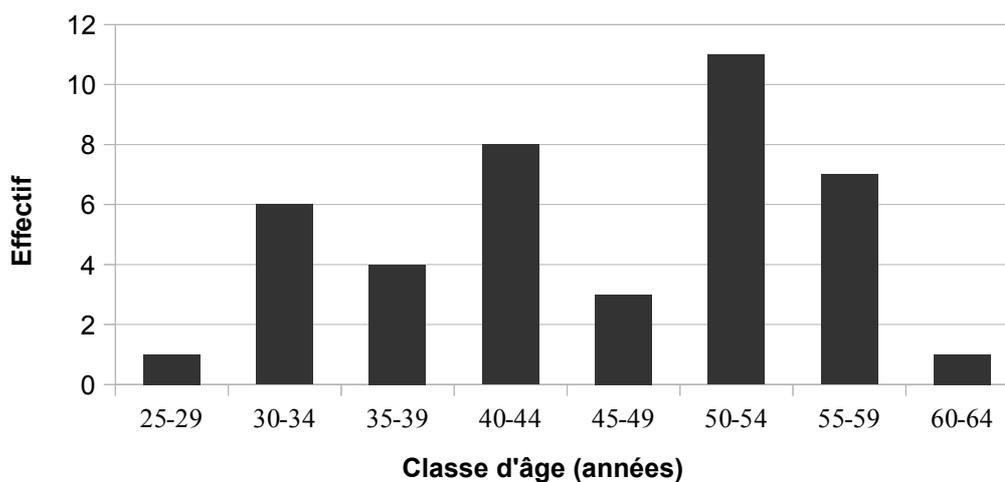


Figure 1: Participants répartis par tranche d'âge

## ***Amélioration globale des pratiques***

L'analyse portait sur 23 à 36 médecins selon les questions, soit 23,2 à 36,6% du total des participants au programme, certains médecins ayant répondu à une seule des deux phases. Le tableau 2 décrit pour chaque question l'amélioration globale des pratiques après le programme, correspondant à la différence des taux de bonnes pratiques entre les phases 1 et 3.

On retrouvait une amélioration pour toutes les questions, avec une augmentation moyenne de 32,1% (15,7 - 48,5) du taux de bonnes pratiques. Les taux d'amélioration les plus importants, supérieurs à 50%, concernaient la connaissance du réseau de périnatalité et parler de la préparation à la naissance. Au total, six questions sur neuf obtenaient un taux d'amélioration supérieur à 20%.

	Effectif (pourcentage %)			
	Bonnes pratiques en Phase 1	Phase 3	<b>Amélioration globale</b>	
1. Connaissance du réseau de périnatalité	12 (36,4)	29 (87,9)	17 (51,5)	N=33
2. Connaissance du type des maternités proches du cabinet	23 (69,7)	33 (100)	10 (30,3)	N=33
3. Connaissance des lieux de préparation à la naissance existant autour du cabinet	19 (58)	29 (87,9)	10 (29,9)	N=33
4. Elaboration d'un planning de surveillance pour chaque femme enceinte	19 (52,8)	34 (94,4)	15 (41,6)	N=36
5. Remise à la patiente du planning de surveillance lorsque celui-ci a été élaboré	16 (69,6)	20 (87)	4 (17,4)	N=23
6. Remise d'un document écrit de conseils hygiéno-diététiques pour la prévention de la listériose et en cas de séronégativité, de la toxoplasmose	10 (28,6)	22 (62,9)	12 (34,3)	N=35
7. Notation systématique du poids mensuel dans le dossier de suivi de grossesse	32 (88,9)	36 (100)	4 (11,1)	N=36
8. Notation systématique de la tension artérielle à chaque consultation	35 (97,2)	36 (100)	1 (2,8)	N=36
9. Parler de la préparation à la naissance à chaque femme enceinte	12 (33,3)	31 (86,1)	19 (52,8)	N=36

*Tableau 2: Amélioration globale des pratiques après le programme*

Sur les 11 participants analysables n'élaborant pas de planning de surveillance en phase 1, 63,6 % d'entre eux en élaboraient un et le remettaient en phase 3.

Les taux de bonnes pratiques en phase 3 correspondaient aux pourcentages de participants ayant acquis de bonnes pratiques et ceux ayant conservés de bonnes pratiques (figure 2).

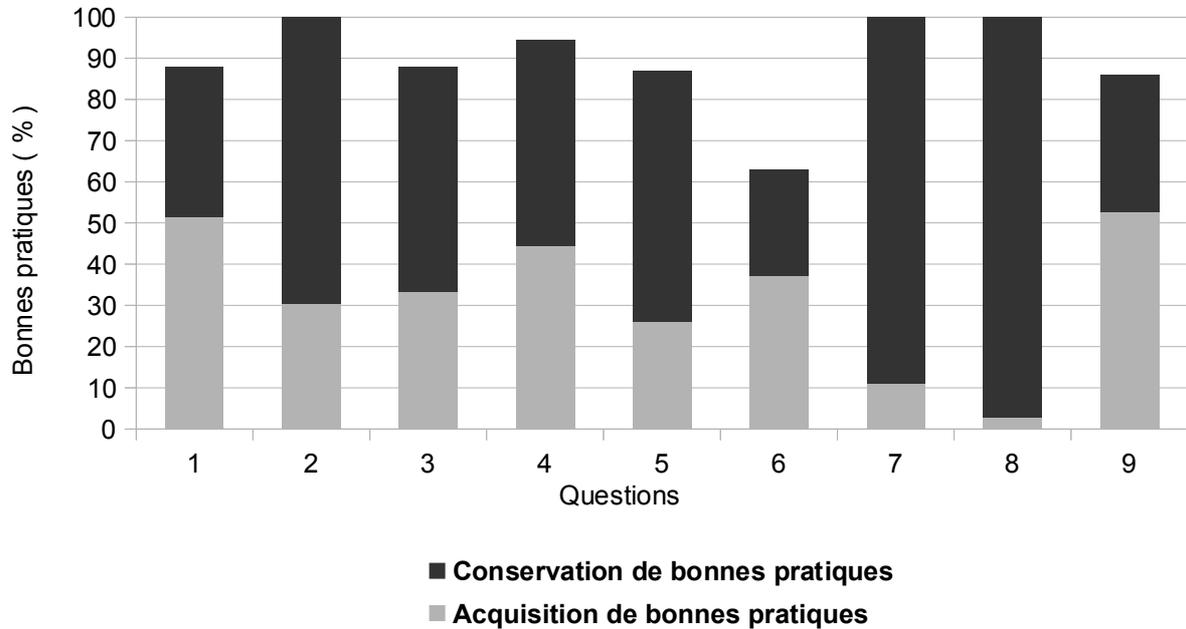


Figure 2: Détails des bonnes pratiques en phase 3

### *Analyse détaillée de l'évolution des pratiques*

L'acquisition et la conservation de bonnes pratiques étaient significativement liées au DPC pour les questions 1, 2, 3, 4 et 6 (figures 3 et 4) .

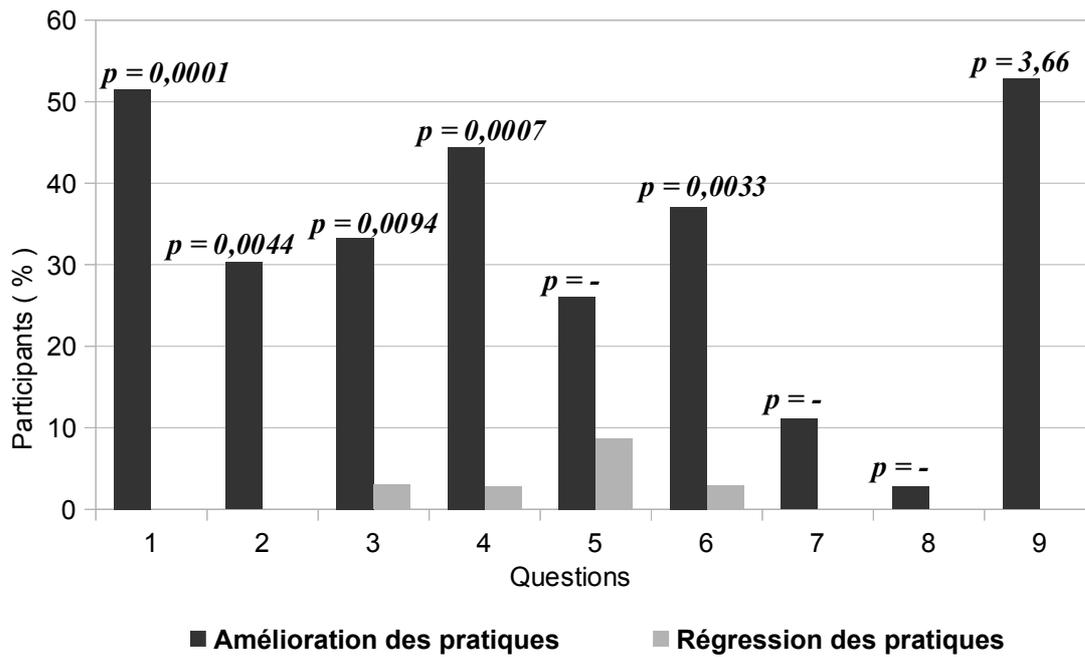


Figure 3: Changement des pratiques

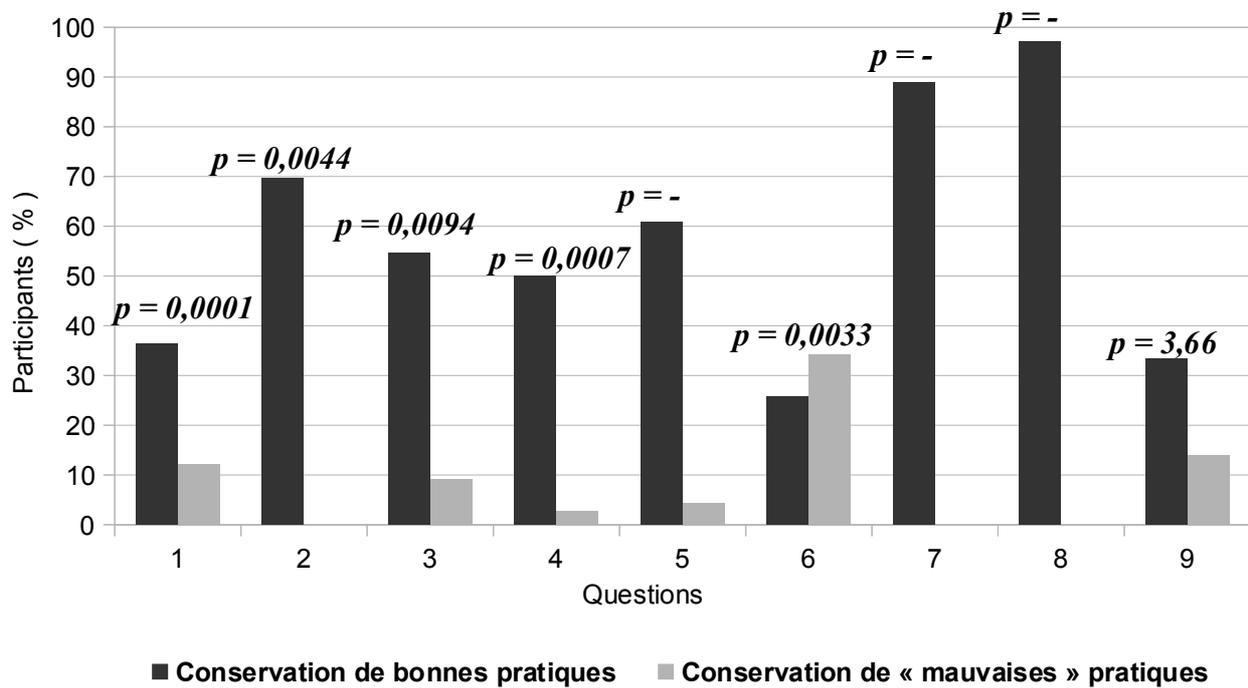


Figure 4: Absence de changement des pratiques

## DISCUSSION

### *Amélioration des pratiques des médecins généralistes*

L'étude met en évidence une amélioration globale des pratiques pour toutes les questions analysées, avec une augmentation moyenne de 32,1% (15,7 – 48,5) du taux de bonnes pratiques. L'acquisition et la conservation de bonnes pratiques étaient significativement liées au DPC pour cinq questions sur neuf. A deux mois de la formation présentielle, ils étaient plus nombreux à déclarer connaître le réseau de périnatalité, le type des maternités et les lieux de préparation à la naissance proches de leur cabinet. On observait une augmentation du nombre de médecins déclarant élaborer un planning de surveillance et remettre un document écrit de conseils hygiéno-diététiques pour la prévention de la listériose et si besoin de la toxoplasmose.

### *Biais et limites*

Il faut toutefois prendre avec précaution les résultats favorables de notre étude qui présentait certaines limites. Le recueil des données des questionnaires en début d'année 2014 était rétrospectif à la formation mais présentait l'intérêt de la rapidité du recueil et permettait la constitution d'un échantillon de médecins suffisant. Les questionnaires ont été remplis de manière prospective au DPC, la pratique a donc pu être modifiée par le seul fait de son observation, bien que le temps d'observation ait été relativement court.

La phase de suivi à deux mois était relativement proche de la phase présentielle, on ne peut donc rien conclure quant à la durabilité des résultats de la formation sur les pratiques. Il faudrait un minimum d'un an après l'intervention pour apprécier la durabilité de ses effets [18]. En l'absence de mise en situation régulière des compétences acquises, un retour aux automatismes antérieurs se fait progressivement [19].

L'évolution des pratiques était estimée à partir de l'auto-évaluation des médecins. Le recul pour décrire ses propres pratiques était probablement insuffisant. Une revue systématique d'une équipe nord-américaine portant sur des études comparant auto-évaluation et évaluation externe a mis en évidence que sur vingt comparaisons, treize montraient une dissociation ou une association inexistante ou limitée, sept une corrélation nette. Les médecins les moins habitués à la démarche d'auto-évaluation et ceux qui étaient les plus confiants en eux-mêmes avaient une auto-évaluation la moins fiable. La qualité méthodologique de ces études était cependant variable [20]. Le mode déclaratif et non factuel, donc subjectif des réponses aux questionnaires en phase 3 limitent la portée des résultats de notre travail.

Il n'a pas été réalisé de tirage au sort afin d'obtenir un échantillon de médecins suffisant. Les participants étaient volontaires donc probablement motivés pour améliorer leurs pratiques. Les médecins réfractaires au DPC n'auront peut être pas souhaité s'investir dans notre étude. Il aurait été intéressant de savoir si les médecins s'étaient inscrits à ce programme par intérêt pour le thème abordé ou par besoin, s'ils avaient une pratique orientée vers la gynécologie, s'ils avaient déjà participé à ce thème de formation, s'ils participaient à d'autres types de formations (groupe de pairs, groupe Balint, etc...) et s'ils étaient confiants envers les modalités du DPC.

Les pratiques étaient comparées de manière longitudinale, mais il aurait été intéressant de comparer leur évolution à celle d'un groupe contrôle qui n'aurait pas suivi la formation.

Il y avait dans notre étude plus de femmes que dans la population de médecins généralistes français métropolitains au 1er Janvier 2014 [21]: 68,7% contre 43,6% et cela peut s'expliquer par le thème de la formation abordé. Les médecins étaient en moyenne plus jeunes que dans la population de médecins généralistes: 45,9 ans contre 52 ans. Les remplaçants étaient fortement représentés (19,5%) contre 6,8% dans la population de médecins généralistes français. La catégorie d'âge de plus de 55 ans représente 78,9% de la population de médecins généralistes, or dans notre étude, la même catégorie d'âge représentait 19,5% des médecins.

### ***Des travaux encourageants en faveur du DPC***

Il s'agit d'une des premières études évaluant l'amélioration des pratiques depuis la mise en place du DPC. Plusieurs travaux encore non publiés et présentés au Congrès de la Médecine Générale 2014 vont dans le sens de notre étude [22].

Le travail de Boyes portant sur l'impact d'une formation type DPC sur la prise en charge de la dépression en Médecine Générale montrait une évolution positive des pratiques à trois mois de la phase présentielle [23]. Sur les 17 médecins participants ayant rempli un questionnaire, pour les 87 diagnostics de dépression posés, 80 échelles diagnostiques ont été utilisées. Concernant les changements de comportement, 60% déclaraient avoir limité les anxyolytiques, 30% avoir une approche différente du patient dépressif par sensibilisation aux TCC, 10% avoir mis en place un suivi structuré à travers une consultation précoce à huit jours. Ces changements de pratique répondaient aux préconisations des recommandations.

Une autre étude portant sur le DPC par internet sur le dépistage des facteurs de risque fracturaire a évalué l'impact des formations individuelles sur la modification des pratiques [24]. Sur les 90 participants interrogés, on observait une meilleure structuration du dossier patient, avec introduction d'alarmes ou tableurs. L'interrogatoire s'était modifié, avec un travail plus systématisé. Il semblait y avoir un impact direct sur la modification des pratiques de dépistage par le fait de travailler dans son cabinet directement devant le patient. L'étude précisait que ces e-formations ne sont pas adaptées à tous les thèmes ni à tous les médecins. Malgré de faibles effectifs et des résultats portant sur des données déclaratives, les travaux de Boyes et Cibois-Honorat suggèrent qu'il existe un lien entre DPC et amélioration des pratiques.

Une étude a analysé 6995 grilles issues de dossiers de malades de 932 médecins portant sur des indicateurs les plus pertinents de pathologies fréquentes en médecine générale (HTA, diabète, AVK, MRC, contraception, ostéoporose, lombalgie) entre 2009 et 2013 [25]. Les écarts de pratiques ont été mesurés par rapport aux recommandations puis ont été discutés avec les participants. L'auteur concluait que le travail d'analyse de pratique semble être un révélateur et donc un levier efficace d'amélioration des comportements et des pratiques, individuellement ou collectivement. Les événements scientifiques, sociologiques et politiques influencent l'adaptation des pratiques. Trois ou quatre indicateurs bien choisis sont nécessaires et suffisants pour améliorer significativement la prise en charge des patients.

### ***Un programme répondant au cahier des charges du DPC***

Les résultats de notre étude en faveur d'un lien entre le programme de DPC et l'amélioration des pratiques à moyen terme pourraient s'expliquer par l'intégration de critères d'efficacité d'une formation.

Sur la forme, la phase présentielle était interactive par l'utilisation d'ateliers, de jeux de rôle, en travaillant par petits groupes de pairs. Les participants pouvaient interagir librement avec les

experts. L'intervention était répétée dans le temps avec trois phases réparties sur plusieurs mois, permettant de réitérer la démarche réflexive. Dans notre étude, pour aller jusqu'au bout de la démarche, la phase de suivi aurait pu se baser sur la clinique et non sur les pratiques déclarées. Il n'y a pas eu d'utilisation d'indicateurs objectifs fiables, mesurables. Par exemple, le nombre d'échographies du premier trimestre prescrites pour les patientes suivies depuis le début de leur grossesse aurait pu être relevé en phase 3. La pratique réflexive était le fil conducteur du programme. Le DPC, par la pratique réflexive, tente de donner au médecin la compétence d'être pragmatique dans sa décision médicale : prendre une décision selon les données de la science, mais adaptée et applicable pour un patient dans une situation donnée. Le raisonnement clinique n'est jamais algorithmique comme on peut l'apprendre au cours de formations dites formelles, il doit être repensé et refondé dans l'action [19].

Sur le fond, il existait un potentiel d'amélioration des pratiques. De nouvelles recommandations ont été publiées par la HAS sur le dépistage du diabète gestationnel et de la trisomie 21 par exemple. Le parcours de soins lié à la maternité doit s'adapter aux nouvelles structures, notamment avec l'existence de réseaux de périnatalité. La démographie médicale actuelle nécessite une adaptation du recours aux différents professionnels de la maternité. Des outils validés scientifiquement comme Le CRAT permettent d'apporter une sécurité d'utilisation des produits de santé au cours d'une consultation. Le thème de la formation était peu complexe, transposable à la pratique puisqu'il s'agit d'un motif de consultation quotidien.

Pour certaines questions, le lien entre DPC et amélioration des pratiques n'était pas significatif et pouvait s'expliquer d'une part par le faible effectif de l'échantillon, et d'autre part par le fait que les médecins avaient probablement déjà des pratiques en adéquation avec les recommandations. On peut supposer que la notation de la tension artérielle (question 7) au cours de la consultation fait partie de l'examen médical « de base » de tout patient. Des facteurs extrinsèques comme le contexte de mise en application du DPC ont pu favoriser la résistance au changement des participants. Les événements scientifiques, sociologiques et politiques pourraient influencer l'adaptation des pratiques des médecins [25].

### ***Relativiser sur un impact à plus haut niveau***

Les performances des médecins semblent s'améliorer à moyen terme d'une action de DPC. Que peut-on attendre comme bénéfices cliniques et/ou économiques ? Moore propose à chaque médecin d'aller plus loin dans la réflexion sur l'impact d'une formation : l'état de santé des patients s'est-il amélioré ? La réponse est complexe et ne peut se baser sur quelques indicateurs chiffrés. Elle ne peut venir que de l'analyse de données multiples issues de dossiers de patients, de données institutionnelles, d'auto-questionnaires patient et médecin, etc... [26]. Ce constat est en contradiction avec l'étude PAAIR 2 [27] sur la prescription ambulatoire des antibiotiques dans les infections respiratoires d'origine virale. Les pratiques d'un groupe de médecins généralistes participant à un séminaire de FMC interactive (un sous-groupe FMC interactive et un sous-groupe FMC interactive avec Mise en Situation de Pratique Réflexive (MSPR)) ont été comparées à un groupe témoin. Le groupe FMC interactive a modifié ses pratiques de manière significative comparativement au groupe témoin, avec une prescription d'antibiotiques plus faible pour le sous-groupe FMC avec MSPR. Les auteurs concluent que les formations interactives d'au moins deux jours permettent de modifier les pratiques médicales à court et moyen terme avec des répercussions en terme de santé publique et d'un point de vue médico-économique. Montrer que les résultats d'une formation se traduisent directement en terme de résultats en santé publique pourrait donc dépendre du thème de la formation abordé. Définir les éléments permettant au DPC d'améliorer les résultats sanitaires est rendu difficile par la complexité liée à chaque intervenant et à leurs interactions.

Il n'existe aucun indicateur générique permettant de mesurer l'impact d'une formation sur les compétences ou les performances des médecins, encore moins sur les résultats en santé publique. On sait simplement qu'intégrer des critères d'efficacité au sein d'un programme de formation augmente son impact [28] [8]. C'est de l'analyse des résultats de santé que l'on peut cibler les différents niveaux de pratique à améliorer (performances, puis compétences, puis s'il y a lieu connaissances) [26], mais difficilement l'inverse.

## CONCLUSION

La formation médicale continue est en perpétuel remaniement et ce dans un but de perfectionnement. Le Développement Professionnel Continu, nouveau dispositif de formation obligatoire depuis 2013, rassemble différents critères pour une formation efficace.

Notre étude est l'une des premières évaluant l'amélioration des pratiques par le DPC. A deux mois de la réalisation d'un programme de DPC par des médecins généralistes français portant sur le suivi de grossesse à bas risque, les pratiques s'améliorent pour toutes les questions analysées, avec une augmentation moyenne de 32,1% (15,7 – 48,5) du taux de bonnes pratiques. L'acquisition et la conservation de bonnes pratiques est significativement liées au DPC pour cinq questions sur neuf. Malgré le faible effectif et des résultats basés sur des pratiques déclarées, ces premiers résultats sont encourageants. D'autres travaux vont dans ce sens mais ils devront être complétés par des études de plus grande ampleur.

Différents éléments pourraient expliquer ces résultats. Les participants pouvaient interagir entre eux lors de jeux de rôle, groupes de pairs ou ateliers et avec les experts. L'intervention était répétée dans le temps par le biais de la démarche réflexive : la phase initiale d'analyse servait de mise en lumière des pratiques des médecins participants, leur permettant de mieux rebondir en phase présente et se confronter aux référentiels. La phase de suivi à deux mois permettait aux médecins de se poser la question de l'application des compétences. Le thème de la formation était peu complexe et adapté à la pratique des médecins généralistes. Il existait un potentiel d'amélioration du fait de recommandations récentes publiées par la HAS. Concernant les points abordés par le DPC sur des éléments cliniques d'ordre général, les pratiques étaient probablement déjà en adéquation avec les recommandations.

La notion d'amélioration des pratiques, c'est-à-dire des performances des médecins, reste complexe à établir. Il serait hasardeux de chercher à démontrer des résultats cliniques et/ou économiques alors que le DPC n'en est qu'à ses balbutiements. La mise en évidence de ces résultats doit s'appuyer sur de multiples données qui sont insuffisantes. Cependant, certaines études utilisant la méthode de la pratique réflexive montrent que les résultats peuvent se traduire par des effets immédiats en terme de santé publique.

Le contexte de mise en application du DPC peut être considéré comme un frein à se former par nombre de médecins et jouer un rôle néfaste sur ses objectifs initiaux. Sur le terrain, les différents protagonistes rencontrent des difficultés comme l'informatisation pour les associations, la restriction du nombre de jours de formation indemnisés pour les médecins, le manque de moyens pour garantir la validité scientifique des programmes par la Commission Scientifique Indépendante. Des questions de fond peuvent être soulevées, comme le choix de l'orientation des programmes par l'Assurance Maladie et les Agences Régionales de Santé. Leur politique est de diminuer les coûts de santé, mais garantit-elle la qualité des soins ? Les programmes choisis se réfèrent-ils à des recommandations reconnues par tous ? Concernant les besoins en formation, les programmes doivent-ils être standardisés pour répondre à une demande de masse ou adaptés à chaque médecin selon sa pratique, son lieu et son mode d'exercice ? Certains organismes de DPC mettent à disposition des outils permettant au médecin de s'inscrire à un programme en fonction de ses réels besoins, mais ce n'est pas encore généralisé.

Malgré les limites actuelles du DPC, ses principes sont séduisants. Ce travail a le mérite de s'être intéressé à la manière dont ce nouveau dispositif de formation peut améliorer les pratiques en réunissant différents critères d'efficacité. Une amélioration a été mise en évidence concernant le programme étudié mais d'autres études doivent conforter ces premiers résultats. De nombreuses pistes de recherche restent encore à explorer : quel ressenti ont les participants d'un programme de DPC sur l'évolution de leurs pratiques ? Comment les médecins intègrent-ils leurs nouvelles compétences dans leurs pratiques ? Les pratiques s'améliorent-elles de façon durable ?

## BIBLIOGRAPHIE

- 1: Ordonnance n°96-345 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. 24 Avril 1996.
- 2: Article 59. Loi 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 4 Mars 2002.
- 3: Article 14. Loi 2004-810 relative à l'Assurance Maladie. 13 Août 2004.
- 4: Article 59. Loi 2009-879 Hôpital, Patient, Santé, Territoire. 21 Juillet 2009 .
- 5: Vallée P, Gallois JP, Le Noc Y, Développement Professionnel Continu, pour une pratique réflexive. *Médecine*, 2013; 9 (2): 74-80.
- 6: Marinopoulos S et al, Effectiveness of Continuing Medical Education. Evidence Report/Technology Assessment (Full Report), 2007; 149: 1-69.
- 7: Mansouri M, Lockyer J, A Meta-analysis of Continuing Medical Education Effectiveness. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2007; 27: 6-15.
- 8: Davis D, Galbraith R, Continuing Medical Education Effect on Practice Performance. Effectiveness of Continuing Medical Education: American College of Chest Physicians Evidence-Based Educational Guidelines. *Chest*, 2009; 135: 42S-48S.
- 9: Forsetlund L, Bjorndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, Davis D, Odgaard-Jensen J, Oxman AD, Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; Issue 2: CD003030.
- 10: Haute Autorité de Santé, Elaboration de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles. 2007.
- 11: Bloom BS, Effects of Continuing Medical Education on Improving Physician Clinical Care and Patient Health: a Review of Systematic Reviews. *International journal of technology assessment in the health care*, 2005; 21(3): 380-385.
- 12: White I, Grzybowski S, Broudo M, Commitment to Change Instruments Enhances Program Planning, Implementation, and Evaluation. *Journal of continuing medical education in the health professions*, 2004; 24: 153-162.
- 13: Sibley JC, Sackett DL, Gerard B, Rudnick KV, Fraser W, A randomized trial of continuing medical education. *The New England Journal of Medicine*, 1982; 306(9): 511-515.
- 14: Arnould Céline, Les médecins généralistes vosgiens et leur formation médicale continue. Une enquête qualitative auprès de 11 médecins généralistes. Thèse d'exercice: médecine. *Médecine générale*, 2012; Nancy: 123.
- 15: Perrenoud P, Le praticien réflexif. La diffusion d'un modèle de formation. *Recherche & formation*, 2001; 36: 131-162.
- 16: Attali C, Amade-Escot C, Ghadi V, Cohen JM, Pouchain D, Huas D, Noël F, Chevallier P, Ghasarossian C, Renard V, Patey O, Infections respiratoires présumées virales. Comment prescrire moins d'antibiotiques? Résultats de l'étude PAAIR. *La Revue du Praticien - Médecine Générale*, 2003; 601(17): 155-150.
- 17: <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>
- 18: Tian J, Atkinson NL, Portnoy B, Gold RS, A Systematic Review of Evaluation in Formal Continuing Medical Education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2007; 27(1): 16-27.
- 19: Barrier J, Modification des pratiques du médecin: de la formation à l'évaluation des pratiques professionnelles. *Ann Pathol*, 2006; 26: 1S35-1S40.
- 20: Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, Van Harrison R, Thorpe KE, Perrier L, Accuracy of Physician Self-assessment Compared With Observed Measures of Competence. A systematic review. *JAMA*, 2006; 296: 1094-1102.
- 21: Ordre National des Médecins, Atlas de la démographie médicale. Situation au 1er Janvier 2014.
- 22: <http://www.congresmg.fr/abstracts/cmfg2014/#abs201><http://www.congresmg.fr/abstracts/cmfg2014/#abs201>
- 23: Boyes JP, Bourgeois O, Bismuth M, Peze E, Latrous L, Bismuth P, Escourrou B, Impact d'une formation type DPC sur la prise en charge de la dépression en Médecine Générale. Poster présenté

au Congrès de la Médecine Générale, Paris, Avril 2014.

24: Cibois-Honorat I, Modification des pratiques après une formation DPC par internet. Présentation orale au Congrès de la Médecine Générale, Nice, Juin 2011.

25: Ortolan B, Le DPC, un observatoire de pratique. Poster présenté au Congrès de la Médecine Générale, Paris, Avril 2014.

26: Moore DE, Green JS, Gallis HA, Achieving Desired Results and Improved Outcomes: Integrating Planning and Assessment Throughout Learning Activities. J Contin Educ Health Prof, 2009; 29(1): 1-15.

27: [http://www.infectiologie.com/site/medias/enseignement/seminaires\\_desc/2008-mai/pair-descmai08-.pdf](http://www.infectiologie.com/site/medias/enseignement/seminaires_desc/2008-mai/pair-descmai08-.pdf)

28: Mazmanian PE, Davis DA, Galbraith R, Continuing Medical Education Effect on Clinical Outcomes: Effectiveness of Continuing Medical Education. American College of Chest Physicians Evidence-Based Educational Guidelines. Chest, 2009; 135: 49S-55S.

# ANNEXES

## *Annexe 1 : « questionnaire annexe »*

### Questionnaire sur les médecins participants

**1/ Indiquez votre âge et votre sexe**

.....

**2/ Etes-vous :** supprimer l'item ne correspondant pas à votre cas :

- installé(e)
- remplaçant(e)

**3/ Depuis combien de temps exercez vous ?**

.....

**4/ Si vous êtes installé(e)s, quel est votre mode d'exercice ?** supprimer l'item ne correspondant pas à votre cas :

- seul(e)
- en cabinet de groupe

**5/ Quel est votre type d'activité ?** supprimer les items ne correspondant pas à votre cas :

- urbaine
- semi-rurale
- rurale

**6/ Quelle est votre situation familiale ?** supprimer l'item ne correspondant pas à votre cas :

- célibataire
- marié(e) ou en couple
- avec enfant
- sans enfant

**7/ Avez vous une activité universitaire (quelle quelle soit : maîtrise de stage, cours à la fac...) ?**

supprimer l'item ne correspondant pas à votre cas :

- Oui
- Non

## Annexe 2 : objectifs détaillés et programme de la phase présentielle

### Justification et intention générale

---

Les consultations pour suivi de grossesse ou pour maladies intercurrentes chez une femme enceinte sont en augmentation auprès du médecin de ville suite à l'évolution de la démographie médicale et de l'accès aux soins. Cette constatation correspond à l'évolution du parcours de soins et à la facilitation de l'accès aux ressources de santé.

Les recommandations HAS sur le suivi des grossesses ont été synthétisées à plusieurs reprises et diffusées à tous les médecins. La répartition des rôles en fonction des risques de la grossesse ont été listés et identifiés dans ces recommandations.

Le médecin de ville connaît le plus souvent le passé médical et l'environnement socioprofessionnel de la patiente mieux que tout autre acteur de santé. Il doit informer et conseiller la patiente tout au long de sa grossesse et au sujet des examens proposés et recommandés pour le suivi de sa grossesse. Il doit lui prodiguer les conseils hygiéno-diététique indiqués par sa situation personnelle et dépister d'éventuelles vulnérabilités médico-psycho sociales<sup>1 2</sup>. Les problèmes mineurs de la grossesse ou « petits maux » font partie des motifs habituels de consultation en médecine de ville et sont abordés dans cette formation.

A l'issue de ce programme, les médecins de ville seront plus à même d'occuper la place qui leur est réservée dans cette coordination des soins. Ils auront complété et mis à jour leurs connaissances grâce à l'acquisition des dernières recommandations sur le suivi de la grossesse. Ils sauront s'appuyer si besoin sur les sages femmes, prescriront les examens de suivi d'une façon plus économique et pertinente, orienteront à meilleur escient vers les spécialistes<sup>3</sup> tout en assurant plus facilement le relais de la maternité dans le post partum. Ils sauront également s'appuyer sur des sources de références avant prescription de tout traitement et auront toute leur place dans l'information du couple et de la femme enceinte sur la prise en charge de sa grossesse.

Le débordement des maternités entraîne une augmentation des retours précoces (avant le 3<sup>e</sup>J si voie basse et avant le 5<sup>e</sup>J si césarienne). Ce sont les CHG de type III qui sont le plus touchés par cette surcharge : retour précoce après 20% de leurs accouchements voie basse et 13% de leurs accouchements par césariennes.

Les femmes sortant de la maternité de plus en plus tôt, le médecin de ville est amené à prendre en charge le suivi de l'allaitement.

Ce programme de développement professionnel continu propose également d'utiliser un outil informatique, personnalisable et synthétique, évolutif au fil des consultations et imprimable sur format A4, reprenant toutes ces recommandations. Cet outil peut permettre au médecin de ne rien oublier tout en appliquant les recommandations et de mieux informer la patiente pour qu'elle s'approprie le suivi de sa grossesse. Il reprend tous les éléments du carnet de suivi de grossesse.

<sup>1</sup> HAS avril 2005 Comment mieux informer les femmes enceintes. Recommandations pour les professionnels de santé

<sup>2</sup> Haute Autorité de santé : Recommandations professionnelles sur la préparation à la naissance et à la parentalité. [HAS] de novembre 2005

<sup>3</sup> HAS octobre 2007 : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées

## **Présentation des objectifs précis de formation, clairement explicités et formulés**

---

### **- Objectifs généraux**

Intégrer les référentiels de surveillance de la grossesse.

Organiser la surveillance biologique, échographique et clinique d'une grossesse normale

Informier et conseiller la femme ou le couple sur son suivi de grossesse

Dépister et orienter les grossesses à risque

### **- Objectifs pédagogiques**

Lister les examens obligatoires et recommandés au cours du suivi de la grossesse normale

Prendre en charge les petits maux de la grossesse.

Conseiller la femme enceinte sur son hygiène de vie, son alimentation.

Prescrire une échographie, un dépistage sanguin de la T21, en interpréter le compte rendu, expliquer l'amniocentèse et orienter la patiente pour un diagnostic anténatal

Proposer l'entretien prénatal précoce au couple.

Repérer les éléments faisant sortir la grossesse du bas risque lors du suivi.

Orienter les femmes en cas de grossesse pathologique

Repérer le réseau de périnatalité local et ses missions

Assurer la surveillance de l'allaitement.

## **Déroulement global du programme**

---

### Phase non présenteielle dès l'inscription

Audit clinique sur 3 dossiers cf recueil n°1. Evalué à 2h de travail

Registre des pratiques pour analyse réflexive des pratiques. Questionnaire à remplir cf recueil n°2. Evalué à 5mn de travail

### Phase présenteielle de 2 jours consécutifs (de 7h et 6h de travail)

Analyse réflexive en utilisant les résultats de l'audit clinique et du registre des pratiques. Méthode de travail en groupe de pairs.

Retour des groupes et intervention de l'expert pour une phase cognitive sur le suivi de la grossesse à bas risque.

Phase cognitive sur le dépistage de la T21, en tenant compte des retours de groupes suite à l'analyse réflexive des pratiques sur ce dépistage.

Accompagnement de la grossesse, entretien prénatal et préparation à la naissance abordé par un jeu de rôle, la reprise de l'analyse réflexive suite à l'audit clinique et complété par une phase cognitive.

Utilisation de vignettes cliniques et du tableau de suivi de la grossesse pour aborder les éléments faisant sortir la grossesse d'un bas risque.

Travail en groupe de pairs puis phase cognitive abordant le dépistage des grossesses à risque, puis le travail en réseau et l'envoi au spécialiste à bon escient.

Travail en groupe sur des situations cliniques pratiques devant des difficultés ou des complications d'allaitement. Travail en groupe de pair, retour de groupes en plénière et phase cognitive.

Elaboration en sous groupe d'une analyse des modifications de pratiques à effectuer pour chacun des participants. Enregistrement par l'animateur de ces modifications qui seront à rapprocher du recueil des pratiques n°3 (cf annexe 2).

Réponse aux dernières questions en plénière.

### Phase non présenteielle 2 mois après.

Registre des pratiques cf recueil n°3. Evalué à 10 mn de travail.

## Programme

### Phase présentielle. Programme détaillé

#### 1<sup>ère</sup> demi journée

##### Messages clés :

- Il n'est pas recommandé de prescrire systématiquement un dépistage du CMV<sup>4</sup> lors d'une grossesse normale
- Il faut insister sur l'arrêt total de l'alcool pendant la grossesse.<sup>5</sup>
- Un aide mémoire des différents examens et consultations de suivi peut-être remis à la femme enceinte pour améliorer le suivi<sup>6</sup>
- Pendant la grossesse et pour toute médicament, c'est le rapport « bénéfices attendus/risques encourus» qui permet de décider d'une prescription. On pourra s'aider de la consultation du site « lecrat.org »

Horaires	Modalité	Objectifs et taches de chacun
8h30-9h	plénière	Présentation des intervenants : organisateur, animateurs et experts Présentation des objectifs du programme DPC Présentation du programme horaire et des groupes par l'organisateur
9h-9h15	plénière	<b>Présentation des données épidémiologiques justifiant cette action DPC</b> sous forme d'exposé par l'expert généraliste. Cadrage des problèmes de santé publique. <b>Présentation des résultats</b> de l'audit clinique et du recueil des pratiques de l'ensemble des participants. Ces résultats seront utilisés dans l'atelier en sous groupe.
9h15-10h45	Ateliers Experts muets (Gyneco obst et MG)	<b>Objectifs :</b> Lister les examens obligatoires et recommandés au cours du suivi de la grossesse normale Prendre en charge les petits maux de la grossesse. Conseiller la femme enceinte sur son hygiène de vie, son alimentation. <b>Méthode des groupes de pairs</b> Travail en atelier avec <b>analyse réflexive</b> suite aux résultats de l'audit clinique et du registre des pratiques. Synthèse des difficultés et des questions ayant émergé pour le suivi de la grossesse en pratique : quelles prescriptions dans le suivi de la grossesse selon le terme, quels éléments recueillir, rechercher cliniquement. Quelles informations apporter. L'animateur fait la synthèse pour présentation en plénière

4 HAS octobre 2007 : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées

5 HAS Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins. HAS mai 2007

6 HAS avril 2005 Comment mieux informer les femmes enceintes. Recommandations pour les professionnels de santé

10h45-11h		<b>Pause</b>
11h-12h30	Plénière Experts (Gyneco Obst et MG)	<p><b>Objectifs :</b></p> <p>Lister les examens obligatoires et recommandés au cours du suivi de la grossesse normale</p> <p>Prendre en charge les petits maux de la grossesse.</p> <p>Conseiller la femme enceinte sur son hygiène de vie, son alimentation.</p> <p><b>Retour d'atelier : 10 mn</b></p> <p><b>Exposé de l'expert</b> (Gyneco obst) justifiant les recommandations et précisant les examens obligatoires et les examens non obligatoires mais à proposer (30 mn). Etablissement de la fiche de synthèse définitive avec biologie, échographies, examen clinique, présentation du fichier excel contenu dans le CD (expert généraliste : 10 mn). Rappel des conseils hygiéno-diététiques, les compléments vitaminiques utiles ou inutiles et de la prévention de la iatrogénie. Présentation du site du CRAT. Rappel du calcul de la date de l'accouchement, du délai de la déclaration de grossesse.(20mn)</p> <p><b>Discussion et réponses aux questions (20mn)</b></p>
12h30		<b>Repas</b>

## 2<sup>ème</sup> demi journée

### Messages clés :

- Chacune des trois échographies recommandées, explore des éléments différents et apporte des renseignements spécifiques<sup>7</sup>.
- Le dépistage de la T21 soit être obligatoirement proposé à la femme enceinte et son consentement doit être recueilli en cas de prescription de ce dépistage<sup>89</sup>.
- Chaque consultation est un espace potentiel de prévention des dépressions du post partum grâce à l'accompagnement de la femme au cours du suivi et de l'écoute du professionnel.<sup>10</sup>

Horaires	Modalité	Objectifs et taches de chacun
14h-15h30	Atelier 1 (en alternance avec l'Atelier 2 pour chaque groupe) Expert écho	<b>Objectifs :</b> Prescrire une échographie, un dépistage sanguin de la T21, en interpréter le compte rendu, expliquer l'amniocentèse et orienter la patiente pour un diagnostic anténatal <b>Méthodes :</b> Reprise de l'analyse des pratiques relevée lors du 1 <sup>er</sup> atelier de la journée. Réponses de l'expert et phase cognitive
15h30-15h45		<b>Pause</b>
15h45-17h15	Atelier 2 (en alternance avec l'Atelier 1 pour chaque groupe) Expert sage femme+MG	<b>Objectifs :</b> Proposer l'entretien prénatal précoce au couple. <b>Méthode</b> Jeu de rôle et reprise de l'analyse des pratiques suite aux résultats de l'audit clinique. Réponses de l'expert et phase cognitive sur l'entretien prénatal précoce et sur la préparation à la naissance.
17h15-17h30	Plénière	<b>Reprise des dernières questions et synthèse de la journée</b>
17h30		<b>Fin de la 1<sup>ère</sup> journée</b>

<sup>7</sup> Rapport du Comité national technique de l'échographie de dépistage prénatal. Avril 2005

<sup>8</sup> HAS. Evaluation des stratégies de dépistage de la Trisomie 21. Recommandation en santé publique. [HAS] Service Evaluation économique et Santé Publique, juin 2007

<sup>9</sup> Arrêté du 23 juin 2009 fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatals avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie

<sup>10</sup> Plan Périnatalité 2005-2007; « humanité, proximité, sécurité, qualité »

### 3<sup>ème</sup> demi journée

#### Messages clés :

- Au troisième trimestre, la pesée et la prise de tension artérielle systématique permettent de dépister un début d'éclampsie dont les premiers signes cliniques sont en général trompeurs.<sup>11</sup>
- En cas de fausse couche spontanée au 1er trimestre évacuée spontanément et non hospitalisée, le médecin généraliste est en première ligne pour prescrire la prévention anti D en cas de rhésus négatif<sup>12</sup>.
- Il est recommandé de dépister un diabète gestationnel en cas de facteurs de risque, entre 24 et 28SA par HGPO 75gr de glucose<sup>13</sup>

Horaires	Modalité	Objectifs et taches de chacun
9h-10h30	Atelier Experts muets (Gyneco Obst et MG)	<b>Objectifs :</b> Repérer les éléments faisant sortir la grossesse du bas risque lors du suivi. Orienter les femmes en cas de grossesse pathologique <b>Méthodes :</b> Groupes de pairs sur vignettes cliniques abordant différentes situations cliniques (métrorragies de début de grossesse, diabète gestationnel, HTA au 3 <sup>e</sup> trimestre, séroconversion toxoplasmique, agHBS positif, contage varicelleux, suspicion de contage rubéole, fièvre)
10h30-10h45		<b>Pause</b> (à décaler éventuellement après 3/4h de plénière)
10h45-12h30	Plénière Experts (Gyneco Obst et MG)	<b>Objectifs :</b> Repérer les éléments faisant sortir la grossesse du bas risque lors du suivi. <b>Méthodes :</b> Retour d'atelier : <b>10 mn</b> <b>Exposés des experts (phase cognitive)</b> (Gyneco et MG) sur la conduite à tenir devant chaque situation. Réponses aux questions pour chaque situation.
12h30		<b>Repas</b>

11 HAS octobre 2007 : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées

12 CNGOF Recommandations. Prévention de l'allo-immunisation rhésus D Foeto maternelle. 2005

13 CNGOF Recommandations pour la pratique clinique Le diabète gestationnel. Décembre 2010

#### 4<sup>ème</sup> demi journée

##### Messages clés :

- Le médecin de ville peut demander (le plus souvent à la PMI) le passage à domicile d'une sage femme pour la surveillance d'une femme enceinte ou dans le cadre de son allaitement.
- L'allaitement exclusif pendant 6 mois permet un développement des nourrissons optimal par rapport à un allaitement de trois mois<sup>14</sup>.
- La mission des réseaux de périnatalité est d'améliorer l'accompagnement médico-psycho-social des familles autour de la grossesse, de la naissance et des premiers mois de vie du bébé grâce à une meilleure collaboration des professionnels de la périnatalité entre eux, autour de la femme et du couple<sup>15</sup>.

Horaires	Modalité	Objectifs et taches de chacun
14h-15h	Ateliers Experts muets (MG, GO, SFemme)	<b>Objectifs :</b> Repérer le réseau de périnatalité local et ses missions Assurer la surveillance de l'allaitement. <b>Méthodes :</b> Travail en groupe de pairs sur vignettes cliniques Utilisation de l'analyse sur le recueil des pratiques effectué avant la phase présentielle Analyse réflexive sur les modifications des pratiques à envisager.
15h-16h	Plénière Experts (MG, GO, SFemme)	<b>Objectifs :</b> Repérer le réseau de périnatalité local et ses missions Assurer la surveillance de l'allaitement. <b>Méthodes :</b> Retour de groupes Exposé d'experts sur les cas cliniques et en réponse aux questions Intérêt des réseaux de périnatalité
16h-17h	Plénière	<b>Retour de groupes sur les modifications des pratiques envisagées.</b> <b>Présentation de la dernière phase du programme, non présentielle</b> <b>Réponses aux dernières questions.</b>
17h		<b>Pause repoussée en fin de la phase présentielle.</b>

<sup>14</sup> HAS FAVORISER L'ALLAITEMENT MATERNEL Processus – Évaluation. 2006 HAS

<sup>15</sup> Plan Périnatalité 2005-2007; « humanité, proximité, sécurité, qualité »

## **Les modalités d'évaluation du programme**

---

Evaluation par comparaison entre le recueil des pratiques n°3, effectué après la phase présente et identique au recueil avant la phase présente (recueil n°2). Evaluation par réponses aux modifications de pratiques prévues en fin de phase présente.

### **Indicateurs recueils 2 et 3 :**

Connaissance du réseau de périnatalité local

Connaissance des types (1,2 ou3) des maternités locales

Connaissance des lieux de préparation à la naissance existant localement.

### **Et Indicateurs à prévoir en fonction des conclusions de la phase présente :**

Notez vous systématiquement le poids mensuel dans votre dossier de suivi de grossesse ?

Notez vous systématiquement la TA à chaque consultation de femme enceinte ?

Remettez vous lors du suivi de grossesse un document écrit de conseils hygiéno-diététiques pour la prévention de la listériose et, en cas de séronégativité, de la toxoplasmose ?

Elaborez vous un planning de surveillance lors du suivi de chaque femme enceinte ?

Si oui, est-il remis et expliqué à la patiente ?

Parlez vous de la préparation à la naissance à chaque femme enceinte ?

Ces indicateurs étaient recueillis initialement dans le recueil n°1 d'audit clinique et les résultats pourront donc être comparés.

**Annexe 3 : « Recueil phase 1 : questionnaire »**

	Nom du participant	<NOM>
	Intitulé de la formation	<INTITULE_FORM>
	Date et lieu	<DATE_ET_LIEU>
	Secrétaire en charge du DPC	<SECRETAIRE>
	Numéro d'agrément de l'action	<NUMERO_AGREMENT>

**Recueil phase 1 : questionnaire**

Evaluer 3 dossiers des 3 prochaines femmes enceintes venant en consultation pour le suivi de leur grossesse.  
*Répondre O si la réponse est Oui, N si la réponse est Non.*

	Patiente 1		Patiente 2		Patiente 3	
	Prescriptions	Résultats	Prescriptions	Résultats	Prescriptions	Résultats
1) Age de la patiente noté ?						
2) Début de grossesse noté ?						
3) Terme à la date du remplissage de la grille noté ?						
4) Un planning de surveillance a-t-il été élaboré ?						
4a) Si oui, a-t'il été remis et expliqué à la patiente ?						
5) Avez-vous donné un document écrit de conseils hygiéno-diététiques pour la prévention de la listériose et, en cas de séronégativité, de la toxoplasmose ?						
6) Les prescriptions biologiques suivantes ont-elles été notées en début de grossesse avec les créneaux de dates pour être effectuées, ainsi que les résultats ?						
- Groupe						
- Rhésus						
- RAI						
- Sérologie Rubéole						
- Sérologie Toxoplasmose						
- Sérologie Syphilis (TPHA, VDRL)						
- Sérologie VIH						
- Ag HBs						
- NFS						
- Glycosurie						
- Protéinurie						
- Dépistage de la Trisomie 21 (T21)						

	Nom du participant	<NOM>
	Intitulé de la formation	<INTITULE_FORM>
	Date et lieu	<DATE ET LIEU>
	Secrétaire en charge du DPC	<SECRETAIRE>
	Numéro d'agrément de l'action	<NUMERO_AGREMENT>

	Patiente 1	Patiente 2	Patiente 3
7) Le poids est-il noté chaque mois ?			
8) La prise de poids mensuelle est-elle notée ?			
9) La TA est-elle notée à chaque consultation ?			
10) Les prescriptions d'échographies ont-elles été faites ?			
10a) Si oui, les créneaux de dates de réalisation sont-ils indiqués sur la prescription ?			
11) Les échographies ont-elles été effectuées ? (selon le terme où est vue la patiente)			
11a) Si oui, ces échographies ont-elles été réalisées dans les délais prévus par les recommandations ?			
- 1ère : 11-13 SA+6j			
- 2ème : 22-24 SA			
- 3ème : 32-34 SA			
12) Avez-vous parlé de l'entretien prénatal précoce à la patiente ?			
13) Avez-vous parlé de la préparation à la naissance à la patiente ?			

*Vous pouvez remplir ce questionnaire en ligne en vous connectant, via votre espace personnel, sur le site : [www.fmccaction.org](http://www.fmccaction.org)  
Sinon, vous pouvez le renvoyer par fax au 03 100 000 70, ou, une fois scanné, l'adresser par mail à l'adresse : [reponsesdpc@fmccaction.org](mailto:reponsesdpc@fmccaction.org)  
Merci d'avance et à bientôt.  
Dr <NOMRESPONSABLE>, responsable de l'action.*

**Annexe 4 : « Recueil phase 1 : enquête »**

	Nom du participant	<NOM>
	Intitulé de la formation	<INTITULE_FORM>
	Date et lieu	<DATE ET LIEU>
	Secrétaire en charge du DPC	<SECRETAIRE>
	Numéro d'agrément de l'action	<NUMERO_AGREMENT>

**Recueil phase 1 : enquête**

Connaissez-vous le réseau de périnatalité dont vous dépendez ?      Oui  Non

Connaissez vous le type (1,2 ou 3) des maternités qui sont proches de votre cabinet ?      Oui  Non

Connaissez vous les lieux de préparation à la naissance existant autour de votre cabinet ?      Oui  Non

*Vous pouvez remplir ce questionnaire en ligne en vous connectant, via votre espace personnel, sur le site : [www.fmcaction.org](http://www.fmcaction.org).  
 Sinon, vous pouvez le renvoyer par fax au 03 100 000 70, ou, une fois scanné, l'adresser par mail à l'adresse : [reponsesdpc@fmcaction.org](mailto:reponsesdpc@fmcaction.org).  
 Merci d'avance et à bientôt.  
 Dr <NOMRESPONSABLE>, responsable de l'action.*

## Annexe 5 : « Recueil phase 3 : enquête »

	Nom du participant	<NOM>
	Intitulé de la formation	<INTITULE_FORM>
	Date et lieu	<DATE_ET_LIEU>
	Secrétaire en charge du DPC	<SECRETAIRE>
	Numéro d'agrément de l'action	<NUMERO_AGREMENT>

### Recueil phase 3 : enquête

Connaissez-vous le réseau de périnatalité dont vous dépendez ? Oui  Non

Connaissez-vous le type (1,2 ou 3) des maternités qui sont proches de votre cabinet ? Oui  Non

Connaissez-vous les lieux de préparation à la naissance existant autour de votre cabinet ? Oui  Non

#### **En fonction des conclusions de la phase présenteielle**

Notez vous systématiquement le poids mensuel dans votre dossier de suivi de grossesse ? Oui  Non

Notez vous systématiquement la TA à chaque consultation de femme enceinte ? Oui  Non

Remettez vous, lors du suivi de grossesse, un document écrit de conseils hygiéno-diététiques pour la prévention de la listériose et, en cas de séronégativité, de la toxoplasmose ? Oui  Non

Elaborez vous un planning de surveillance lors du suivi de chaque femme enceinte ? Oui  Non

Si oui, est-il remis et expliqué à la patiente ? Oui  Non

Parlez vous de la préparation à la naissance à chaque femme enceinte ? Oui  Non

*Vous pouvez remplir ce recueil en ligne en vous connectant, via votre espace personnel, sur le site : [www.fmcaction.org](http://www.fmcaction.org)  
Sinon, vous pouvez le renvoyer par fax au 03 100 000 70, ou, une fois scanné, l'adresser par mail à l'adresse : [reponsesdpc@fmcaction.org](mailto:reponsesdpc@fmcaction.org)  
Merci d'avance et à bientôt.  
Dr <NOMRESPONSABLE>, responsable de l'action.*

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

## **Faculté de Médecine de TOURS**

***MONPERT Lucie (épouse MONPERT-BOUVIER)***

42 pages – 2 tableaux – 4 figures

### **Résumé :**

#### **Objectif**

L'objectif était d'évaluer l'amélioration des pratiques des médecins généralistes après réalisation d'un programme de Développement Professionnel Continu, un an après sa mise en place obligatoire.

#### **Matériel et méthode**

Etude avant-après au sein d'une cohorte rétrospective de médecins généralistes français ayant participé en 2013 au programme intitulé « Suivi de grossesse à bas risque » dispensé par l'organisme de DPC « FMC Action ». Les médecins généralistes répondaient à un questionnaire de pratiques de manière déclarative avant (phase 1) et deux mois après la formation (phase 3). Le critère de jugement principal était le taux d'amélioration globale des pratiques, défini par la différence de bonnes pratiques entre les phases 1 et 3. Neuf questions ont été analysées.

#### **Résultats**

41 médecins ont participé à notre étude. L'analyse portait sur 23 à 36 médecins selon les questions, soit 23,2% à 36,6% du total des participants au programme. Les pratiques s'amélioraient pour toutes les questions analysées, avec une augmentation moyenne de 32,1% (15,7 – 48,5) du taux de bonnes pratiques. L'acquisition et la conservation de bonnes pratiques étaient significativement liées au DPC pour cinq questions sur neuf : connaissance du réseau de périnatalité, du type des maternités et des lieux de préparation à la naissance proches de leur cabinet, élaboration d'un planning de surveillance et remise d'un document écrit de conseils hygiéno-diététiques pour la prévention de la listériose et si besoin de la toxoplasmose.

#### **Conclusion**

Les pratiques des médecins généralistes s'améliorent après réalisation d'un programme de DPC. Différents éléments pourraient expliquer ces résultats encourageants, notamment l'intégration de critères d'efficacité et la pratique réflexive. La notion d'amélioration des pratiques, c'est-à-dire des performances des médecins, reste complexe à établir.

**Mots-clés :** développement professionnel continu, formation médicale continue, amélioration des pratiques, médecins généralistes

### **Jury :**

Président : Monsieur le Professeur Christian BINET  
Membres : Monsieur le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ  
Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE  
Madame le Docteur Alice PERRAIN

**Date de la soutenance :** mardi 28 Octobre 2014