



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2023

Thèse N° 241

Besoins de formation des médecins généralistes du privé : Un regard croisé avec les compétences en 1^{ere} ligne de soins.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 04 /07 /2023

PAR

Mr. **HAFIDI Amine**

Né Le 16 Décembre 1997 à Agadir

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Référentiels de compétences - Besoins de formation- Médecine générale -
Secteur privé

JURY

Mr.	M. AMINE Professeur de Épidémiologie Clinique	PRESIDENT
Mme.	M. SEBBANI Professeur agrégée de Médecine communautaire	RAPPORTEUR
Mme.	L. ADARMOUCH Professeur de Médecine communautaire	} JUGES
Mme.	G. EL-MGHARI TABIB Professeur d'Endocrinologie et de maladies métaboliques	

فَتَبَسَّ ضَاحِكًا مِّن قَوْلِهَا وَقَالَ

رَبِّ أَوْزَعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ

الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ

وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ

وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ



Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité.

La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





*LISTE DES
PROFESSEURS*



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE MARRAKECH

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr. Mohammed BOUSKRAOUI
Vice doyen à la Recherche et la Coopération : Pr. Mohamed AMINE
Vice doyen aux Affaires Pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI
Vice doyen chargé de la Pharmacie : Pr. Said ZOUHAIR
Secrétaire Générale : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

LISTE NOMINATIVE DU PERSONNEL ENSEIGNANTS CHERCHEURS PERMANANT

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialité
01	BOUSKRAOUI Mohammed (Doyen)	P.E.S	Pédiatrie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
04	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
05	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
06	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
07	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
08	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
09	KISSANI Najib	P.E.S	Neurologie
10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
11	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie
12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne

14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	ZOUHAIR Said	P.E.S	Microbiologie
18	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
19	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
20	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
21	BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
22	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
23	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
24	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
25	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	P.E.S	Anesthésie-réanimation
26	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
27	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
28	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
29	ABOULFALAH Abderrahim	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
30	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
31	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
32	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
33	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
34	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
35	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
36	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
37	AIT AMEUR Mustapha	P.E.S	Hématologie biologique
38	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique
39	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
40	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
41	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
42	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
43	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
44	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
45	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation

46	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
47	EL HOUDZI Jamila	P.E.S	Pédiatrie
48	FOURAJI Karima	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
49	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
50	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
51	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
52	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
53	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
54	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
55	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
56	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
57	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
58	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
59	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
60	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
61	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
62	HAJJI Ibtissam	P.E.S	Ophtalmologie
63	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métabolique
64	ABOU EL HASSAN Taoufik	P.E.S	Anesthésie-réanimation
65	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
66	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
67	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
68	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
69	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
70	MADHAR Si Mohamed	P.E.S	Traumato-orthopédie
71	EL HAOURY Hanane	P.E.S	Traumato-orthopédie
72	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
73	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
74	LAKMICH Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
75	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
76	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
77	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie

78	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
79	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
80	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
81	GHOUNDALE Omar	P.E.S	Urologie
82	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
83	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
84	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
85	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
86	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
87	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophthalmologie
88	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
89	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
90	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
91	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
92	BELKHOU Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
93	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
94	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
95	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
96	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
97	EL IDRISSI SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
98	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
99	BOURRAHOUE Aicha	P.E.S	Pédiatrie
100	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
101	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
102	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
103	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
104	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
105	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
106	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
107	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
108	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
109	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique

110	BASSIR Ahlam	P.E.S	Gynécologie obstétrique
111	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie obstétrique
112	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
113	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
114	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
115	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
116	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
117	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
118	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
119	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
120	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
121	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
122	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
123	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
124	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
125	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
126	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
127	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
128	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
129	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
130	LAKOUICHMI Mohammed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
131	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
132	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
133	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
134	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
135	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
136	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
137	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
138	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
139	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
140	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique

141	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie–virologie
142	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie–réanimation
143	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
144	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
145	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
146	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
147	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
148	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
149	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
150	NADER Youssef	Pr Ag	Traumatologie–orthopédie
151	SEDDIKI Rachid	Pr Ag	Anesthésie–réanimation
152	ARABI Hafid	Pr Ag	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
153	BELHADJ Ayoub	Pr Ag	Anesthésie–réanimation
154	BOUZERDA Abdelmajid	Pr Ag	Cardiologie
155	ARSALANE Adil	Pr Ag	Chirurgie thoracique
156	ABDELFETTAH Youness	Pr Ag	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
157	REBAHI Houssam	Pr Ag	Anesthésie–réanimation
158	BENNAOUI Fatiha	Pr Ag	Pédiatrie
159	ZOUIZRA Zahira	Pr Ag	Chirurgie Cardio–vasculaire
160	SEBBANI Majda	Pr Ag	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
161	ABDOU Abdessamad	Pr Ag	Chirurgie Cardio–vasculaire
162	HAMMOUNE Nabil	Pr Ag	Radiologie
163	ESSADI Ismail	Pr Ag	Oncologie médicale
164	MESSAOUDI Redouane	Pr Ag	Ophthalmologie
165	ALJALIL Abdelfattah	Pr Ag	Oto–rhino–laryngologie
166	LAFFINTI Mahmoud Amine	Pr Ag	Psychiatrie
167	RHARRASSI Issam	Pr Ag	Anatomie–patologique
168	ASSERRAJI Mohammed	Pr Ag	Néphrologie
169	JANAH Hicham	Pr Ag	Pneumo–phtisiologie
170	NASSIM SABAH Taoufik	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique

171	ELBAZ Meriem	Pr Ag	Pédiatrie
172	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie
173	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
174	GEBRATI Lhoucine	Pr Hab	Chimie
175	FDIL Naima	Pr Hab	Chimie de coordination bio-organique
176	LOQMAN Souad	Pr Ass	Microbiologie et toxicologie environnementale
177	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
178	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
179	MILOUDI Mouhcine	Pr Ag	Microbiologie-virologie
180	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
181	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
182	MAOUJOURD Omar	Pr Ag	Néphrologie
183	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
184	BAKZAZA Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
185	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
186	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
187	OUMERZOUK Jawad	Pr Ag	Neurologie
188	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
189	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
190	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
191	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
192	DAMI Abdallah	Pr Ass	Médecine Légale
193	AZIZ Zakaria	Pr Ass	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
194	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
195	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
196	EL FAKIRI Karima	Pr Ass	Pédiatrie
197	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
198	LAHMINE Widad	Pr Ag	Pédiatrie
199	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
200	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
201	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie

202	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
203	SAYAGH Sanae	Pr Ass	Hématologie
204	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
205	DOUIREK Fouzia	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
206	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ass	Parasitologie mycologie
207	BELARBI Marouane	Pr Ass	Néphrologie
208	AMINE Abdellah	Pr Ass	Cardiologie
209	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ass	Cardiologie
210	WARDA Karima	Pr Ass	Microbiologie
211	EL AMIRI My Ahmed	Pr Ass	Chimie de Coordination bio-organnique
212	CHAHBI Zakaria	Pr Ass	Maladies infectieuses
213	MEFTAH Azzelarab	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
214	ROUKHSI Redouane	Pr Ass	Radiologie
215	EL GAMRANI Younes	Pr Ass	Gastro-entérologie
216	ARROB Adil	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
217	SALLAHI Hicham	Pr Ass	Traumatologie-orthopédie
218	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ass	Anatomie
219	DARFAOUI Mouna	Pr Ass	Radiothérapie
220	EL-QADIRY Raby	Pr Ass	Pédiatrie
221	ELJAMILI Mohammed	Pr Ass	Cardiologie
222	HAMRI Asma	Pr Ass	Chirurgie Générale
223	ELATIQUI Oumkeltoum	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
224	BENZALIM Meriam	Pr Ass	Radiologie
225	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ass	Biochimie
226	LAMRANI HANCHI Asmae	Pr Ass	Microbiologie-virologie
227	HAJHOUI Farouk	Pr Ass	Neurochirurgie
228	EL KHASSOUI Amine	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
229	SBAAI Mohammed	Pr Ass	Parasitologie-mycologie
230	FASSI Fihri Mohamed jawad	Pr Ass	Chirurgie générale
231	BENCHAFAI Ilias	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
232	SLIOUI Badr	Pr Ass	Radiologie
233	EL JADI Hamza	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques

234	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ass	Anatomie pathologique
235	YAHYAOUI Hicham	Pr Ass	Hématologie
236	ABALLA Najoua	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
237	MOUGUI Ahmed	Pr Ass	Rhumatologie
238	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
239	AABBASSI Bouchra	Pr Ass	Pédopsychiatrie
240	SBAI Asma	Pr Ass	Informatique
241	HAZIME Raja	Pr Ass	Immunologie
242	CHEGGOUR Mouna	Pr Ass	Biochimie
243	RHEZALI Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
244	ZOUITA Btissam	Pr Ass	Radiologie
245	MOULINE Souhail	Pr Ass	Microbiologie-virologie
246	AZIZI Mounia	Pr Ass	Néphrologie
247	BENYASS Youssef	Pr Ass	Traumato-orthopédie
248	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ass	Dermatologie
249	YANISSE Siham	Pr Ass	Pharmacie galénique
250	DOULHOUSNE Hassan	Pr Ass	Radiologie
251	KHALLIKANE Said	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
252	BENAMEUR Yassir	Pr Ass	Médecine nucléaire
253	ZIRAOUI Oualid	Pr Ass	Chimie thérapeutique
254	IDALENE Malika	Pr Ass	Maladies infectieuses
255	LACHHAB Zineb	Pr Ass	Pharmacognosie
256	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ass	Dermatologie
257	AHBALA Tariq	Pr Ass	Chirurgie générale
258	LALAOUI Abdessamad	Pr Ass	Pédiatrie
259	ESSAFTI Meryem	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
260	RACHIDI Hind	Pr Ass	Anatomie pathologique
261	FIKRI Oussama	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
262	EL HAMDAOUI Omar	Pr Ass	Toxicologie
263	EL HAJJAMI Ayoub	Pr Ass	Radiologie
264	BOUMEDIANE El Mehdi	Pr Ass	Traumato-orthopédie
265	RAFI Sana	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques

266	JEBRANE Ilham	Pr Ass	Pharmacologie
267	LAKHDAR Youssef	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
268	LGHABI Majida	Pr Ass	Médecine du Travail
269	AIT LHAJ El Houssaine	Pr Ass	Ophtalmologie
270	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	Pr Ass	Chirurgie générale
271	EL MOUHAFID Faisal	Pr Ass	Chirurgie générale

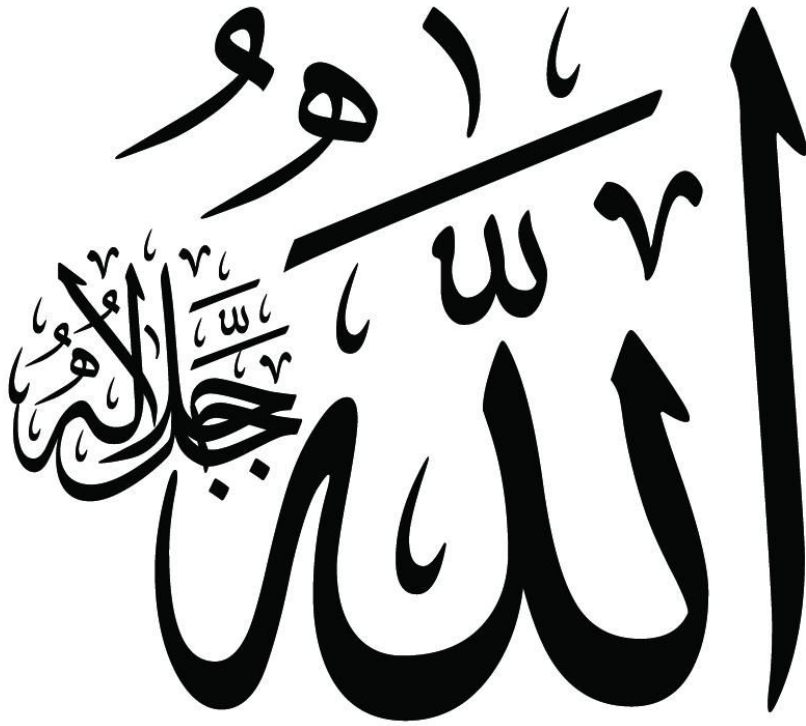
LISTE ARRETEE LE 12/05/2023



DEDICACES



*“Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur
elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries.”
Marcel Proust*



*C'est avec amour, respect et gratitude que je dédie cette
thèse à :
Louange à Dieu tout puissant, Qui m'a permis de voir ce
jour tant attendu...*

À ma très chère mère : IDABBOU Hafida

*A une personne qui m'a tout donné sans compter.
Aucun mot ne pourrait rendre justice à l'amour et à l'attachement que je
te porte.*

*Ta bonté, ta bienveillance et ton soutien sont profondément ancrés dans
les tréfonds de mon âme.*

*Tu étais toujours mon refuge qui me prodigue sérénité, soutien et conseil.
Tes prières m'ont été d'un grand soutien au cours de ce long parcours.*

*En ce jour j'espère réaliser chère mère et douce créature un de tes rêves,
sachant que tout ce que je pourrais faire ou dire ne pourrait égaler ce que tu
m'as donné et fait pour moi.*

*Puisse Dieu, tout puissant, te préserver du mal, te combler de santé, de
bonheur et te procurer longue vie afin que je puisse te combler à mon tour.*

À mon très cher père : HAFIDI El Mostafa

*Ta simplicité de vivre, ton optimisme et ton grand cœur m'ont appris
l'essence de la vie.*

*Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et
ma considération pour les sacrifices consentis pour mon instruction et mon bien
être.*

*Tu as été pour moi durant toute ma vie le père exemplaire, l'ami et le
conseiller. J'espère réaliser ce jour un de tes rêves et être digne de ton nom, ton
éducation, ta confiance et des hautes valeurs que tu m'as inculqué.*

*Que Dieu, tout puissant, te garde, te procure santé, bonheur et longue vie
pour que tu demeures le flambeau illuminant mon chemin...*

A chère tante : HAFIDI Najat

*Autant de phrases aussi expressives soient-elles ne sauraient montrer le
degré d'amour et d'affection que j'éprouve pour toi. Tu m'as comblé avec ta
tendresse et affection tout au long de mon parcours. Tu n'as cessé de me soutenir
et de m'encourager durant toutes les années de mes études. En ce jour
mémorable, pour moi ainsi que pour toi, reçoit ce travail en signe de ma vive
reconnaissance et ma profonde estime.*

A mon très cher petit frère : HAFIDI Walid

*Aucune dédicace ne peut exprimer la profondeur des sentiments d'amour
et d'attachement que j'éprouve à ton égard mon petit grand frère. En souvenir
d'une enfance dont nous avons partagé les meilleurs et les plus agréables
moments. Pour toute la complicité et l'entente qui nous unissent, ce travail est
un témoignage de mon attachement et de mon amour. Puisse Dieu le tout
puissant exaucer tous tes vœux.*

À la famille HAFIDI et IDABBOU :

Mes tantes, mes oncles, mes cousins et cousines :

J'aurai aimé pouvoir citer chacun par son nom

Je ne saurais trouver une expression témoignant de ma reconnaissance et des sentiments d'amour que je vous porte.

Que ce travail vous apporte l'estime, et le respect que je porte à votre égard, et soit la preuve du désir que j'avais depuis toujours pour vous honorer.

À mes meilleurs amis d'enfance : Sami IFLAH, Radouane SAID, Ayoub CHOUKAYRI, Ali LAAZIZ, Nassereeddine LKACHER

À la mémoire de tous les moments de bonheur et de rires qu'on a partagés.

À la mémoire de toutes les folies que nous avons fait.

En souvenir des moments difficiles que nous avons pu surmonter.

Je vous remercie pour votre inconditionnel soutien, pour votre complicité, votre attention et pour votre immense amour dévoué et sincère.

Que Dieu veuille sur vous et vous procure santé, prospérité ainsi que tout le bonheur du monde.

À mes chers cousins : Reda IZAABEL et Imane IZAABEL

A tous les moments d'enfance passés avec vous, en gage de ma profonde estime pour l'aide que vous m'avez apporté. Puissent nos liens fraternels se consolider et se pérenniser encore plus.

A mes très cher(e)s ami(e)s : Fouad LahLah, Brahim Boulaïd, Idriss Ehlali, Abderrahim Hmaïdouch, Hilal Mohammed, Aïssam Gahi, Abderrahim Wakrim, Hassan Boukbir, Oussama Hannad, Moustaid Saïd, Yassine Ahatar, Zineb Aassim Hamza Mahboub, Amine Jabrane, Mohamed Safar, Khalid El Hiri, Feryel Katar, Anas Argane, Amine El Mansouri, Mahdi Imakor, Taoufik Nidouahmane, Badr Amal, Dhaïba Ismail, Ayoub Rafik, Badr Alaoui, Khalid Chelgoum, Sara Hermach, Rabie El Kharchi, Ismail Derkaoui, Autmane Boudi, et à ceux dont l'oubli de la plume ne reflète pas l'oubli du cœur.

Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi des frères, sœurs et des amis sur qui je peux compter. En témoignage de l'amitié qui nous unit et des souvenirs de tous les moments que nous avons passés ensemble, je vous dédie ce travail et je vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur. Que notre fraternité reste éternelle.

À l'équipe du Service de Recherche Clinique du CHU Mohamed VI de Marrakech et spécialement À Dr Samira Essouli : médecin résidente du département de santé publique, médecine communautaire et épidémiologie. Je vous remercie pour votre aide, votre suivi et vos suggestions tout au long de ce travail



REMERCIEMENTS



À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MOHAMED AMINE
LE VICE DOYEN A LA RECHERCHE ET LA COOPERATION
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARRAKECH
PROFESSEUR D'ÉPIDÉMIOLOGIE CLINIQUE

Nous sommes très sensibles au grand honneur que vous nous faites en acceptant avec bienveillance de présider le jury de notre thèse. Professeur admiré par tous, et réputé pour votre rigueur, compétence, et vos qualités de pédagogue, nous avons toujours admiré la simplicité, la facilité de votre abord et largement bénéficié de l'étendue de votre savoir et de vos hauts talents pédagogiques. Vos hautes qualités humaines et professionnelles ainsi que votre sérieux ont toujours suscité notre profond respect.

Merci pour vos conseils, votre disponibilité et votre écoute. Merci de nous transmettre au quotidien vos expériences, vos connaissances et votre passion.

Veillez trouver dans ce travail, les marques de notre profonde gratitude et l'expression d'une infinie reconnaissance.

À NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE PROFESSEUR
SEBBANI MAJDA
PROFESSUR AGREGÉE DE MÉDECINE COMMUNAUTAIRE

Vous m'avez fait un grand honneur en acceptant de me confier ce travail auquel vous avez grandement contribué en me guidant, en me conseillant et en me consacrant une grande partie de votre précieux temps. Je vous remercie de votre patience, votre disponibilité, de vos encouragements et de vos précieux conseils dans la réalisation de ce travail. Votre compétence, votre dynamisme et votre rigueur ont suscité en moi une grande admiration et un profond respect. Vos qualités professionnelles et humaines me servent d'exemple. Votre exigence et votre souci du détail m'ont incitée à approfondir ma réflexion. Ce fut très agréable de travailler avec vous pendant cette période. Veillez accepter, cher maître, l'assurance de mon estime et de mon profond respect. Puisse ce travail être à la hauteur de la confiance que vous m'avez accordée.

**À NOTRE MAÎTRE ET JUGE PROFESSEUR ADARMOUCH LATIFA
PROFESSUR DE MEDECINE COMMUNAUTAIRE**

Nous sommes particulièrement touchés par la gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu accepter de juger ce travail. Votre parcours professionnel, votre charisme et vos qualités humaines et professionnelles nous inspirent une grande admiration. Que ce travail soit pour nous l'occasion de vous exprimer notre profond respect ainsi que notre sincère gratitude. Veuillez accepter, cher maître, l'assurance de notre reconnaissance et notre très haute considération.

**À NOTRE MAÎTRE ET JUGE PROFESSEUR GHIZLANE EL-MGHARI
TABIB PROFESSUR D'ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES MÉTABOLIQUES**

Nous vous remercions vivement pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Nous sommes très sensibles à votre gentillesse et à votre accueil très aimable. Nous avons toujours admiré vos qualités humaines et professionnelles ainsi que votre modestie qui demeurent exemplaires. Veuillez trouver, chère Maître, le témoignage de notre grande reconnaissance et de notre profond respect.



TABLEAUX

ET

FIGURES



Liste des figures

Figure 1	Schéma de la WONCA définissant le rôle du médecin généraliste
Figure 2	Notion de compétence selon Henri Bourgeault
Figure 3	L'évolution des théories de l'apprentissage
Figure 4	Le cadre conceptuel
Figure 5	Répartition des participants selon le sexe
Figure 6	Répartition des participants selon les zones d'exercice
Figure 7	Répartition des participants selon la structure d'exercice
Figure 8	Expérience des participants dans le secteur public
Figure 9	La nature d'exercice dans le secteur public
Figure 10	Lieu de formation médicale initiale
Figure 11	Adhésion des participants aux associations de médecine générale
Figure 12	Répartition des associations de médecins généralistes
Figure 13	La réalisation des consultations à domicile
Figure 14	Les motifs de consultations fréquents
Figure 15	Réalisation d'une activité de formation médicale continue
Figure 16	Nature des formations médicales effectuées
Figure 17	Les besoins de formation ressentis
Figure 18	Les formations médicales continues que les participants souhaitent entretenir dans les prochaines semaines
Figure 19	Les préférences des médecins généralistes concernant les modalités des formations médicales continues.
Figure 20	Le format de cours préférés par les médecins généralistes
Figure 21	le moment de la semaine préférés pour assister aux activités de formation continue
Figure 22	Les rôles du CanMEDS 2015
Figure 23	Les axes présentés dans le référentiel ACGME dans sa version 2013
Figure 24	Les axes présentés dans le référentiel DES de médecine générale.
Figure 25	Les neuf axes présentés dans le référentiel GMC.
Figure 26	Structure du référentiel de compétence de la faculté de médecine de Sfax, selon les cycles de formation médicale.
Figure 27	Les axes présentés dans le référentiel NARS
Figure 28	Les thèmes principaux du référentiel SaudiMEDs
Figure 29	Les axes communs abordés par les référentiels étudiés
Figure 30	Les compétences des médecins généralistes.
Figure 31	Le profil de médecin 5 étoile.

Liste des tableaux

Tableau I	Chronogramme du déroulement de l'étude
Tableau II	Tableau récapitulatif des référentiels étudiés
Tableau III	Évaluation des compétence et performances de médecins généralistes
Tableau IV	Les facteurs associés à la réalisation d'une formation médicale
Tableau V	Perceptions des médecins généralistes
Tableau VI	Les besoins de formation des médecins généralistes
Tableau VII	Les préférences des médecins généralistes



PLAN



INTRODUCTION	1
CADRE CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE	5
I. Définitions des concepts.....	6
1. Définitions.....	6
2. La pédagogie en formation médicale et ses différents courants.....	8
2.1. Le behaviorisme :.....	9
2.2 Le cognitivisme:.....	9
2.3 Le constructivisme et socioconstructivisme:.....	10
3. L'approche d'apprentissage par compétence dans la formation médicale (APC).....	11
II. Cadre théorique de l'étude.....	13
PARTICIPANTS ET METHODES	15
I. Méthodologie qualitative.....	16
1. Type d'étude.....	16
2. Stratégie de recherche.....	16
3. Collecte et analyse des documents.....	16
II. Méthodologie quantitative.....	17
1. Type d'étude.....	17
2. Population de l'étude.....	17
3. Méthode d'échantillonnage.....	18
4. Variables étudiées et collecte des données.....	18
5. Analyse statistique.....	19
6. Chronogramme de l'étude.....	20
7. Considérations éthiques.....	21
RÉSULTATS	22
I. Résultats de la recherche documentaire.....	23
II. Aperçu des référentiels de compétence pour médecins généralistes.....	24
1. CanMEDS 2015.....	24
2. ACGME.....	26
3. Le référentiel du DES de médecine générale en France :.....	28
4. GMC.....	30
5. Référentiel de compétences de la faculté de médecins de Sfax :.....	32
6. Le référentiel NARS (National Academic Reference Standards) en Égypt.....	33
7. SaudiMEDs.....	34
III. Comparaison des référentiels de compétences :.....	36
IV. Résultats quantitatifs.....	39
1. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles :.....	39
2. Perceptions et attitudes des médecins généralistes vis-à-vis de la formation médicale continue.....	45
3. Auto-évaluation des compétence et performances de médecins généralistes.....	46

4. Réalisation et Besoins de formation médicale continue chez les médecins généralistes.....	48
5. Les préférences des médecins généralistes en matière de formation médicale continue.....	52
6. Les facteurs associés à la réalisation d'une formation médicale continue chez les médecins généralistes.....	54
DISCUSSION	56
I. Récapitulatif des principaux résultats.....	57
II. Discussion des principaux résultats.....	58
1. Perception et attitudes des médecins généralistes vis-à-vis de la formation médicale continue.....	58
2. Besoins de formation ressentis par les médecins généralistes :.....	62
3. Préférence des médecins généralistes vis-à-vis de la formation médicale continue.....	66
4. Les regards croisés entre les besoins de formation des médecins généralistes et les référentiels de compétences de médecine générale.....	69
III. Les forces et les limites de l'étude.....	73
1. Forces de l'étude.....	73
2. Limites de l'étude.....	74
RECOMMANDATIONS	75
I. Propositions pour la formation médicale initiale.....	76
II. Propositions pour la formation médicale continue.....	77
CONCLUSION	79
RÉSUMÉS	81
ANNEXES	87
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	103



INTRODUCTION



Selon la définition européenne de l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes (WONCA)[1], établie en 2002, le médecin généraliste est le médecin traitant de chaque patient, chargé de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Le médecin généraliste soigne les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Il accepte d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, il intègre les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés.

L'activité professionnelle des médecins généralistes comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients [1].

Le rôle du médecin généraliste (MG) ne cesse de prendre de l'ampleur dans les systèmes de santé partout dans le monde. Des approches centrées sur les soins primaires ont été adoptées par plusieurs nations, donnant au médecin généraliste un rôle de pivot, en étant le premier contact du patient avec le personnel soignant, et une position forte dans le système de santé, lui permettant de coordonner l'accès aux différents niveaux de soins au sein d'un système hiérarchisé [2].

En plus du rôle crucial du médecin généraliste, se surajoute sa responsabilité d'acquisition et de maintenance du savoir et des compétences afin de pouvoir subvenir aux besoins et aux attentes de la population. L'évolution rapide et constante du savoir médical, et le changement des pratiques courantes, dicte aux médecins une réactualisation incessante de leurs

connaissances tout au long de leurs carrières, à travers une formation médicale continue [3]. En effet, le socle des connaissances médicales du MG se forge lors de la formation médicale initiale.

La deuxième partie, qui succède, correspond à une perpétuelle remise à niveau des compétences médicales, en lien avec l'évolution de la prise en charge diagnostique, thérapeutique et de la promotion de la santé. Cette réactualisation des connaissances et des compétences, étudiée depuis de nombreuses années à l'échelle internationale, représente la formation médicale continue, ou le développement professionnel continu [4].

La formation médicale continue est définie comme l'éducation des professionnels de la santé qui suit l'achèvement de la formation médicale initiale au sein des facultés de médecine. Ses différents formats comprennent –entre autres– des conférences, des cours, des séminaires, des cours de remise à niveau, des ateliers, et le suivi des enregistrements audio et vidéo [5]. L'objectif de la formation médicale continue (FMC) est d'informer les médecins diplômés, des actualités en matière de sciences de la santé, et de les aider à intégrer de nouvelles méthodes dans leur pratique clinique quotidienne [5].

Afin de capitaliser sur le plein potentiel d'une approche pertinente de formation médicale continue, les initiatives de développement de programmes doivent être basées sur une évaluation approfondie et précise des besoins, des obstacles et des opportunités, ainsi que sur la compréhension et le respect des intérêts des parties prenantes [6]. Les études d'évaluation des besoins de formation permettent donc de fournir des FMC mieux ciblées sur les exigences réelles de la pratique médicale, prenant en compte les différents contextes personnels, culturels, et intellectuels des médecins [7].

Dans cette optique, l'évaluation des besoins de formation représente un outil important pour aider à la planification, au développement et à la mise en œuvre de programmes éducatifs répondant aux attentes des médecins généralistes. Au Maroc, la formation médicale continue, est non obligatoire sur le plan légal, elle n'obéit à aucun règlement officiel, aucun texte juridique ne porte sur l'obligation de la formation médicale continue.

Bien que les programmes de formation médicale continue connaissent un développement rapide sur le plan quantitatif au Maroc. Les initiatives sont multiples, provenant essentiellement des facultés de Médecine, et des laboratoires pharmaceutiques, mais l'absence d'une coordination préalable et d'une évaluation a posteriori, rendent nécessaire une démarche qualité pour la FMC, garante de pertinence, de succès et d'efficacité.

En outre, aucune étude ne s'est intéressée à la formation médicale continue des médecins généralistes au Maroc. Dans le but de planifier une formation médicale continue efficace et efficiente, il est essentiel d'évaluer et de hiérarchiser les besoins et les obstacles. Il est impératif que les médecins suivent les actualités du domaine médical, pour fournir des soins de santé de qualité à la communauté. D'autant plus qu'il existe un écart important entre la pratique médicale du MG entre les 2 secteurs public et privé (MGP).

En effet, la médecine générale évolue à deux vitesses différentes entre les deux secteurs. Les MGP bénéficient souvent de congrès, conférences, tables rondes ou autres rencontres thématiques relatives à la prise en charge ou au diagnostic des maladies. Tandis que ce constat est moins observé auprès des MG publiques. D'une part, ces rencontres scientifiques posent la grande question sur leur place dans la réponse au besoin actuel du Maroc de former des MG compétents dans les domaines exigés par le métier à l'international; sur le plan clinique et non clinique. D'autre part, si nous pensons à une FMC conforme aux normes, à l'évolution de la médecine générale et aux exigences de la pratique dans le contexte Marocain, quelles seront les besoins exprimés par les acteurs du terrain, et dans quelle mesure ils seront en adéquation avec les compétences requises d'un MG marocain ?.

Les objectifs de l'étude étaient de :

- Recenser les référentiels de compétences en médecine générale dans différents contextes à l'échelle internationale.
- Décrire les besoins de formation des médecins généralistes du secteur privé en fonction des compétences attendues.



*CADRE CONCEPTUEL
DE L'ÉTUDE*



« Pour l'adulte, apprendre est un art de vivre en harmonie avec soi-même et avec son environnement duquel et auquel il participe. » Hélène Trocmé-Fabre, experte en pédagogie [8].

L'andragogie est la théorie et la pratique de l'éducation des adultes, axée sur les besoins spécifiques, les caractéristiques et les préférences d'apprentissage des adultes. Contrairement à la pédagogie, qui est l'approche traditionnelle pour enseigner aux enfants et aux jeunes apprenants, l'andragogie reconnaît que les adultes ont des motivations, des expériences de vie et des responsabilités uniques qui influencent leur processus d'apprentissage [9].

Alors que la pédagogie met l'accent sur une approche plus centrée sur l'enseignant, avec l'instructeur adoptant un rôle directif, l'andragogie favorise une approche centrée sur l'apprenant, permettant aux adultes de jouer un rôle actif dans leur propre apprentissage, en s'appuyant sur leurs connaissances et leurs expériences existantes [10].

En andragogie, les apprenants sont encouragés à s'engager dans un apprentissage autodirigé, à participer à des activités de résolution de problèmes et à appliquer leurs apprentissages à des situations réelles. La différence clé entre l'andragogie et la pédagogie réside dans leur public cible et les méthodes d'enseignement correspondantes utilisées pour répondre aux besoins spécifiques et aux caractéristiques des adultes par rapport aux enfants et aux jeunes apprenants [4].

I. Définitions des concepts

1. Définition

Médecin généraliste : aussi appelé médecin omnipraticien ou médecin de famille, est une personne titulaire du diplôme de docteur en médecine et habilitée à exercer son art, il est consulté pour diagnostiquer les symptômes avant de traiter la maladie ou de référer le patient à un autre médecin spécialiste [11].

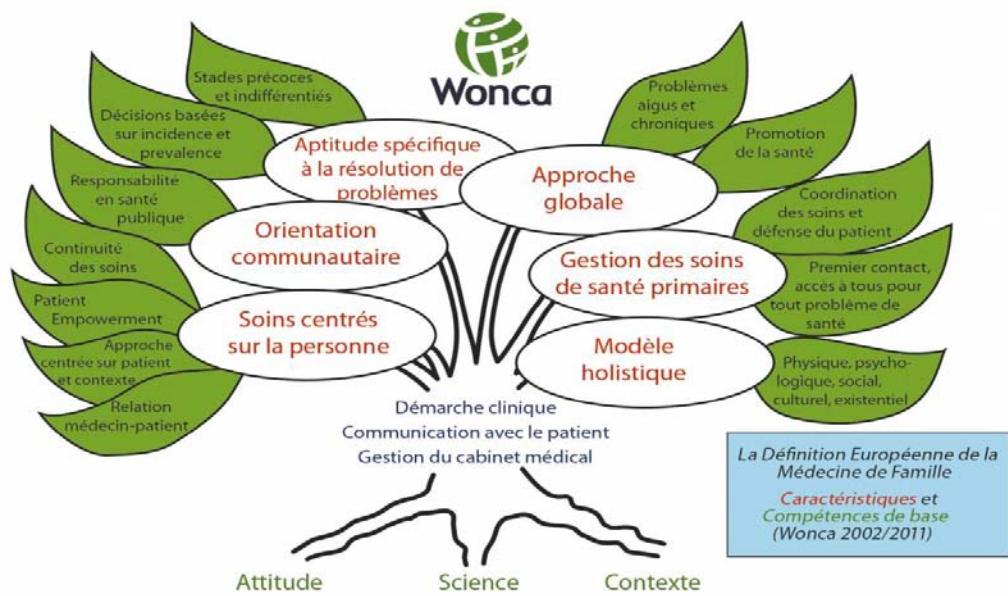


Figure 1 Schéma de la WONCA définissant le rôle du médecin généraliste.

Le schéma d'arbre de la WONCA (figure 1), définissant les médecins généralistes est une représentation visuelle précieuse qui met en évidence les caractéristiques clés et les domaines d'expertise de cette profession. Il offre une compréhension claire et structurée du rôle du médecin généraliste en tant que fournisseur de soins primaires complets et continus. L'arbre souligne également l'importance de la relation patient-médecin, en mettant en évidence la prise en compte des contextes familiaux, sociaux et culturels dans la pratique médicale. Cela renforce l'idée d'une approche holistique et centrée sur le patient, qui reconnaît que les patients sont des individus uniques avec des besoins de santé différents.

Un référentiel de compétence est un document descriptif et normatif, qui définit l'ensemble de compétence, attendus d'un individu, dans un contexte professionnel donné, afin d'assurer une bonne exécution d'un emploi. Le référentiel en précise les conditions de mise en œuvre, ainsi que les conditions et les critères d'évaluation.

Un référentiel de compétences offre donc une panoplie de compétences liées à des activités, des performances et des ressources dans un environnement donné. Dans le domaine de pédagogie, les référentiels de compétences permettent de préciser les compétences attendues en fin d'une formation, ainsi que de définir le rôle de l'enseignant dans le processus d'apprentissage [12].

La formation médicale continue : est définie comme toute activité qui sert à maintenir, développer ou accroître les connaissances, les compétences, et les performances professionnelles, qu'un médecin utilise pour fournir des services aux patients, au public ou à la profession [13].

Développement professionnel continu : Un terme plus englobant qui comprend les méthodologies de la formation continue tout en se concentrant sur les concepts de l'apprentissage autodirigé, du développement personnel et des facteurs organisationnels impliqués dans l'apprentissage des adultes [13].

Dans notre travail de conceptualisation nous avons utilisés les deux termes de façon interchangeable : le besoin de formation dans une approche de développement professionnel continue dont la responsabilité est partagée.

L'évaluation des besoins de formation est définie comme un processus systématique de collecte et d'analyse des informations sur les besoins d'apprentissage d'un groupe cible, pour améliorer les performances actuelles jusqu'à des performances optimales [14].

2. La pédagogie en formation médicale et ses différents courants

En enseignement médical et en formation clinique, la science de la pédagogie et des méthodes d'apprentissage représente une pierre angulaire dans l'acquisition et la transmission des connaissances au cœur d'un terrain d'exercice en perpétuel changement. Au fil du temps, plusieurs théories ont été proposés, de ce fait, plusieurs courants pédagogiques ont vu le jour. Quatre courants pédagogiques sont individualisables : le behaviorisme, le cognitivisme, le

constructivisme et le socioconstructivisme. De ces cadres conceptuels émanent deux principales approches pédagogiques qui sont : la pédagogie par objectifs (PPO) et l'approche par compétences (APC) [15].

2.1. Le behaviorisme :

Le behaviorisme est un terme issu de l'anglais « behavior », qui signifie « comportement ». Il stipule que l'apprentissage des éléments d'une situation est l'ensemble des réactions objectivement observables d'un sujet à des stimuli externes. L'apprenant est plastique et passif ; il est formé par son environnement [16]. Son comportement s'acquiert par un conditionnement et par répétition. Selon Burrhus Frédéric Skinner, « tout le processus pour acquérir une compétence dans un domaine donné doit être divisé en plusieurs petits pas, et le renforcement doit découler de l'accomplissement de chaque pas. En rendant chaque pas successif aussi petit que possible, on augmente la fréquence de renforcement ». Les applications pédagogiques du processus behavioriste sont multiples : l'analyse de tâches, l'analyse de contenu et de l'évaluation, et l'une des plus retentissantes en pédagogie médicale est l'approche par objectifs, qui est largement utilisée dans la conception de programmes et d'activités de formation.[4], [17], [18].

2.2. Le cognitivisme :

Le terme vient du latin « cognito », c'est-à-dire « connaissance ». Ce courant fait suite au behaviorisme, en réintroduisant l'étude des phénomènes mentaux complètement occultés par les behavioristes. En effet, les sciences cognitives s'intéressent en profondeur aux opérations mentales, c'est-à-dire à la façon dont l'individu apprend comme le raisonnement, la mémorisation, la résolution des problèmes et le transfert de connaissances. La motivation représente un aspect très important de ce type d'enseignement. L'apprentissage est vu comme

un changement dans les structures mentales et cognitives des individus. Il est donc impératif que les enseignants créent des situations favorables et motivantes à l'apprentissage [16].

Pour les cognitivistes, l'apprenant doit avoir un rôle actif dans son apprentissage. Pour déployer cette activité, il devra faire appel à des stratégies approfondies de traitement d'informations, de résolution de problèmes et notamment, à des processus métacognitifs d'introspection et d'autorégulation. Ces processus demandent, pour l'apprenant, à réfléchir sur sa manière de penser et de travailler, à en évaluer l'efficacité puis à apporter des ajustements pour l'améliorer [4], [17].

2.3. Le constructivisme et socioconstructivisme :

Ce courant correspond à l'étude des processus d'apprentissage ainsi qu'à l'épistémologie ou la nature des connaissances. Pour les constructivistes, l'apprenant est un être proactif qui construit ses propres connaissances et qui interagit avec son environnement. Il construit ses connaissances au cours de ses propres expériences [18].

L'un des chefs de file du constructivisme est Jean Piaget. Il dégage une vue dynamique de l'appropriation des connaissances par l'apprenant. L'apprentissage résulte pour lui, d'une adaptation intellectuelle au nouveau savoir à assimiler, cette adaptation étant un équilibre entre assimilation et accommodation. Si une nouvelle expérience est vécue par un sujet, et qu'elle correspond à une expérience déjà rencontrée, elle retrouve une place qui lui a déjà été assignée dans la structure cognitive. C'est le processus d'assimilation. En revanche si l'expérience vécue est différente, la structure préexistante doit s'améliorer afin de prendre en compte les nouveaux éléments, c'est l'accommodation. Il se dégage, de ces notions, la nécessité pour l'enseignant de favoriser le conflit cognitif afin de développer un apprentissage par le mécanisme d'adaptation. L'apprentissage n'est donc ni inné ni transmis mais plutôt le résultat d'un processus dynamique de recherche d'équilibre entre le sujet et son environnement. Dans le paradigme constructiviste, l'étudiant utilise les savoirs qu'il maîtrise déjà, comme point de départ aux nouvelles connaissances qu'il doit acquérir. Plus un individu possède de savoirs, plus il est capable d'en

apprendre d'autres et de les construire. Il doit se placer plus dans un rôle plus actif que passif, en faisant le lien entre de nouvelles idées et les schémas déjà existants. Il s'agit alors d'un apprentissage contextualisé au sein d'environnements dynamiques. Les applications pédagogiques du constructivisme et du socioconstructivisme sont nombreuses : apprentissage par raisonnement clinique, apprentissage par problème, tutorat, simulation. Il représente notamment le fondement de l'approche par compétence [17], [19].

3. L'approche d'apprentissage par compétence dans la formation médicale (APC)

La notion d'objectif pédagogique s'est développée pour répondre à la nécessité d'introduire davantage de rigueur dans les dispositifs de formation et visait à rendre explicites les finalités d'une formation, en formalisant le contrat didactique entre les enseignants et les étudiants et énonçant clairement ce que ces derniers devaient apprendre. Plusieurs influences conjointes du courant behavioriste en psychologie de l'apprentissage et de la perspective docimologique de l'évaluation ont eu pour conséquences de favoriser un cloisonnement des objectifs selon leurs domaines (cognitif, psychomoteur et psycho-affectif), une sous-représentation des objectifs de haut niveau taxonomique et un déficit d'intégration des apprentissages concernés (figure 3).

L'approche par compétences constitue une réponse à la préoccupation d'apporter une solution aux limites identifiées dans le cadre de l'approche par objectifs.

L'intention commune de ces deux approches répond au souci de rendre efficaces l'enseignement et l'apprentissage, en offrant un cadre structurant pour planifier adéquatement les activités pédagogiques en accord avec les buts explicitement identifiés de la formation. Cependant, ces deux approches impliquent des manières assez radicalement différentes de penser les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation [15].

L'approche par compétences privilégie le développement d'apprentissages à partir de situations authentiques et de problèmes complexes. Elle implique de s'appuyer sur des modèles cognitifs de l'apprentissage des compétences. Elle encourage le développement d'une pratique professionnelle réflexive et intentionnelle, en sollicitant de la part des enseignants un compagnonnage cognitif explicite et des activités récurrentes de rétroaction.

En effet, en outre les connaissances purement techniques, on reconnaît l'importance cruciale des aptitudes pratiques, de la communication avec les patientes et les patients et au sein de l'équipe médicale, de la gestion des processus, ainsi que des attitudes éthiques fondamentales. Au sens large, on peut appeler compétences la somme de ces différents aspects partiels (figure 2).

L'approche d'apprentissage par compétence, a été adoptée par de nombreux pays au monde, comme levier d'acquisition, de transfert et de maintien des connaissances médicales [20].

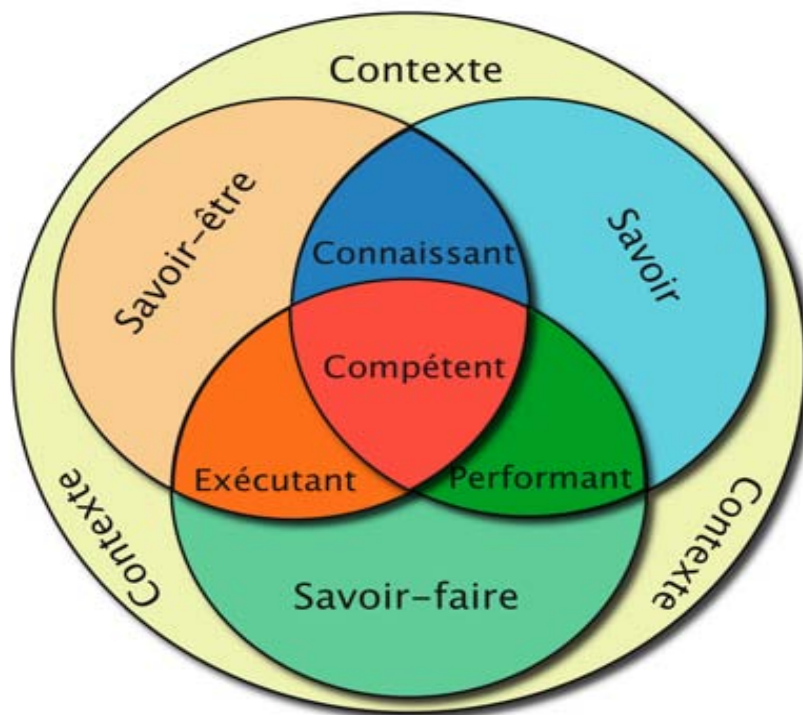


Figure 2 Notion de compétence selon Henri Bourgeault.

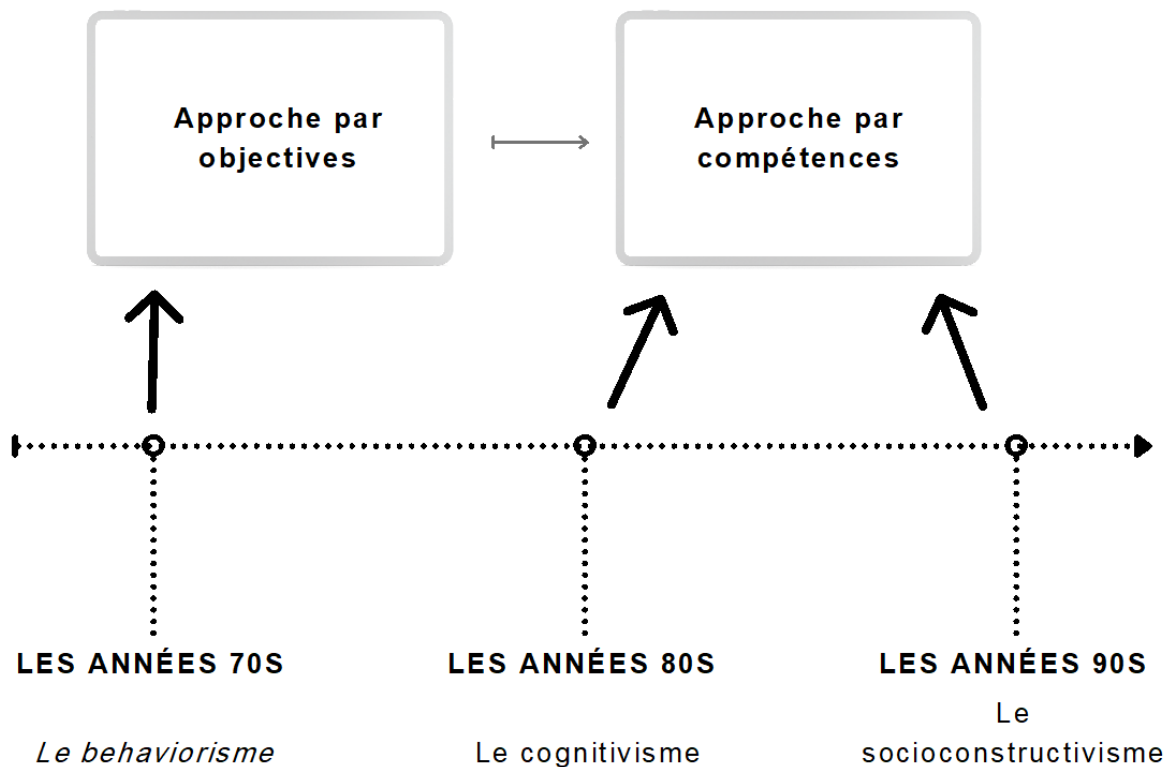


Figure 3 *L'évolution des théories de l'apprentissage [16].*

II. Le cadre théorique de l'étude.

Dans une approche d'enseignement par compétences, le développement professionnel continu offre de nombreux avantages par rapport à la formation médicale continue. En effet, le développement professionnel continu englobe un éventail plus large d'apprentissages, allant au-delà des connaissances médicales pures. Il met l'accent sur le renforcement des compétences clés telles que la communication efficace avec les patients, la prise de décision éthique, la gestion du temps et la collaboration interdisciplinaire. Ces compétences sont essentielles pour fournir des soins de qualité dans un système de santé en constante évolution.

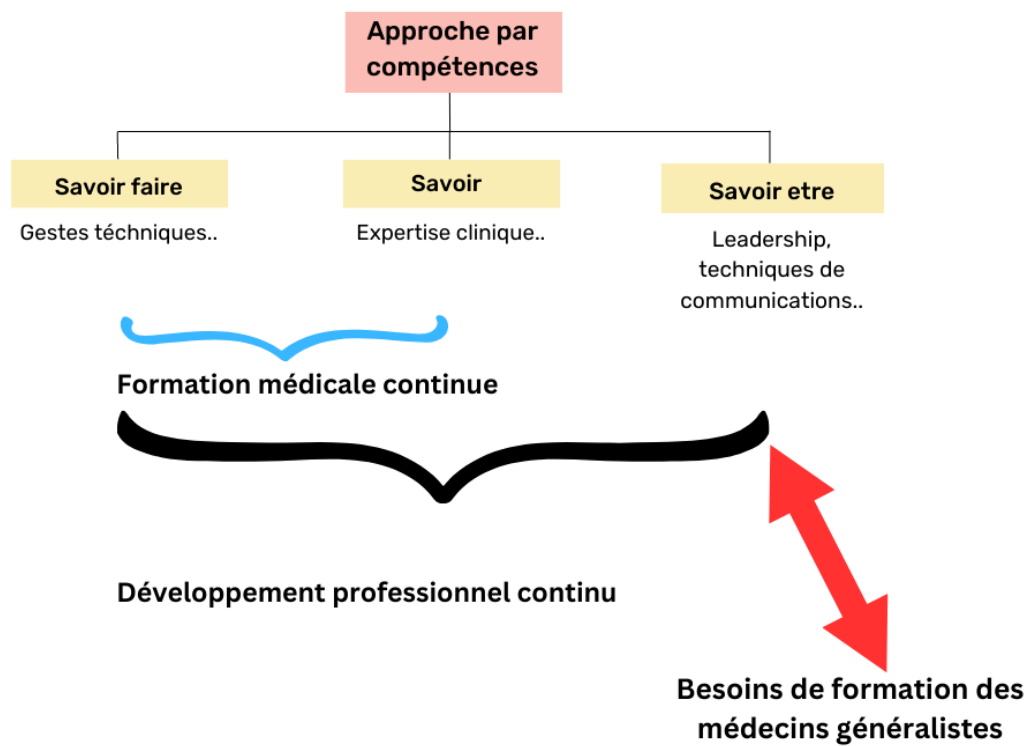


Figure 4 Cadre théorique de l'étude.



PARTICIPANTS
ET
METHODES



Nous avons conduit une étude à méthodologie mixte qualitative et quantitative concomitante.

I. Méthodologie qualitative

1. Type d'étude

Pour but de recenser les référentiels de compétences des médecins généralistes, Une étude qualitative par recherche documentaire a été réalisée entre le 08 Novembre et le 12 Décembre 2022.

2. Stratégie de recherche

Nous avons recherché à travers les moteurs de recherche suivants : PubMed et Google Scholar, les référentiels de compétences en médecine générale publiés en anglais ou en français, en utilisant les mots-clés suivants :

- En français : "référentiels de compétences", "médecins généralistes" et "approche par compétence".
- En Anglais: "Competency frameworks", "General Practitioner", "Competency-based education".

Nous avons également procédé par une recherche manuelle sur différents sites web (disponible sur l'annexe 2) des ministères de la santé et des facultés de médecine.

3. Collecte et analyse des documents

La collecte des données a été réalisée à l'aide d'une fiche de lecture (annexe 2), sur Microsoft Excel qui a compris : l'année de publication, le pays, l'organisme fondateur, les

différentes mises à jour, les domaines et les nombres de compétences ainsi que les méthodologies d'évaluation.

Nous avons effectué une lecture attentive et analytique de chaque document, afin d'identifier les compétences requises pour les médecins généralistes dans différents pays. Nous avons pris note des objectifs spécifiques de chaque référentiel, l'année de son application, les domaines de compétences abordés, ainsi que les méthodes d'évaluation utilisées dans chaque pays.

Puis on a réalisé un benchmarking, en comparant les différents axes de compétences cités dans les référentiels étudiés, par la suite, nous avons exploré les similitudes et les différences, dans le but de trouver un consensus entre les différents référentiels, qu'on a regroupé par la suite dans un schéma récapitulatif au niveau de la section des résultats.

II. Méthodologie quantitative

1. Type d'étude

Nous avons mené une étude transversale pour décrire les besoins de formation des médecins généralistes du secteur privé.

2. Population de l'étude

La population cible était, les médecins généralistes, exerçant au secteur privé, au Maroc.

2.1. Les critères d'inclusion

- ❖ Être médecin généraliste pratiquant au secteur privé au Maroc.
- ❖ Toujours en activité professionnelle.

2.2. Les critères de non inclusion

- ❖ Les médecins généralistes du secteur privé ayant un poste purement administratif, comme les directeurs médicaux des cliniques privés.

3. Méthode d'échantillonnage

Échantillonnage non probabiliste basé sur le volontariat. Aucun calcul de la taille de l'échantillon n'a été effectué par manque de base de sondage.

4. Variables étudiées et collecte des données

La collecte des données a été faite à travers un questionnaire réalisé suite à une revue de littérature disponible en annexe 1. Le questionnaire a contenu 32 questions, dont 5 questions ouvertes, réparties en 5 sections principales.

- Section 1 : elle est dédiée aux caractéristiques socio-professionnelles des médecins participants, tel que : Sexe, âge, lieu d'exercice, ancienneté d'exercice de médecine générale au secteur privé, adhésion aux associations de médecins généralistes, lieu de formation médicale initiale, caractéristique d'exercice actuel, nombres moyens de patients consultés par semaine, les motifs de consultations les plus fréquents
- Section 2 : elle comportait des questions sur les perceptions et les attitudes des médecins généralistes vis-à-vis de la formation médicale continue. Cette section comportait au total douze affirmations, concernant le but, les avantages et les obstacles d'entretenir une activité de formation médicale continue, où les médecins participants exprimaient leur degré d'accord selon une échelle de Likert.
- Section 3 : elle comprenait des questions visant à décrire les besoins de formation ressentis des médecins généralistes. Une auto-évaluation pour mesurer l'écart entre les compétences actuelle des médecins généralistes et les compétences qu'ils souhaitent détenir, selon leur expérience d'exercice.

- o Section 4 : elle concernait l'auto-évaluation des compétences et de leur importance présentée sous forme de 23 affirmations, telles que : les techniques de communication interpersonnelle et avec les patients, interpréter les résultats de recherches, la lecture critique des articles scientifiques, appliquer les résultats de la littérature à la pratique quotidienne, (échelle de Likert de 1 à 7).

Le questionnaire a été informatisé à l'aide de Google Forms. Il a été testé auprès de six médecins (4 médecins généralistes et 2 médecins spécialistes) avant sa validation finale. Le recrutement des participants s'est effectué par des visites aux cabinets privés de médecine générale au niveau de la région Souss Massa, Daraa Tafilalet et Marrakech-Safi, et également par le biais des réseaux sociaux (Facebook[®], WhatsApp[®], LinkedIn[®]).

5. Analyse statistique

Le questionnaire a été exporté via google Forms vers le logiciel Excel 2016, où les données ont été explorées et traitées, puis analysées et préparées avec le logiciel de statistiques JAMOVI version 1.6.23, au niveau du service de recherche clinique de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech. Les variables sont présentées sous forme de moyennes, d'écart-type, ou de médiane et d'étendue. Les variables qualitatives sont présentées en effectifs et en pourcentages.

Les analyses bivariées ont été réalisées entre la réalisation d'une FMC ultérieure et les perceptions des MG vis-à-vis de la formation médicale continue. Ces analyses ont consisté à une comparaison des pourcentages pour les variables qualitatives en utilisant le test exact de Fisher. Le seuil de signification statistique a été fixé à 5%.

6. Chronogramme de l'étude

Tableau I : Chronogramme du déroulement de l'étude

Besoins de formation des médecins généralistes du privé : Un regard croisé avec les compétences en 1 ^{ere} ligne de soins											
Mois	Juin	Octobre	Novembre	Décembre	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet
Choix du sujet de thèse											
Revue de littérature											
Conceptualisation											
Élaboration des outils de collecte de données											
Collecte des données											
Analyse des données											
Réunion pour validation des résultats											
Rédaction des résultats et discussion											
Relecture du manuscrit											
Soutenance											

7. Considérations éthiques

Cette étude a été menée conformément aux principes éthiques de la déclaration de Helsinki. L'anonymat, la confidentialité ont été respectées, le consentement a été obtenu de la part des médecins généralistes par la réponse à une question fermée au du questionnaire. Nous avons informé les participants sur le but non lucratif de cette étude.



I. Résultats de la recherche documentaire

Au total, nous avons colligé sept référentiels de compétences de différents pays : Canada, l'Arabie Saoudite, la France, la Tunisie, l'Égypte, les États-Unis et l'Angleterre. La date de mise en œuvre, le pays, les mises à jour effectuées, l'organisme fondateur, ainsi que les méthodes d'évaluation des étudiants sont cités dans le tableau II.

Tableau II Tableau récapitulatif des référentiels étudiés

Référentiel	Pays	Année de mise en œuvre	Nombre de mises à jour	Dernière mise à jour	L'organisme fondateur	Méthode d'évaluation
GMC	Angleterre	1993	2	2015	Le General Medical Council	Oui
CanMed	Canada	1996	2	2015	Collège royal du Canada.	Oui
ACGME	États-Unis	1998	2	2020	Association of American Medical Colleges	Oui
Nars	Égypte	2008	1	2017	National Authority for Quality Assurance & Accreditation of Education	Non
SaudiMed	Arabie Saoudite	2011	1	2015	Ministry of Higher Education The Saudi Medical Deans Committee	Oui
DES	France	2017	1	2020	Collège National des Généralistes Enseignants, et le Collège de la Médecine Générale	Oui
FMC	Tunisie	2019	Aucune	-	Faculté de médecine de Sfax	Non

II. Aperçu des référentiels de compétence pour médecins généralistes

Nous allons présenter les référentiels de compétence un par un, puis nous allons les comparer.

1. CanMEDS 2015

Le CanMEDS–2015 est un référentiel pédagogique, fondé sur les compétences, conçu par le Collège royal du Canada dans les années 1990, adopté d'abord en 1996, puis des mises à jour ont été effectuées en 2005, ensuite en 2015. CanMEDS 2015 représente la troisième édition du référentiel et constitue sa plus importante révision à bien des égards. Il est le fruit d'un processus de collaboration fondé sur des données probantes et mettant à contribution des centaines d'Associés du Collège royal, de médecins de famille, d'éducateurs, d'apprenants et d'autres experts bénévoles. Les recensements de la littérature, les sondages auprès d'intervenants, les groupes de discussion et les consultations auprès de professionnels de la santé et de membres du public concluent que l'utilité du référentiel CanMEDS–2015 tient au fait que les besoins de la société sont à la base de sa création. Il est le fondement des normes établies par le Collège royal en matière de formation et de pratique.

En réponse aux nouvelles attentes sociétales, ce document définit un « cadre de compétences » dont les médecins doivent faire preuve pour répondre de façon efficace aux besoins de ceux et celles à qui ils prodiguent des soins de santé, en l'adaptant à leurs propres contextes. Dès le début, son principal objectif a été de définir de façon détaillée les compétences requises dans tous les domaines de l'exercice de la médecine et d'établir ainsi des fondements solides pour le perfectionnement de la formation médicale.

La notion de compétences est abordée d'une manière complexe. Le document énonce ainsi que « pour qu'elles soient utiles, on a regroupé les compétences de façon thématique autour de « méta-compétences » ou rôles du médecin pour CanMEDS–2015 qui constituent le

profil visé de médecin « compétent ». Ces rôles sont ceux d'expert médical, de communicateur, de collaborateur, de gestionnaire, de promoteur de la santé, d'érudit et de professionnel. Bien que ces rôles soient synergiques et inters reliés, chacun est unique. Ce référentiel de compétences met l'accent sur l'intégration des connaissances (sciences cliniques, connaissances concernant le système de santé et ses intervenants, les principes déontologiques, les systèmes de documentation et d'information), des habiletés psychomotrices (pour recueillir des données cliniques ou pour communiquer, que ce soit sur un plan individuel ou en groupe, que ce soit verbalement ou par écrit) et des habiletés psycho-affectives (l'acceptation des patients et la prise en compte de leurs caractéristiques, la reconnaissance de ses propres capacités et de ses limites, ainsi que la reconnaissance des rôles de chacun dans une équipe de soins, l'application des valeurs telles que l'intégrité et l'honnêteté dans la prestation des soins médicaux), pour résoudre efficacement des problèmes cliniques.

Le système d'évaluation de la formation des post graduées a été également modifié, en changeant la formule, la durée et la fréquence des examens. Les objectifs de formation doivent donc correspondre aux tâches concrètes du travail quotidien, et la réussite de la formation devrait être également mesurée en fonction des compétences acquises.

La finalité n'est donc plus déterminée par la simple durée de formation exigée par le programme, mais par la capacité des médecins à exécuter de manière autonome les tâches concrètes de la discipline en question. D'où l'apparition de la notion de 'EPA' qui remplace les EMiT (évaluations en milieu de travail) et les mini CEX (Mini clinical examination).

Entrustable professional activities (EPA), sont des unités de compétence professionnelle qui peuvent être entièrement confiées à un médecin en formation dès lors que la capacité de réaliser sans supervision l'ensemble des tâches qu'elles comprennent a pu être démontrée.

Pour une EPA observée, la personne responsable de la formation se pose la question suivante : « Quel niveau de supervision sera utile à l'assistante si la même tâche lui est à nouveau confiée demain ? » Ce niveau requis (*level of supervision*) devient ainsi la mesure du niveau de compétence, et l'outil d'évaluation est en conséquence appelé (*entrustment scale*). Le

degré d'autonomie est ainsi adapté à la performance observable, ce qui favorise activement le développement individuel.

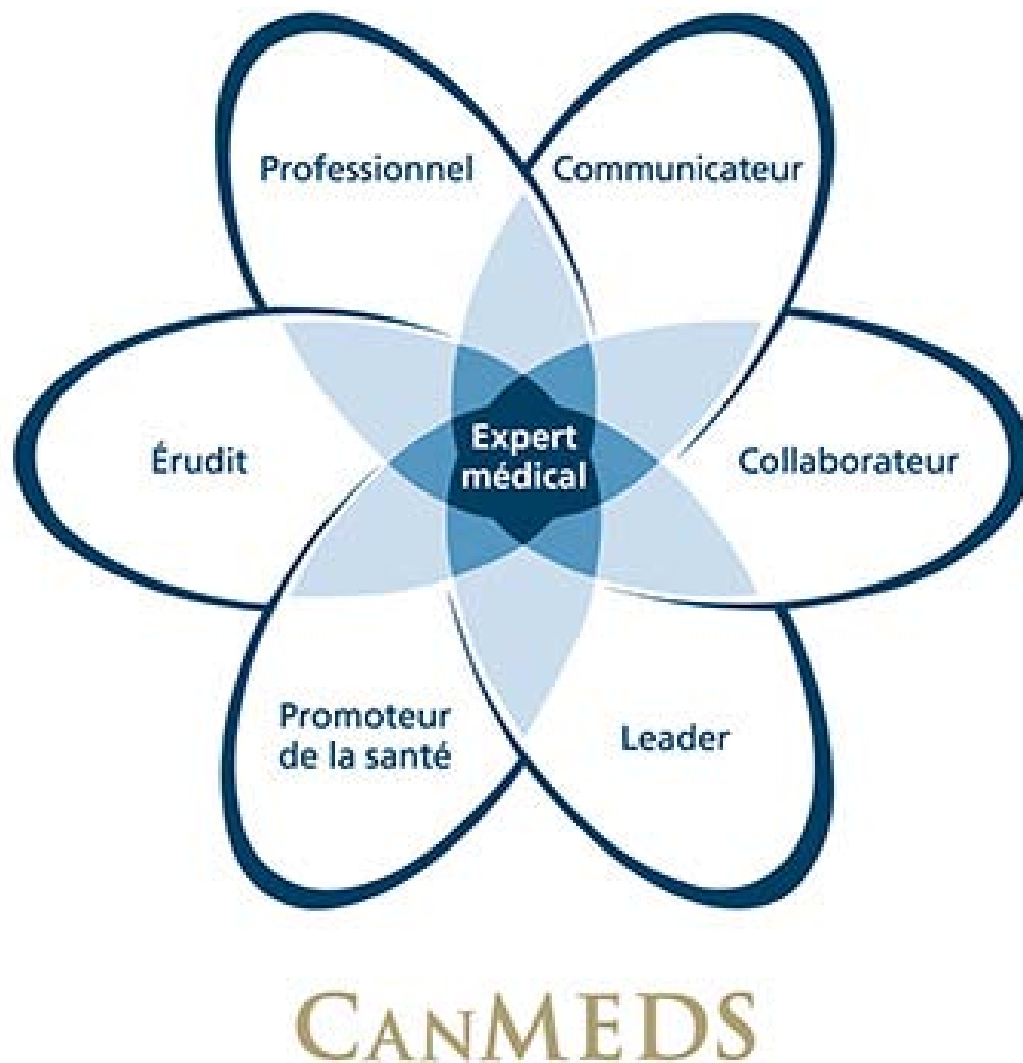


Figure 5 Les rôles du CanMEDS 2015.

2. ACGME

Le référentiel de l'ACGME a été développé en 1998 pour faire face à la fragmentation et au manque de clarté des programmes de troisième cycle existants et pour améliorer le système d'évaluation des résidents et instaurer une formation médicale basée sur l'approche par compétences. Le référentiel de l'ACGME comprend six "compétences générales" (soins aux

patients, connaissances médicales, apprentissage et amélioration fondés sur la pratique, compétences interprofessionnelles et communicationnelles, professionnalisme, pratique basée sur les systèmes), chacune d'elles étant assortie d'une série de "composantes constitutives" ou de sous-compétences, soit un total de 41.

Dans une initiative récente de l'Association of American Medical Colleges, une nouvelle taxonomie a été proposée en 2013, ainsi qu'une nouvelle description des compétences générales du médecin incluant deux domaines de compétence supplémentaires.

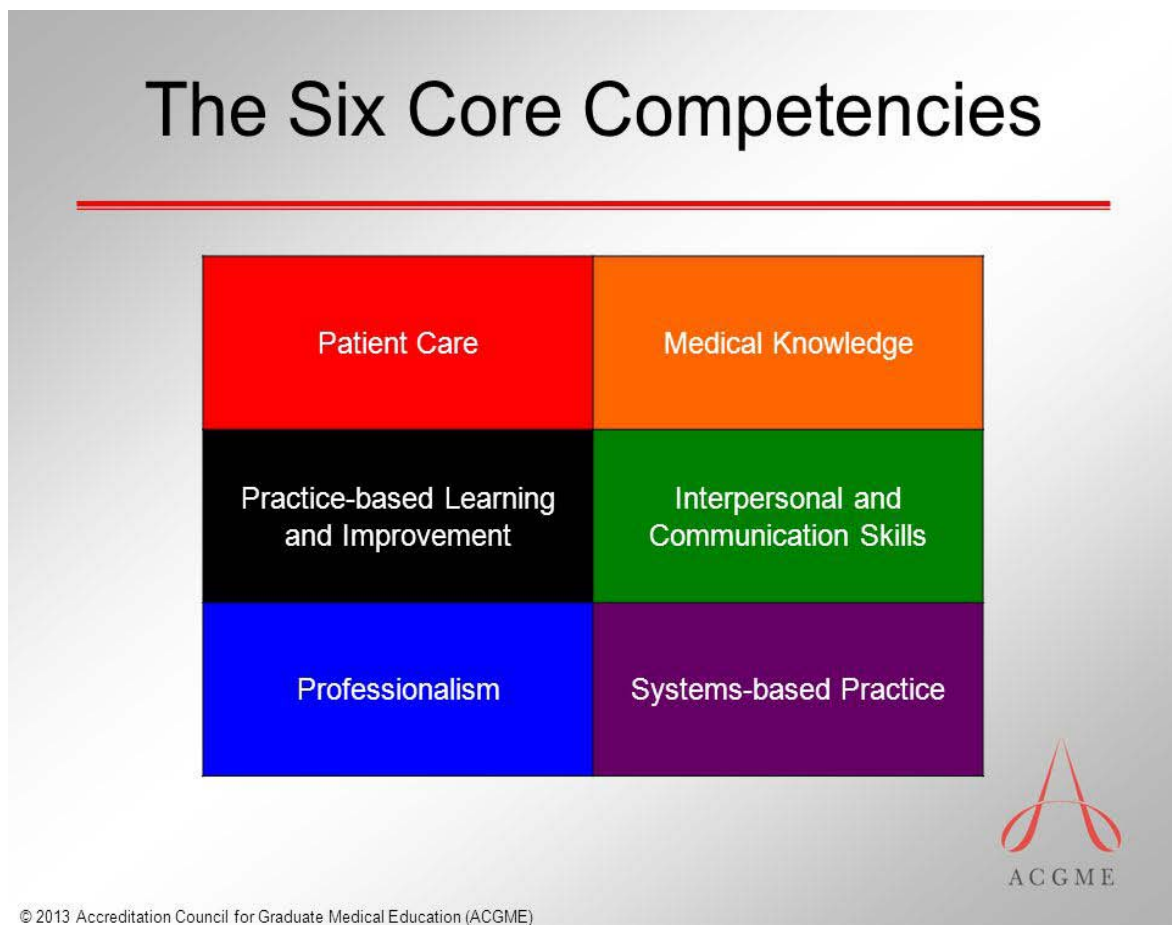


Figure 6 Les axes présentés dans le référentiel ACGME dans sa version 2013.

3. Le référentiel du DES de médecine générale en France :

Pour exercer sa spécialité, un médecin généraliste a besoin de plusieurs compétences. Afin de former le plus convenablement possible les internes de médecine générale en France, il était nécessaire de définir précisément ces compétences. Un groupe de recherche national a alors été créé, issu de plusieurs départements de médecine générale, afin d'aboutir à un consensus.

Le référentiel DES de médecine générale a été mis en œuvre en France à partir de l'année universitaire 2017–2018. Il est le fruit d'un travail collaboratif entre différentes instances impliquées dans la formation des médecins généralistes, telles que le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), le Collège de la Médecine Générale (CMG), les universités et les centres hospitaliers. La définition des compétences proposée ci-dessous est directement tirée de ce consensus. Le référentiel a été mis à jour pendant l'année universitaire 2020–2021. Les domaines de compétences inclus dans le référentiel DES sont :

- Premier recours, urgence : Gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés , non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne
- Relation, communication, approche centrée patient : Construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.
- Approche globale, prise en compte de la complexité : mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé
- Éducation, prévention, santé individuelle et communautaire : accompagner le patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux

- **Professionalisme** : assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes , à développer une activité professionnelle en privilégiant le bien-être des personnes par une pratique éthique et déontologique , à améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine fondée sur des faits probants , à assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient

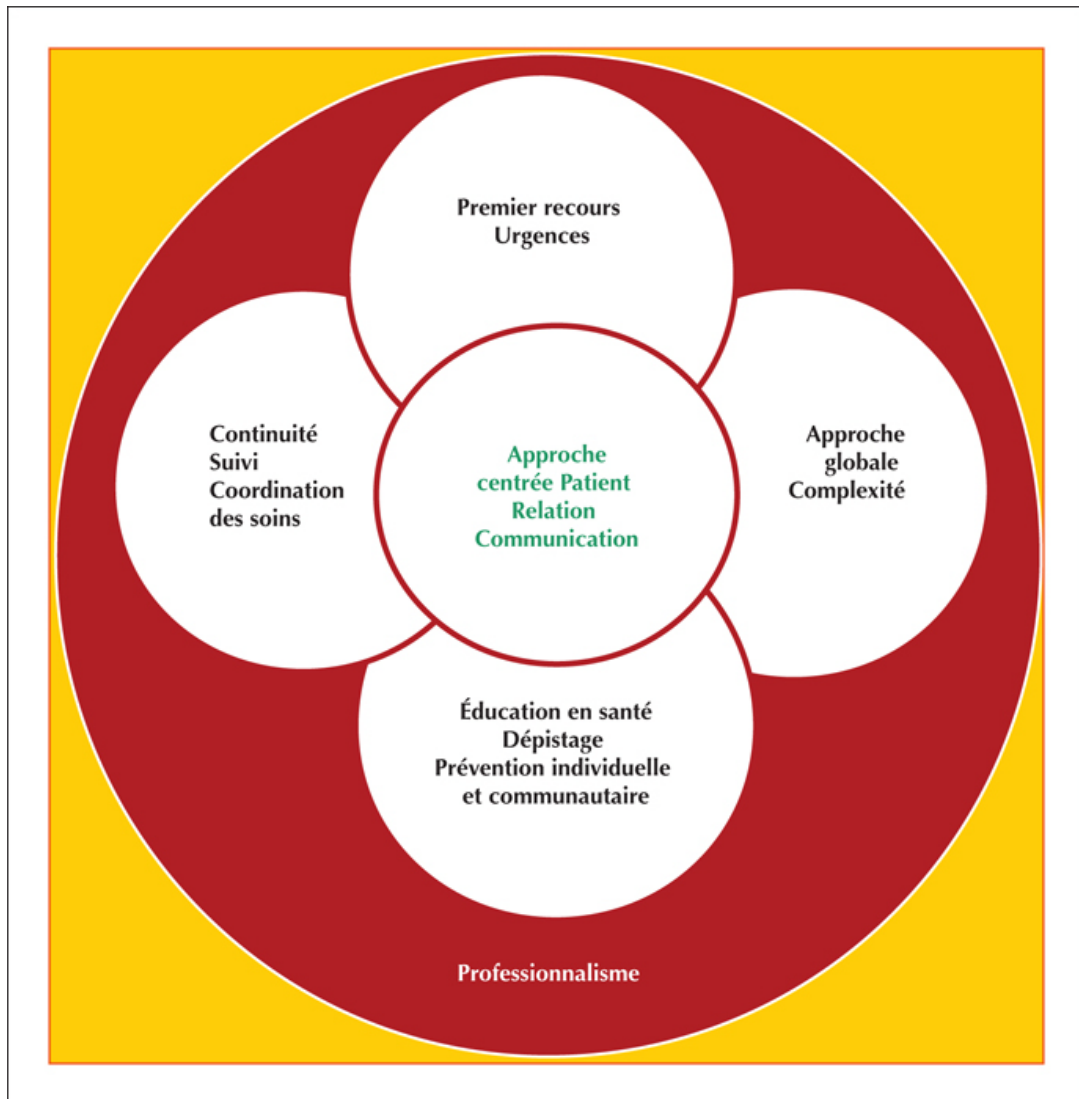


Figure 7 Les axes présentés dans le référentiel DES de médecine générale.

4. GMC

Le General Medical Council (GMC), responsable de la formation médicale britannique au niveau national, a publié la première version du document sur les résultats de l'enseignement médical de premier cycle en 1993 sous le titre "Tomorrow's Doctors".

Le référentiel a connu plusieurs mises à jour au fil du temps, notamment la version proposée en 2015. Il est organisé en trois sections (scientifique, praticien et professionnel) et chaque section comprend une série de compétences. Le document complet comprend, sous chaque compétence, une série de 3 à 10 sous-compétences, soit 106 au total.

Le référentiel décrit les compétences nécessaires pour développer et maintenir des valeurs et des comportements professionnels clés pour la pratique médicale, en utilisant un langage commun. Les axes représentent également les compétences clés d'une pratique médicale, qui garantit la sécurité des patients et l'aptitude à exercer au sein du système de santé en Angleterre. Le cadre est valable pour tous les cycles de formation médicale. Le référentiel GMC comprend trois domaines de compétences :

- Le médecin en tant que scientifique : Le diplômé sera capable d'appliquer à la pratique médicale les principes, méthodes et connaissances scientifiques biomédicales relatifs à l'anatomie, la biochimie, la biologie cellulaire, la génétique, l'immunologie, la microbiologie, la biologie moléculaire, la nutrition, la pathologie, la pharmacologie et la physiologie. Appliquer les principes, la méthodologie et les connaissances, des sciences sociales à la pratique médicale. Appliquer à la pratique médicale les principes, la méthodologie et les connaissances en matière de santé publique et d'amélioration de la santé et des soins de santé
- Le médecin en tant que praticien : Le diplômé sera capable d'effectuer une consultation avec un patient. Diagnostiquer et gérer des tableaux cliniques. Communiquer efficacement avec les patients et les collègues dans un contexte médical. Fournir des soins immédiats en cas d'urgence médicale. Prescrire des médicaments de manière sûre, efficace et

économique. Effectuer des procédures pratiques de manière sûre et efficace. Utiliser l'information de manière efficace dans un contexte médical.

- Le médecin en tant que professionnel : Le diplômé sera capable de prendre des décisions conformément aux principes éthiques et juridiques. Apprendre à travailler efficacement au sein d'une équipe multi professionnelle Protéger les patients et améliorer les soins.

The nine domains of the GMC's Generic Professional Capabilities



Figure 8 Les axes présentés dans le référentiel GMC.

5. Référentiel de compétences de la faculté de médecins de Sfax :

La faculté de médecine et de médecine de Sfax en Tunisie, a élaboré un référentiel de compétence qui a pour but, d'harmoniser la formation médicale en cours des cycles des études médicales, permettant ainsi de considérer la médecine de famille comme spécialité comme les autres.

Ce référentiel comprend en totalité 5 axes qui englobent les compétences générales nécessaires pour exercer la discipline de médecine de famille :

- Médicale : Concerne la prise en charge des patients, le suivi des maladies chroniques, la gestion des situations urgentes, la santé maternelle ainsi que la santé mentale de la population.
- Sociale : Concerne la promotion de la santé, la sensibilisation, le dépistage et le diagnostic précoce des maladies.
- De gestion d'équipe et des structures de soin : Comprend des compétences visant à mieux gérer des structures de soins, sur le plan de ressources matérielles, humaines et législatif.
- De recherche : C'est de recueillir organiser et enregistrer les données sur la santé de la population en charge et les utiliser efficacement comme base scientifique pour la décision. Ainsi que d'intégrer les données de recherche dans la prise en charge des patients.
- De développement professionnel continu : développer la réflexivité sur ses pratiques, faire son autocritique et autoévaluation et assurer son propre développement personnel et professionnel.

Taxonomie des compétences



Figure 9 Structure du référentiel de compétence de la faculté de médecine de Sfax, selon les cycles de formation médicale.

6. Le référentiel NARS (National Academic Reference Standards) en Égypte.

Le référentiels (NARS) a été conçu pour améliorer le programme d'enseignement de premier cycle des facultés de médecine en Égypte.

Les compétences figurant dans ce référentiel, représentent les exigences minimales de qualité académique que le gouvernement considère comme nécessaires pour protéger les intérêts des étudiants en médecine, et la santé de la population générale [21].

La première édition de ce référentiel publiée en 2009, adoptait une approche par objectifs (PPO). Le référentiel a été mis à jour en 2017, adoptant une approche par compétence, afin de pouvoir suivre les actualités de la pédagogie médicale.

Le référentiel NARS est divisé en 6 domaines de compétences :

- Le diplômé en tant que praticien.
- Le diplômé en tant que promoteur de la santé.

- Le diplômé en tant que professionnel.
- Le diplômé en tant que scientifique et chercheur.
- Le diplômé en tant que membre du système de santé et d'une équipe de soins.
- Le diplômé en tant qu'apprenant et chercheur tout au long de sa vie.

Chaque domaine de compétence est divisé en compétences clés qui, dans l'ensemble, définissent les résultats de formation souhaités pour un diplômé de la faculté de médecine dans ce domaine de compétence particulier.

Ainsi, les 6 domaines de compétences englobent en totalité 65 compétences clés.[21]

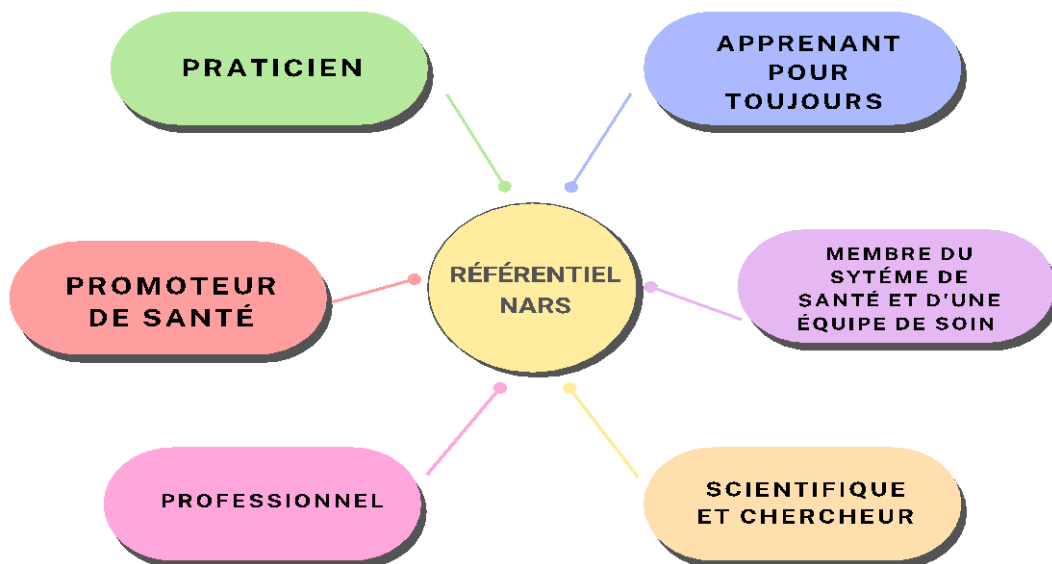


Figure 10 Les axes présentés dans le référentiel NARS.

7. SaudiMEDs

Le référentiel SaudiMEDs spécifie les compétences clés requises pour pratiquer et enseigner la médecine en Arabie saoudite. Tous les programmes de premier cycle, de troisième cycle et de développement professionnel continu sont censés atteindre ces résultats.

Le SaudiMEDs comporte 6 compétences majeures, ou aussi appelées thèmes. (Figure 11)

De nombreux ateliers et réunions virtuelles ont été organisés pour élaborer la première version de ce référentiel. Le cadre comprenait sept thèmes principaux, 24 résultats d'apprentissage et 96 compétences habilitantes. Ce projet a fait l'objet d'une révision rigoureuse par le biais d'un processus itératif systématique qui a abouti six thèmes, comprenant 80 compétences au total.

Le référentiel SaudiMEDs spécifie les résultats d'apprentissage et les compétences qui sont attendus de tous les diplômés en médecine. Chaque faculté de médecine en Arabie Saoudite a le droit d'adapter le contenu du programme et les stratégies d'enseignement et d'apprentissage, pour atteindre le but du référentiel.

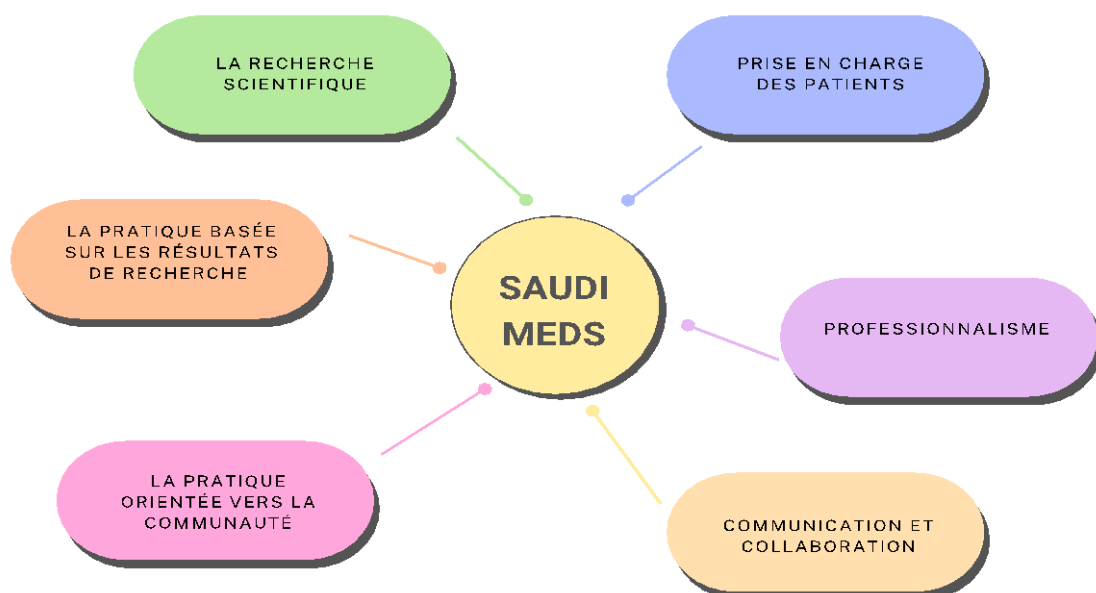


Figure 11 Les thèmes principaux du référentiel SaudiMEDs.

III. Comparaison des référentiels de compétences :

L'objectif de ce chapitre était d'examiner et de comparer les référentiels de compétence adoptés par différents pays. Sept référentiels ont été examinés et comparés, notamment le CanMEDs 2015, le référentiel ACGME, le SaudiMEDs et le référentiel GMC, le référentiel NARS, le référentiel DES de médecine générale, et le référentiel de la faculté de médecine de Sfax.

Les référentiels étudiés sont structurés de manière différentes. La présentation des axes ainsi que les méthodes d'évaluation diffèrent, pour répondre aux exigences de chaque pays.

Le résultat de cette comparaison a montré que, généralement, il y a plus de similitudes que de différences entre les référentiels de compétences, ce qui indique qu'il existe un consensus et des thèmes communs dans plusieurs domaines.

La lecture horizontale des différents référentiels de compétence, a permis de déceler des axes communs abordés constamment :

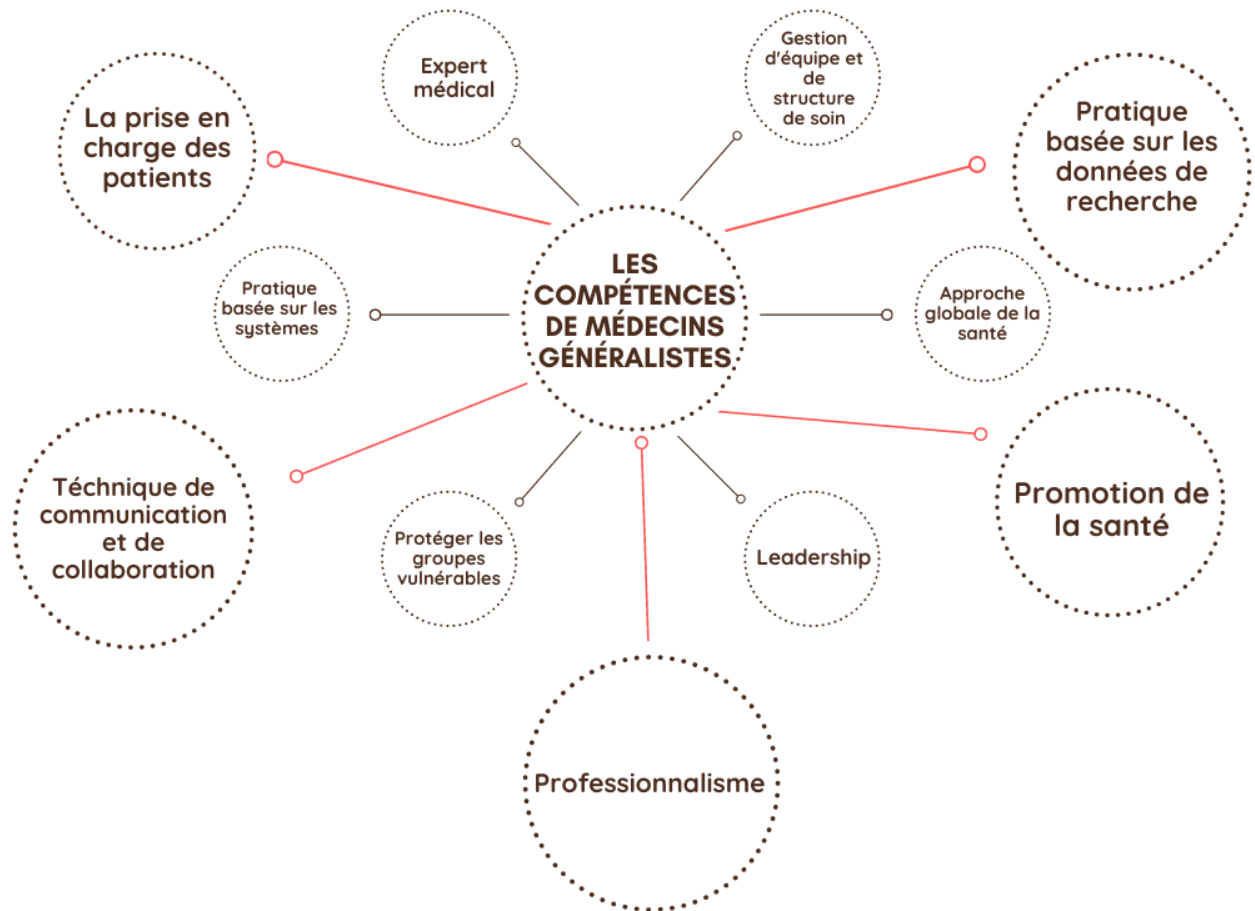
- **Prise en charge des patients** : Il existe un consensus dans tous les référentiels, concernant l'élaboration d'un plan de soins complet centré sur le patient, ainsi que l'éducation des patients, des familles et des communautés à participer à leurs soins et à la prise de décision. Les référentiels étudiés prêtent une grande importance aux soins primaires [2], en étant le premier contact des patients avec les structures de soins. Des soins de premiers recours, ouverts à toute la population, est la pierre angulaire de tous les référentiels. La formation médicale continue présente une pierre angulaire de tous les référentiels étudiés, une réactualisation permanente des connaissances des médecins, ainsi que l'élargissement de leur panoplie de compétences permet d'offrir des prestations de soins optimales.
- **Technique de communication et collaboration** : Tous les référentiels soulignent l'importance d'une communication avec les patients et les membres de l'équipe soignante, en mettant l'accent sur la sécurité, la confidentialité, et la préservation de la dignité des patients.

La médecine générale connaît des changements, pour répondre aux besoins des patients et des populations. De nouveaux modèles de pratique collaborative interprofessionnelle intègrent des éléments essentiels tels que le travail en équipe, le leadership à tous les niveaux, les partenariats avec les patients, la gestion des populations et la coordination des soins, afin d'atteindre un système de soins primaires performant [22], [23].

- **Professionalisme** : Les compétences diffèrent sur les indicateurs de progression spécifiques du professionnalisme. Cependant, toutes les compétences comportent des termes relatifs à la pratique éthique, professionnelle et déontologique. La notion de professionnalisme englobe aussi dans tous les référentiels étudiés, des notions comme : La bonne gestion du cabinet médical, la délégation de certains soins, ainsi que la collaboration interdisciplinaire.
- **Un savoir médical basé sur les données de recherche** : Tous les référentiels mettent l'accent sur l'importance de la recherche scientifique, et son rôle dans la mise en place d'une pratique médicale basée sur des données.

Une pratique basée sur les résultats d'essais clinique est le pilier d'une médecine moderne, qui combine l'expertise clinique individuelle, aux preuves cliniques externes issues de la recherche [24].

- **Promotion de la santé** : Tous les référentiels étudiés soulignent l'importance de programmes de promotion de la santé. Les médecins généralistes jouent un rôle crucial dans la promotion de la santé et la prévention des maladies. Les consultations sont une occasion idéale de prévenir les maladies [25].



La figure 12 présente les similitudes retrouvées entre les différents référentiels de compétences étudiés.

Les grandes divergences entre les référentiels étudiés ont été constatées dans le SaudiMed, qui contient des compétences uniques dont on peut citer :

- Reconnaître les principes et les rôles de la médecine complémentaire et alternative.
- Reconnaître les principes de la médecine spirituelle et prophétique.
- Le professionnalisme est considéré comme l'une des principales compétences dans tous les référentiels étudiés. Dans le référentiel SaudiMed, cette catégorie comprend une compétence de professionnalisme islamique, qui inclut l'application de la loi islamique (Fiqh) dans la pratique de la santé.

Notre analyse a montré que les pays adaptent les référentiels pour répondre aux exigences culturelles et sanitaires qui leur sont spécifiques, ce qui indique que les pays ont besoin d'une plus grande spécificité dans la conception des référentiels de compétences [26].

IV. Résultats quantitatifs

Au total, 134 médecins généralistes ont répondu à notre questionnaire.

1. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles :

1.1. Sexe

Plus que la moitié des participants était des femmes (53,7%), avec un sexe-ratio femme/homme était de 1,16.

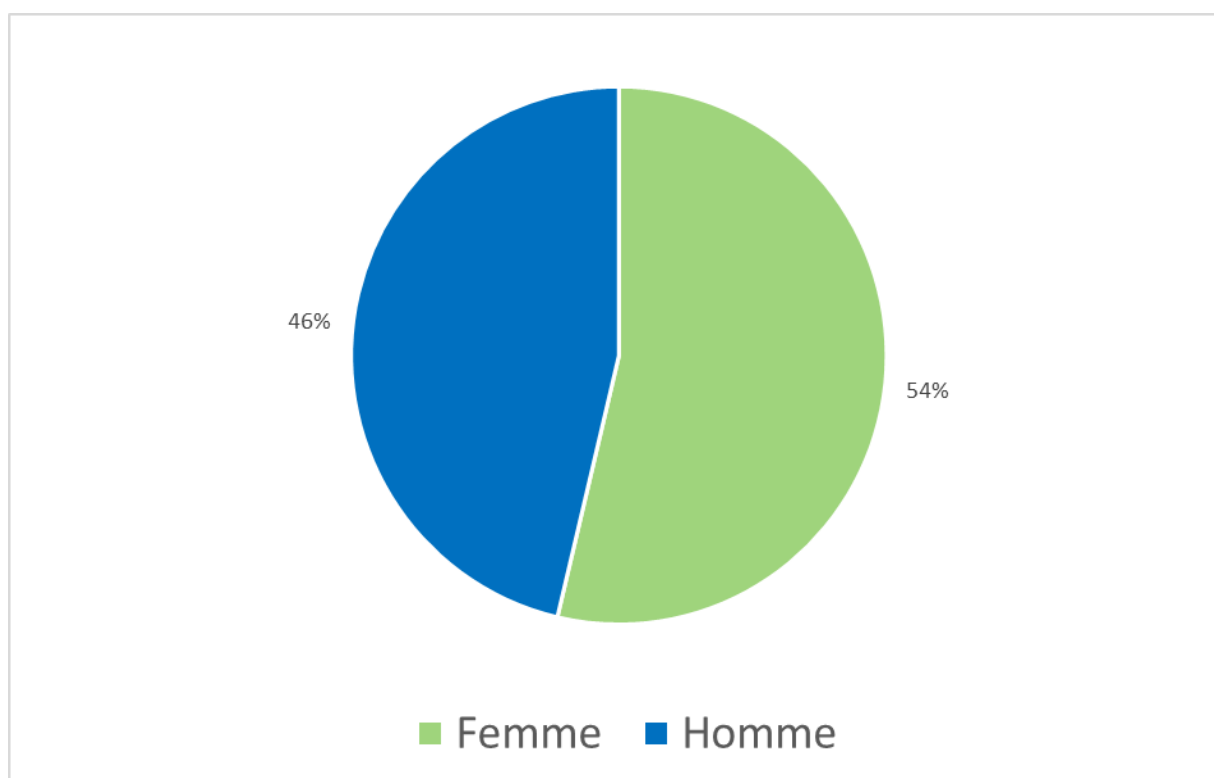


Figure 13 : Répartition des participants selon le sexe.

1.2. Age

La moyenne de l'âge des participants était de $36,6 \pm 12,7$ ans, avec un âge minimal de 24 ans et maximal de 79 ans.

1.3. Ancienneté d'exercice de médecine générale en secteur privé

La médiane d'ancienneté en années était de 03 ans, avec une période minimale de 1 an et maximale de 37 ans.

1.4. Lieu de formation médicale initiale

La majorité des participants (94%) ont suivi leur formation médicale initiale au niveau des différentes facultés de médecine du Royaume du Maroc.

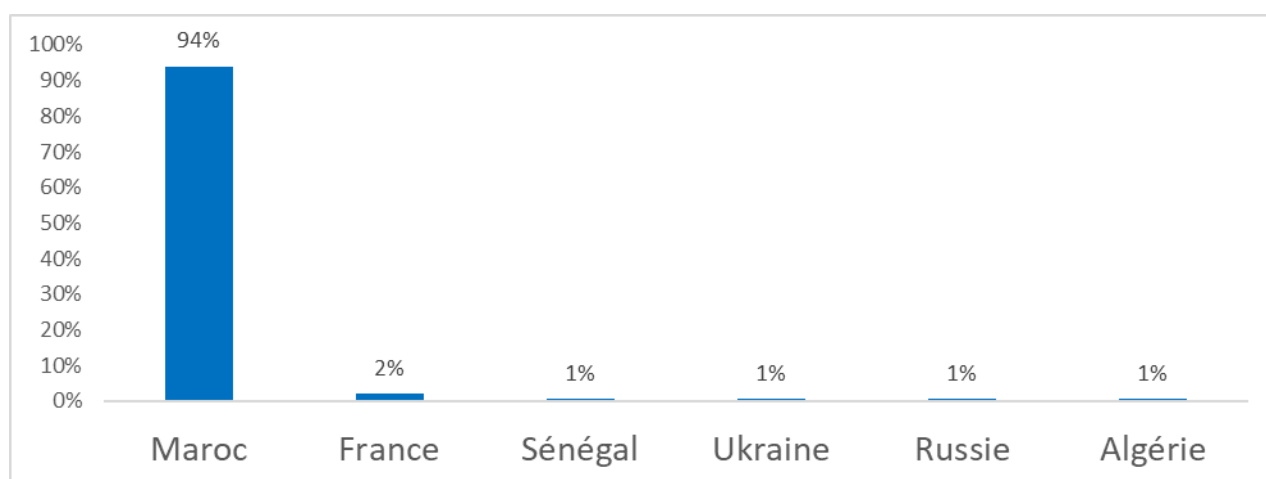


Figure 14 Lieu de formation médicale initiale.

1.5. Expérience antérieure au secteur public

La majorité des participants (73%), n'ont pas eu d'expérience dans le secteur public en dehors de leurs stages au cours de la formation initiale.

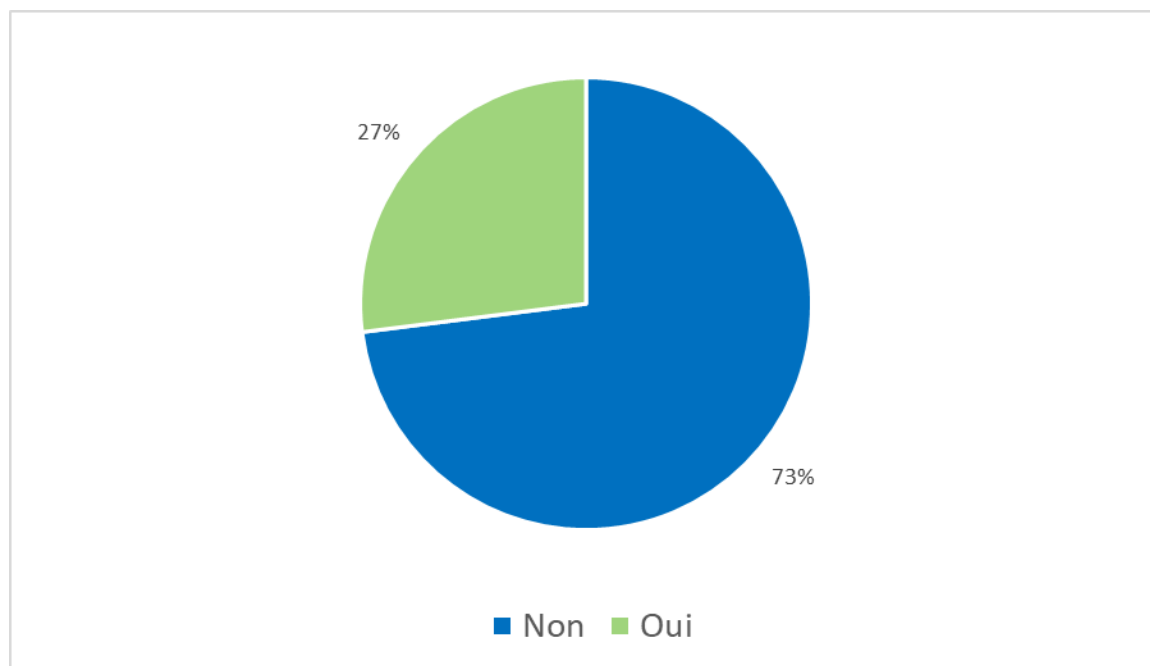


Figure 15 Expérience des participants dans le secteur public.

Les participants ayant une expérience au secteur publique (N=36) pratiquaient majoritairement dans un centre de santé ou dans les services d'urgences médicales (73%), suivi de service civil (9%) des services d'hygiène alimentaire (3%) puis les délégations (3%).

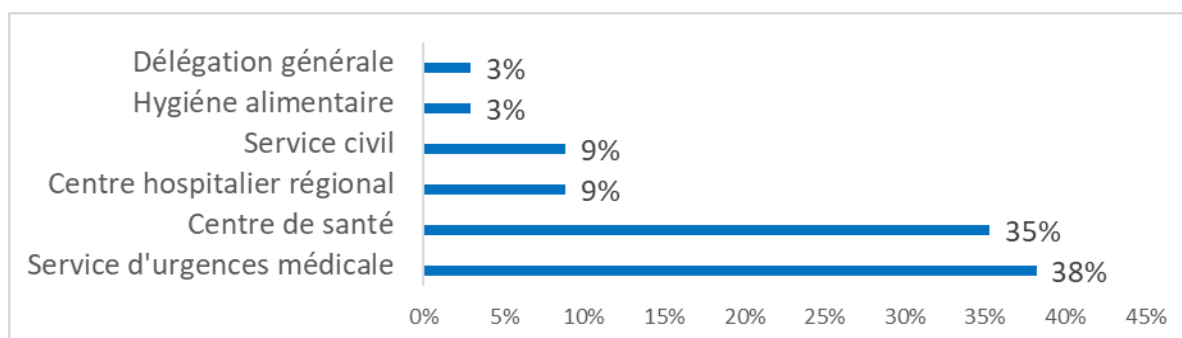


Figure 16 La nature d'exercice dans le secteur public.

1.6. Zone d'exercice

Plus que les deux tiers des participants pratiquaient en milieu urbain 67%, tandis que 33% pratiquent en milieu rural.

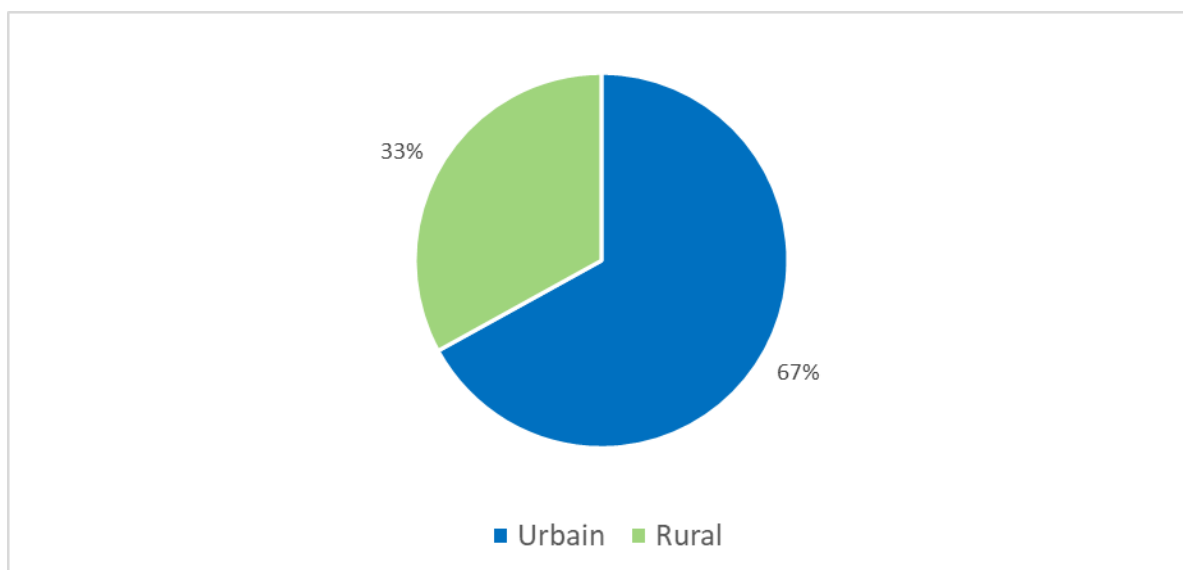


Figure 17 Répartition des participants selon les zones d'exercice.

1.7. Caractéristiques d'exercice actuel

La majorité des participants (73%) pratiquaient dans un cabinet individuel, suivi par les cliniques (26%), puis les cabinets de groupes (5%).

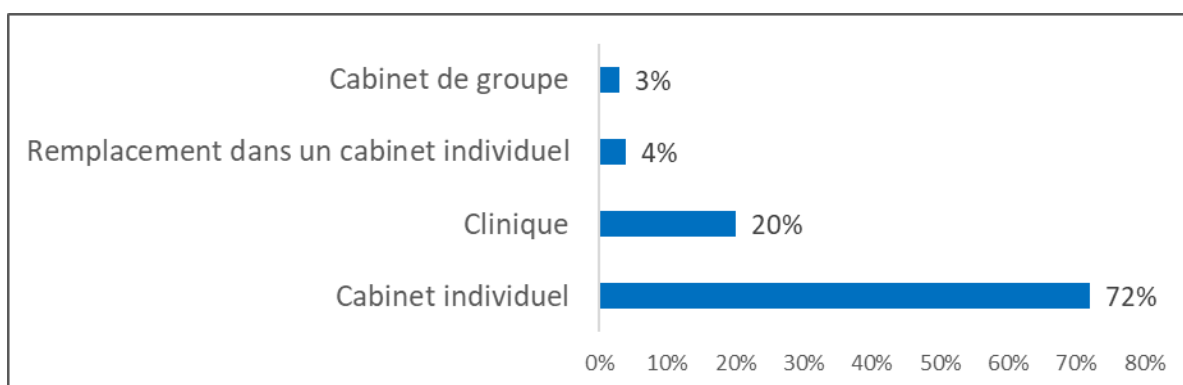


Figure 18 Répartition des participants selon la structure d'exercice.

1.8. Nombre de patients vus en consultation par jour.

La médiane de patients qui consultaient par jour était de 03 patients, avec un nombre minimal de 1 patient et maximal de 45 patients.

1.9. Travail associatif des médecins généralistes

Plus que les deux tiers participants n'adhèrent pas à une association de médecine générale au Maroc (65,7%).

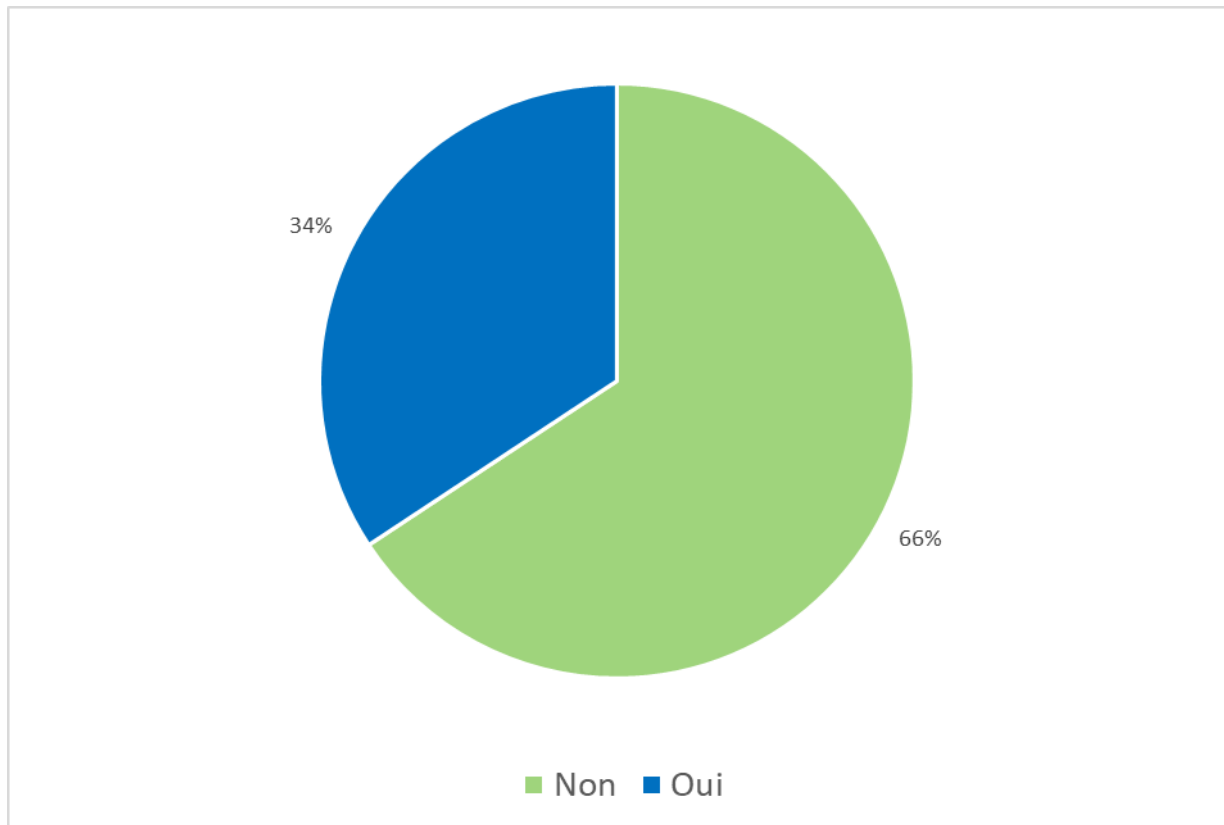


Figure 19 Adhésion des participants aux associations de médecine générale.

Les participants qui sont membres d'association pour médecins généralistes (34.3%) sont réparties sur plusieurs associations.

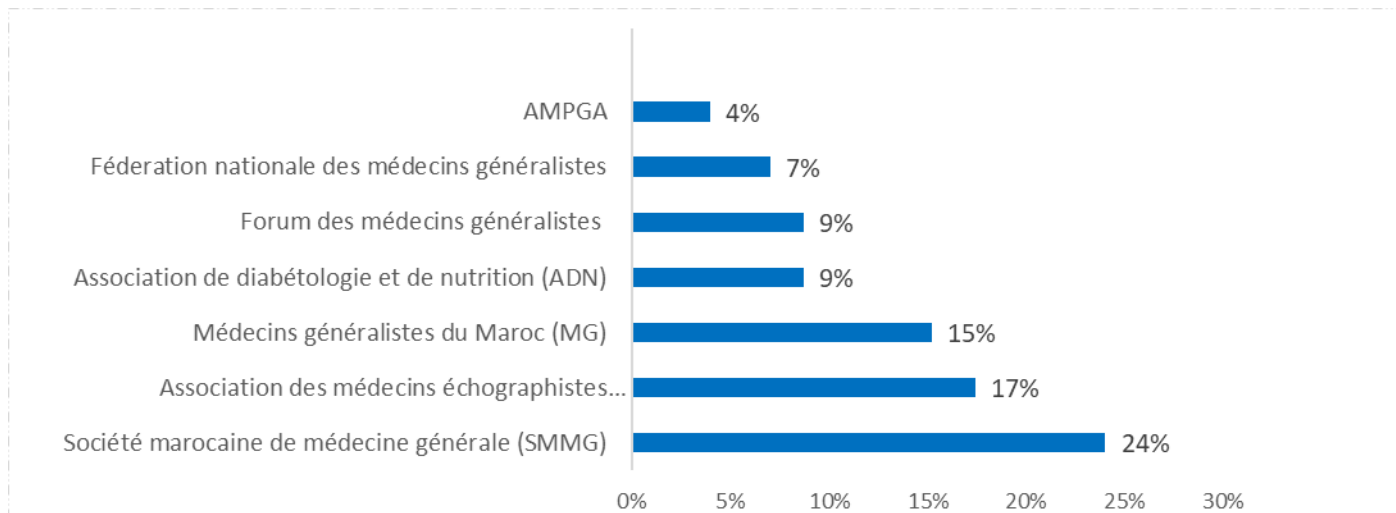


Figure 20 Répartition des associations de médecins généralistes.

1.10. La réalisation des consultations à domicile

Plus que les deux tiers (62%) n'ont pas réalisé des consultations à domicile en parallèle avec leur activité au secteur privé.

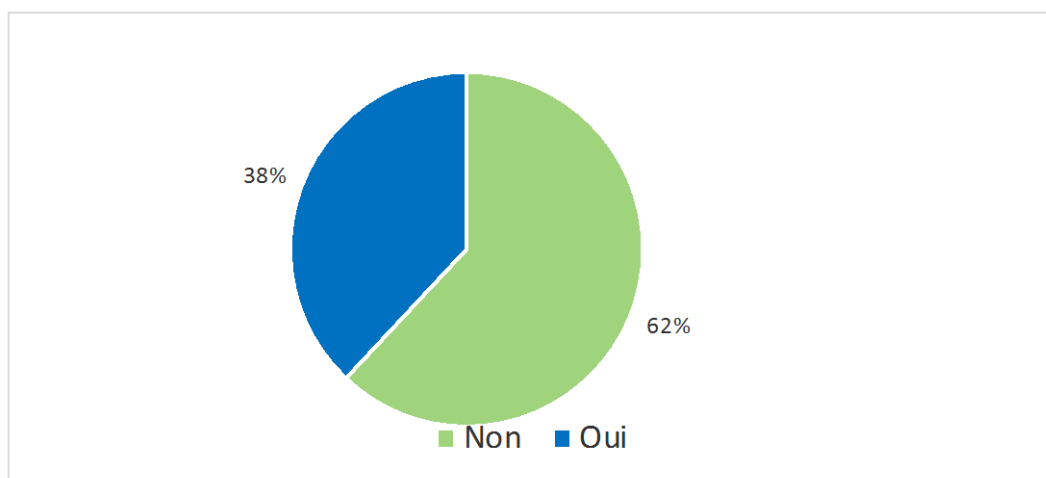


Figure 21 La réalisation des consultations à domicile.

1.11. Les motifs de consultations les plus fréquents

Les motifs de consultation les plus souvent rencontrés dans la pratique des médecins généralistes participants étaient le diabète (44,6%), l'hypertension (35,4%), et le suivi de grossesse (9%).

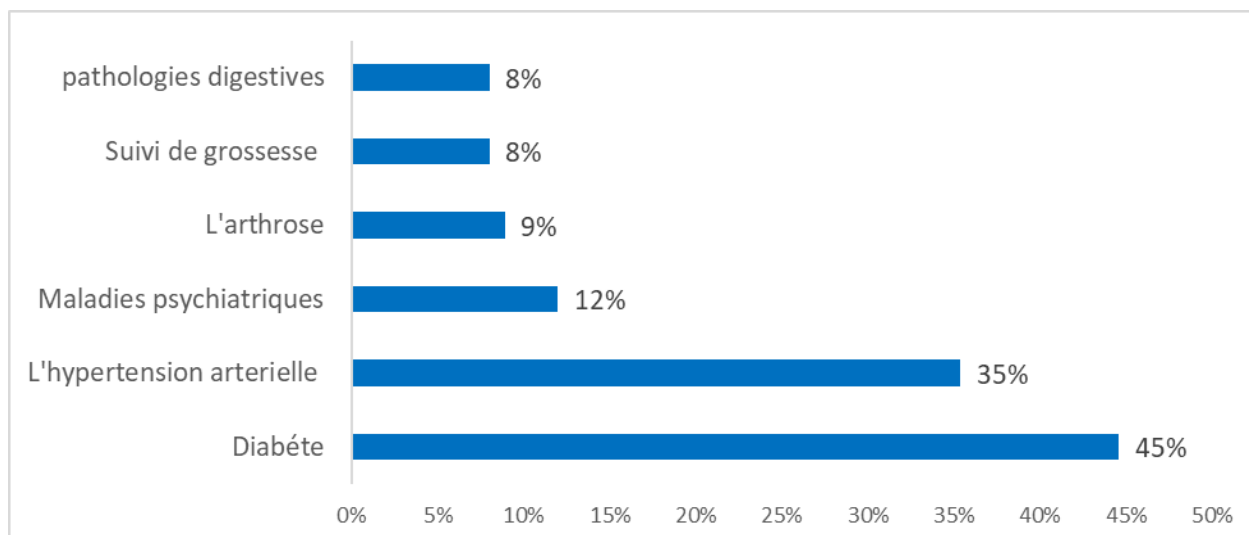


Figure 22 Les motifs de consultations fréquents.

2. Perceptions et attitudes des médecins généralistes vis-à-vis de la formation médicale continue.

La majorité des médecins participant avait une perception positive vis-à-vis de la formation médicale continue (figure 23).

La plupart des participants ont exprimé leur accord avec la nécessité de la FMC pour actualiser et maintenir leur savoir médicale (96%) . Les participants étaient en majorité d'accord avec le coût des formations étant le principal frein à la réalisation d'une FMC (86%). Plus que la moitié des participants était d'accord sur le fait que la FMC est une obligation (62%).

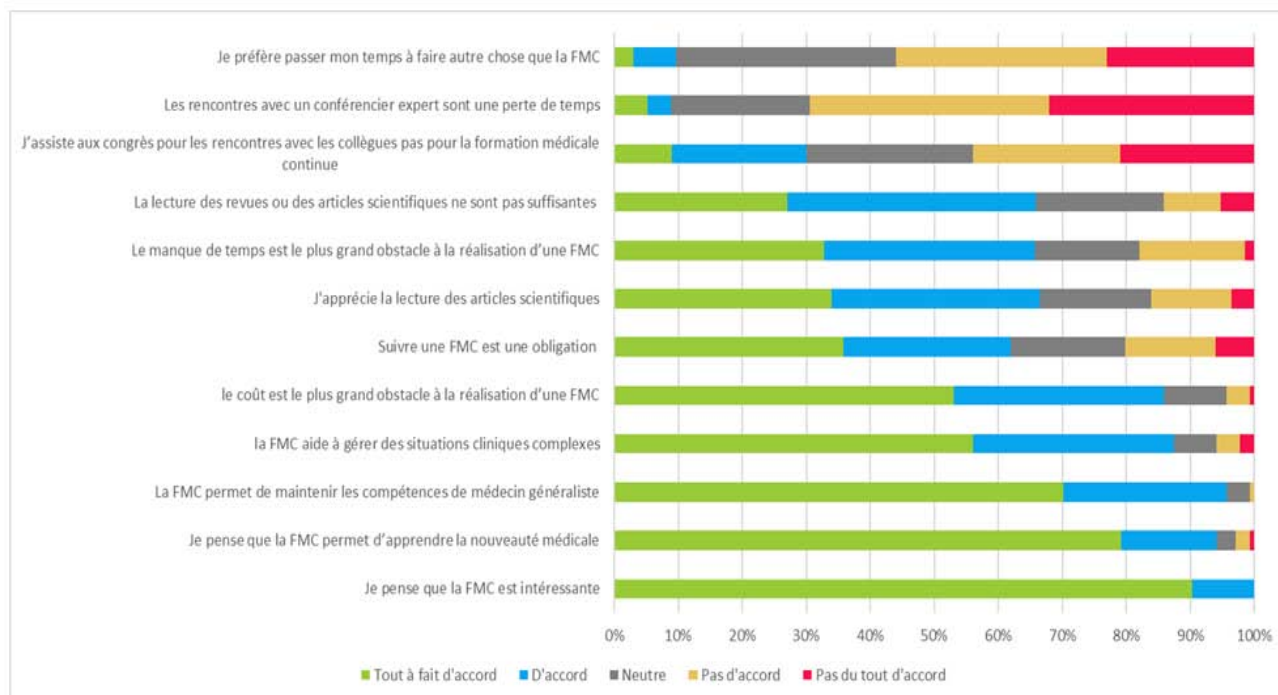


Figure 23 La perception des médecins généralistes.

3. Auto-évaluation des compétence et performances de médecins généralistes

Les médecins ont exprimé le degré d'importance perçue de 12 compétences dans leur pratique médicale, ainsi qu'une auto évaluation de leurs performances en utilisant une échelle de Likert de 1 à 7. La moyenne de réponse était de $06 \pm 1,93$ pour des compétences comme « Établir une relation avec les patients » et $03,82 \pm 1,90$ pour « faire la paperasse ».

Selon l'auto-évaluation de leur propre performance concernant les 12 compétences citées, la moyenne de réponse était de $03,33 \pm 2,03$ pour « concevoir et conduire une recherche scientifique » et $05,24 \pm 1,91$ pour « Établir une relation avec les patients ».

Tableau III Évaluation des compétences et performances de médecins généralistes

	Niveau d'importance dans la pratique quotidienne	Auto-évaluation des performances
	Moyenne± écart type	Moyenne± écart type
Établir une relation avec les patients	06,0± 1,93	05,24± 1,91
Faire de la paperasse	03,82±1,90	03,88± 1,75
Saisir les données de routine	04,16± 1,86	04,18± 1,82
Lire critique ment les publications scientifiques	04,61± 1,88	03,67± 1,83
Évaluer votre propre performance	05,2± 2	04,39± 1,84
S'entendre avec vos collègues	05,0± 1,85	04,67± 1,86
Interpréter vos propres résultats de recherche	04,7± 1,95	03,91± 1,93
Communiquer face-à-face avec les patients	05,5± 1,96	05,22± 1,89
Établir un plan de prise en charge thérapeutique	05,46± 1,91	05,0± 1,77
Introduire de nouvelles idées et méthodes au travail	05,18± 1,91	04,34± 1,88
Travailler en équipe	04,88± 1,97	04,3± 1,88
Inform er les patients	05,37± 1,87	05,17± 1,86
Inform er les soignants	05,17± 1,94	04,72± 1,95
Analyser statistiquement vos propres données de recherche	04,31± 2,02	03,62± 1,81
Évaluer les besoins psychologiques et sociaux des patients	05,19± 1,91	04,66± 1,82
Organiser son temps efficacement	05,27± 1,95	04,22± 1,77
Rédiger des rapports de votre activité du cabinet/clinique	04,5± 2,13	03,92± 1,96
Entreprendre des activités de promotion de la santé	04,62± 2,11	03,81± 1,93
Évaluer les besoins cliniques des patients	05,19± 1,88	04,67± 1,82
Concevoir et conduire une recherche scientifique	04,20± 2,2	03,33± 2,03
Fournir des commentaires aux collègues	04,44± 2,01	03,66± 2,0

4. Réalisation et Besoins de formation médicale continue chez les médecins généralistes.

4.1. Réalisation des activités de formation médicale continue par les médecins généralistes

Plus que la moitié des participants (60%) ont déjà effectué une activité de formation médicale continue après leur formation médicale initiale.

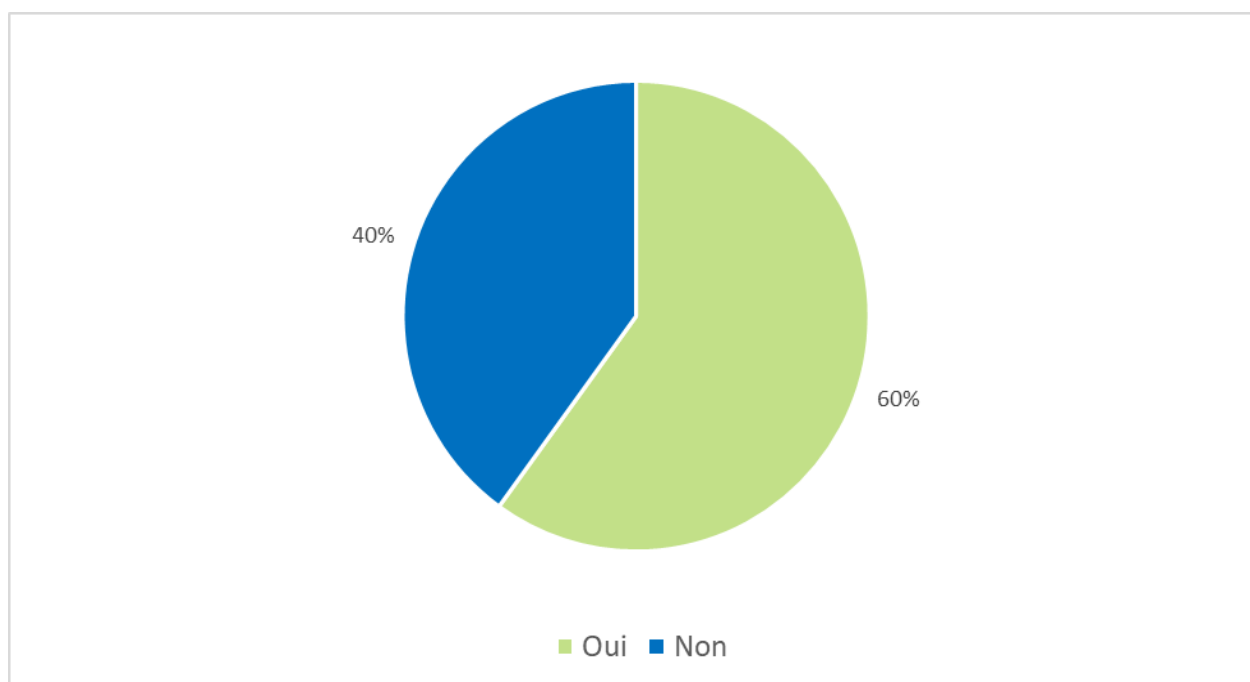


Figure 24 Réalisation d'une activité de formation médicale continue.

4.2. Nature des formations médicales continues effectuées

Plus que la moitié des participants ayant déjà effectué une formation médicale continue (57%) ont participé à une formation certifiante, suivi de formation non certifiante (55%), puis les formations diplômantes (38%).

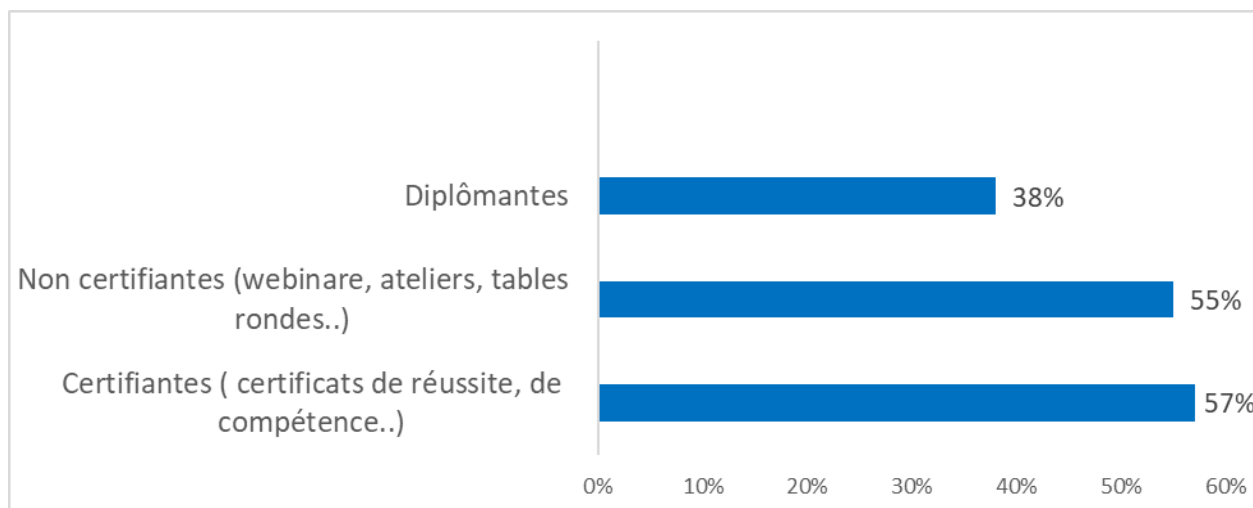


Figure 25 Nature des formations médicales effectuées.

4.3. Les formations médicales continues effectuées par les médecins généralistes

Les formations médicales continues effectuées par les participants étaient des formations d'échographie générale (45%), gynécologie et suivi de grossesse (26%), et la diabétologie (23%). Les participants ont aussi réalisé d'autres formations comme, l'interprétation de l'ECG (12%), la gériatrie (4%), la médecine de sport (3%), Hijama (4%), et la gestion de cabinet médicale (1%).

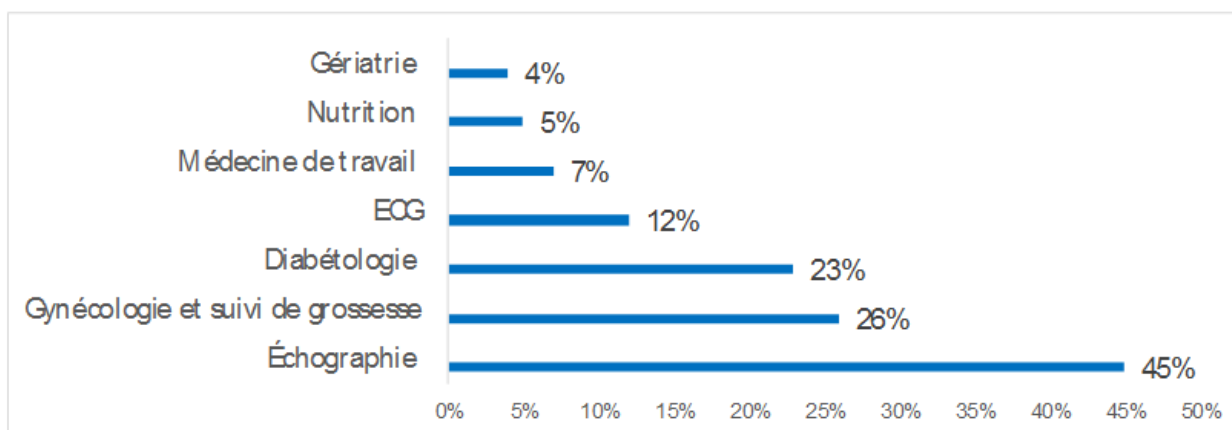


Figure 26 Les formations médicales continues effectuées par les médecins généralistes.

4.4. Les besoins de formation ressentis par les médecins généralistes

La majorité des participants (78%) ont choisi l'apprentissage de gestes techniques comme l'un de leur besoin de formation, suivi d'expertise médicale (63%), et la gestion d'équipe et de cabinet (54%).

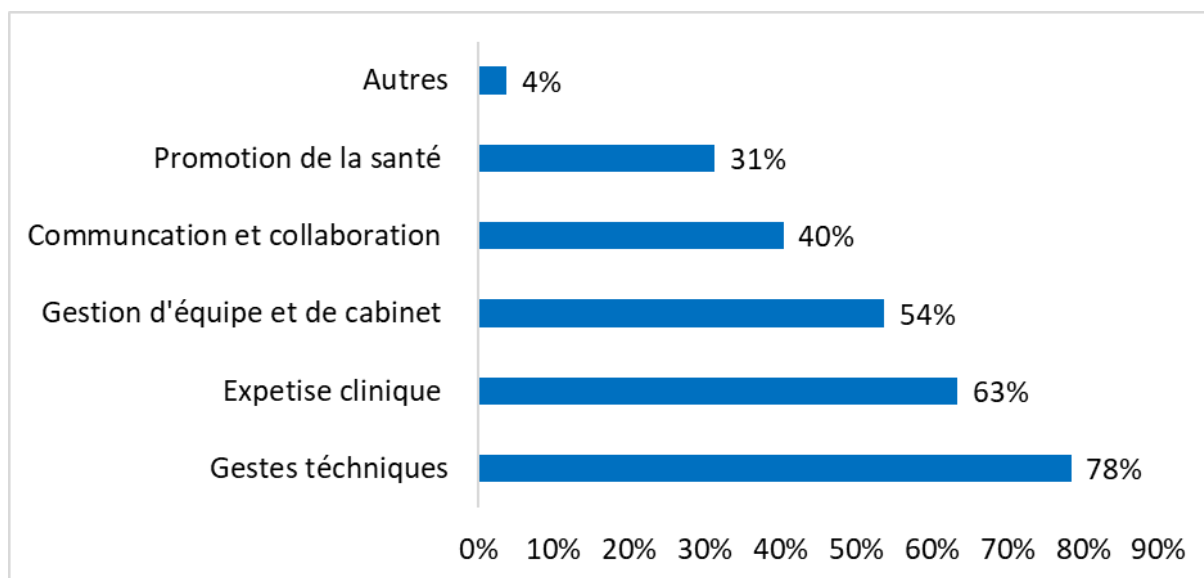


Figure 27 Les besoins de formation ressentis.

4.5. Les formations continues que les participants souhaitent entretenir dans les prochaines semaines

Les formations que les participants souhaitent effectuer dans les prochaines semaines sont, le suivi de diabète (37%), l'échographie générale (30%), gynécologie, et le suivi de grossesse et l'échographie obstétrique (18%).

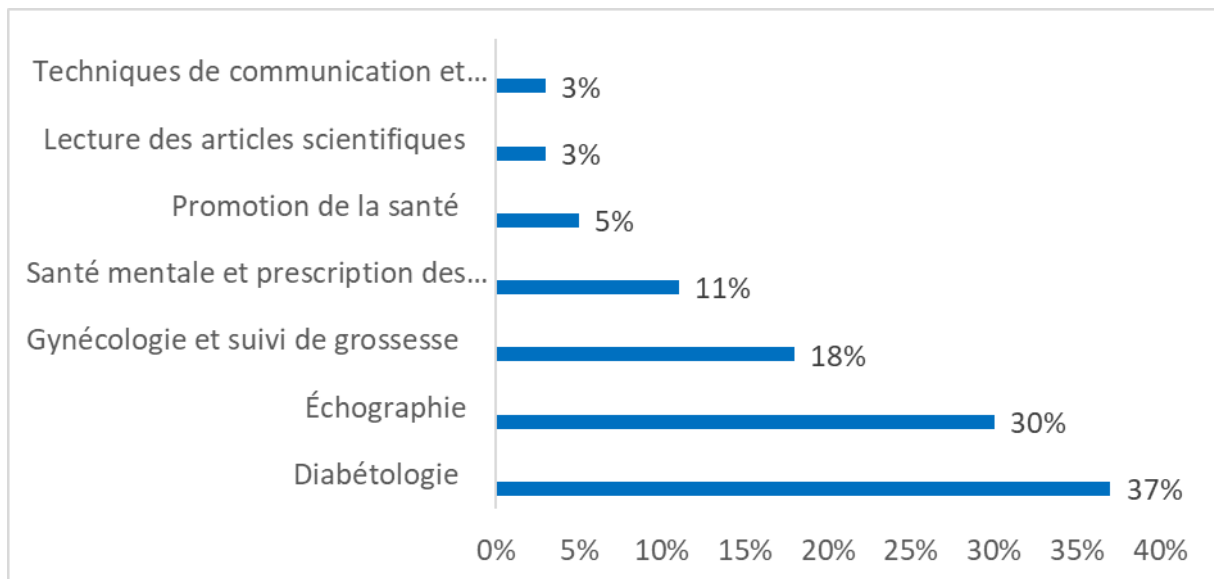


Figure 28 Les formations médicales continues que les participants souhaitent entretenir dans les prochaines semaines.

4.6. Les besoins de formation en fonction de la zone d'exercice

La plupart des participants ont choisi les gestes techniques et l'expertise clinique comme un de leurs besoins de formation, sans une nette différence entre les médecins ruraux et urbains.

Une différence est constatée concernant la communication et collaboration, où on a observé un taux de réponse supérieur chez les médecins exerçant dans des zones rurales (52,4%) contre (36,2%) pour les médecins exerçant dans les zones urbaines.

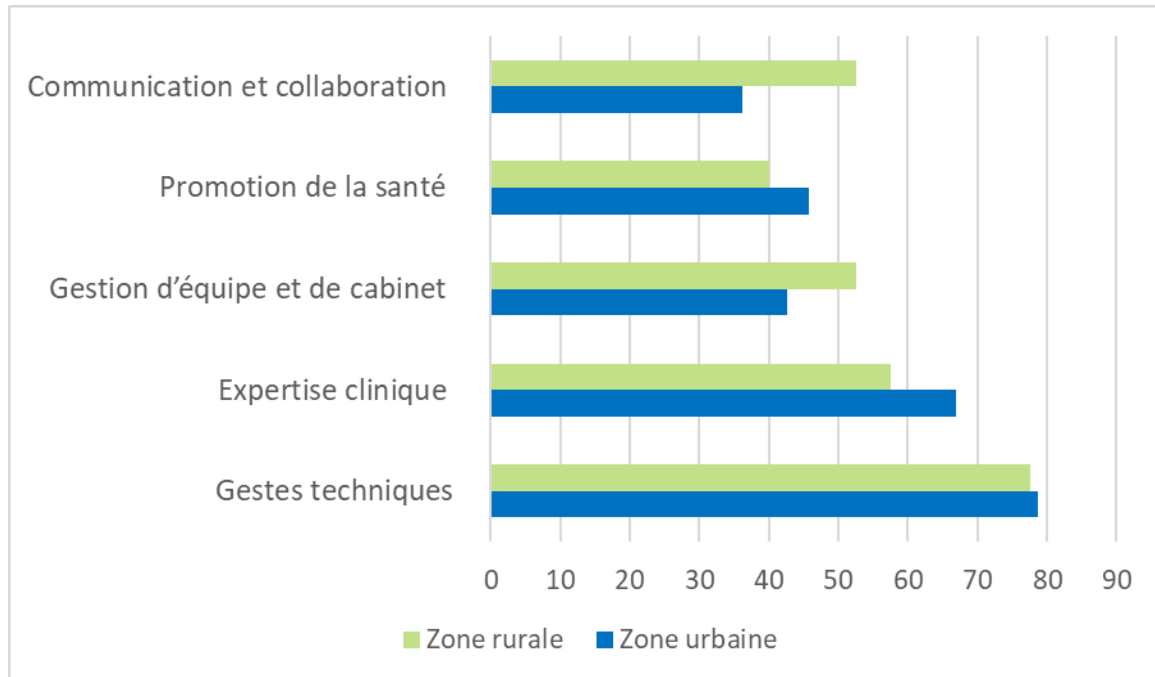


Figure 29 Les besoins de formation des médecins généralistes du secteur privé au Maroc.

5. Les préférences des médecins généralistes en matière de formation médicale continue.

L'enquête s'est également intéressée aux formats préférés pour l'apprentissage des médecins généralistes. Les ateliers pratiques sont les plus appréciés par les participants (81%), suivis par les congrès (67 %), et les rencontres locales (63 %).

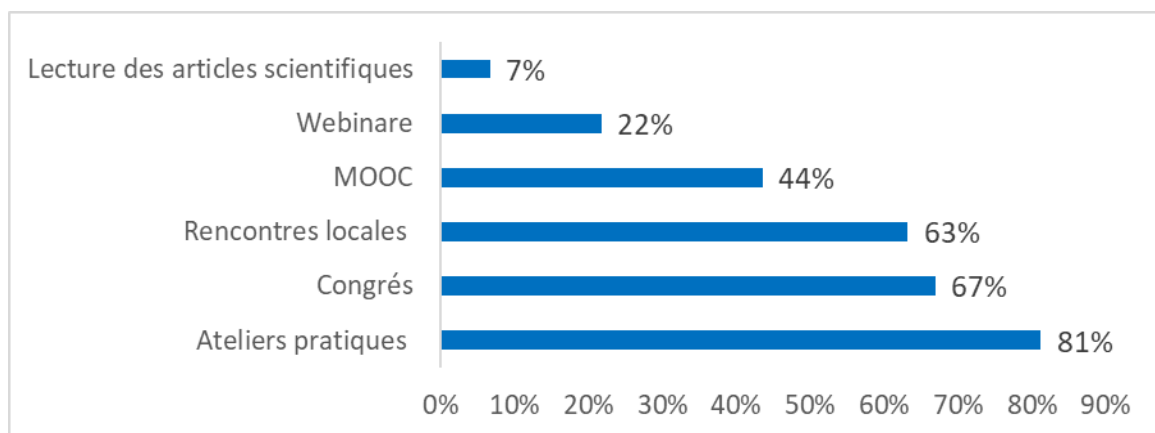


Figure 30 Les préférences des médecins généralistes concernant les modalités des formations médicales continues.

Plus que la moitié des participants ont privilégié les formats mixtes d'apprentissage (55%), suivi des cours en présentiels (37%), et les cours en ligne (8%).

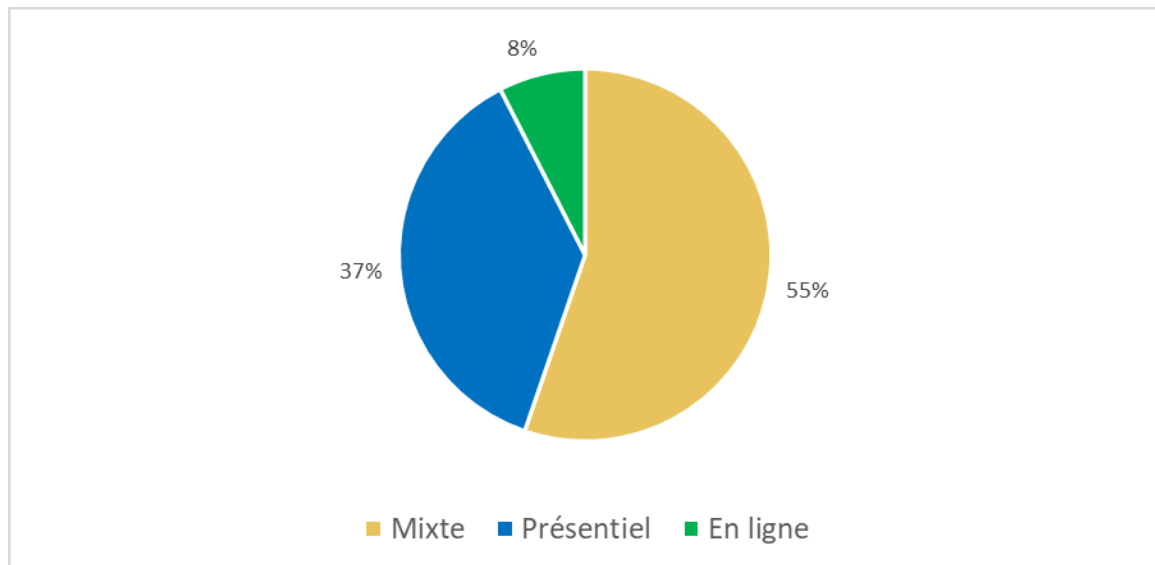


Figure 31 Le format de cours préférés par les médecins généralistes.

Les deux tiers des participants (67%) ont préféré les weekends pour participer à des activités de formation médicale continue.

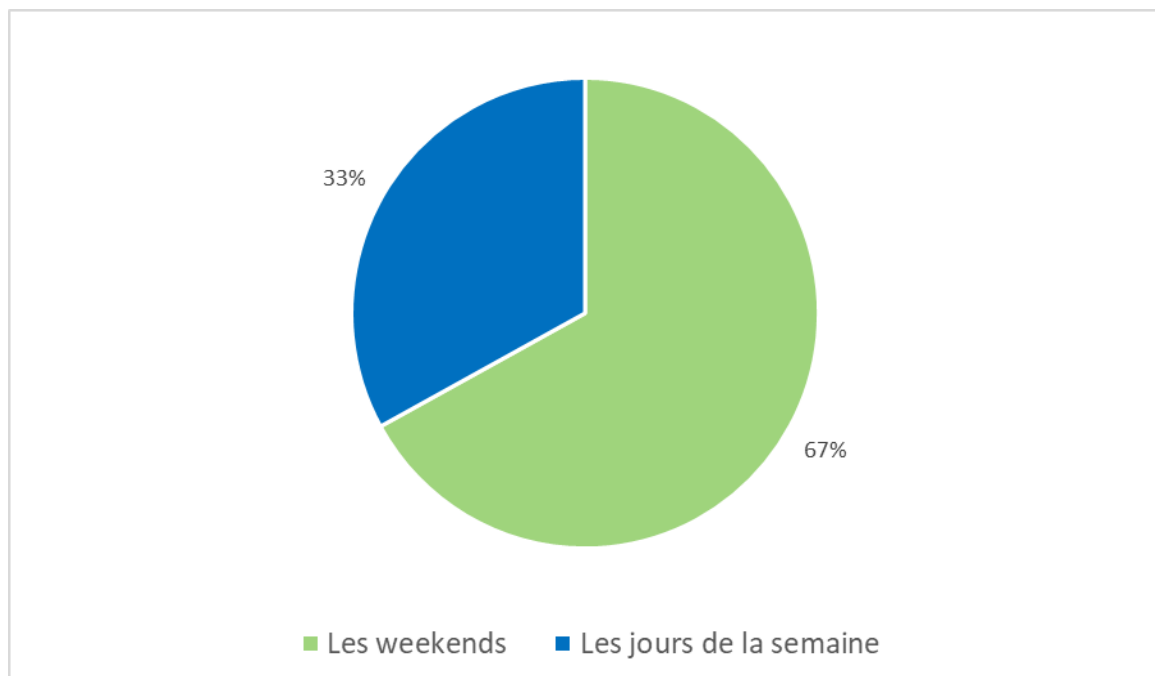


Figure 32 le moment de la semaine préférés pour assister aux activités de formation continue.

6. Les facteurs associés à la réalisation d'une formation médicale continue chez les médecins généralistes

Les participants n'ayant pas réalisé une formation médicale continue préalable ont une perception moins positive sur la formation médicale continue.

Tableau IV Les facteurs associés à la réalisation d'une formation médicale

	Réalisation de la formation médicale continue		P
	Oui n (%)	Non n (%)	
Je pense que la FMC me permet d'apprendre la nouveauté médicale			0,183
- Oui	76 (60,3)	50 (39,7)	
- Non	03 (37,5)	05 (62,5)	
Je pense que le manque de temps est le plus grand obstacle à la réalisation d'une FMC			0,08
- Oui	45 (51,1)	43 (48,9)	
- Non	34 (73,9)	12 (26,1)	
Je pense que la FMC m'aide à gérer des situations cliniques complexes			0,032
- Oui	73 (62,4)	44 (37,6)	
- Non	06 (35,3)	11 (64,7)	
J'apprécie la lecture des articles scientifiques			0,391
- Oui	53 (57,6)	39 (42,4)	
- Non	26 (61,9)	16 (38,1)	
Je pense que le coût est le plus grand obstacle à la réalisation d'une FMC			0,259
- Oui	66 (57,4)	49 (42,6)	
- Non	13 (68,4)	06 (31,6)	
Je préfère passer mon temps à faire autre chose que dans la FMC			0,031
- Oui	04 (30,4)	09 (69,2)	
- Non	75 (62)	46 (38)	
Je me sens obligé de suivre la FMC			0,303
- Oui	47 (56,6)	36 (43,4)	
- Non	32 (62,7)	19 (37,3)	

J'assiste aux congrès pour les rencontres avec les collègues pas pour la FMC			0,001
- Oui	15 (37,5)	25 (62,5)	
- Non	64 (68,1)	30 (31,9)	
Je pense que j'ai besoin d'entreprendre une FMC pour maintenir mes compétences de médecin généraliste			0,189
- Oui	77 (60,2)	51 (39,8)	
- Non	02 (33,3)	04 (66,7)	
Je pense que les rencontres avec un conférencier expert sont une perte de temps			0,166
- Oui	05 (41,7)	07 (58,3)	
- Non	74 (60,7)	48 (39,3)	
Je pense que la lecture des revues ou des articles scientifiques ne sont pas suffisantes pour mes besoins de FMC			0,555
- Oui	52 (59,1)	36 (40,9)	
- Non	27 (58,7)	19 (41,3)	



DISCUSSION



I. Récapitulatif des principaux résultats

La recherche bibliographique a montré qu'il y a généralement un consensus général sur les compétences d'un médecin généraliste. La comparaison et l'analyse de sept référentiels de compétences, de sept pays différents a montré que les compétences d'un médecin généraliste sont : La prise en charge des patients, la promotion de la santé, le professionnalisme, la recherche et la formation continue, la communication et la collaboration et l'application des données de recherche dans la pratique médicale.

Les participants ont exprimé un fort intérêt pour les formations portant sur les gestes techniques et l'expertise médicale, tandis qu'ils sont moins intéressés par les formations sur les techniques de communication et collaboration, ainsi que la promotion de la santé.

Dans l'ensemble, les médecins ont une perception positive de la formation médicale continue, reconnaissant son intérêt pour rester à jour sur les nouveautés médicales.

Les motifs de consultation les plus fréquemment rencontrés par les médecins généralistes participants sont le diabète (44,6%), l'hypertension (35,4%) et le suivi de grossesse (9%). Plus de la moitié des participants ont déjà participé à une formation médicale continue (60%).

Les participants préfèrent les ateliers pratiques et les congrès, et la plupart privilégient les formats d'apprentissage mixtes. Les participants ont tendance à choisir les week-ends comme moment idéal pour participer aux activités de formation médicale continue.

II. Discussion des principaux résultats

1. Perception et attitudes des médecins généralistes vis-à-vis de la formation médicale continue

Les participants étaient en grande partie d'accord avec le fait qu'il est important d'entretenir une activité de formation médicale continue. Les participants étaient également majoritairement d'accord avec le fait que la FMC permet d'apprendre des nouveautés médicales (95%), et que la FMC permet de maintenir le savoir et les compétences (95,5%).

Les avis des médecins généralistes sur la formation médicale continue (FMC) peuvent varier en fonction de plusieurs facteurs, tels que leurs expériences personnelles, leurs préférences en matière d'apprentissage et les exigences de leur pratique. Cependant, dans l'ensemble, la plupart des médecins généralistes considèrent la FMC comme une partie essentielle de leur pratique professionnelle [27].

La FMC permet aux médecins généralistes de rester à jour avec les derniers développements en médecine [28], [29], d'améliorer leurs compétences et d'acquérir de nouvelles connaissances pour mieux prendre soin de leurs patients [28] – [30]. En effet, avec les progrès constants en matière de recherche médicale, de nouvelles thérapies, technologies et approches de soins de santé sont continuellement développées, et les médecins doivent se tenir informés pour fournir les meilleurs soins possibles à leurs patients.

La plupart des médecins généralistes préfèrent des formats de FMC tels que les conférences, les séminaires, les ateliers et les cours en ligne [31]. Ils apprécient également les formations pratiques et interactives [32], où ils peuvent discuter et échanger des idées avec des collègues et des conférenciers experts. Les formations qui leur permettent d'acquérir des compétences pratiques et de mettre à jour leurs connaissances dans des domaines spécifiques sont également très appréciées. Conjointement, les participants ont considéré que le coût et le

manque de temps sont les deux principaux obstacles à la réalisation des formations médicales continues, avec un pourcentage de 86% et 64% respectivement.

En effet, les médecins ont souvent des horaires chargés et peuvent avoir du mal à assister à des cours ou à des conférences de formation médicale continue tout en équilibrant leurs responsabilités cliniques[33]. Certains médecins peuvent travailler de longues heures [13] ou avoir d'autres engagements en dehors du travail, tels que des obligations familiales ou communautaires, ce qui peut rendre difficile de trouver du temps pour une formation et une éducation supplémentaire.

En outre, les cours et les conférences de formation médicale continue peuvent être coûteux, en particulier pour ceux qui sont travailleurs indépendants, fraîchement diplômés, ou qui travaillent dans des zones à faible revenu. Les médecins peuvent également devoir couvrir les coûts de déplacement et d'hébergement, ce qui peut augmenter encore les dépenses associées à la participation à des événements de formation médicale continue [34].

Selon nos résultats, plus que la moitié des participants ont exprimé l'insuffisance de la lecture des articles scientifiques pour leur formation continue (66%). En tant que praticien généraliste, il est important de lire de manière critique les articles scientifiques pour plusieurs raisons[35] :

- Rester à jour : La recherche médicale et les connaissances évoluent constamment, et en lisant des articles scientifiques, un praticien généraliste peut se tenir au courant des dernières découvertes et avancées dans son domaine. Cela peut l'aider à fournir les meilleurs soins possibles à ses patients.
- Avoir un regard critique : Les articles scientifiques sont souvent utilisés pour étayer les décisions cliniques, et il est important pour les praticiens généraux d'évaluer la qualité des preuves présentées dans ces articles. En lisant de manière critique les articles scientifiques, les praticiens généraux peuvent déterminer la solidité des preuves et prendre des décisions éclairées en fonction de ces preuves.

- Identifier les biais : Les articles scientifiques peuvent être biaisés de différentes manières, et il est important pour les praticiens généraux de pouvoir identifier et comprendre ces biais. Ce faisant, ils peuvent évaluer la crédibilité de l'article et déterminer si ses conclusions sont applicables à leurs patients.
- Améliorer la communication : En lisant des articles scientifiques, les praticiens généraux peuvent améliorer leur communication avec d'autres professionnels de la santé. Ils peuvent utiliser leurs connaissances pour discuter des dernières recherches et collaborer sur les soins aux patients.

Cependant, en formation médicale continue, les interactions sont essentielles pour les médecins généralistes. Elles permettent d'améliorer l'apprentissage, de développer des réseaux professionnels, de rester à jour avec les derniers développements médicaux, d'améliorer les compétences en communication et de favoriser la pratique collaborative et le savoir être des médecins[36].

D'autant plus, la lecture des articles scientifiques nécessite du temps et des efforts, et de nombreux médecins généralistes ont des horaires chargés et peu de temps pour lire. Encore plus, les articles scientifiques peuvent être complexes et difficiles à comprendre, et peuvent utiliser un langage scientifique qui peut être intimidant pour ceux qui n'ont pas de formation en recherche [36][35]. En outre, certains médecins généralistes peuvent se sentir dépassés par le volume de littérature médicale disponible et peuvent avoir du mal à identifier les sources d'information les plus pertinentes et fiables [37].

Une étude transversale réalisée en Danemark en 2008 auprès de 485 médecin généraliste a démontré que les médecins généralistes qui n'étaient pas membres d'un groupe de FMC étaient plus susceptibles de souffrir d'épuisement professionnel (burn-out) que les médecins généralistes qui étaient membres d'un groupe de FMC. Cependant, il n'a pas été possible de démontrer une association entre le nombre de jours passés en formation et l'épuisement professionnel [38].

Dans une étude transversale descriptive réalisée en Tunisie, publiée par **Lobna Aribi** en 2015, où 73 médecins généraliste de la région sanitaire de Sfax en Tunisie ont participé à travers des questionnaires auto-administrés en ligne, et dont le but était d'examiner les perceptions et les besoins de formation des médecins généralistes en Tunisie. Les résultats ont montré que la majorité des participants sont d'accord avec le fait que la FMC est nécessaire pour l'apprentissage et le maintien de connaissances médicale (95,9%), et (72%) des participants la considèrent comme devoir déontologique et pensent que la FMC doit être obligatoire. Plus de la moitié des médecins généralistes (53,4 %) ont été d'accord en ce qui concerne l'organisation des séances de FMC sous la direction d'un médecin spécialiste universitaire, expert du thème abordé; ces résultats sont semblables à ceux de notre études et à ceux de plusieurs études précédentes Felicity Goodyear-Smith al[27]; Lena VanNieuwenborg et al (2003)[6];

Tableau V Perceptions des médecins généralistes

Auteur	Pays	Population cible	Année	N*	Perceptions des médecins généralistes
Lobna Aribi et al[39]	Tunisie	Médecins généralistes	2015	73	La FMC est un devoir déontologique qui permet d'apprendre la nouveauté médicale et les gestes techniques.
Felicity Goodyear-Smith al [27]	Nouvelle Zélande	Médecins généralistes	2003	24	La FMC est un devoir qui dure toute la vie.
Lena VanNieuwenborg et al [6]	Belgique	Médecins généralistes	2016	85	La FMC est obligatoire et devra changer la pratique et les comportements des médecins.
Notre étude	Maroc	Médecins généralistes	2023	134	Les FMC permet l'acquisition des nouvelles connaissances et des compétences médicales

*Taille d'échantillon

2. Besoins de formation ressentis par les médecins généralistes :

Dans la littérature, il y a un consensus général sur l'importance de l'étude des besoins de formation des médecins généralistes [14], [40], [41].

Pour déterminer les besoins en formation, on évalue l'écart entre les compétences actuelles et celles requises pour effectuer la tâche désirée.



Figure 33 Les besoins de formation.

L'évaluation des besoins de formation permet de [42], [43]:

- ❖ Améliorer les soins fournis aux patients, en identifiant les besoins éducatifs du personnel soignant, et en comblant ainsi leurs lacunes en matière de connaissances et de compétences.
- ❖ Assurer le développement professionnel en aidant les prestataires de soins à identifier les domaines dans lesquels ils doivent se développer.
- ❖ Répondre aux exigences d'accréditation en fournissant un développement professionnel continu aux prestataires de soins (dans les pays où la FMC est une obligation légale).
- ❖ Améliorer la satisfaction au travail en offrant des opportunités de progression et de développement.

- ❖ Réduire les erreurs médicales en comblant les lacunes en matière de connaissances et de compétences grâce à des activités éducatives.
- ❖ Adapter les programmes éducatifs aux attentes et aux besoins des médecins.

Dans notre étude, les formations certifiantes sont plus populaires parmi les participants (57%), tandis que seulement 38% ont participé à des formations diplômantes. Ces résultats peuvent être expliqués par le fait les formations certifiantes peuvent offrir aux médecins une formation plus rapide, avec une reconnaissance professionnelle plus directe, ce qui peut les rendre plus attractives pour les médecins qui cherchent à améliorer leurs compétences et leur carrière. En outre, les formations diplômantes, bien qu'elles soient beaucoup plus coûteuses et chronophages, offrent une formation professionnelle beaucoup plus solide comparée aux formations certifiantes, et offrent ainsi une formation plus complète et une reconnaissance académique plus formelle [44].

Les formations que les participants souhaiteraient effectuer dans les prochaines semaines sont, le suivi de diabète (37%), l'échographie générale (30%), gynécologie, suivi de grossesse et échographie obstétrique (18%), santé mentale et prescription des psychotropes (11%), promotion de la santé (5%), lecture des articles scientifiques (3%) et technique de communication et collaboration (3%).

Ces résultats montrent un grand intérêt des médecins généralistes de développer leurs compétences cliniques et thérapeutique au détriment d'autres domaines de la médecine générale comme la promotion de la santé et les techniques de communication.

Dans la littérature le terme de médecins généralistes avec des intérêts spéciaux (GPs with special interests ou GPwSI), commence à prendre de l'ampleur [45] [46]. Les besoins de formation des MG interrogés sous-tendent une orientation vers ce concept de plus en plus notable dans le secteur privé au Maroc. En effet, les GPwSI travaillent dans le cadre des soins de santé primaires, tout comme les médecins généralistes ordinaires, mais ils se concentrent sur un domaine d'intérêt ou d'expertise spécifique, comme la dermatologie, la cardiologie, ou la médecine du sport. Ils sont capables de fournir un niveau de soins et d'expertise supérieur dans

leur domaine d'intérêt, et ils travaillent souvent en étroite collaboration avec d'autres professionnels de la santé pour s'assurer que les patients reçoivent les meilleurs soins possibles [45], [47].

Les GPwSI peuvent être particulièrement utiles dans les zones où il y a une pénurie de médecins spécialistes, où il peut être difficile pour les patients d'accéder à des soins spécialisés [46], [48]. En fournissant des soins experts dans le cadre des soins de santé primaires, ils peuvent aider à améliorer les prestations de soins et à réduire le fardeau sur les services de soins secondaires [47], [49].

Cependant, cette envie de spécialisation peut susciter des inquiétudes ; Cette pratique présente également des inconvénients potentiels. Par exemple, on peut s'interroger sur la qualité des soins fournis par des médecins généralistes ayant des compétences spécialisées. Il peut également y avoir un risque de fragmentation des soins [50], les patients recevant des soins de plusieurs prestataires ayant des domaines d'expertise différents, ce qui pourrait entraîner des ruptures de communication et des erreurs médicales potentielles [33], [47], [48]. En outre, on peut s'inquiéter de la charge de travail et du stress supplémentaires imposés aux médecins généralistes qui assument des rôles additionnels.

Le résultat de l'autoévaluation des compétences sur échelle de Likert de 1 à 7 pour les activités de promotion de la santé était de $03,81 \pm 1,93$, de $03,67 \pm 1,83$ pour la lecture des articles scientifiques et de $03,66 \pm 2$ pour fournir des commentaires aux collègues.

Ces résultats montrent un sous intérêt des participants de l'importance des techniques de communication dans la pratique médicale.

Les compétences non cliniques, également appelées « Soft Skills » ou compétences interpersonnelles, sont un aspect essentiel de la pratique d'un professionnel de la santé. Ces compétences comprennent la communication, l'empathie, le travail d'équipe, le leadership et la compétence culturelle [51]. Elles sont essentielles pour établir des relations solides avec les patients, comprendre leurs besoins et leurs préoccupations et fournir des soins de qualité [52].

L'importance des compétences non cliniques dans l'enseignement et la formation médicale est de plus en plus reconnue. Certaines écoles de médecine et certains programmes de résidence commencent à intégrer une formation dans ces domaines. En outre, certains programmes de formation médicale continue comprennent désormais des modules sur la communication, le travail d'équipe et d'autres compétences non cliniques [53].

Tableau VI Les besoins de formation des médecins généralistes

Auteur	Pays	Population cible	Année	N *	Besoins de formation
Pratyush. Kumar et al [33]	Région Asie-pacifique.	Médecins généralistes	2019	315	La psychiatrie, la dermatologie, diabète et l'HTA. Peu de disparités entre milieu rural et urbain
Stephanie Dowling et al. [54]	Irlande	Médecin généralistes	2019	1669	Les prescriptions, la dermatologie, les maladies chroniques comme l'HTA et diabète, l'application des résultats de recherche dans la pratique.
Andrew W. Dent et al.[55]	Australie	Médecin généralistes	2008	485	Les gestes techniques d'urgence, échographie, les techniques d'anesthésie locale, urgences pédiatriques.
Notre étude	Maroc	Médecins généralistes	2023	134	Échographie, suivi de maladie chroniques, prescription des psychotropes et gestion des maladies psychiatriques, suivi de grossesse. Peu de disparités entre milieu rural et urbain

* Taille d'échantillon

3. Préférence des médecins généralistes vis-à-vis de la formation médicale continue

Étudier les préférences des médecins généralistes concernant le format et la durée de l'apprentissage est crucial pour concevoir un programme de formation médicale continue efficace qui réponde à leurs besoins et facilite leur formation continue [56].

Comprendre et analyser les préférences des médecins généralistes peut aider les à créer des programmes engageants et informatifs qui améliorent la rétention et l'application pratique des connaissances. L'adaptation du contenu et du format des programmes de FMC pour répondre aux besoins spécifiques des médecins généralistes peut accroître la pertinence et l'efficacité, ce qui conduit éventuellement à une meilleure prise en charge des patients.

Dans notre étude, la majorité des participants préféraient les formes présentielles de FMC, telle que les ateliers pratiques (81%), suivi de congrès médicaux (67%), les rencontres locales à (63%). Tandis que les formes en ligne d'apprentissage avaient un faible taux de réponse, comme les Webinars (22%), et la lecture des articles scientifiques (7%).

En effet, plus que la moitié des participants ont privilégié les formats d'apprentissage mixtes comme moyen de formation (55%), tandis que les formats en ligne ont connu un faible taux de réponse (7%).

Plusieurs explications pourraient être attribuées à ces résultats ; bien que l'apprentissage en ligne offre plusieurs avantages tels que : plus de flexibilité et d'accessibilité pour les médecins, des coûts moins élevés, une gamme plus large de cours et de ressources, ainsi que des mises à jour régulières [57], les médecins généralistes tendent à privilégier les formats présentiels pour plusieurs raisons [28] – [30], [58] :

- Apprentissage pratique : La formation présentielle offre une opportunité d'apprentissage pratique grâce à des ateliers, des simulations et une formation pratique. Ce type d'apprentissage permet aux médecins d'appliquer de nouvelles compétences et techniques dans un environnement supervisé avant de les mettre en pratique dans un contexte réel.
- Interaction avec les pairs et les experts : La formation présentielle permet aux médecins d'interagir avec leurs pairs et les experts de leur domaine. Cette interaction peut faciliter les

discussions, les débats et le réseautage, ce qui peut améliorer l'apprentissage et renforcer les relations professionnelles.

- **Crédibilité et qualité de la formation** : La formation présentielle est souvent perçue comme plus crédible et de meilleure qualité que les formats en ligne. Cela peut être dû au fait que la formation présentielle est souvent dispensée par des institutions et des organisations réputées et nécessite un investissement important en termes de temps et de ressources.
- **Problèmes techniques** : La formation en ligne nécessite une connexion Internet stable et l'accès à une technologie appropriée. Les problèmes techniques peuvent entraver l'apprentissage et causer de la frustration pour les médecins, ce qui peut les amener à préférer la formation présentielle, notamment pour les médecins pratiquant dans des zones rurales.

Dans la littérature, les formats d'apprentissage présentiels sont souvent privilégiés par les médecins ; Plusieurs études montrent que la dissémination passive de l'information est en générale inefficace pour modifier les attitudes et les pratiques des médecins. Les interventions efficaces sont les visites sur le terrain par des formateurs, l'association de plusieurs types d'interventions (revue de dossiers médicaux avec feedback, étude de cas cliniques), l'enseignement formel avec interactivité et implication des participants (atelier)[32].

Les weekends ont été choisis par (67%) des participants comme moment préférentiel pour effectuer une formation médicale continue à l'opposé du reste de la semaine (33%).

Les médecins préfèrent souvent participer aux activités de formation médicale continue le week-end, car ils ont souvent des horaires très chargés, avec de longues heures passées en clinique ou au cabinet, Il peut donc être difficile pour eux de trouver du temps pour participer à des activités de formation médicale continue pendant la semaine de travail [58].

Les week-ends offrent aux médecins une certaine flexibilité dans leur emploi du temps. Beaucoup de médecins peuvent avoir des charges de travail plus légères le week-end, ou avoir plus de contrôle sur leur emploi du temps ces jours-là, ce qui leur permet de consacrer du temps aux activités de formation continue.

De plus, de nombreux cours et conférences de formation médicale continue ont lieu le week-end pour accommoder les horaires des professionnels de la santé occupés. Cela permet aux médecins d'assister à des événements éducatifs précieux sans avoir à prendre de congé ou à perturber leurs responsabilités régulières de soins aux patients.

Dans une étude transversale réalisée en Écosse, auprès de 1100 médecins généralistes, les médecins ont été plus d'accord avec la réalisation des activités de FMC en dehors des weekends. Cette discordance avec les résultats de notre étude peut être expliquée par les disparités de ressources et de conditions de travail entre les deux pays. La charge de travail des médecins dans les pays du tiers monde est généralement beaucoup plus importante que celle des médecins des pays développés [59].

Tableau VII Les préférences des médecins généralistes

Auteur	Pays	Population cible	Année	N *	Préférences
David E. Cunningham et al.[58].	Écosse	Médecins généralistes,	2019	1165	Les participants préfèrent la discussion des cas cliniques. Les participants préfèrent les jours de la semaine. Les formats présentiels sont privilégiés.
Manan D. Shah et al.[29]	Inde	Médecins généralistes	2017	751	MG préfèrent les formats de FMC présentiel, de courte durée et pertinent. La discussion de cas, et les ateliers pratiques sont les formats privilégiés.
Felicity Goodyear-Smith et al.[27]	Nouvelle Zélande	Médecins généralistes	2003	24	L'interactivité est primordiale dans la FMC. La FMC en ligne manque d'interactivité.
Notre étude	Maroc	Médecins généralistes	2023	134	Les formats mixtes sont privilégiés. Les weekends sont préférés.

* Taille d'échantillon

4. Les regards croisés entre les besoins de formation des médecins généralistes et les référentiels de compétences de médecine générale.

L'analyse des différents référentiels de compétences a permis de déceler des axes communs abordés de manière constante. Il en ressort notamment un consensus quant à la prise en charge des patients, qui doit inclure l'élaboration d'un plan de soins complet centré sur le patient, ainsi que l'éducation des patients, des familles et des communautés pour leur permettre de participer activement à leurs soins et à la prise de décision.

Les techniques de communication et de collaboration constituent un autre axe commun à tous les référentiels, soulignant l'importance d'une communication efficace avec les patients et les membres de l'équipe soignante, tout en mettant l'accent sur la sécurité, la confidentialité et la préservation de la dignité des patients. Les changements récents dans la médecine de famille pour répondre aux besoins des patients et des populations ont conduit à l'émergence de nouveaux modèles de pratique collaborative interprofessionnelle, intégrant des éléments essentiels tels que le travail en équipe, le leadership à tous les niveaux, les partenariats avec les patients, la gestion des populations et la coordination des soins, dans le but d'atteindre un système de soins primaires performant.

Le professionnalisme constitue également une compétence clé dans tous les référentiels étudiés, même si les indicateurs de progression spécifiques varient d'un référentiel à l'autre.

Tous les référentiels mettent en avant l'importance de la recherche scientifique et son rôle dans la mise en place d'une pratique médicale basée sur des données. Une pratique basée sur les résultats d'essais cliniques constitue le pilier d'une médecine moderne, qui combine l'expertise clinique individuelle aux preuves cliniques externes issues de la recherche.

La promotion de la santé est également soulignée dans tous les référentiels étudiés. Les médecins généralistes jouent un rôle crucial dans la promotion de la santé et la prévention des maladies. Les consultations sont une occasion idéale de prévenir les maladies.

Ces domaines de compétences s'alignent avec la recommandation de l'OMS, et définissent le « profil 5 étoile » publié en 2001 par un groupe composé d'experts en soins de santé primaires et en formation médicale.

Selon ce travail, les médecins de soins primaires « 5 étoiles » devraient posséder des compétences techniques, de communication, de gestion, d'éducation et d'autonomisation. Ils devraient également être capables de travailler en équipe, de s'adapter aux cultures locales, d'être sensibles aux besoins des patients, de promouvoir la prévention et d'agir avec intégrité et éthique professionnelle. Le profil 5 étoiles est défini comme suit :

- ★ **Un dispensateur de soins**, qui considère le patient à la fois comme individu et comme membre d'une famille et d'une communauté, et qui dispense des soins de qualité, complets, continus et personnalisés dans le cadre d'une relation de long terme basée sur la confiance.
- ★ **Un décideur**, qui choisit les technologies utiles, en prenant en compte l'éthique et le rapport coût-efficacité, pour optimiser les soins qu'il dispense.
- ★ **Un communicateur** capable d'écouter, d'expliquer et de convaincre pour promouvoir des modes de vie sains, donnant ainsi aux individus et aux groupes les moyens d'améliorer et de protéger leur santé.
- ★ **Un membre influent de la communauté**, qui, ayant gagné la confiance des personnes avec qui il travaille, peut concilier besoins des individus et besoins de la communauté et est capable d'agir au nom de cette dernière.
- ★ **Un gestionnaire** capable de travailler harmonieusement avec des personnes et des organismes de l'intérieur et de l'extérieur du système de santé pour mieux répondre aux besoins des individus et des communautés, en faisant une utilisation appropriée des informations sanitaires disponibles.



Figure 34 Le profil cinq étoiles pour médecins généralistes.

Il s'avère que les rôles et les responsabilités du personnel de santé sont influencés, par les attentes et les besoins de santé de la communauté concernée.

A l'heure actuelle, les modèles d'excellence dans la pratique des professionnels de santé mettent trop souvent en exergue le savoir-faire spécialisé

Le public, qui réagit largement à l'influence des médias, a tendance à vénérer ceux qui maîtrisent des procédures étonnantes de haute technologie.

En revanche, il accorde une moindre reconnaissance à ceux qui, comme les médecins généralistes, mettent en pratique leurs compétences dans le cadre d'une approche holistique de la santé et de la maladie, ce qui, par conséquent, altère la perception des médecins sur l'importance de la médecine générale.

Dans une étude transversale menée en Allemagne en 2023 chez les étudiants en médecine [60], explorant leurs perceptions de la médecine générale. Les étudiants pensent que la médecine générale n'a pas un statut élevé au sein du corps médical

Dans une autre enquête menée en Angleterre en 2018, les résultats ont montré que seulement 40 % des participants considèrent la médecine générale comme carrière. Cependant, moins de 20 % ont estimé que la médecine générale, telle qu'elle est structurée actuellement, peut ne pas être satisfaisante ou épanouissante en raison de la charge de travail élevée, 63% perçoivent le statut des médecins généralistes comme inférieur à celui des spécialistes. [61]

Ce constat est concordant avec les résultats de notre enquête, qui montre que les médecins généralistes au Maroc prêtent une grande importance au savoir technique et à l'acquisition de nouvelles techniques thérapeutiques, en manifestant un fort désir de spécialisation et d'acquisition de savoir spécialisé, et sous-estiment l'impact des techniques de communication et de la promotion de la santé dans leur pratique médicale.

Cette situation s'explique en grande partie par la visibilité des impacts. Les effets à court terme et immédiatement démontrables, comme une intervention sauvant une vie, servent plus souvent de critères de réussite et de prestige qu'une action visant un impact à long terme comme un changement de mode de vie.

En réalité de nombreux programmes de prévention, comme la prévention du tabagisme, sauvent également des vies, mais ils ne sont habituellement pas perçus comme tels par la majorité du public en raison du temps qui s'écoule entre l'action et son impact.

En d'autres termes, les contributions sont mesurées selon diverses échelles, non seulement par le grand public, mais également par les professionnels de la santé eux-mêmes.

En prenant conscience de la vaste gamme de déterminants de la santé, le personnel soignant, notamment le médecin généraliste, doit acquérir une compréhension plus équilibrée des causes de la bonne et de la mauvaise santé.

De ce fait, il est impératif que le médecin généraliste reconnaisse les mérites de diverses mesures, qui vont au-delà des procédures médicales et biotechniques.

Dans cette même optique, le médecin généralistes doit être capable de comprendre globalement ce qui peut déterminer la santé et la maladie, et aider les personnes, les familles et les communautés à obtenir une réponse adaptée à leurs besoins de santé complexes.

À terme, cette évolution contribuera à renforcer l'image des professions de santé qui déploient un spectre de compétences pour obtenir un impact sanitaire efficient et durable par diverses actions, incluant la promotion, l'éducation et l'activisme sanitaire et social.

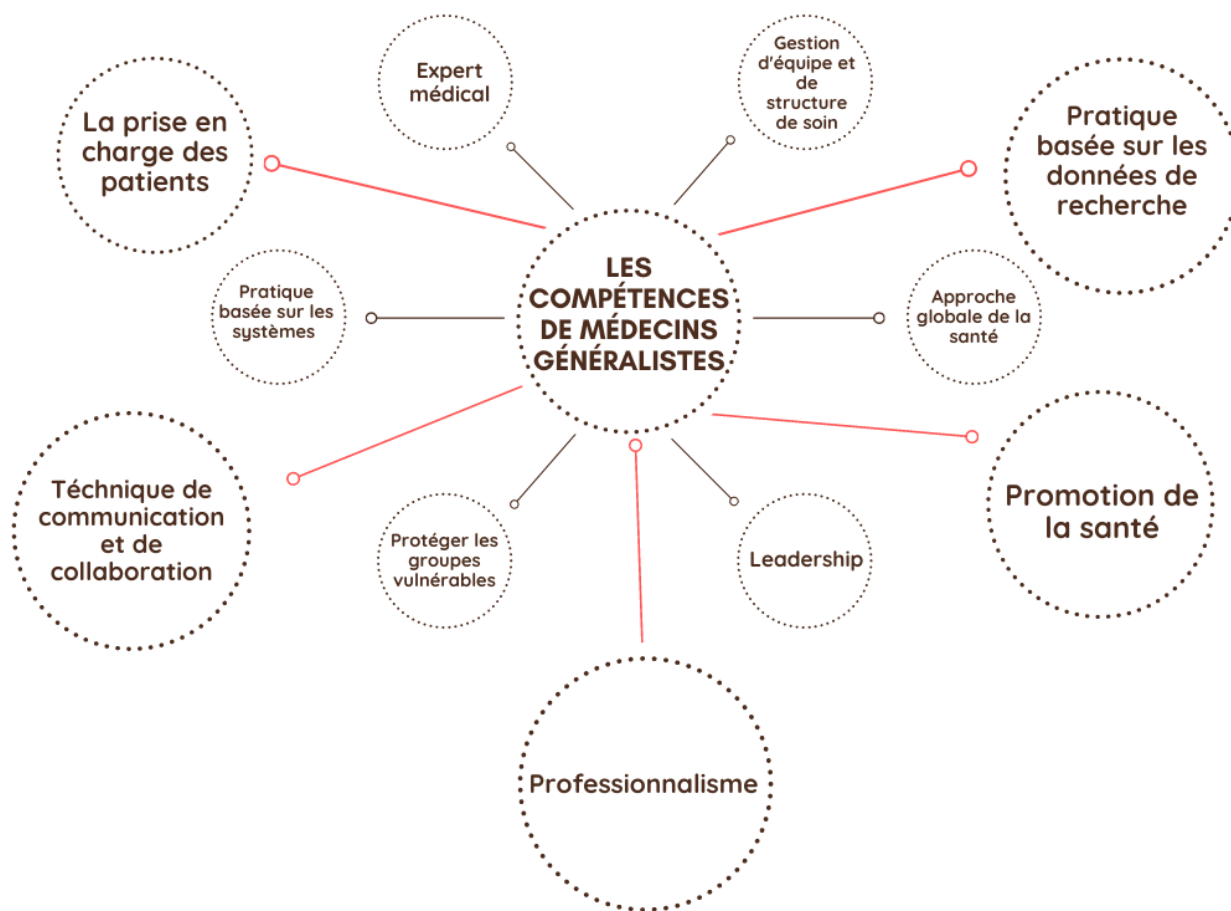


Figure 35 Les compétences des médecins généralistes.

III. Les forces et les limites de l'étude.

1. Forces de l'étude

Il s'agit de la première étude à l'échelle nationale qui s'intéresse aux besoins de formation médicale continue des médecins généralistes au privé au Maroc.

Cette étude s'appuie sur une recherche documentaire des différents référentiels de compétences de médecine générale.

Les résultats de notre étude vont servir d'ébauche pour le projet de la médecine de famille et de la nouvelle réforme d'étude médicale.

2. Limites de l'étude

Le faible taux de réponse était une limite de notre étude à cause :

- La méthode électronique de la collecte de données qui était optée au début . Cette limitation est décrite dans la littérature pour les enquêtes en ligne.
- La distribution de la version papier du questionnaire. Le taux de réponse était également faible vu le refus de certains médecins ou le manque de temps.

Cependant la distribution de la version papier du questionnaire a permis d'améliorer le taux de réponse pour dépasser cette contrainte.



RECOMMANDATIONS



L'un des objectifs principaux de notre étude était de formuler des recommandations réalistes et adaptés à notre contexte. Plusieurs formes de stratégies ont été proposées durant cette enquête

I. Propositions pour la formation médicale initiale.

- L'adoption de l'approche par compétence : ce changement de pédagogie d'enseignement permet de rendre les finalités de la formation médicale claires et précises, pour l'apprenant et pour l'enseignant. La définition des compétences nécessaire à la pratique de la médecine générale au début de la formation, permettra de changer les attitudes des étudiants en médecins envers cette discipline [62]-[65].
- L'élaboration d'un référentiel de compétences au sein des facultés de médecine au Maroc L'intérêt d'un référentiel de compétence, réside dans le fait qu'il décrit toute l'étendue de l'activité médicale au moyen d'un modèle simple. Il met en évidence le fait que le « médecin compétent » a besoin de bien plus que de connaissances spécialisées et d'habileté manuelle. La formation initiale doit donc expressément inclure les rôles qui s'articulent autour de l'expertise médicale, dont notamment les aptitudes à la communication, le professionnalisme, la recherche scientifique et la promotion de la santé [66], [67].
- Instaurer le projet de médecin de famille : Face au contexte démographique, épidémiologique, économique et éducatif au Maroc au cours de vingt dernières années, caractérisé par un vieillissement démographique, la prévalence des morbidités cardiovasculaires et endocrinologiques. L'instauration de la médecine de famille comme spécialité au Maroc, permettra d'avoir des changements positifs des représentations sociales de la population générale et des étudiants de médecine, quant à la mission du Médecin de Famille [68]. Ainsi, le développement de la spécialité de Médecine de Famille est une thématique nationale de santé qui devrait mobiliser les Ministères, les


Universités, les Facultés de Médecine, les sociétés savantes, les instances ordinales, les sociétés civiles, et les médecins généralistes eux-mêmes [69] -[71].

II. Propositions pour la formation médicale continue


- L'obligation de la formation médicale : La FMC est obligatoire dans la majorité des pays développés. Un cadre légal permettant de protéger les intérêts des médecins ainsi que ceux de la population, concernant l'obligation légale de la formation médicale continue doit mis en place, avec un système de re certification et d'examen adapté au contexte Marocain [72], [73].
- Les enquêtes de besoins de formation : Une évaluation précise des besoins d'apprentissage des médecins généralistes est une étape initiale cruciale dans la planification des activités éducatives. Les méthodes d'évaluation des besoins des apprenants peuvent inclure des questionnaires, des entretiens, sur l'échelle locale ou nationale. Les programmes de formation médicale continue doivent être guidés par les résultats des enquêtes de besoins de formation, ce qui garantit efficacité et efficacité [14], [40], [42], [74].
- Le rôle de l'industrie pharmaceutique : Les sociétés pharmaceutiques contribuent souvent aux programmes de FMC en fournissant du matériel pédagogique, en parrainant des conférences ou en offrant un soutien financier. Bien que ce soutien puisse être précieux en termes de financement des initiatives éducatives, il existe également des préoccupations éthiques à prendre en compte. Une préoccupation concerne le risque de conflits d'intérêts [75], [76]. Les sociétés pharmaceutiques ont un intérêt financier à promouvoir leurs propres produits, et il existe un risque que leur participation à la FMC puisse influencer indûment le contenu ou l'orientation des activités éducatives. Pour répondre à cette problématique, des lignes directrices doivent

être misent en place, visant à garantir la transparence et l'indépendance des activités de formation médicale continue [77], [78].

- Rôle des facultés de médecine : Les facultés de médecine doivent assumer leurs responsabilités de fournir une formation médicale continue à leurs lauréats. En effet les facultés de médecine jouent un rôle crucial dans la formation continue des médecins. Des programmes de formation médicale continue pour les médecins fraîchement diplômés ont été proposé en Écosse en 2010, pour les médecins ayant moins de 5 ans d'expérience [63]. Des initiatives doivent être proposées par les facultés de médecines, pour initier leurs lauréats à la formation médicale continue, et la rendre part de leur pratique médicale.



CONCLUSION



La discussion sur les besoins de formation des médecins généralistes doit progresser de manière significative. Il est donc essentiel de mener davantage de recherches approfondies et d'enquêtes exhaustives sur les besoins éducatifs spécifiques des médecins généralistes.

À notre connaissance, cette étude constitue la première initiative au Maroc visant à explorer les besoins de formation des médecins généralistes. Elle s'inscrit dans le cadre de l'établissement de la médecine de famille et reflète la volonté de notre faculté d'améliorer ses programmes éducatifs.

Cette étude nous a offert une opportunité précieuse pour explorer les référentiels de compétences adoptés par différentes nations, ainsi que les avantages inhérents à l'approche basée sur les compétences. Cette avancée se présente comme une possibilité prometteuse pour mettre en œuvre un enseignement axé sur les compétences au sein de nos institutions, et pour rester à la pointe des approches pédagogiques les plus récentes.

À la lumière des conclusions tirées de cette recherche, il est impératif de concevoir un plan d'action solide visant à remédier aux besoins éducatifs exprimés par les praticiens généralistes, en commençant par une révision approfondie des programmes éducatifs dispensés dans les facultés de médecine. De plus, il est essentiel d'établir des programmes nationaux de formation médicale continue afin de réduire les disparités de connaissances entre les médecins généralistes.



RÉSUMÉS



Résumé

Objectif :

Notre objectif principal était de dresser un état des lieux des besoins de formation des médecins généralistes du secteur privé, et de croiser les regards avec les compétences attendues selon une recherche documentaire sur les référentiels des compétences.

Méthodes :

Il s'agissait d'une étude à méthodologie mixte comportant deux parties : quantitative et qualitative, auprès des médecins généralistes du secteur privé au Maroc, avec une collecte de données sur une période approximative de 2 mois.

Les données quantitatives ont été recueillies grâce à un questionnaire développé à partir d'une revue de la littérature, et ont été analysés par le logiciel statistiques JAMOVI version 1.6.23. La partie qualitative était sous forme d'une enquête documentaire portant sur la recherche des référentiels de compétences.

Résultats :

- La comparaison et l'analyse de sept référentiels de compétences, de sept pays différents a montré que les compétences d'un médecin généralistes sont : La prise en charge des patients, la promotion de la santé, le professionnalisme, la recherche et la formation continue, la communication et la collaboration et l'application des données de recherche dans la pratique médicale.
- On a eu un total de 134 réponses, l'âge moyen des participants était de $36,6 \pm 12,7$ ans, avec une légère prédominance féminine, le sex-ratio était de 1,16, la majorité des participants ont fait leur étude médicale initiale au Maroc.
- Les deux tiers des participants (67%) pratiquaient au milieu urbain.

- Les participants ont exprimé un fort intérêt pour les formations portant sur les gestes techniques et l'expertise médicale, tandis qu'ils sont moins intéressés par les formations sur les techniques de communication et collaboration, ainsi que la promotion de la santé.

Conclusion :

Globalement, un grand écart existe entre les compétences attendues et les connaissances actuelle des médecins généralistes du secteur privé au Maroc. Les participants prêtent une grande importance aux geste techniques, à l'expertise médicale et au savoir spécialisé, et montrent un désintérêt à d'autre aspects de la pratique de la médecine générale, notamment aux activités de promotion de la santé et aux techniques de communications.

Abstract

Purpose:

Our primary objective was to assess the educational needs of private sector general practitioners and compare them with the expected competencies.

Methods:

This study employed a mixed-methods approach, consisting of both quantitative and qualitative components, conducted among private sector general practitioners in Morocco over an approximate period of 2 months. Quantitative data was collected through a questionnaire developed based on a literature review and analyzed using JAMOVI statistical software version 1.6.23. The qualitative component involved a documentary investigation to identify and compare different competency frameworks from different countries.

Results:

- The comparison and analysis of seven competency frameworks from seven different countries have shown that the skills of a general practitioner are: patient care, health promotion, professionalism, research and continuous education, communication and collaboration, and the application of research data in medical practice.
- A total of 134 responses were obtained, with a mean age of the participants being 36.6 ± 12.7 years, showing a slight female predominance (sex ratio of 1.16).
- The majority of participants completed their initial medical education in Morocco.
- Two-thirds of the participants (67%) practiced in urban areas.
- The participants expressed a strong interest in training focused on technical procedures and medical expertise, while they are less interested in training on communication and collaboration techniques, as well as health promotion.

Conclusion:

Overall, a significant gap is observed between the expected competencies and the current knowledge of private sector general practitioners in Morocco. Participants place great importance on technical procedures, medical expertise, and specialized knowledge, while showing less interest in other aspects of general medical practice, particularly health promotion activities and communication techniques. It is essential to consider the implementation of rigorous continuous medical education programs and to thoroughly review the curricula within medical faculties.

ملخص

الهدف: هدفنا الأساسي كان تقييم الاحتياجات التعليمية لأطباء الطب العام في القطاع الخاص ومقارنتها بالكفاءات المتوقعة.

مناهج: استخدمت هذه الدراسة نهجًا مختلطًا، يتضمن مكونات كمية ونوعية، وأجريت بين أطباء الطب العام في القطاع الخاص في المغرب على مدى فترة تقريبية من شهرين. تم جمع البيانات الكمية من خلال استبيان تم تطويره بناءً على استعراض للمراجع وتم تحليله باستخدام برنامج الإحصاء JAMOVI إصدار 1.6.23. أما المكون النوعي فتضمن التحقيق الوثائقي لتحديد ومقارنة أطر الكفاءات من مختلف البلدان.

النتائج

• أظهرت مقارنة وتحليل سبعة أطر كفاءة من سبعة بلدان مختلفة أن مهارات طبيب الطب العام هي : رعاية المرضى، تعزيز الصحة، الاحترافية، البحث والتعليم المستمر، التواصل والتعاون، وتطبيق بيانات البحث في الممارسة الطبية.

- تم الحصول على مجموع 134 استجابة، وكان متوسط عمر المشاركين 36.6 ± 12.7 سنة، وتظهر هناك تفوق طفيف للإناث (نسبة الجنس 1.16).
- أكمل الغالبية العظمى من المشاركين تعليمهم الطبي الأولي في المغرب.
- نصف المشاركين (67%) يمارسون في المناطق الحضرية.
- أعرب المشاركون عن اهتمامهم القوي بالتدريب المركز على الإجراءات التقنية والخبرة الطبية، بينما يقل اهتمامهم بالتدريب على تقنيات التواصل والتعاون، وكذلك تعزيز الصحة.

الخاتمة:

بشكل عام، يُلاحظ وجود فجوة كبيرة بين الكفاءات المتوقعة والمعرفة الحالية لأطباء الطب العام في القطاع الخاص في المغرب. يُولي المشاركون أهمية كبيرة للإجراءات التقنية والخبرة الطبية والمعرفة المتخصصة، بينما يظهرون اهتمامًا أقل بجوانب أخرى من ممارسة الطب العام، وخاصة الأنشطة المتعلقة بتعزيز الصحة وتقنيات الاتصال. من الضروري أن ننظر في تنفيذ برامج تعليم طبي مستمر صارمة وأن نستعرض بدقة المناهج الدراسية في كليات الطب.



Annexe : 1 Le questionnaire électronique

Formation médicale continue : Préférences et besoins des médecins généralistes

Merci d'avoir accepté de participer à cette enquête électronique.

Votre participation contribuera à éclairer les besoins de médecins généralistes du secteur privé en matière de formation médicale continue (FMC).

Votre formulaire rempli restera anonyme et confidentiel. L'enquête ne prendra pas plus de 15 minutes.

Cette étude est menée par le département de santé publique, médecine communautaire et épidémiologie de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech dans le cadre d'un travail de recherche pédagogique sous la direction de Pr Majda Sebbani.

Si vous avez besoin de plus d'informations concernant cette enquête, n'hésitez pas à nous contacter via l'adresse email suivante: dr.sebbani@gmail.com

Nous vous remercions pour votre collaboration.

*Obligatoire

1. Est-ce que vous donnez votre consentement pour participer à cette enquête? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

2. Veuillez préciser votre âge (en année) *

3. Veuillez préciser votre sexe *

Une seule réponse possible.

Homme

Femme

4. Veuillez préciser votre lieu d'exercice *

Une seule réponse possible.

Rural

Urbain

5. Veuillez préciser votre ancienneté d'exercice de la médecine générale dans le secteur privé (en années) *

6. Avez-vous déjà exercé dans le secteur public (en dehors des stages, formations) ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

7. Si oui, veuillez décrire brièvement cette expérience (nature d'exercice, durée, quand et où...)?

8. Etes-vous actuellement membre d'une association de médecine générale au *
Maroc?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

9. Si oui, laquelle ?

Plusieurs réponses possibles.

- SMMG (Société Marocaine de Médecine Générale)
 MG Maroc (Médecins généralistes du Maroc)
 MG Femmes
 ADN (Association de diabétologie et de nutrition)
 AMECHO (Association des médecins échographistes)
 AMMF (Association marocaine de médecine de famille)
 Forum des médecins généralistes
 Autres

10. Si autre, veuillez préciser

11. Veuillez préciser le lieu de votre formation en médecine *

Une seule réponse possible.

Maroc

Autre : _____

12. Depuis l'obtention de votre diplôme de médecine générale, avez-vous poursuivi des formations médicales? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

13. Si oui, de quel nature ont été ces formations?

Plusieurs réponses possibles.

Certifiantes (certificat de compétences, de suivi et réussite..)

Non certifiantes (ateliers, webinaires, table ronde...)

Diplômantes (DU...)

14. Si oui, lesquelles ?

15. Veuillez préciser les caractéristiques de l'exercice actuel? *

Une seule réponse possible.

- Cabinet individuel
 Cabinet de groupe
 Clinique
 Autre : _____

16. Veuillez préciser le nombre moyen de patients consultés par semaine dans votre cabinet?

17. Réalisez-vous des consultations à domicile ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

18. Quels sont les problèmes de santé que vous rencontrez le plus dans le cadre de votre pratique actuelle ? *

Perceptions et attitudes vis-à-vis de la formation médicale continue

19. Concernant la formation médicale continue (FMC). *

Veuillez exprimer votre degré d'accord ou de désaccord avec les affirmations suivantes :

Une seule réponse possible par ligne.

	Tout à fait d'accord	D'accord	Neutre	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
1. Je pense que la FMC est intéressante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Je pense que la FMC me permet d'apprendre la nouveauté médicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Je pense que le manque de temps est le plus grand obstacle à la réalisation d'une FMC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Je pense que la FMC m'aide à gérer des situations cliniques complexes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. J'apprécie la lecture des articles scientifiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Je pense que le coût est le plus grand obstacle à la réalisation d'une FMC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Je préfère passer mon temps à faire autre chose que dans la FMC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Je me sens obligé de suivre la FMC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. J'assiste aux congrès pour les rencontres avec les collègues pas pour la FMC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Je pense que l'...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

.../docs.google.com/forms/d/1R6?mFi60k0A...znizo0hhIGD1WnWtEVRD23nnEauM/edit

6/16

**Je pense que j'ai
besoin d'entreprendre
une formation
médicale continue
pour maintenir mes
compétences de
médecin généraliste**

— — — — —

**11. Je pense que les
rencontres avec un
conférencier expert
sont une perte de
temps**

**12. Je pense que la
lecture des revues ou
des articles
scientifiques ne sont
pas suffisantes pour
mes besoins de FMC**

20. Avez-vous quelque chose à rajouter relativement à votre perception de la FMC du médecin généraliste en secteur privé ?

Besoins en formation médicale continue

21. Est-ce que vous avez déjà effectué une formation médicale continue?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

22. Si oui, veuillez signaler les formations qu'avez vous déjà effectué

23. Veuillez noter les 3 formations les plus importantes parmi celles réalisées

Compétences et performances des médecins généralistes

24. Veuillez exprimer le degrés d'importance des compétences suivantes dans votre pratique (1 étant peu important et 7 très important) *

Une seule réponse possible par ligne.

	1	2	3	4	5	6	7
1. Établir une relation avec les patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Faire de la paperasse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Saisir les données de routine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Lire critiqueusement les publications scientifiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Évaluer votre propre performance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. S'entendre avec vos collègues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Interpréter vos propres résultats de recherche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Appliquer les résultats de la recherche et de la littérature à votre propre pratique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Communiquer face-à-face avec les patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Établir un plan de prise en charge thérapeutique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Introduire de nouvelles idées et méthodes au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Travailler en équipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Informer les patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Informer les soignants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Analyser statistiquement vos propres données de recherche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Evaluer les besoins psychologiques et sociaux des patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Organiser son temps efficacement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Utiliser des équipements techniques, y compris d'ordinateurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Rédiger des rapports de votre activité du cabinet/clinique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Entreprendre des activités de promotion de la santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Évaluer les besoins cliniques des patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Concevoir et conduire une recherche scientifique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Fournir des	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Veuillez exprimer votre degré de performance actuel dans les compétences suivantes dans votre pratique (1 étant médiocre et 7 étant très bien) *

Une seule réponse possible par ligne.

	1	2	3	4	5	6	7
1. Établir une relation avec les patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Faire de la paperasse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Saisir les données de routine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Lire critiqueusement les publications scientifiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Évaluer votre propre performance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. S'entendre avec vos collègues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Interpréter vos propres résultats de recherche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Appliquer les résultats de la recherche et de la littérature à votre propre pratique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Communiquer face-à-face avec les patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Établir un plan de prise en charge thérapeutique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Introduire de nouvelles idées et	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

méthodes au travail

12. Travailler en équipe

13. Informer les patients

14. Informer les soignants

15. Analyser statistiquement vos propres données de recherche

16. Evaluer les besoins psychologiques et sociaux des patients

17. Organiser son temps efficacement

18. Utiliser des équipements techniques, y compris d'ordinateurs

19. Rédiger des rapports de votre activité du cabinet/clinique

20. Entreprendre des activités de promotion de la santé

21. Évaluer les besoins cliniques des patients

22. Concevoir et conduire une recherche scientifique

23. Fournir des
commentaires aux
collègues

Section sans titre

26. Quels sont vos besoins de formation médicale continue ressentis actuellement? *

Plusieurs réponses possibles.

- Gestes techniques
- Expertise clinique
- Communication et collaboration
- Gestion d'équipe et du cabinet (clinique)
- Promotion de la santé
- Développement professionnel et personnel
- Autres

27. Veuillez préciser les 3 plus importantes formations que vous souhaiteriez entreprendre dans les prochains jours

28. Veuillez indiquer vos préférences concernant les modalités des formations médicales continues

Plusieurs réponses possibles.

- Lecture des articles scientifiques
- Congrès
- Webinaire
- Rencontre locale (dans votre ville)
- Ateliers pratique
- Recherche bibliographique personnelle
- MOOC (cours enregistrés en ligne)
- Autre : _____

29. Quel (s) format (s) du cours et environnement d'apprentissage préférez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- En ligne
- En présentiel
- En ligne et présentiel (mixte)
- Autre : _____

30. A quel moment durant la semaine préférez-vous?

Une seule réponse possible.

- Weekend
- Les jours de la semaine (hors weekend)
- Autre : _____

31. Avez-vous d'autres remarques ou propositions concernant le sujet de la FMC?

Nous vous remercions pour votre participation

Annexe 2 : La fiche de lecture

Référentiel	ays	Année de mise en œuvre	Nombre de mises jour	Dernière mise à jour	L'organisme fondateur	Méthode d'évaluation	Domaines de compétences	Nombre total de compétences



*REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES*



1. **“WONCA WORKING PARTY ON EDUCATION,**
” 2013. [Online]. Available: <http://www.wfme.org/>.
2. **M. van den Muijsenbergh and C. van Weel,**
“The Essential Role of Primary Care Professionals in Achieving Health for All,” *The Annals of Family Medicine*, vol. 17, no. 4, pp. 293-295, Jul. 2019, doi: 10.1370/afm.2436.
3. **L. van Nieuwenborg, M. Goossens, J. de Lepeleire, and B. Schoenmakers,** “Continuing medical education for general practitioners: A practice format,” *Postgrad Med J*, vol. 92, no. 1086, pp. 217-222, Apr. 2016, doi: 10.1136/postgradmedj-2015-133662.
4. **D. C. M. Taylor and H. Hamdy,**
“Adult learning theories: Implications for learning and teaching in medical education: AMEE Guide No. 83,” *Med Teach*, vol. 35, no. 11, Nov. 2013, doi: 10.3109/0142159X.2013.828153.
5. **S. A. Ali, S. Hamiz ul Fawwad, G. Ahmed, S. Naz, S. A. Waqar, and A. Hareem,**
“Continuing Medical Education: A Cross Sectional Study on a Developing Country’s Perspective,” *Sci Eng Ethics*, vol. 24, no. 1, pp. 251-260, Feb. 2018, doi: 10.1007/s11948-017-9900-8.
6. **L. Van Nieuwenborg, M. Goossens, J. De Lepeleire, and B. Schoenmakers,** “Continuing medical education for general practitioners: A practice format,” *Postgrad Med J*, vol. 92, no. 1086, pp. 217-222, Apr. 2016, doi: 10.1136/POSTGRADMEDJ-2015-133662.
7. **Continuing medical education, needs assessment, and program development: Theoretical constructs.**
Journal of Continuing Education in the Health Professions, 21(1), 6-14 | 10.1002/chp.1340210103.”
<https://sci-hub.se/10.1002/chp.1340210103> (accessed Dec. 02, 2022).
8. **M. Bernard, “Trocme-Fabre (Hélène). — J’apprends, donc je suis. Introduction à la neuropédagogie,”**
Revue française de pédagogie, vol. 86, no. 1, pp. 117-119, 1989.

9. **L. L. Bierema,**
“Adult Learning in Health Professions Education,” *New Directions for Adult and Continuing Education*, vol. 2018, no. 157, pp. 27–40, Mar. 2018, doi: 10.1002/ace.20266.
10. **H. Boufettal, S. Hermas, M. Noun, and N. Samouh,**
“L’andragogie médicale,” *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, vol. 38, no. 5, pp. 445–447, Sep. 2009, doi: 10.1016/j.jgyn.2009.04.002.
11. **P.-L. Druais,**
“La médecine générale : une jeune spécialité pleine d’avenir,” *Bull Acad Natl Med*, vol. 197, no. 7, pp. 1469–1473, Oct. 2013, doi: 10.1016/S0001-4079(19)31470-0.
12. **I. Cherqui-Houot,**
“Référentiel de compétences,” in *L’ABC de la VAE*, Érès, 2009, pp. 200–201. doi: 10.3917/eres.bouti.2009.01.0200.
13. **M. Nádas, R. Bedenbaugh, M. Morse, G. T. McMahon, and C. L. Curry,**
“A Needs and Resource Assessment of Continuing Medical Education in Haiti,” *Ann Glob Health*, vol. 81, no. 2, pp. 248–254, Mar. 2015, doi: 10.1016/j.aogh.2015.03.003.
14. **J. Grant,**
“Learning needs assessment: assessing the need,” *BMJ*, vol. 324, no. 7330, pp. 156–159, Jan. 2002, doi: 10.1136/bmj.324.7330.156.
15. **D.-Q. Nguyen and J.-G. Blais,**
“Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d’enseignement, d’apprentissage et d’évaluation au cours de la formation clinique,” *Pédagogie Médicale*, vol. 8, no. 4, pp. 232–251, Nov. 2007, doi: 10.1051/pmed:2007026.
16. **Cora. Brahim, C. Farley, Pierre. Joubert,**
Institut national de santé publique du Québec . Vice-présidence aux affaires scientifiques., and Canadian Electronic Library , L’approche par compétences : un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec . Institut national de santé publique du Québec, 2011.

17. **B. A. Mukhalalati and A. Taylor,**
“Adult Learning Theories in Context: A Quick Guide for Healthcare Professional Educators,” *J Med Educ Curric Dev*, vol. 6, p. 238212051984033, Jan. 2019, doi: 10.1177/2382120519840332.
18. **“Les principaux courants théoriques de l’enseignement et de l’apprentissage : un point de vue historique.”**
19. **O. ten Cate,**
“Competency-based medical education and its competency frameworks,” in *Technical and Vocational Education and Training*, Springer Nature, 2017, pp. 903–929. doi: 10.1007/978-3-319-41713-4_42.
20. **“Comparisons of competencies frameworks.”**
https://www.researchgate.net/figure/Comparisons-of-competencies-frameworks_tbl1_311554453 (accessed Dec. 03, 2022).
21. **“National Academic Reference Standards (NARS) Medicine 2nd Edition,” 2017.**
22. **D. G. Goldberg, T. Beeson, A. J. Kuzel, L. E. Love, and M. C. Carver,** “Team-Based Care: A Critical Element of Primary Care Practice Transformation,” *Popul Health Manag*, vol. 16, no. 3, pp. 150–156, Jun. 2013, doi: 10.1089/pop.2012.0059.
23. **C. Arenson and B. F. Brandt,** “The Importance of Interprofessional Practice in Family Medicine Residency Education,” *Fam Med*, Jun. 2021, doi: 10.22454/FamMed.2021.151177.
24. **L. K. Twells,**
“Evidence-Based Decision-Making 1: Critical Appraisal,” 2015, pp. 385–396. doi: 10.1007/978-1-4939-2428-8_23.
25. **S. Peckham, A. Hann, and T. Boyce,**
“Health promotion and ill-health prevention: the role of general practice.,” *Qual Prim Care*, vol. 19, no. 5, pp. 317–23, 2011.
26. **J. Jackson, S. Caliph, J. K. Lee, and W. Keung Chui,**
“Comparative assessment of competency frameworks for pharmacists in the Western Pacific region including the potential for a regional framework,” *International Journal of Pharmacy Practice*, vol. 29, pp. 192–195, 2021, doi: 10.1093/ijpp/riaa005.

27. **F. Goodyear–Smith, M. Whitehorn, and R. McCormick,**
“General Practitioners’ Perceptions of Continuing Medical Education’s Role in Changing Behaviour,” *Education for Health: Change in Learning & Practice*, vol. 16, no. 3, pp. 328–338, Nov. 2003, doi: 10.1080/13576280310001607659.
28. **B. Maher et al.,**
“Survey of Irish general practitioners’ preferences for continuing professional development,” *Education for Primary Care*, vol. 29, no. 1, pp. 13–21, Jan. 2018, doi: 10.1080/14739879.2017.1338536.
29. **M. D. Shah, V. Goyal, V. Singh, and J. Lele,**
“Preferences and attitudes of physicians in India towards continuing medical education,” *J Eur CME*, vol. 6, no. 1, p. 1332940, Jan. 2017, doi: 10.1080/21614083.2017.1332940.
30. **F. Goodyear–Smith, M. Whitehorn, and R. McCormick,**
“Experiences and preferences of general practitioners regarding continuing medical education: a qualitative study.,” *N Z Med J*, vol. 116, no. 1172, p. U399, Apr. 2003.
31. **L. Rossaro et al.,**
“Hepatitis C Videoconferencing: The Impact on Continuing Medical Education for Rural Healthcare Providers,” *Telemedicine and e–Health*, vol. 13, no. 3, pp. 269–277, Jun. 2007, doi: 10.1089/tmj.2006.0050.
32. **V. Curran, L. Rourke, and P. Snow,**
“A framework for enhancing continuing medical education for rural physicians: A summary of the literature,” *Med Teach*, vol. 32, no. 11, pp. e501–e508, Nov. 2010, doi: 10.3109/0142159X.2010.519065.
33. **P. Kumar, C. Larrison, S. B. Rodrigues, and T. McKeithen,**
“Assessment of general practitioners’ needs and barriers in primary health care delivery in Asia Pacific region,” *J Family Med Prim Care*, vol. 8, no. 3, p. 1106, 2019, doi: 10.4103/JFMPC.JFMPC_46_19.
34. **W. Orlik et al.,**
“Economic evaluation of CPD activities for healthcare professionals: A scoping review,” *Med Educ*, vol. 56, no. 10, pp. 972–982, Oct. 2022, doi: 10.1111/medu.14813.

35. **S. Garba, A. Ahmed, A. Mai, G. Makama, and V. Odigie,**
“Proliferations of scientific medical journals: a burden or a blessing.,” *Oman Med J*, vol. 25, no. 4, pp. 311–4, Oct. 2010, doi: 10.5001/omj.2010.89.
36. **“Why doctors don’t read research papers,”**
BMJ, vol. 330, no. 7485, p. 256.2, Jan. 2005, doi: 10.1136/bmj.330.7485.256-a.
37. **U. Ronellenfitsch, C. Klinger, H. J. Buhr, and S. Post,**
“Leseverhalten und Präferenzen hinsichtlich Abonnements wissenschaftlicher Fachzeitschriften,” *Der Chirurg*, vol. 86, no. 11, pp. 1051–1058, Nov. 2015, doi: 10.1007/s00104-015-0096-7.
38. **A. Brøndt, I. Sokolowski, F. Olesen, and P. Vedsted,**
“Continuing medical education and burnout among Danish GPs,” *British Journal of General Practice*, vol. 58, no. 546, pp. 15–19, Jan. 2008, doi: 10.3399/bjgp08X263767.
39. **L. Aribi, S. Chouwayekh, F. Charfeddine, W. Bouattour, C. Marrekchi, and O. Amami,** “Attitudes and expectations of general doctors in respect of continuing medical education. Reflections from a cross-sectional survey of 73 physicians in the region of Sfax (Tunisia),” *Ann Med Psychol (Paris)*, vol. 176, no. 9, pp. 875–880, Nov. 2018, doi: 10.1016/j.amp.2017.05.015.
40. **N. M. A. Parry,**
“The needs assessment in continuing medical education,” *Medical Writing*, vol. 23, no. 2, pp. 125–128, Jun. 2014, doi: 10.1179/2047480614Z.000000000214.
41. **S. Ratnapalan and R. I. Hilliard,**
“Needs Assessment in Postgraduate Medical Education: A Review,” <http://dx.doi.org/10.3402/meo.v7i.4542>, vol. 7, no. 1, p. 4542, Dec. 2009, doi: 10.3402/MEO.V7I.4542.
42. **G. R. Norman, S. I. Shannon, and M. L. Marrin,**
“Learning in practice The need for needs assessment in continuing medical education.”
43. **H. Armson et al.,**
“Assessing Unperceived Learning Needs in Continuing Medical Education for Primary Care Physicians: A Scoping Review,” *J Contin Educ Health Prof*, vol. 40, no. 4, pp. 257–267, Jun. 2020, doi: 10.1097/CEH.0000000000000300.

44. **M. S. Reddy,**
“Lifelong learning will lead us forward,” *J Dent Educ*, vol. 86, no. 4, pp. 381–382, Apr. 2022, doi: 10.1002/jdd.12928.
45. **L. Purtell, E. Whiting, K. Muller, C. Mc Gillespie, K. Havas, A. Bonner,**
“Evaluation of a General Practitioner with Special Interest model: lessons learned from staff experiences,” *Aust J Prim Health*, vol. 28, no. 4, pp. 330–337, Mar. 2022, doi: 10.1071/PY21065.
46. **V. Yellamaty, L. Ball, L. Crossland, and C. Jackson,**
“General practitioners with special interests: An integrative review of their role, impact and potential for the future,” *Aust J Gen Pract*, vol. 48, no. 9, pp. 639–643, Sep. 2019, doi: 10.31128/AJGP-02-19-4849.
47. **C. Gerada, N. Wright, and J. Keen,**
“The general practitioner with a special interest: new opportunities or the end of the generalist practitioner?,” *The British Journal of General Practice*, vol. 52, no. 483, p. 796, Oct. 2002, Accessed: Dec. 12, 2022. [Online]. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1316080/>
48. **K. Thomas, E. Barry, S. Watkins, J. Czauderna, and L. N. Allen,**
“GP with an extended role in population health,” *British Journal of General Practice*, vol. 70, no. 697, pp. 378–379, Aug. 2020, doi: 10.3399/bjgp20X711821.
49. **V. Curran, L. Rourke, and P. Snow,**
“Medical Teacher A framework for enhancing continuing medical education for rural physicians: A summary of the literature A framework for enhancing continuing medical education for rural physicians: A summary of the literature,” 2010, doi: 10.3109/0142159X.2010.519065.
50. **S. Kokko,**
“Towards fragmentation of general practice and primary healthcare in Finland?,” *Scand J Prim Health Care*, vol. 25, no. 3, pp. 131–132, Jan. 2007, doi: 10.1080/02813430701576482.
51. **M. Deveugele,**
“Communication training: Skills and beyond,” *Patient Educ Couns*, vol. 98, no. 10, pp. 1287–1291, Oct. 2015, doi: 10.1016/j.pec.2015.08.011.

52. **D. Steinmair, K. Zervos, G. Wong, and H. Löffler–Stastka,**
“Importance of communication in medical practice and medical education: An emphasis on empathy and attitudes and their possible influences,” *World J Psychiatry*, vol. 12, no. 2, pp. 323–337, Feb. 2022, doi: 10.5498/wjp.v12.i2.323.
53. **M. Olde Bekkink, S. E. Farrell, and J. K. Takayesu,**
“Interprofessional communication in the emergency department: residents’ perceptions and implications for medical education,” *Int J Med Educ*, vol. 9, pp. 262–270, Oct. 2018, doi: 10.5116/ijme.5bb5.c111.
54. **S. Dowling, J. Last, H. Finnegan, K. O’Connor, and W. Cullen,**
“What are the current ‘top five’ perceived educational needs of Irish general practitioners?,” *Ir J Med Sci*, vol. 189, no. 1, pp. 381–388, Feb. 2020, doi: 10.1007/s11845–019–02047–y.
55. **A. W. Dent, T. J. Weiland, and D. Paltridge,**
“Australasian emergency physicians: A learning and educational needs analysis. Part Four: CPD topics desired by emergency physicians,” *Emergency Medicine Australasia*, vol. 20, no. 3, pp. 260–266, Jun. 2008, doi: 10.1111/j.1742–6723.2007.01041.x.
56. **N. Davis, D. Davis, and R. Bloch,**
“Continuing medical education: AMEE Education Guide No 35,” *Med Teach*, vol. 30, no. 7, pp. 652–666, Jan. 2008, doi: 10.1080/01421590802108323.
57. **B. Baatarpurev, B. Tsogbadrakh, S. Bandi, G. E. Samdankhuu, S. Nyamjav, and O. Badamdorj,**
“Online continuing medical education in Mongolia: needs assessment,” *Korean J Med Educ*, vol. 34, no. 3, pp. 191–200, Sep. 2022, doi: 10.3946/KJME.2022.229.
58. **D. E. Cunningham, A. Alexander, S. Luty, and L. Zlotos,**
“CPD preferences and activities of general practitioners, registered pharmacy staff and general practice nurses in NHS Scotland – a questionnaire survey,” *Education for Primary Care*, vol. 30, no. 4, pp. 220–229, Jul. 2019, doi: 10.1080/14739879.2019.1617644.
59. **“Medicine | Definition, Fields, Research, & Facts | Britannica.”**
<https://www.britannica.com/science/medicine> (accessed Apr. 06, 2023).

60. **D. H. J. Pols et al.,**
“Medical students’ perception of general practice: a cross-sectional survey,” *BMC Med Educ*, vol. 23, no. 1, p. 103, Feb. 2023, doi: 10.1186/s12909-023-04064-z.
61. **S. Barber, R. Brettell, R. Perera-Salazar, T. Greenhalgh, and R. Harrington,** “UK medical students’ attitudes towards their future careers and general practice: a cross-sectional survey and qualitative analysis of an Oxford cohort,” *BMC Med Educ*, vol. 18, no. 1, p. 160, Dec. 2018, doi: 10.1186/s12909-018-1197-z.
62. **T. Leggett,**
“Competency-based education: a brief overview.,” *Radiol Technol*, vol. 86, no. 4, pp. 445-8, 2015.
63. **C. Taylor, C. Turnbull, and N. Sparrow,**
“Continuing professional development for general practitioners in the first five years after training,” *Education for Primary Care*, vol. 21, no. 2, pp. 76-78, Jan. 2010, doi: 10.1080/14739879.2010.11493884.
64. **J. R. Frank et al.,**
“Competency-based medical education: theory to practice,” *Med Teach*, vol. 32, no. 8, pp. 638-645, Aug. 2010, doi: 10.3109/0142159X.2010.501190.
65. **K. Gielissen, L. Logio, K. Qua, and P. Hemmer,**
“Consequence in Competency-Based Education: Individualize, but Do Not Compromise,” *J Gen Intern Med*, vol. 37, no. 9, pp. 2146-2148, Jul. 2022, doi: 10.1007/s11606-022-07668-1.
66. **Z. Liu, L. Tian, Q. Chang, B. Sun, and Y. Zhao,**
“A competency model for clinical physicians in China: A cross-sectional survey,” *PLoS One*, vol. 11, no. 12, Dec. 2016, doi: 10.1371/journal.pone.0166252.
67. **M. S. Ryan, A. D. Blood, Y. S. Park, and J. M. Farnan,**
“Competency-Based Frameworks in Medical School Education Programs: A Thematic Analysis of the Academic Medicine Snapshots, 2020,” *Academic Medicine*, vol. 97, no. 11S, pp. S63-S70, Nov. 2022, doi: 10.1097/ACM.0000000000004912.
68. **A. Ben Abdelaziz, S. Nouria, D. Chebil, M. Azzaza, T. Barhoumi, and K. Ben Salem,**
“Family Medicine (General Medicine): What academic and professional specificities?,” *Tunis Med*, vol. 99, no. 1, pp. 29-37, Jan. 2021.

69. **A. J. Khan, A. Sethi, S. Fazid, Z. U. Haq, J. Raza, and M. Patel,**
“How does postgraduate diploma in Family Medicine impact on primary care doctors?” *BMC Med Educ*, vol. 22, no. 1, p. 79, Dec. 2022, doi: 10.1186/s12909-022-03136-w.
70. **G. Sawin and N. O’Connor,**
“Primary Care Transformation,” *Primary Care: Clinics in Office Practice*, vol. 46, no. 4, pp. 549–560, Dec. 2019, doi: 10.1016/j.pop.2019.07.006.
71. **S. Vinker,**
“Innovations in family medicine and the implication to rural and remote primary care,” *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, vol. 32, no. 2, pp. 147–150, Jan. 2023, doi: 10.17219/acem/158171.
72. **J. M. Drazen and D. F. Weinstein,** “Considering Recertification,” *New England Journal of Medicine*, vol. 362, no. 10, pp. 946–947, Mar. 2010, doi: 10.1056/NEJMe1000174.
73. **D. Bertrand and P. Bouet,** “Développement professionnel continu (DPC) et émergence de la recertification en France. Évolution législative et commentaires,” *Bull Acad Natl Med*, vol. 204, no. 6, pp. 589–597, Jun. 2020, doi: 10.1016/j.banm.2020.04.006.
74. **G. B. Lee and A. M. Chiu,**
“Assessment and feedback methods in competency-based medical education,” *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, vol. 128, no. 3, pp. 256–262, Mar. 2022, doi: 10.1016/j.anai.2021.12.010.
75. **Y. Mintzker, A. Braunack-Mayer, and W. Rogers,**
“General practice ethics: Continuing medical education and the pharmaceutical industry.,” *Aust Fam Physician*, vol. 44, no. 11, pp. 846–8, 2015.
76. **A. R. Domínguez-Alegría, P. Pinto-Pastor, B. Herreros, and D. Real-de-Asúa,** “Should the pharmaceutical industry be involved in continuing medical education?,” *Revista Clínica Española (English Edition)*, vol. 222, no. 7, pp. 393–400, Aug. 2022, doi: 10.1016/j.rceng.2021.11.004.

- 77. A. Shnier and J. Lexchin,**
“Continuing medical education and pharmaceutical industry involvement: An evaluation of policies adopted by Canadian professional medical associations,” *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, vol. 29, no. 1-2, pp. 1-16, Sep. 2017, doi: 10.3233/JRS-170731.
- 78. C. M. A. Geppert,**
“Medical Education and the Pharmaceutical Industry: A Review of Ethical Guidelines and Their Implications for Psychiatric Training,” *Academic Psychiatry*, vol. 31, no. 1, pp. 32-39, Feb. 2007, doi: 10.1176/appi.ap.31.1.32.



أَقْسَمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ
أَنْ أَرَأَيْتَ اللَّهَ فِي مِثْقَلِ
وَأَنْ أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَافَّةِ أَعْوَارِهَا؛ فِي
كُلِّ الصُّرُوفِ وَالْأَحْوَالِ، بِإِعْلَافٍ وَسُعْرِ فِي اسْتِنْقَافِهَا
مِنَ الْفَلَاحِ وَالْمَرَضِ وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ
وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمُ
سِرَّهُمْ،

وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الْكُوفِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بِإِعْلَافٍ
رِعَايَتِي الْكُفَىِّةَ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ، لِلصَّالِحِ وَالصَّالِحِ،
وَالصَّادِقِ وَالْعَدُوِّ

وَأَنْ أَتَابِرَ عَلَى كَلْبِ الْعِلْمِ أَسْحَرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ لَا
لِأَعْلَافٍ

وَأَنْ أَوْقِرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأَعْلَمَ مَنْ يَصَغَّرَنِي، وَأَكُونَ أَخًا
لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ الْكُفَىِّةِ، مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ
وَالتَّقْوَى

وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعِلَاقَتِي،
نَقِيَّةً مِمَّا يُشِينُهَا الْجَاهُ اللَّهُ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنِينَ
وَاللَّهُ عَلَيَّ مَا أَقُولُ شَهِيدٌ

أطروحة رقم 241

سنة 2023

**احتياجات تدريب أطباء الطب العام في القطاع الخاص:
نظرة متقاطعة مع الكفاءات في الرعاية الصحية
في المستوى الأول**

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2023/ 07 / 04
من طرف

السيد أمين حافظي

المزداد في 16 دجنبر 1997 بأكادير

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

أطر الكفاءات - احتياجات تعليمية - الطب العام - القطاع الخاص.

اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام

م. أمين

أستاذ غي علم الوبائيات السريرية

م. صباني

أستاذة مبرزة في طب المجتمع

ل. أدرموش

أستاذة في طب المجتمع

غ. المغاري طبيب

أستاذة في أمراض الغدد والأمراض المستقلبة

السيد

السيدة

السيدة

السيدة