

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2011

N° : 95

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'état

D.E.S. de MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue le 27 septembre 2011 par

Pauline CORDONNIER

Née le 04 février 1983 à Paris (75013)

LA FORMATION CONTINUE DES MEDECINS GENERALISTES,
A L'AUBE DU DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

Réflexions à partir d'une enquête informatique auprès de 2407 médecins

Président de Thèse : Professeur Jean-Louis SCHLIENGER

Directeur de Thèse : Docteur Claude BRONNER



Président de l'Université (21.06.07) M. BERETZ Alain
 Doyen de la Faculté (8.02.11-7.02.16) M. SIBILIA Jean
 Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11) M. GOICHOT Bernard
 Doyens honoraires : (1976-1983) M. DORNER Marc
 (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
 (1989-1994) M. VINCENDON Guy
 (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
 (3.10.01-7.02.11) M. LUDES Bertrand
 Chef des Services Administratifs M. VICENTE Gilbert



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2005)

A2 - MEMBRE JUNIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

Néant

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
ANDRES Emmanuel	NRP6	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED)	53.01	Option : médecine Interne
	NCS	- Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / Hôpital Civil		
BACHELLIER Philippe	RP6 CS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale, Hépatique et Endocrinienne / HP	53.02	Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak	NRP6	• Pôle de Biologie	47.03	Immunologie (option biologique)
	CS	- Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté		
BALDAUF Jean-Jacques	NRP6	• Pôle de gynécologie-obstétrique	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-obstétrique
	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre		
BAREISS Pierre (2) (8)	Smb	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire	51.02	Cardiologie
	Cons	- Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil		
BAUMERT Thomas	NRP6	• Pôle hépato-digestif de l'Hôpital Civil	52.01	Gastro-entérologie ; hépatologie Option hépatologie
	NCS	- Service d'Hépatogastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil - NHC		
BEAUJEU Remy	NRP6	• Pôle d'imagerie	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
	CS	- Service de Radiologie A / Nouvel Hôpital Civil		
BECMEUR François	RP6	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie	54.02	Chirurgie infantile
	CS	- Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre		
BELLOCQ Jean-Pierre	NRP6	• Pôle de Biologie	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
	CS	- Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre		
BERGERAT Jean-Pierre	NRP6	• Pôle d'Onco-hématologie	47.02	Option : Cancérologie (clinique)
	CS	- Département d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre		
BERTHEL Marc	NRP6	• Pôle de Gériatrie de l'Hôpital de La Robertsau	53.01	Option : gériatrie et biologie du vieillissement
	CS	- Service de soins de Longue Durée et d'Hébergement Gériatrique / Hôpital de La Robertsau		
BERTSCHY Gilles	NRP6	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale	49.03	Psychiatrie d'adultes
	CS	- Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil		
BLICKLÉ Jean-Frédéric	NRP6	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED)/CS	53.01	Option : médecine Interne
	CS	- Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC		
Mme BOEHM-BURGER Nelly	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02	Cytologie et Histologie (option biologique)
BONNOMET François	NRP6	• Pôle de l'appareil locomoteur	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	CS	- Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP		
BOURCIER Tristan	NRP6	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI	55.02	Ophtalmologie
	NCS	- Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil		
BOURGIN Patrice	NRP6	• Pôle tête et cou	49.01	Neurologie
	NCS	- Service de Neurologie / Hôpital Civil		
BOUSQUET Pascal	NRP6	• Pôle de pharmacie-pharmacologie	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
	NCS	- Institut de Pharmacologie / Faculté de Médecine		
Mme BRIGAND Cécile	NRP6	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation	53.02	Chirurgie générale
	NCS	- Service de Chirurgie générale et Digestive / HP		
BRUANT-RODIER Catherine	NRP6	• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie	50.04	Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
	NCS	- Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil		
BURSZTEJN Claude	NRP6	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale	49.04	Pédopsychiatrie
	CS	- Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC		
CANDOLFI Ermanno	NRP6	• Pôle de Biologie	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
	CS	- Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / Faculté • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine		

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre

...

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CANTINEAU Alain	RP6 CS	• Pôle de Santé publique - Service de Pathologie Professionnelle et de Médecine du Travail / Hôpital Civil	46.02 Médecine et santé au travail
CASTELAIN Vincent	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CAZENAVE Jean-Pierre	Dir/NCS	- Etablissement Français du Sang - Alsace / EFS	47.01 Hématologie (option biologique)
CHAKFE Nabil	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
Mme CHARLOUX Anne	NRP6 NCS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
CHAUVIN Michel	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CHRISTMANN Daniel	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne et des Maladies Infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil CSp - Laboratoire d'Hygiène hospitalière / Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
CINQUALBRE Jacques	NRP6 CS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / Hôpital de Hautepierre	53.02 Chirurgie générale
CLAVERT Jean-Michel	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
Pr CLAVERT Philippe	NRP6 CS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
CONSTANTINESCO André	NRP6 CS	• Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et explorations fonctionnelles in vivo / NHC et HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CRIBIER Bernard	NRP6 CS	• Pôle de chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
Mme DANION-GRILLIAT Anne	RP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC et Hôpital de l'Eisau	49.04 Pédiopsychiatrie
de BLAY de GAIX Frédéric	NRP6 NCS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
DEBRY Christian	NRP6 CS	• Pôle tête-cou - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme	NRP6 NCS	• Pôle tête et cou - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
DIEMUNSCH Pierre	NRP6 CS	• Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
DIETEMANN Jean-Louis	NRP6 CS	• Pôle d'imagerie - Service de Radiologie II / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
DOFFOEL Michel	RP6 CS	• Pôle hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Hépatogastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil	52.01 Option : Gastro-entérologie
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRP6 CS	• Pôle de biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard	NRP6 CS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick	Dir.	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02 Option : Cancérologie clinique
DUPEYRON Jean Pierre (5) (7)	Siho Cons	• Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRP6 NCS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FISCHBACH Michel	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
FROELICH Sébastien	NRP6 NCS	• Pôle Tête et cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
GANGI Afshin	RP6 NCS	• Pôle d'imagerie - Service de Radiologie B / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GENTINE André	NRP6 NCS	• Pôle tête-cou - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
GENY Bernard	NRP6 NCS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GICQUEL Philippe	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	RP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED)	

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MANGIN Patrice (3)	NCS	(en détachement à Lausanne / Suisse du 01.09.96 au 31.08.10) - Institut (Laboratoire) de Médecine Légale et d'Analyses Toxicologiques / Faculté	46.03 Médecine légale et droit de la santé (option biologique)
MARESCAUX Christian	NRP6 NCS	• Pôle tête-ou - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
MARESCAUX Jacques	NRP6 CS	• Pôle hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
MARK Manuel	NRP6 NCS	• Pôle de biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC • Laboratoire d'Immunopathologie / Faculté de Médecine	47.03 Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert	NRP6 NCS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHELJN Carole	NRP6 NCS	• Pôle de gynécologie-obstétrique - Unité de Sérologie - Hôpital Civil	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRP6 CS	• Pôle d'onco-hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Pr MEYER Nicolas	NRP6 NCS	• Pôle de santé publique - Service de Santé Public / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MONASSIER Laurent	NRP6 NCS	• Pôle de pharmacie-pharmacologie • Institut de Pharmacologie / Faculté de Médecine	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno	NRP6 CS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MULLER André	NRP6 NCS	• Pôle tête et ou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique
MUTTER Didier	NRP6 NCS	• Pôle hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRP6 NCS	• Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël	RP6 NCS	• Pôle de gynécologie-obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-obstétrique
NOEL Georges	NCS	• Centre Régional de lutte contre le cancer Paul Strauss (par convention) - Service de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
OUDET Pierre (5) (7)	Smb Cons	• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
PASQUALI Jean-Louis	RP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC • Laboratoire d'Immunopathologie / Faculté de Médecine	47.03 Immunologie (option clinique)
PATRIS Michel (2) (8)	Smb Cons	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
PESSAUX Patrick	NRP6 NCS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale, Hépatique et Endocrinienne / HP	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry	NCDp	• Centre Régional de Lutte contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département d'Oncologie	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Cancérologie Clinique
PINGET Michel	RP6 CS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service d'Endocrinologie, de diabète et des maladies métaboliques / Hôpital Civil	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PRADIGNAC Alain	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
POTTECHER Thierry	RP6 NCS	• Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / HP	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme QUOIX Elisabeth	RP6 CS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
Pr RAUL Jean-Gébastien	NRP6 NCS	• Pôle de biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
Pr RICCI Roméo	NRP6 NCS	• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie cellulaire
ROHR Serge	NRP6 CS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROUL Gérard	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine	NRP6 CS	• Pôle d'imagerie - Service de Radiologie B / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Henri	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepeire	50.01 Rhumatologie
GRUCKER Daniel	NRP6 NCS	• Pôle de biologie - Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC
GUT Jean-Pierre	NRP6 CS	• Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Virologie / Faculté de Médecine	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
HANNEDOUCHE Thierry	NRP6 CS	• Pôle de Néphrologie-Urologie-Diabétologie-Endocrinologie (NUDE) - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne et des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
HASSELMANN Michel	NRP6 CS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
HERBRECHT Raoul	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Département d'Hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepeire	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard	NRP6 NCD	• Pôle tête-cou - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
JACOMIN Didier	NRP6 CS	• Pôle de Néphrologie-Urologie-Diabétologie-Endocrinologie (NUDE) - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
JAECK Daniel (1) (9)	S/hb Cons	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale, Hépatique et Endocrinienne / HP	53.02 Chirurgie générale
JAEGER Albert (2) (8)	S/hb Cons	• Administration Générale - Chargé de mission - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.02 Réanimation
JAEGER Jean-Henri	NRP6 CS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique du genou et de traumatologie du sport - CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
JAILHAC Benoît	NRP6 CS	• Pôle de biologie Institut (Laboratoire) de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRP6 NCS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service d'Endocrinologie, de diabète et des maladies métaboliques / Hôpital Civil	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KAHN Jean-Luc	NRP6 CS NCS	• Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Pôle de chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Serv. de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / HC - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HC	42.01 Anatomie (option clinique, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
KALTENBACH Georges	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Hôpital de La Robertsau - Service de soins de longue durée / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEHRLI Pierre	NRP6 CS	• Pôle tête-cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital Hautepeire	49.02 Neurochirurgie
KEMPF Jean-François	RP6 CS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence	NRP6 NCS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service d'Endocrinologie, de Diabète et des Maladies métaboliques / Hôpital Civil	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRP6 NCS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KOENIG Michel	NRP6 NCS	• Pôle de biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
KOPFERSCHMITT Jacques	NRP6 CS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
KRETZ Jean Georges	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
KURTZ Jean-Emmanuel	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Département d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepeire	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
LANG Hervé	NRP6 NCS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LANG Jean-Marie (1) (9)	S/hb Cons	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Hôpital de jour "Le trait d'union Centre de soins de l'infection par le VIH" Nouvel Hôpital Civil	47.01 Hématologie (option clinique)
LANGER Bruno	NRP6 NCS	• Pôle de gynécologie-obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepeire	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-obstétrique
LAUGEL Vincent	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepeire	54.01 Pédiatrie
LIPSKER Dan	NRP6 NCS	• Pôle de chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe	NRP6 CS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
LUDES Bertrand	RP6 CS	• Pôle de biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté	46.03 Médecine légale et droit de la santé (option biologique)
LUTZ Patrik	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Pédiatrie 3 / Hôpital Hautepeire	54.01 Pédiatrie
MAITROT Daniel (1) (9)	S/hb Cons	• Pôle tête-cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital Hautepeire	49.02 Neurochirurgie
MANDEL Jean-Louis (et. A1)	NRP6 CS	• Pôle de biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SANDNER Guy	NRP6 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
SAUDER Philippe	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUSSINE Christian	NRP6 NCS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
SCHLIENGER Jean-Louis	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne et de Nutrition/Hôpital Haute-pierre	53.01 Médecine interne ; Gériatrie et biologie du vieillissement (option Médecine interne)
SCHNEIDER Francis	RP6 CS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Haute-pierre	48.02 Réanimation
SCHULTZ Philippe	NRP6 NCS	• Pôle tête-cou - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SIBILIA Jean	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme STEIB Anniek	NRP6 CS	• Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul	NRP6 CS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique du rachis / Nouvel Hôpital Civil	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de l'Hypertension, des Maladies vasculaires et Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme STOLL-KELLER Françoise	NRP6 NCS	• Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Virologie / Faculté de Médecine	45.01 Option : Bactériologie-virologie (option biologique)
Mme TRANCHANT Christine	RP6 CS	• Pôle tête et cou - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
VAUTRAVERS Philippe	NRP6 CS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Service de Médecine physique et de réadaptation / HP	49.05 Médecine physique et de réadaptation
VEILLON Francis	NRP6 CS	• Pôle d'imagerie - Service de Radiologie I / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRP6 NCS	• Pôle de santé publique - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie / Faculté de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
VIDAILHET Pierre	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRP6 NCS	• Pôle de biologie - Service de Biologie de la Reproduction / SIHCUS	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
WATTIEZ Amaud	NRP6 NCS	• Pôle de gynécologie-obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie médicale Option Gynécologie-Obstétrique
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne A / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WIHLM Jean Marie	NRP6 CS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme WILK Astrid	RP6 CS	• Pôle de chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et réparatrice / HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
WOLF Philippe	NRP6 NCS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / Hôpital de Haute-pierre - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HUS	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFRAM-GABEL Renée	NRP6 NCS	• Pôle de chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / Hôpital Civil • Institut d'Anatomie Normale / Hôpital Civil	42.01 Anatomie (option biologique)

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier)

P6 : Pôle

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2011

(2) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2012

(3) En détachement jusqu'au 31.08.2010

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2013

Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

RP6 (Responsable de Pôle) ou NRP6 (Non Responsable de Pôle)

Dir : Directeur

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable -> 31.08.2011

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) -> 31.08.2011

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) -> 31.08.2011

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE SUR CONTINGENT NATIONAL

NEANT

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)			
AGIN Arnaud		• Pôle de biologie - Laboratoire d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / Nouvel Hôpital Civil	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Dr ALEIL Boris		• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de l'Hypertension, des Maladies vasculaires et Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
Dr BARRIERE Philippe		• Pôle de chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et réparatrice / HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
BARUTHIO Joseph		• Pôle de biologie - Labo. d'Explorations Fonctionnelles par les Isotopes / NHC • Institut de Physique Biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme la Dre BEAU-FALLER Michèle		• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BIANCALANA épouse BRUCKMANN Valérie		• Pôle de biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Dr BIERRY Guillaume		• Pôle d'imagerie - Service de Radiologie II / Hôpital de Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme BILLING-WOLF Michèle		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme la Dre BROESSEL Nathalie		• Pôle de santé publique - Service de Pathologie Professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
CERALINE Jocelyn		• Pôle d'Onco-hématologie - Département d'Hématologie et d'Oncologie / HP	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
Dr CHARLES Yann-Philippe		• Pôle de l'appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique du rachis / Nouvel Hôpital Civil	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHOQUET Philippe		• Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Dr COLLANGE Olivier		• Pôle de l'appareil locomoteur Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
Dre CROCE Sabrina ép. KLEINMANN		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
DALU-YOUCHEF Ahmed Nassim		• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELAUNOY Jean Pierre		• Pôle de biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Dre de MARTINO Sylvie		• Pôle de biologie - Laboratoire de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Dr DEVYS Didier		• Pôle de biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Dre DI MARCO Paola		• Pôle de pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Dr DOLLÉ Pascal		• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme la Dre DORAY Bérénice		• Pôle de biologie - Service de Génétique médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (option génétique)
Dr DOUTRELEAU Stéphane		• Institut de Physiologie Appliquée / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme la Dre FAFI-KREMER Samira		• Pôle de biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Dr FILISETTI Denis		• Pôle de biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / Faculté et HP	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme la Dre FLORI Elisabeth	- CS -	• Pôle de biologie - Laboratoire de Cytogénétique / Hôpital Haute-pierre	47.04 Génétique (option biologique)
Dr FOUCHER Jack		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme GAUB Marie-Pierre		• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Dr GOETZ Christian		• Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et explorations fonctionnelles in vivo / NHC et HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
GOUNOT Daniel		• Institut de Physique Biologique / Faculté de Médecine • Pôle de biologie - Labo. d'Explorations Fonctionnelles par les Isotopes / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
GUERIN Eric		• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)

NOM et Prénoms (Dr(e) en médecine)	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Dr JACAMON-FARRUGIA Audrey	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de biologie Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine 	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
JEHL François	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de biologie Institut (Laboratoire) de Bactériologie / Faculté de Médecine 	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de biologie Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil 	47.04	Génétique (option Biologique)
Mme KEMMEL Véronique	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de biologie Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP 	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme la Dre KORGANDW Anne-Sophie	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC 	47.03	Immunologie (option clinique)
Dr KOSCINSKI Isabelle	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de biologie Laboratoire de Biologie de la reproduction / SIHCUS-CMCO Schitighem 	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; option biologique
KREMER Stéphane	<ul style="list-style-type: none"> Pôle d'imagerie Service de Radiologie II / Hôpital de Hauteierre 	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Dr LACREUSE Isabelle	<ul style="list-style-type: none"> Pôle médico-chirurgical de pédiatrie Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hauteierre 	54.02	Chirurgie infantile
Mme LAMOUR Valérie	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de biologie Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP 	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme la Dre LANNES Béatrice	<ul style="list-style-type: none"> Institut d'Histologie / Faculté de Médecine Pôle de biologie Service de Pathologie / Hôpital de Hauteierre 	42.02	Cytologie et Histologie (option biologique)
Dr LAVAUX Thomas	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de biologie Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP 	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Dr LAVIGNE Thierry	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI Laboratoire d'Hygiène hospitalière / Hôpital Civil prévention (option biologique) 	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Dr LE MINOR Jean-Marie	<ul style="list-style-type: none"> Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine Pôle d'imagerie Service de Radiologie A / Nouvel Hôpital Civil 	42.01	Anatomie (option clinique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de biologie Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / Faculté Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine 	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme la Dre LONSDORFER-WOLF Evelyne	<ul style="list-style-type: none"> Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine Pôle de Pathologie thoracique Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC 	44.02	Physiologie
Dr MOREAU François	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) Service d'Endocrinologie, de diabète et des maladies métaboliques / Hôpital Civil 	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de biologie Service de Biologie de la Reproduction / SIHCUS 	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de biologie Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil 	47.04	Génétique (option biologique)
Dr OBERLING Philippe	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de Psychiatrie et de santé mentale Service de Psychiatrie I / HC 	44.02	Physiologie (option clinique)
Dr PETER Jean-Daniel	<ul style="list-style-type: none"> Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR Département d'Anesthésiologie / Nouvel Hôpital Civil 	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
PFAFF Alexander	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de biologie Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / Faculté 	45.02	Parasitologie et mycologie
PIQUARD François	<ul style="list-style-type: none"> Institut de Physiologie / Faculté de Médecine Pôle de Pathologie thoracique Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC 	44.02	Physiologie (option biologique)
POULET Patrick	<ul style="list-style-type: none"> Institut de Physique Biologique / Faculté de médecine Pôle de biologie Labo. d'Explorations Fonctionnelles par les Isotopes / NHC 	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
PREVOST Gilles	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de biologie Institut (Laboratoire) de Bactériologie / Faculté de Médecine 	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme la Dre RADOSAVLJEVIC Mirjana	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de biologie Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil 	47.03	Immunologie (option biologique)
RIEGEL Philippe	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de biologie Institut (Laboratoire) de Bactériologie / Faculté de Médecine 	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Dr ROGUE Patrick (et. A2)	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de biologie Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / NHC 	44.01	Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
ROUSSEL Guy	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de biologie Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / NHC 	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SAMAMA Brigitte	<ul style="list-style-type: none"> Institut d'Histologie / Faculté de Médecine 	42.02	Cytologie et Histologie (option biologique)
Dr SAULEAU Erik-André	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de santé publique Service de Santé Public / Hôpital Civil Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine 	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SCHAEFER Adrien	<ul style="list-style-type: none"> Institut de Physiologie / Faculté de Médecine Pôle de biologie Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC 	44.02	Physiologie (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme la Dre SCHAEFFER Christiane		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Cytologie et Histologie (option biologique)
SCHETTEL Jean-Michel		• Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Option : <u>Bactériologie-virologie</u> (biologique)
Mme SCHMITT Fabienne		• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme SCHMITT Marie-Paule		• Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Virologie / Faculté de Médecine	45.01 Option : Bactériologie- <u>virologie</u> (biologique)
Mme la Dre SCHVOERER Evelyne		• Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Virologie / Faculté de Médecine	45.01 Option : Bactériologie- <u>virologie</u> (biologique)
Dre SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEIBEL Jérôme		• Institut de Physique Biologique / Faculté de Médecine • Pôle de biologie - Labo. d'Explorations Fonctionnelles par les Isotopes / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Dr TALHA Samy		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Dr TELETIN Marius		• Pôle de biologie - Service de Biologie de la Reproduction / SIHCUS	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Dr THAVEAU Fabien		• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
Dr TRACQUI Antoine		• Pôle de biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine légale et droit de la santé (option biologique)
Mme la Dre URING-LAMBERT Béatrice		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de biologie - Laboratoire d'Immunologie et d'Hématologie / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Dr VALLAT Laurent		• Pôle de biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme VAXMAN Martine		• Pôle de biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Cytologie et Histologie (option biologique)
Mme la Dre VILLARD Odile		• Pôle de biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / Faculté et HP	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Dr WALLER Jocelyn		• Pôle de biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / Faculté et HP	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
ZOLL Joffrey		• Pôle de Chirurgie Thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEUR DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
---------------------	---	-----	---

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

BURGUN Jean-Claude	Centre de Neurochimie - 5, rue Blaise Pascal - Strasbourg	64.	Biochimie et Biologie moléculaire
DANSE Jean-Marc	Institut de Chimie Biologique / Faculté de Médecine	64.	Biochimie et Biologie moléculaire
HANAUER André	Institut de Chimie Biologique / Faculté de Médecine	37.03	Génétique (Groupe X section hors médecine)
NORMAND Guy	Institut de Chimie Biologique - Centre de Neurochimie	64.	Biochimie et Biologie moléculaire
Mme RASMUSSEN Anne	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**C1 - PROFESSEURS ASSOCIES (mi-temps)**

Pr Ass. KOPP Michel Médecine Générale (depuis le 1.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2013)
Pr Ass. LEVEQUE Michel Médecine générale (depuis le 1.09.2000 ; renouvelé jusqu'au 31.08.2012)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE (mi-temps)

Dr JUNG Catherine Médecine générale (1.09.2008 au 31.08.2011)
Dr GRALL Jean-Christian Médecine générale (1.09.2008 au 31.08.2012)

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACKER Pia Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme GIRAUD Norma Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.06)
Mme JUNGER Nicole Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICES NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et de Réanimation néonatale / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre BIENTZ Jocelyne	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr FAVRE Romain	CS	
Mme Dre FLESCH Françoise	NRP6 CS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Pr LESSINGER Jean-Marc	CS	
Dr NISAND Gabriel	NRP6 CS	• Pôle de Santé Publique - Service de Santé Publique / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP6 NCS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVIH - Hôpital de jour "Le trait d'union" - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre ALT-TEBACHER Martine	NRP6 Resp	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Centre de pharmacovigilance / Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o de droit et à vie (membres de l'Institut)
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
KARLI Pierre (Neurophysiologie)
- o pour trois ans (1er septembre 2008 au 31 août 2011)
MONTEIL Henri (Bactériologie)
PAULI Gabrielle (Pneumologie)
WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie)
- o pour trois ans (1er septembre 2009 au 31 août 2012)
SCHRAUB Simon (Radiothérapie)
- o pour trois ans (1er septembre 2010 au 31 août 2013)
MAITRE Michel (Biochimie et Biol. molécul.)
MEYER Christian (Chirurgie générale)
VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UdS (2009-2010)

Dr GACHET Christian Hématologie (2007-08, 2008-09, 2009-10)
Dr HANAU Daniel Immunologie (2006-07, 2007-08, 2008-09, 2009-10)
Dr RÖHMER Jean-Georges Psychiatrie (2009-2010)
Dr RODIER Jean-François Chirurgie - Centre Anticancéreux P. Strauss (2009-2010)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KIENY René (Chirurgie vasculaire) / 01.10.93
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KIRN André (Virologie) / 01.09.99
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
BIENTZ Michel (Santé publique) / 01.09.04	KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BOCKEL René (Gastro-Entérologie) / 01.10.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	LESSARD Michel (Hématologie biologique) / 01.09.07
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BRINI Alfred (Ophtalmologie) / 01.10.89	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
CANGUILHEM Bernard (Physiologie) / 01.10.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
CHAMBRON Jacques (Biophysique) / 01.10.99	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAUMONT André (Médecine légale) / 01.10.93	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.96
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	OTTENI Jean-Claude (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.03
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	RENAUD Robert (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.97
EBTINGER René (Pédopsychiatrie) / 15.05.93	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	RITTER Jean (Gynécologie-obstétrique) / 01.09.02
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	RUEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
GAUTHIER-LAFAYE Pierre (Anesthésiologie-Réa.chir.) / 01.10.87	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
HABEREY Pascal (Physiologie) / 01.09.01	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JUIF Jean-Georges (Pédiatrie) / 01.10.92	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KEMPF François (Radiologie) / 12.10.87	WEILL Jean-Pierre (Gastro-entérologie) / 01.10.93
KEMPF Ivan (Chirurgie orthopédique) / 01.09.97	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WITZ JEAN-Paul (Chirurgie thoracique) / 01.10.90
KIEN Truong Thai (Parasitologie) / 01.09.03	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine - 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : *Nouvel Hôpital Civil* : 1, place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : *Hôpital Civil* : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.11.67.68

- HP : *Hôpital de Hautepierre* : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.12.80.00

- *Hôpital de La Robertsau* : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.11.55.11

- *Hôpital de l'Elsau* : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.68.11.67.68

- *Hôpital Lyautéy* : 1, rue des Canoniers - 67100 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.11.63.51

SIHCUS : Syndicat interhospitalier de la Communauté Urbaine de Strasbourg : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.62.83.00

C.C.O.M. : Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.68.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.25.24.24

RESPONSABLES DE LA SECTION MÉDECINE ET DU DÉPARTEMENT DE SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

M. Yann MARCHAND, Conservateur en chef, responsable du Département Santé
Mme Marion BERNARD, Conservateur, responsable de la Bibliothèque de Médecine (1er juillet 2011)

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

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

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

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean-Louis Schlienger.

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce travail. Soyez assuré de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Claude Bronner.

Je vous remercie de m'avoir confié ce sujet passionnant, qui m'a ouvert des horizons insoupçonnés. Je vous suis très reconnaissante de votre disponibilité, de votre accueil, de vos conseils, et de votre soutien, mais aussi de la liberté que vous m'avez laissée sur la façon de mener ce travail.

A Monsieur le Professeur Thierry Pottecher

Je vous remercie d'accepter de juger ce travail. Recevez ici le témoignage de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Jacques Cinqualbre

Votre présence parmi les membres du jury m'honore. Trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Yves Hansmann.

Vous avez eu la gentillesse de participer à ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'assurance de ma reconnaissance.

Je remercie mes parents, pour m'avoir transmis le goût d'apprendre, et l'envie infinie de comprendre.

Je remercie ma famille pour son soutien, les valeurs qu'elle m'a transmises, la force qu'elle me donne au quotidien et la confiance qu'elle sait m'insuffler.

Je remercie les amis rencontrés au fil des années en Normandie, en Alsace, ou ailleurs, pour les moments passés ensemble, dont la richesse me guide chaque jour.

Je remercie Catherine, Anne, Claire et Élisabeth, pour les six mois (et plus...) passés à leurs côtés. Ce travail me permettra de devenir Docteur en Médecine, mais c'est au Neuhof que je suis devenue "Docteur traitant".

Je remercie tout particulièrement Juliette, pour ses précieux conseils, Émile, pour l'assistance informatique, Claire pour les discussions qui m'ont permis d'avancer dans ma réflexion, Elsa pour savoir si bien se faire l'écho de ma pensée, et Meher pour la qualité de son travail et les nombreux conseils informatiques.

Je remercie Justus, pour son amour, son infaillible soutien, sa tendresse, sa patience, et son écoute attentive qui savent apaiser même les plus tourmentées de mes pensées.

Je remercie Sophie, pour ses conseils et sa relecture, mais surtout pour tout le reste.

Abréviations utilisées

ACFM : Association Confédérale pour la Formation Médicale

AFFM : Association Fédérale pour la formation médicale

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AGECOMED : Association pour la gestion de la contribution conventionnelle des
médecins

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ASFORMED : Association Nationale pour la Formation Médicale continue

BMJ : British Medical Journal

CNFMC : Conseil National de la Formation Médicale Continue

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRFMC : Conseil Régional de Formation Médicale Continue

CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français

EBM : Evidence Based Medicine

EPP : Évaluation des pratiques professionnelles

FAF : Fond d'Assurance Formation

FMC : Formation Médicale Continue

FMF : Fédérations des Médecins de France

FPC : Formation Professionnelle Conventionnelle

GOFIMEC : Groupement des Organismes de Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoire

IEC : Inhibiteur de l'enzyme de conversion

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

JAMA : Journal of the American Association

LEEM : Les entreprises du Médicament

MST : Maladies sexuellement transmissibles

NEJM : New England Journal of Medicine

OGC : Organisme Gestionnaire Conventionnel

QCM : Questions à choix multiples

RCP : Résumé des caractéristiques du Produit

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SIDA : Syndrome immuno-déficience acquise

SML : Syndicat de la Médecine Libérale

SNEMG : Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale

UCCSF : Union Collégiale des Chirugiens et de Spécialistes Français

UNAFORMEC : Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

Avant-propos

Au début de l'année 2010, je demande au Dr Bronner de me proposer un sujet de thèse ; il me suggère la formation médicale continue des généralistes, dont le dispositif doit être remanié par la "Loi Hôpital Patients Santé Territoire".

J'ai suivi d'une oreille très distraite les débats autour de cette loi, et le système de formation continue des médecins généralistes m'est inconnu, mais le sujet m'intéresse ; je me lance alors dans ce travail.

Et je vais de surprise en surprise.

A l'heure où des modifications législatives vont faire évoluer le système en place, il me semble intéressant de retracer les évolutions successives à l'origine du dispositif actuel ; au lieu du long fleuve tranquille que je pensais trouver, je plonge dans 60 ans de querelles intestines, de rivalités, de multiples tentatives avortées, aboutissant à un système rendu bancal par des blocages administratifs et législatifs.

Par ailleurs, je prends conscience qu'à quelques mois de la fin de mon internat, j'ignore tout du dispositif de formation dans lequel je vais bientôt entrer, et qu'il en est de même pour mes collègues, en dépit de l'obligation légale de se former.

Puis, alors que la formation continue est pour moi le corollaire essentiel de mon exercice, je découvre que le barème en place est restrictif, un peu rigide ; alors que j'estime me former beaucoup, et y prendre plaisir, je me rends compte que pour valider mon

obligation de formation, j'aurais été contrainte de me former d'un côté à ma manière, et d'aller "chercher mes points" de l'autre.

Je me tourne alors vers la littérature pour trouver des pistes permettant d'imaginer un nouveau barème plus souple, mais je constate qu'au sujet de la formation continue, les données de la littérature exploitables sont assez pauvres, hétérogènes, voire disparates, et qu'il est très difficile d'en tirer des conclusions pour la pratique.

C'est ainsi que naît l'idée d'un questionnaire destinés aux médecins généralistes : ont-ils eux-aussi intégré à leur formation des moyens absents du barème encore en vigueur peu de temps auparavant ? Leur formation déborde-t-elle d'un cadre législatif que je trouve inadapté à mon cas ?

Les réponses dépassent mes espérances ; je suppose mon échantillon plus impliqué dans la formation continue que l'ensemble des médecins mais l'avis des médecins qui ont répondu a d'autant plus de valeur qu'ils se trouvent donc dans la même situation que moi : investis dans la formation, ils révèlent des habitudes qui s'éloignent du moule prévu, par le recours à des méthodes non valorisées dans le système des crédits.

Cette constatation, ainsi que les connaissances acquises lors de la rédaction des premiers chapitres m'ont conduite à m'interroger de manière plus globale sur la formation continue, et sur la façon dont elle s'inscrit dans la pratique des généralistes.

Ce travail a été pour moi l'occasion de préciser les moyens et les objectifs de la formation continue : je ne pouvais souhaiter mieux à l'issue de ma formation initiale.

Table des matières

INTRODUCTION	23
PREMIÈRE PARTIE	26
GÉNÉRALITÉS	26
A. Historique de la formation médicale continue	27
1) <i>Le dix-neuvième siècle</i>	27
2) <i>L'après guerre</i>	27
3) <i>Années 70-80 : des EPU à la FMC</i>	28
4) <i>Années 80 : débuts des financements</i>	30
5) <i>Années 90 : FMC financée et obligatoire, naissance de l'EPP</i>	31
6) <i>Loi du 4 mars 2002</i>	34
7) <i>2004 : abandon des sanctions disciplinaires, obligation d'évaluation des pratiques professionnelles</i>	36
8) <i>2009 : Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire</i>	37
B. Différentes modalités de formation continue des médecins généralistes, en 2011	39
1) <i>Les séminaires dispensés par les associations</i>	39
2) <i>La presse médicale</i>	41
3) <i>Les pairs</i>	42
a) Le groupe de pairs.....	44
b) Les groupes qualité.....	45
c) Les groupes d'échange de pratique.....	46
4) <i>Internet</i>	47
a) Google.....	47
b) Sites internet médicaux.....	48
c) e-learning.....	50
d) Groupe de pairs virtuels.....	51
e) Forum médicaux de patients.....	52
5) <i>La visite médicale</i>	53
6) <i>Les étudiants en médecine : internes et externes</i>	54
7) <i>Recommandations</i>	55
a) La Haute Autorité de Santé.....	55
b) L'Assurance Maladie.....	55
c) L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.....	56
8) <i>L'évaluation des pratiques professionnelles</i>	57
a) Méthodes basées sur l'analyse en groupe.....	57
b) L'audit.....	58
c) Réseaux.....	58
d) Registres, observatoires, bases de données.....	58
e) La visite académique.....	59
f) Chemin clinique.....	60
9) <i>Logiciel d'aide à la prescription</i>	60
10) <i>Formation universitaire et congrès</i>	61
11) <i>Groupes Balint</i>	61
12) <i>Les soirées formation organisées par l'industrie pharmaceutique</i>	62
C. L'évaluation de la formation médicale continue	63
1) <i>La diffusion de l'information par matériel didactique imprimé</i>	65

2) <i>Actions de formation</i>	66
3) <i>Les visites de sensibilisation</i>	67
4) <i>Audit avec retour d'information</i>	68
5) <i>Les leaders d'opinion</i>	69
6) <i>Les rappels au moment de la décision</i>	70
DEUXIÈME PARTIE : L'ENQUÊTE	74
A. Méthode	75
1) <i>Protocole d'étude</i>	75
a) Choix du sujet	75
b) Élaboration du questionnaire.....	75
c) Recrutement.....	76
d) Modalités d'envoi.....	77
e) Le questionnaire	79
2) <i>Recueil des données</i>	82
B. Résultats	83
1) <i>Population étudiée</i>	83
a) Sexe et âge.....	83
b) Implication dans la formations.....	84
c) Conditions d'exercice.	84
2) <i>Importance relative des différentes formations</i>	85
a) Pour l'ensemble de l'échantillon	85
b) Par profil	86
1) <i>Les formateurs</i>	86
2) <i>Les maîtres de stage</i>	87
3) <i>Réponses par type de formation</i>	88
a) Formations présentielle.....	88
1) <i>Utilisation des différentes formations</i>	89
2) <i>Réponses pour les remplaçants</i>	89
3) <i>Thèmes des séminaires</i>	90
b) Pairs.....	91
c) Lecture de la presse.....	93
d) Internet.....	95
1) <i>Sites utilisés, non répertoriés dans le questionnaire</i>	97
2) <i>Commentaires sur l'utilisation d'Internet</i>	101
e) Évaluation des pratiques professionnelle.....	101
f) Présences d'étudiants.....	102
g) Utilisation d'un logiciel	103
g) Consultation des recommandations.....	104
h) Lecture d'ouvrages médicaux.....	105
i) Visiteurs médicaux.....	107
j) Formation universitaire.....	109
k) Participation à des congrès.....	110
l) Autres.....	110
C. Discussion	111
1) <i>Points de comparaison</i>	111
a) Caractéristiques de l'échantillon	111
<i>Répartition par classe d'âge des médecins masculins</i>	112
<i>Répartition par classe d'âge des médecins féminins</i>	113
b) Implication dans la formation	113

c) Conditions d'exercice.....	114
2) <i>Force et faiblesse de l'enquête</i>	114
3) <i>Éléments essentiels de l'enquête</i>	116
a) Importance relative des différentes formations.	116
b) Formations présentielle.....	118
c) Lecture de la presse	119
d) Internet	120
e) Évaluation des pratiques professionnelles	121
f) Présence d'étudiants.	123
g) Utilisation d'un logiciel.....	124
h) Visiteurs médicaux	125
TROISIÈME PARTIE : RÉFLEXIONS SUR LA FORMATION MÉDICALE CONTINUE	128
A. Objectifs de la formation médicale continue	130
B. Décision médicale dans la pratique quotidienne	133
C. Quelle formation pour quelle capacité ?	138
1) <i>savoir et savoir faire</i>	139
2) <i>savoir-être</i>	143
a) Le savoir-être, compétences innées ? Talent de psychologues ? Techniques de manipulation ?	143
b) Le savoir-être - atout majeur de la qualité des soins.....	145
c) Quelles formations pour le savoir-être ?	147
3) <i>l'expertise du praticien</i>	148
D. Place de l'évaluation des pratiques professionnelles	149
E. Le DPC : habile combinaison de FMC et d'EPP ?	152
F. Formation initiale : un rôle à jouer dans la formation continue ...	154
G. Limites de la formation médicale continue	156
CONCLUSION	159
BIBLIOGRAPHIE	164
ANNEXES	182
A. Annexe 1 : commentaires concernant l'utilisation d'Internet	183
1) <i>Utilisation ciblée, en réponse à une question précise</i>	183
2) <i>Recherche documentaire</i>	188
3) <i>e-learning</i>	189
B. Annexe 2 : commentaires sur une expérience d'évaluation des pratiques professionnelles	190
1) <i>Commentaires positifs</i>	190
2) <i>Commentaires négatifs</i>	197
C. Annexe 3 : Commentaires maîtrise de stage	202
D. Annexe 4 : Commentaires sur la visite médicale	212
1) <i>Refus de la visite médicale</i>	212
2) <i>Visite médicale reçue par pitié, politesse, en attendant qu'elle disparaisse, ou en sursis</i>	223
3) <i>Visite médicale pour la convivialité, la détente, le moment de pause</i>	225
4) <i>Intérêt de la visite médicale dans la formation</i>	226
5) <i>Visite médicale indispensable</i>	231
E. Annexe 5 : Autres	232
1) <i>Associations de FMC</i>	232

2) Formation à la relation, psychanalytique, supervision, ou formation en psychologie.....	235
3) L'expérience.....	236
4) La recherche.....	236
5) Média grands publics.....	237
6) Travail en réseau.....	238
7) Activité de formateur.....	239
8) Les patients.....	240
9) Culture générale.....	241

Introduction

La loi dite "Hôpital, Patients, Santé, Territoire" a été adoptée par l'Assemblée Nationale le 23 juin 2009 ; elle instaure le principe du Développement Professionnel Continu, qui rassemble au sein du même dispositif le perfectionnement des connaissances et l'évaluation des pratiques professionnelles.

Ce nouveau projet s'inscrit dans une longue évolution, débutée à la fin du dix-neuvième siècle, au cours de laquelle la formation continue des médecins généralistes s'est peu à peu mise en place.

Une modernisation du système en place semblait nécessaire, à l'heure où Internet bouleverse notre rapport à l'information, où de nouvelles approches viennent compléter les méthodes de formation plus traditionnelles, et où, enfin, l'exigence de qualité des soins s'accroît sans cesse.

Mais, si de nombreux auteurs se sont intéressés à la question de l'efficacité des différentes méthodes de formation, peu de travaux ont cherché à analyser l'utilisation qu'en font les médecins au quotidien.

L'évaluation des pratiques professionnelles, entrée discrètement dans la loi en 2004, se voit accorder par la loi "Hôpital, Patients, Santé, Territoire" un rôle central. La HAS, à qui le développement de ce dispositif avait été confié, a su développer différentes méthodes d'auto-évaluation des pratiques. Quelle est, actuellement, la place de cette évaluation dans la formation continue des médecins généralistes et comment est-elle perçue par ceux qui l'ont expérimentée ? Quelles autres démarches pourraient être reconnues au titre de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles ?

Le Conseil National de la Formation Continue des Médecins Libéraux avait, en 1998, élaboré un barème, accordant à différents modes de formation un certain nombre de crédits. Treize ans plus tard, ce barème apparaît caduc, essentiellement du fait du développement de l'informatique, et des nouveaux modes de communication. Alors que ces nouveaux outils offrent des perspectives nouvelles en terme de formation, comment les médecins les ont-ils intégrés à leur pratique ?

Par un questionnaire destiné aux médecins généralistes libéraux, nous cherchons à faire un état des lieux, en 2011, de l'importance que revêtent les différentes techniques de formation continue dans leur quotidien.

Première partie

Généralités

A. Historique de la formation médicale continue

1) Le dix-neuvième siècle

Il n'est évidemment pas possible de dater la naissance de la formation médicale continue. Mettre à jour ses connaissances, apprendre de nouvelles techniques, suivre le progrès font vraisemblablement partie de tout soignant un tant soit peu animé d'une curiosité scientifique, et la formation médicale continue (FMC) partage donc son origine avec celle de l'art de soigner.

Cependant, la FMC telle que nous la connaissons émerge avec l'ère de la médecine dite moderne (1).

Le début du 19^{ième} siècle voit ainsi la naissance de deux mouvements (2) :

- la création de la **presse médicale**, avec par exemple l'apparition de la Gazette Médicale de Strasbourg en 1840, dont le but est de *"répandre le mouvement scientifique qui s'opère"*,
- le rassemblement de médecins en **association**, dans un but de formation. On peut ainsi citer en exemple la Société de Médecine de Strasbourg créée en 1848, dont les membres (hospitaliers et praticiens de terrain) se réunissaient une fois par semaine (dans les salons du château de Rohan !), afin "d'échanger le savoir".

2) L'après guerre

Il faut attendre l'Après-Guerre et l'arrivée massive de nouvelles connaissances médicales pour que des initiatives universitaires de mise à jour des connaissances apparaissent, sous le nom d'Enseignements post-universitaire (EPU) (1), le premier naissant à l'hôpital de la

Salpêtrière, sous le nom d'Entretiens de Bichat. Créés en 1947 par deux professeurs revenant d'un voyage aux États-Unis où ils avaient découvert ce concept de formation post-universitaire, ces Entretiens rassemblent des médecins de quartier venant "recycler" leurs connaissances au contact d'hospitaliers. Devant le succès de cette expérience, plusieurs réalisations semblables voient le jour dans des Facultés de province (3).

Parallèlement à ce système universitaire, de nombreuses associations de terrain se forment spontanément dès les années 50, à l'initiative de généralistes en exercice, qui se réunissent par petits groupes de façon informelle, afin d'échanger entre eux, ou avec l'aide d'un spécialiste (1)

3) Années 70-80 : des EPU à la FMC

C'est à partir de ces associations locales que naîtra dans les années 70 un mouvement qui milite pour que la formation des généralistes soit réalisée par des généralistes eux-mêmes. Guy Scharf, médecin généraliste de Metz, est l'un des pionniers de cette action. Il qualifie l'enseignement universitaire de *"trop éloigné des médecins, extrasystolique et bradycardique, et limité au seul savoir"* et milite pour des formations centrées sur le professionnel, et basées sur la pédagogie d'adultes (4).

Ce mouvement s'inscrit à l'époque dans un processus plus global de promotion de l'individu par l'intermédiaire de la formation permanente, revendication née des événements de mai 68, et concrétisée par la Loi dite "Delors"¹. (5)

En 1973, huit associations de FMC lancèrent un appel à la réflexion commune par le biais d'un article publié dans la Tribune Médicale. A la suite de cet appel, douze praticiens

¹ La loi de 1971 pose le principe d'un financement de la formation continue, à la charge de l'entreprise. Par définition, les professions indépendantes étaient exclues du champ d'action de la loi.

responsables d'associations locales se réunissent et créent le Groupement des Organismes de Formation Médicale Continue (GOFIMEC) le 07 mai 1973 (5).

Ce regroupement de professionnels en dehors des structures syndicales habituelles fait rapidement réagir les syndicats médicaux (Confédération des Syndicats Médicaux de France (CSMF) et Fédérations des Médecins de France (FMF)), qui réfléchissaient depuis 1971 à une application de la Loi Delors aux professions médicales. Une deuxième organisation nationale de FMC, celle-ci d'obédience syndicale, voit le jour : l'Association Nationale pour la Formation Médicale continue (ASFORMED), qui se donne pour objectif d'organiser, de promouvoir et de coordonner les actions de FMC. Une structure destinée à recevoir les fonds nécessaires au financement de la FMC, le FAF (fond d'assurance formation) est créée (5).

Les années qui suivent la formation de ces deux organisations les voient régulièrement s'affronter. Par ailleurs, bien que le FAF soit officiellement reconnu, aucun financement ne vient encore l'alimenter.

En 1978, Simone Veil, Ministre de la Santé, obtient la réunion de ces deux associations concurrentes, contre la promesse d'un financement. L'Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue (UNAFORMEC) est alors créée, après signature d'une convention organisant une concertation permanente entre syndicats et associations. Cette structure reçoit alors une subvention du Ministère de la santé, destinée pour une part aux actions de formation sur les objectifs de santé publique, et pour l'autre part à la formation des responsables des associations (1).

4) Années 80 : débuts des financements

En 1982, lors du changement de majorité, le ministre de la santé Jack Lalonde modifie en profondeur les règles du jeu : les financements du Ministère de la Santé sont versés au FAF, sous la seule responsabilité des syndicats médicaux (1).

En 1983, les caisses d'assurance maladie accordent une subvention de 15 millions de francs, destinée pour moitié à la formation scientifique des médecins, et pour l'autre à la formation syndicale. Les syndicats délèguent à l'UNAFORMEC la formation scientifique, se réservant la formation aux responsabilités strictement syndicales au sein de leurs structures de formation, l'ACFM (Association Confédérale pour la Formation Médicale) pour la CSMF, l'AFFM (Association Fédérale pour la Formation Médicale) pour la FMF. Ces versements se poursuivent les années suivantes (1).

La Convention Médicale de 1985 reconnaît pour la première fois la FMC, en la considérant comme un "élément essentiel au bon usage des soins", et prévoit un (modeste) financement (7).

Parallèlement, les différents acteurs impliqués dans la FMC créent des structures de concertation, au niveau national (Conseil National de la Formation Médicale Continue : CNFMC) et régional (Conseil Régional de la Formation Médicale Continue : CRFMC), dont la direction est quadripartite, égalitaire entre les associations, les représentants des syndicats, l'Université et l'Ordre (les pouvoirs publics et les organismes sociaux conservant un rôle consultatif) (1).

5) Années 90 : FMC financée et obligatoire, naissance de l'EPP

La convention médicale de 1990 marque un tournant dans l'histoire de la FMC. Elle institue en effet une formation indemnisée, validée et financée (8).

Cette FMC "conventionnelle", réalisée par les associations, comporte plusieurs caractéristiques :

- elle est **thématisée** : chaque année certains thèmes sont inscrits à l'appel d'offres et d'autres non,
- elle est **validée**, ce qui implique une procédure au cours de laquelle les projets soumis en réponse à l'appel d'offres sont examinés selon des aspects financiers, scientifiques et pédagogiques, avant d'être acceptés ou rejetés par les CNFMC,
- elle est **financée** par une contribution des caisses, calculée sur la masse des honoraires médicaux,
- elle est **indemnisée**, à la hauteur de 15 C par jour de formation, permettant la reconnaissance de la formation continue comme véritable temps professionnel.

La gestion des fonds conventionnels dédiés à la FMC est initialement confiée au FAF, augmentant ainsi considérablement ses moyens.

Les débats à l'origine de cette évolution majeure sont marqués par l'émergence d'un nouveau syndicat, de médecins généralistes uniquement, MG France. Ce syndicat crée sa propre structure de formation continue, MG Form, se démarquant par là de la CSFMF et de la FMF, qui l'avait déléguée à l'UNAFORMEC. Ces deux syndicats réagissent alors, et investissent dans leur propre structure de formation (ACFM et AFFM) (1).

Cette montée en puissance des structures syndicales de formation continue provoque une certaine rivalité avec les associations de praticiens, d'obédience asyndicale.

Par ailleurs, la gestion des fonds conventionnels par les seuls syndicats signataires de la Convention de 1993, la CSMF et la FMF, par l'intermédiaire d'une nouvelle structure, l'Association pour la gestion de la contribution conventionnelle des médecins (AGECOMED), sera à l'origine de fortes tensions avec le troisième syndicat, MG France (9).

L'année 1993 voit la naissance des Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML), chargées, entre autre, de l'évaluation des pratiques professionnelles (10). Le rôle de cette évaluation des pratiques, ainsi que sa réalisation, seront précisés quelques années plus tard (11,12) : "l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles vise à améliorer la qualité des soins en permettant à chaque praticien de disposer d'une appréciation et de recommandations formulées par ses pairs, sur la qualité de ses pratiques en matière de prévention, de diagnostic et de thérapeutique. Dans cette perspective, elle permet de promouvoir le respect de la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins". Elle est organisée par les URML et réalisée par des médecins habilités par l'ANAES.

1996 marque une rupture dans l'histoire de la FMC ; la formation médicale continue, jusqu'alors obligation déontologique uniquement (13) devient légalement obligatoire, avec possibilité de sanctions disciplinaires, suite aux ordonnances dites Juppé (14).

Il est prévu que la formation médicale continue fasse l'objet d'un plan quinquennal ; les médecins exerçant en libéral doivent justifier du respect de l'obligation auprès des Conseils Régionaux de la FMC, qui délivrent tous les 5 ans une attestation, transmise au

Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, et au Service du Contrôle Médical de la CPAM du lieu d'exercice.

Les CNFMC et CRFMC, jusqu'alors association 1901, deviennent de vraies structures politiques (15) :

- Le CNFMC doit élaborer une liste annuelle de thèmes nationaux prioritaires, recenser les moyens disponibles, apprécier leur valeur scientifique et pédagogique, établir un barème permettant à chaque médecin de se conformer à l'obligation de FMC.
- Les CRFMC, quant à eux doivent recenser l'ensemble des moyens de formation à caractère régional, apprécier leur valeur scientifique et pédagogique, établir les attestations aux praticiens ayant rempli leur obligation légale de FMC.

Ces structures restent quadripartites, mais les syndicats sont remplacés par des représentants de l'URML (le quadripartisme se faisant alors entre les associations de FMC, l'Université, l'Ordre, et des représentants des URML) (15).

Enfin, la création d'un fond unique de gestion des fonds dédiés à la formation médicale continue des libéraux (FAF-Mel) est prévue. Ce FAF Mel est chargé de gérer tous les fonds, qu'ils soient conventionnels, issus des cotisations des médecins, mais aussi privés (en provenance de l'industrie pharmaceutique), c'est à dire qu'il suppose une mutualisation des fonds issus du FAF-PM et de l'AGECOMED (15) (16)

Le CNFMC des médecins libéraux remplira une partie de sa mission : il remettra au ministre de la santé, en janvier 1998, un rapport proposant les "règles du jeu" pour la

formation des médecins. Ce rapport expose en détail le barème de FMC et les thèmes prioritaires de formation.

Tout le reste restera lettre morte.

D'une part, le nouveau gouvernement ne se montre pas très favorable aux décisions prises par son prédécesseur et annonce assez rapidement sa volonté de faire une nouvelle loi.

D'autre part, la création du FAF-Mel ne se fera jamais, suite à un désaccord entre les syndicats signataires de la convention (MG-France et Union Collégiale des Chirurgiens et de Spécialistes Français (UCCSF)) et syndicats non signataires (CSMF, SML, FMF) (17).

La CSMF obtiendra l'annulation par le Conseil d'État du décret fixant les modalités de gestion des fonds (19). Le financement des CNFMC devait se faire par le FAF-Mel ; cette situation de blocage des fonds empêche la mise en place effective des CNFMC.

Les partenaires conventionnels contourneront en 1997 et 1998 ces problèmes politiques et financiers afin de créer un dispositif qui puisse fonctionner ; ils créeront un Organisme de Gestion des fonds Conventionnels (OGC). Les syndicats signataires de la convention, en particulier MG-France, encourageront les députés à faire évoluer les dispositions législatives concernant cette "formation professionnelle conventionnelle" (17) (18).

6) Loi du 4 mars 2002

La Loi du 4 mars 2002, dite Loi Kouchner, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, relance le débat législatif sur la formation médicale continue (20).

Cette loi :

- réaffirme l'obligation de formation médicale continue, ainsi que l'application de sanctions disciplinaires en cas de méconnaissance de cette obligation.
- précise son objectif : "l'entretien et le perfectionnement des connaissances, y

compris dans le domaine des droits de la personne ainsi que l'amélioration de la prise en charge des priorités de santé publique".

- définit ce qui permet de remplir l'obligation de formation : "(...) soit en participant à des actions de formation agréées, soit en se soumettant à une procédure adaptée d'évaluation des connaissances réalisée par un organisme agréé, soit en présentant oralement au conseil régional un dossier".
- élargit les rôles des CNFMC, qui sont désormais chargés de :
 - définir les orientations nationales de la FMC,
 - agréer les organismes de formation et d'évaluation des connaissances,
 - d'évaluer la formation médicale continue,
 - de donner un avis au Ministre de la Santé sur les questions concernant la formation médicale continue.
- fait évoluer les rôles des CRFMC, qui sont chargés :
 - de déterminer les orientations régionales de la formation médicale continue en cohérence avec celles fixées au plan national,
 - de valider, tous les cinq ans, le respect de l'obligation de formation et de procéder à une conciliation en cas de manquement à l'obligation, puis de saisir la chambre disciplinaire de l'Ordre des Médecins en cas d'échec de cette obligation.

Mais peu de temps après le vote de la loi survient un nouveau changement de majorité.

Le nouveau Ministre de la Santé, Jean-François Mattéi, publie les décrets permettant la mise en route des CNFMC (21) mais fait rapidement connaître son intention de faire évoluer la loi. En effet, il souhaite développer une politique de santé publique, et considère la formation médicale continue comme l'un des éléments de régulation.

Il propose entre autre d'assouplir les modalités de satisfaction de l'obligation de formation médicale continue, par l'abandon des sanctions disciplinaires en cas de non respect de cette obligation. Il suggère d'utiliser le recours à des méthodes incitatives plutôt que coercitives (22), se basant sur le rapport Dubernard (23). Ces mesures incitatives pourraient prendre la forme de "la délivrance d'un label spécifique sur les ordonnances du médecin, l'accès à des fonctions de formation universitaire, la prise en charge supplémentaire des cotisations au régime d'assurance vieillesse ou encore l'attribution de points permettant de réduire le montant des primes d'assurance".

7) 2004 : abandon des sanctions disciplinaires, obligation d'évaluation des pratiques professionnelles

La Loi du 9 août 2004 maintient l'obligation de formation médicale continue, mais fait disparaître la notion de sanctions disciplinaires, malgré les débats animés entre parlementaires en première lecture (24) comme en deuxième lecture (25).

Parallèlement à cette loi de santé publique, la loi relative à l'Assurance Maladie est votée le 13 août 2004 (26). Cette loi rend obligatoire l'évaluation des pratiques professionnelles, introduite dans la loi depuis 1993 lors de la création des URML (27) et définie par décret en 1999 (28).

Si personne ne conteste la nécessité de ces évaluations, les débats porteront essentiellement sur les difficultés à mettre en place une telle évaluation généralisée : 10 000 médecins libéraux exercent alors et seuls 600 médecins se sont soumis à une évaluation depuis 1999 (29). Par ailleurs, il est reproché à cette mesure d'être détachée de la problématique de la FMC, et de ne pas donner lieu à des sanctions en cas de non respect (29).

Il est par ailleurs prévu que les caisses informeront les patients de l'adhésion de tel ou tel médecin au programme de FMC et d'EPP, afin que le choix d'un médecin puisse se faire réellement de façon éclairée.

L'EPP s'est progressivement développée, sous l'égide de la HAS. De façon intéressante, ce développement s'est fait dans un cadre, ou plus précisément une idéologie différente de celle imaginée dans le cadre législatif.

En effet, le décret relatif à l'EPP (30) prévoit un dispositif - assez complexe du reste - dans lequel l'EPP est organisée par les URML, qui font appel à des médecins ou des organismes agréés par le CNFMC puis habilités par la HAS, qui délivreront, au terme de l'évaluation, une attestation.

La logique de ce dispositif est celle d'une évaluation sanctionnante par un tiers (31).

Or, la HAS, à qui l'organisation globale du dispositif incombait, a choisi résolument une autre approche. Elle va préférer à ce concept d'évaluation sanctionnante celui d'évaluation formative, c'est à dire qu'elle encourage les praticiens à s'engager dans une démarche d'auto-évaluation des pratiques, dans le but d'améliorer celles-ci, les médecins ou organismes habilités n'ayant plus alors le rôle d'évaluateur, mais celui d'accompagnant.

L'attestation qu'il délivre ne certifie plus que la pratique du médecin est "bonne", mais qu'il s'est engagé dans une démarche visant à l'améliorer.

8) 2009 : Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire

En 2008, les décrets d'application permettant la mise en place des CRFMC, et donc du contrôle du respect de l'obligation de formation, ne sont toujours pas votés et la Ministre de la Santé, Roselyne Bachelot-Narquin, annonce son intention de rédiger une nouvelle

loi.

Cette loi, dite "Hôpital, Patient, Santé, Territoire", sera votée en juillet 2009 (31). La place qu'y occupe la formation médicale continue y est plutôt minime. Suite aux recommandations de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) (32), l'EPP et la FMC sont réunies au sein d'un même dispositif, baptisé Développement Professionnel Continu (DPC). Les modalités selon lesquelles les médecins satisfont leur obligation de formation, ainsi que les critères de qualité des actions qui leur sont proposées à ce titre feront l'objet d'un décret en Conseil d'État.

Il est par ailleurs prévu que tous les fonds consacrés à la FMC soient gérés par un "organisme gestionnaire du développement professionnel continu".

Cet article 19 tel qu'il a été retenu donne toute latitude aux futurs décrets d'application pour répartir les responsabilités entre les trois acteurs : l'Organisme de gestion, le Conseil National du Développement Professionnel Continu et la Commission Scientifique Indépendante.

B. Différentes modalités de formation continue des médecins généralistes, en 2011

L'histoire de la mise en place de la FMC montre bien des hésitations et des détours dans l'élaboration d'un dispositif législatif.

Cependant, si l'organisation officielle et reconnue de la FMC tarde à trouver son équilibre, les médecins continuent à se former.

La dernière décennie a été marquée par l'apparition de canaux inédits et la création de nouvelles formes de mise à jour des connaissances et des pratiques.

Le présent chapitre s'attache à décrire les différents moyens et les différentes sources que les médecins utilisent pour se former.

1) Les séminaires dispensés par les associations

Les associations ont permis l'émergence d'une forme structurée de formation continue pour les médecins (1) et forment à l'heure actuelle un tapis dense réparti sur tout le territoire national.

Ces associations, pour la plupart loi 1901 (32), proposent généralement des formations sous forme de séminaires de un ou deux jours, sur un thème donné.

Une partie de ces associations ont obtenu un agrément par le CNFMC, si certains critères financiers, pédagogiques et scientifiques sont remplis (33). Cet agrément CNFMC, apparu suite à la loi du 4 mars 2002, permettait aux participants d'un séminaire de recevoir des crédits de formation.

Parmi les formations agréées par le CNFMC, certaines sont en plus validées par le Conseil Scientifique de l'Organisme Gestionnaire Conventionnel, organisme financier qui gère la formation professionnelle conventionnelle. Ces formations ont la particularité d'être financées par l'OGC, et les médecins qui y participent sont indemnisés à la hauteur de 15C (ou CS) par jour de formation.

Il y avait, en 2009, 98 organismes dont les formations étaient validées par l'OGC (34).

D'autres organismes de formations sont agréée par le FAF ; dans ce cas, les frais engagés par le participant peuvent éventuellement être pris en charge par le FAF.

Les séminaires de formation validés par l'OGC et dispensés par les associations se démarquent fortement de la formation initiale universitaire en ce sens qu'elle ne font pas appel à un cours magistral dans lequel un expert transmet son savoir à un auditoire supposé inexpérimenté, mais font appel à la pédagogie d'adulte. Les méthodes d'apprentissage y sont interactives² et fondées sur la collaboration entre les participants. La formation est préparée et pilotée par un pair (confrère de même spécialité et dont le mode d'exercice est proche) et non par l'expert lui-même.

Les thèmes abordés sont très variés ; parmi les seules formations validées par l'OGC, on relève en 2009 44 thèmes, abordant des problématiques de prévention (dépistage du cancer du sein, du colon...) de prescription (prescription des antibiotiques, des anticoagulants, des transports sanitaires...), de situation médicale (pathologies en rhumatologie, en ophtalmologie...), mais aussi la formation des maîtres de stages ou des formateurs (34).

² tels que jeux de rôles, cas cliniques...

2) La presse médicale

Selon une étude publiée en 2008, la presse médicale est considérée comme un élément essentiel de la formation par une grande majorité de médecins (84%), devant la participation à un congrès médical (73 %), la lecture de manuels (72 %), Internet (66 %) et les séances de FMC organisées par les associations professionnelles (51 %). (35).

Le terme de presse médicale recouvre une grande diversité de parutions, comprenant une presse d'actualité intégrant des articles médicaux (le Quotidien du Médecin), une presse anglo-saxonne possédant le quasi-monopole de la publication initiale des travaux scientifiques dans le domaine de la santé (New England Journal of Medicine, The Journal of the American Medical Association, The Lancet...), une presse à vocation de formation médicale continue des généralistes (la Revue du Praticien, Médecine, le Concours Médical, la Presse médicale...) ou spécialisée, ainsi qu'une revue de recommandations de pratique centrée sur le médicament, Prescrire.

Mise à part les revues Prescrire, Médecine et Pratiques³, la presse médicale bénéficie du financement publicitaire. Les ressources publicitaires représentent par exemple 65 à 70% des ressources du Quotidien du Médecin. Il est à noter, cependant, que cette situation est comparable à celle de la presse en général. La spécificité de la presse médicale tient au fait que les financements publicitaires se concentrent majoritairement sur des annonceurs de l'industrie pharmaceutique, qui représenteraient environ 2/3 des financements (36).

Un certain nombre d'acteurs dénoncent régulièrement cette dépendance de la presse vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique et son manque d'esprit critique. Un rapport

3 La revue Pratiques occupe une place un peu particulière. Indépendante, elle regroupe des professionnels de santé de plusieurs horizons, et aspire à aider les professionnels du soin à reconnaître la place des déterminants autres que médicaux dans la santé (économiques, sociaux, psychiques), à considérer le soigné dans sa globalité.

d'information du Sénat publié en juin 2006 s'en est fait l'écho, dénonçant "une presse médicale sous influence" (37), malgré l'existence d'une "charte de bonne conduite".

La Revue Prescrire, qui occupe une place importante dans le paysage de la presse médicale, s'est construite notamment autour du concept d'indépendance par rapport à la promotion des laboratoires pharmaceutiques. Tout en jouant un rôle d'information sur les nouvelles études et thérapeutiques, elle dépasse cette mission en produisant elle-même des recommandations à partir d'une lecture critique de l'ensemble des études et publications. La revue affiche, outre le principe de l'indépendance, celui d'appliquer une méthodologie stricte, reproductible et stable pour le travail d'évaluation. Ce positionnement, proche de celui que devrait offrir une institution publique scientifique, n'est pas sans poser question lorsque les recommandations de Prescrire sont en contradiction avec celles de la HAS ou l'AFSSAPS (36).

La place de la presse médicale avait été reconnue par le CNFMC lors de l'élaboration de son barème, l'abonnement à une revue donnant droit 2 à 4 crédits par an selon la qualité de la revue⁴, avec un maximum de 50 crédits (40 pour des revues de qualité, 10 pour les autres), soit jusqu'à 20% des crédits exigés jusqu'alors.

Il est à noter que l'abonnement à une revue était suffisant pour rapporter des crédits, sans qu'une preuve de lecture ait à être apportée.

3) Les pairs

La formation apportée par la confrontation de son expérience avec celle de ses pairs est très certainement le mode de formation continue le plus ancien ; ces échanges de

4 définis par le CNFMC, et comprenant entre autre l'existence d'un comité scientifique, une bibliographie pour chaque article, l'identification claire des conflits d'intérêts, l'identification claire de la promotion d'un médicament comme telle, et la séparation nette des articles à contenu scientifique, et des articles d'ordre professionnel ou syndical (38)

connaissances entre soignants remontent vraisemblablement aux origines du soin, et l'on peut sans peine imaginer les guérisseuses de la préhistoire échanger leurs connaissances phytothérapeutiques (39).

Cependant, l'échange des pratiques entre pairs comme outil reconnu de formation continue est récent, et son application concrète et formalisée est en pleine essor.

Étymologiquement, pair signifie égal ; cette notion est importante à intégrer dans le concept de formation par les pairs, l'absence de hiérarchie étant en effet un des facteurs identifiés de succès.

La confrontation de la pratique individuelle à celles d'autres praticiens s'inscrit dans le processus de construction des savoirs d'expérience. Il ne s'agit plus là de savoirs théoriques, mais de l'investissement de ces savoirs dans la pratique.

Bien avant d'être un mode de formation labellisé et protocolisé, le recours à des pairs comme moyen de formation est certainement le plus utilisé, le plus informel, le plus fréquent dans la pratique médicale. Que ce soit au détour d'un couloir d'hôpital, devant la machine à café, ou un verre à la main, les médecins aspirent à parler de leur pratique, de leur vécu.

Cette confrontation d'expériences est, bien sûr, l'occasion de collecter les expériences des autres, mais aussi et surtout l'occasion de faire le récit de sa propre expérience, créant ainsi une distance, qui permet l'analyse de sa pratique (40).

Qui n'a jamais fait l'expérience de trouver des solutions à un problème exposé à un collègue, bien avant que celui-ci n'ait émis le moindre avis ?

Reconnaissant la portée formative de la réunion entre pairs, certains se sont intéressés à

lui créer un cadre, le terme retenu étant celui de "groupe d'analyse des pratiques entre pairs".

Les groupes d'analyse de pratiques entre pairs adoptent, le cas échéant, des modalités de fonctionnement diversifiées. Cependant, tous ont pour finalité d'améliorer les pratiques médicales à partir d'une réflexion-discussion entre pairs et d'une analyse des pratiques en référence à des données de la science de type Evidence based Medicine (EBM) (41).

Un groupe d'analyse entre pairs :

- rassemble plusieurs médecins d'une même spécialité (idéalement entre 6 et 10) dans une unité géographique définie,
- se réunit à un rythme régulier, de l'ordre 6 à 10 fois par an,
- fonde les analyses de pratiques sur les données référencées et peut faire appel, le cas échéant, à une expertise scientifique extérieure (41).

a) Le groupe de pairs

La Société Française de Médecine Générale a développé à la fin des années 80 le concept de "groupe de pairs"⁵.

Le groupe, composé de cinq à dix participants, se réunit au moins huit fois par an, pendant deux heures environ. La réunion comprend trois temps. Le premier temps est consacré à l'exposé par chaque pair d'un cas clinique choisi de façon aléatoire dans sa pratique quotidienne. Le deuxième temps est réservé au parcours et à la coordination des soins, et le troisième est un temps « libre ».

Le premier temps a pour objectif d'analyser les éléments ayant conduit à la décision médicale. L'évaluation repose sur des critères formels (établis à partir de références

⁵ la SFMG a d'ailleurs déposé l'expression Groupe de Pairs®. Cependant, en raison de l'utilisation massive de cette expression pour désigner les groupes d'analyse entre pairs informels, nous avons décidé de conserver dans ce travail la typographie "groupe de pairs".

scientifiques) ou informels (opinion majoritaire voire consensuelle du groupe) (42). Le deuxième temps est destiné à améliorer la coordination des soins et la communication inter-professionnelle. Le troisième temps est laissé au libre choix des participants, et peut par exemple être consacré à de la recherche bibliographique, à l'exposé de "cas difficiles"... La séance est modérée par l'un des participants, différent à chaque fois en principe (43).

Il est à noter qu'il s'agit ici de la description de la version labellisée de la SFMG ; si certaines conditions sont remplies (présence, réalisation de compte-rendus de séance...), la participation à ces groupes de pairs validaient des points d'EPP dans le barème en vigueur jusqu'ici.

De nombreux médecins, cependant, se sont réunis de façon autonome en groupe de pairs, et, bien qu'ils se basent sur le schéma général proposé par la SFMG, procèdent de façon plus libre et moins protocolaire.

b) Les groupes qualité

Les groupes qualité sont issus d'un projet initié par les URML, en partenariat avec l'UNCAM, et sont destinés à l'amélioration de la pratique, via des indicateurs définis.

Il s'agit de séances regroupant tous les médecins d'une même spécialité d'un secteur géographique, pilotées par un médecin animateur, pair, formé à cette fonction, organisées autour de thèmes pré-définis, et donnant lieu à un retour d'informations médico-économiques issues des données de l'Assurance Maladie, permettant l'évaluation des modifications de pratique (44).

Les thèmes retenus doivent répondre à 4 critères :

- concerner la pratique quotidienne des médecins.
- être propres à générer une amélioration des pratiques et/ou une optimisation des

dépenses de santé et une amélioration du service rendu aux patients.

- être évaluables.
- correspondre à des données actualisées de la science : recommandations cliniques, conférence de consensus (45).

Les rencontres se divisent en "staffs" (6 par an) et en réunion de restitution (4 par an).

Lors des staffs, les médecins présentent des cas cliniques sur un thème donné, et choisis de manière aléatoire (par exemple, premier cas de la semaine précédent la réunion, et ayant abouti à une prescription d'antibiotiques). De même que dans le groupe de pairs, ces cas sont discutés et confrontés aux référentiels existants.

Lors des réunions de restitution, les médecins se réunissent pour faire le point sur l'avancement du projet et sur son impact au regard des indicateurs prédéfinis. Les retours d'information sont essentiellement issus des données de l'Assurance maladie (45).

La présence régulière à ces réunions débouchent sur une rémunération des médecins par les URML.

c) Les groupes d'échange de pratique

Les Groupes d'échanges de pratique ont été développés par MG FORM. Il existe trois différences essentielles avec les groupes de pairs.

- Les 4 sessions annuelles sont thématiques (par exemple : éléments de qualité présents dans le dossier médical (poids, taille, calendrier vaccinal), dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein, calcul du risque cardio-vasculaire, permanence des soins).
- Elles sont complétées par deux visites annuelles réalisées par un médecin formé, dont la mission est de sensibiliser le médecin à l'audit⁶, et lui apporter des outils

⁶ La méthode de l'audit est décrite dans le paragraphe consacré à l'évaluation des pratiques professionnelles

pouvant l'aider dans sa démarche qualité (logiciel de calcul de risque cardiovasculaire, conseils vaccinaux en cas de voyage...).

- Deux audits annuels sont réalisés par les médecins, l'un avant la première réunion, l'autre à l'issue des quatre sessions (46).

4) Internet

En 1997, l'ouvrage de Pierre Gallois sur la formation médicale continue (1) ne mentionnait pas le recours à Internet. En 2011, cet outil a, en quinze ans, profondément modifié le rapport à l'information en général, et à l'information médicale en particulier. Internet permet d'obtenir une multitude de données diverses sans qu'il ne soit nécessaire de se déplacer, et dans un délai minime. Cependant, la richesse d'Internet constitue aussi son principal défaut. La difficulté n'est plus d'accéder au contenu, mais de savoir limiter, trier et hiérarchiser celui-ci, selon la pertinence de l'information d'une part, et selon son mode d'expression d'autre part.

Nous avons ici essayé de décrire les multiples possibilités qu'offre Internet en terme de formation médicale continue.

a) Google

Créé en 1995 par deux étudiants de l'Université de Stanford, le moteur de recherche Google est devenu en 15 ans un élément indissociable de l'utilisation d'Internet à tel point que certains dictionnaires anglo-saxons ont inclus le verbe to google dans leurs pages, dans le sens de "utiliser le moteur de recherche google pour obtenir un renseignement sur le Web". (47) Le principe de Google consiste à indexer les multiples pages Internet existant à travers le monde, et à permettre à l'utilisateur d'en sélectionner à l'aide de mots-clés. En sus de ces mots-clés, Google est basé sur une innovation de son concepteur, le

PageRank, qui consiste à trier les pages internet selon leur "popularité", définie par le nombre d'hyperliens qui renvoient à la page donnée. Au fur et à mesure des années, les critères de recherche de Google se sont enrichis, et une bonne partie d'entre eux demeurent secrets, le but étant de donner accès à une information la plus pertinente possible au sein du "bruit" phénoménal que constitue la masse considérable de données disponibles.

Cependant, tout performant que soit Google, la recherche repose sur l'utilisation de mots-clés, dont le choix constitue la difficulté principale du maniement de cet outil. En effet, les mots-clés adéquats sont ceux qui permettront de ne pas exclure de pages pertinentes, et ne pas inclure de pages inadaptées, ce qui n'est pas sans rappeler le principe de sensibilité et de spécificité...

Ainsi, par exemple, l'utilisation des mots clés : "physiologie du diabète" donne en premier résultat un site de vulgarisation (encyclopédie médicale Doctissimo), alors que l'ajout de "de type 2" dans les critères de recherche donne en premier résultat un contenu à destination des étudiants en médecine (cours de médecine de la Faculté Médicale de Grenoble).

b) Sites internet médicaux

Dès l'émergence de la technologie Internet, certains médecins se lancent dans la création de sites, animés par la volonté de partager et diffuser l'information médicale, et concernant tout aussi bien la médecine générale (www.esculape.com) que des spécialités d'organes (www.nephrohus.org, hepatoweb.com...) ou encore la gynécologie (www.gyneweb.fr).

Ces sites mettent à disposition des professionnels et du public de très nombreuses informations dans le domaine médical. Ils permettent un accès certes rapide et simple à

des connaissances médicales très variées, mais qui ne doit pas faire oublier les limitations relatives à la qualité de cette information : absence fréquente de bibliographie précise, auteur non spécifié, ou défaut de précision sur la qualité de cet auteur, ainsi que des éventuels conflits d'intérêt le concernant, absence de date de rédaction...

Pour faire face à ces écueils, un label a été créé par la Fondation suisse "Health on the Net", le HonCode. La HAS a choisi cette fondation en 2007 pour certifier les sites médicaux français (48). Si ce logo apparaît en bas de la page d'accueil d'un site Web consacré à la santé, l'internaute est censé être sur un site de confiance, la certification s'appuyant sur les critères suivants : indiquer la qualification des rédacteurs, compléter et non remplacer la relation patient-médecin, préserver la confidentialité des informations personnelles soumises par les visiteurs du site, citer la/les source(s) des informations publiées et dater les pages de santé, justifier toute affirmation sur les bienfaits ou les inconvénients de produits ou traitements de façon balancée et objective, rendre l'information la plus accessible possible, identifier le webmestre, et fournir une adresse de contact, présenter les sources de financements, séparer la politique publicitaire de la politique éditoriale (49). Cependant, cette certification apparaît à certains comme insuffisante, en particulier concernant la nécessité de présenter les bienfaits et inconvénients de produits ou traitements de façon balancée et objective (50).

A côté de ces sites spécialisés existent les sites des facultés de médecine, qui mettent souvent en ligne des supports d'enseignement.

Parmi ces sites, celui de la Faculté de Rouen occupe une place particulière. En effet, il héberge le Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue française ou "CISMeF", qui s'est donné pour mission dès 1995 d'indexer et de classer toutes les ressources médicales francophones organisées autour de trois axes : les ressources concernant l'enseignement,

la médecine factuelle (recommandations pour la bonne pratique clinique et conférence de consensus) et les documents spécialement destinés aux patients et au grand public (51). L'utilisation du thésaurus MeSH, la sélection des ressources selon des critères de qualité ainsi qu'une indexation selon le type de ressource font du CISMef un outil précis et rigoureux pour sélectionner des ressources à contenu médical.

Enfin, le moteur de recherche PubMed est un élément majeur de l'accès à des données scientifiques. Ce moteur de recherche gratuit permet d'interroger la bases de données Medline (pour *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), qui rassemble la majeure partie des articles publiés dans le domaine de la recherche biomédicale.

c) e-learning (52)

Le "e-learning" consiste à utiliser les nouvelles technologies multimédia et Internet pour faciliter l'apprentissage, en permettant, entre autre, une formation à distance, dans laquelle l'apprenant ne se déplace pas. Il n'y a pas d'interaction en face à face avec un formateur. Un tutorat à distance peut exister, avec des outils de type conférences Web, forum, chat, e-mail, téléphone.

Très développé outre-Atlantique, le e-learning reste pour l'instant marginal en France, et essentiellement financé par l'industrie pharmaceutique. On peut par exemple citer le site UNIVADIS, supporté par les laboratoires MSD, proposant entre autres des vidéo de spécialistes expliquant une pathologie ou une prise en charge et des cas cliniques, RadioIFM, un service de SanofiAventis, proposant des émissions radiophoniques et des vidéo...

d) Groupe de pairs virtuels (53)

Cette nouvelle forme d'échanges entre confrères a pris son véritable essor depuis la généralisation des connexions à haut débit, qui permettent un dialogue en temps réel. Les "groupes de pairs virtuels" sont des listes de discussion par e-mail regroupant des médecins par spécialités, qui peuvent échanger de façon rapide questions et réponses.

Sur une telle liste de discussion dédiée à la médecine générale (54) s'échangent des thèmes aussi variées que la rédaction d'un certificat de coups et blessures, un doute diagnostique face à une éruption infantile avec photos à l'appui, les dernières recommandations concernant les antidépresseurs, des questions éthiques face à un diagnostic léthal...

Un groupe comme mgclinique, dédié à la médecine générale, comprenait en août 2011 186 membres, nombre qui représente en même temps un atout et un écueil par rapport à un groupe de pairs classique.

Face à la question d'un participant, c'est 185 autres confrères qui sont sollicités : la probabilité que l'un d'entre eux ait déjà été confronté à cette réflexion est d'une part beaucoup plus élevée que dans un groupe de pairs classique, et d'autre part, la multiplicité des réponses permet de dégager rapidement une convergence vers une conduite "standard".

Cependant, un tel nombre de participants, et l'oubli des règles de communication par e-mail font courir le risque d'une cacophonie chronophage, et d'une boîte email encombrée, risque renforcé par le succès grandissant de ce type d'échanges. A titre d'exemple, la liste mgclinique comprenait 122 messages en janvier 2007, et 2036 en mai 2011 (54).

e) Forum médicaux de patients

L'émergence d'Internet dans le domaine de la santé a ouvert un nouvel espace d'échange jusque là quasi inexistant, celui de l'échange entre patients. Ainsi, à côté des multiples sites de vulgarisation médicale se sont développés des forum, où internautes échangent questions, conseils, expériences...

A toute heure du jour et de la nuit, un patient peut trouver une autre âme auprès de laquelle s'épancher.

La pertinence des informations glanées par le patient à cette occasion prêtent à discussion, et la problématique de l'irruption d'Internet dans la relation médecin-malade fait couler beaucoup d'encre (55). Mais au-delà de ces réserves, la consultation par un médecin de ces lieux d'échange est riche d'enseignement, et ceci, à deux niveaux.

D'une part, ils constituent une formidable banque de données de "trucs et astuces" divers pour les bobos du quotidiens, joliment baptisé "fonctionnel" dans le langage médical, et pour lesquels les professionnels sont souvent un peu démunis. Ainsi, à titre d'exemple, l'utilisation des forum de jeunes mamans permet de devenir en quelques clics fin connaisseur des coliques du nourrisson et de l'érythème fessier.

D'autre part, ils sont un lieu d'expression libre des patients, hors du regard du médecin. Tout ce que disent les patients, et qu'ils ne nous disent pas... Ce passage de l'autre côté du miroir est lui aussi très instructif. La connaissance des ressentis, des peurs, des questions des patients permet en consultation une meilleure adéquation au patient et une meilleure anticipation de ses questionnements, sur des sujets aussi divers que le ressenti pendant une crise d'angoisse, la conduite à tenir face à un oubli de pilule, la peur du cancer face à une colopathie fonctionnelle...

5) La visite médicale

L'information fournie par les visiteurs médicaux concerne très majoritairement le médicament. Bien que le rôle du visiteur médical ne soit pas de faire de la formation⁷, la visite médicale est tout de même considérée par beaucoup de professionnels comme partie prenante de la formation médicale continue (36).

On estime à 330 le nombre moyen de visites reçues chaque année par un médecin généraliste. La visite chez le généraliste est ciblée notamment à partir de données sur le volume et les habitudes de prescription des médecins (36).

Il ne fait plus aucun doute que la visite médicale influence la prescription des médecins. Il suffirait pour s'en convaincre de constater le montant dépensé par les firmes pour cette activité, estimé à 25 000 euros par an et par médecin (36). En l'absence de retour sur investissement, il y a fort à parier que cette pratique aurait été abandonnée.

En soi, le fait que la visite médicale influence les pratiques n'est pas nécessairement critiquable. La promotion pharmaceutique aura un effet bénéfique dans les cas où son objectif général (expansion des prescriptions) rejoint un objectif de santé publique⁸.

En revanche, la visite médicale pose deux problèmes majeurs.

D'une part, les médecins sous-estiment largement l'influence de la visite médicale sur leur prescription, pensant que leur niveau de formation les protègent de la manipulation : *"les médecins sont des gens qui ont fait 10 ans d'études et sont parfaitement capables de faire la différence entre ce qui relève de l'information et de la promotion"* affirme par exemple Michel Chassang, président de la CSMF (56). C'est oublier qu'ils ont en face d'eux des

7 Selon le LEEM - les industries du médicaments - le visiteur médical assure "l'information médicale auprès des professionnels de santé pour développer les ventes des produits et promouvoir l'image de l'entreprise"

8 quoiqu'on pourrait considérer que la concurrence des différents firmes, en réduisant le temps consacré à cet objectif, fasse obstacle à l'amélioration d'une pratique.

professionnels formés avant tout aux techniques commerciales, dont l'efficacité est insoupçonnée, mais bien réelle. (57). Les firmes observent bel et bien un retour sur investissement. Imaginer que les médecins sont protégés de la manipulation commerciale du simple fait de leur formation scientifique est un leurre.

D'autre part, la qualité de l'information dispensée par les visiteurs médicaux est sujette à critique. Les données relatives à cette information sont peu nombreuses ; en effet, elles sont dispensées lors d'un "colloque singulier". La Revue Prescrire s'est attelée à les analyser au sein de son Observatoire de la Visite Médicale. Il en ressort que dans environ 10% des cas, les indications ne sont pas celles figurant dans les RCP (Résumés des Caractéristiques du Produit), dans 5% des cas, les posologies ne sont pas celles figurant dans les RCP, et dans 70% des cas les contre-indications, les interactions médicamenteuses et les effets indésirables ne sont pas spontanément présentes (58). Ces informations biaisées conduisent à une valorisation du médicament.

La visite médicale est donc une voie d'information biaisée, destinée à manipuler le receveur, et coûteuse pour la société (puisque comme le souligne l'IGAS (36), elle est financée à travers le prix du médicament).

6) Les étudiants en médecine : internes et externes (59)

Pour améliorer la formation du médecin généraliste est institué en 1997 pour les résidents en médecine générale, puis pour les internes lors de l'internat nouvelle formule, un stage de 6 mois auprès de médecins généralistes. Cette présence dans les cabinets de consultation ont, selon les médecins maîtres de stage, une influence sur leur pratique. Un travail de thèse de 2004 évaluait cette influence à l'aide d'un questionnaire auprès des intéressés. Ils rapportent une démarche médicale plus rigoureuse, des patients mieux écoutés et informés, une actualisation des recommandations de bonnes pratiques plus

critique et fréquente.

7) Recommandations

Les années 1990 sont marquées par l'émergence de recommandations, destinées à homogénéiser les pratiques. Ces recommandations prendront en France plusieurs formes, et émaneront d'auteurs différents.

On distingue trois principaux émetteurs.

a) La Haute Autorité de Santé⁹

La Haute Autorité de Santé est un organisme indépendant chargé de produire des avis et des recommandations de pratiques à partir des travaux scientifiques actuellement disponibles. Ces recommandations abordent toutes sortes de sujet, faisant la synthèse de l'état des connaissances sur telle ou telle question, comme le diagnostic biologique de l'infection à chlamydia trachomatis, ou l'hypertension artérielle (60). Ces recommandations sont disponibles sur le site de la HAS, et pour les pathologies donnant droit à une prise en charge à 100%, la HAS édite des guides sur support papier à destination des médecins généralistes.

Par ailleurs la Commission de Transparence de la HAS rend pour chaque médicament ayant obtenu l'AMM et éligible au remboursement un avis remplaçant la nouvelle molécule au sein de la stratégie thérapeutique existante, et reprenant les études concernant la nouvelle molécule.

b) L'Assurance Maladie

L'Assurance Maladie est elle aussi à l'origine de recommandations (61), qui s'inscrivent

⁹ La HAS a été créée en 2005, en remplacement de l'ANAES, elle-même créée à la place de l'ANDEM

dans un objectif de maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Ces recommandations étaient jusqu'ici des "recommandations de bonne pratique", sorte de résumé, s'appuyant en général sur les recommandations de l'ANAES ou de la HAS. Ces recommandations sont disponibles sur le site de l'Assurance Maladie et aussi remises sur support papier aux médecins généralistes par les Délégués de l'Assurance Maladie.

En 2009, l'assureur maladie obligatoire a créé les Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles, assurant au médecin une rémunération supplémentaire s'il respecte certains objectifs de prescription, ou de suivi de maladies chroniques. Comme l'analyse la revue Prescrire (62), les objectifs sont très inégaux, certains n'étant pas conformes aux données actuelles de la science.

c) L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS)

L'AFSSAPS est l'agence responsable en France de l'évaluation des thérapeutiques. Elle édite à destination des professionnels de santé des dossiers thématiques sur une pathologie donnée, par exemples les antidépresseurs, ou les antidiabétiques (63).

Les recommandations issues de ces trois organes sont en général complémentaires (comme par exemple sur la dépression, où la HAS aborde l'ensemble du diagnostic et de la prise en charge, l'AFSSAPS détaille les thérapeutiques médicamenteuses, et l'Assurance Maladie pose des objectifs en terme de choix de molécules), mais parfois discordantes, comme au sujet des benzodiazépines au long cours chez les sujets de plus de 65 où la HAS recommande l'arrêt et l'Assurance Maladie conseille de remplacer par une benzodiazépine à demi-vie courte.

8) L'évaluation des pratiques professionnelles

Rendue obligatoire par la loi du 13 août 2004 (24), l'évaluation des pratiques professionnelles consiste en l'analyse des pratiques en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la HAS. L'orientation qu'a donnée la HAS à ce dispositif est celle de l'auto-analyse et de l'évaluation formative, c'est à dire qu'il ne s'agit pas pour un médecin habilité d'évaluer les pratiques d'un confrère mais de l'aider dans sa démarche d'auto-évaluation (31).

Plusieurs méthodes sont reconnues comme évaluation des pratiques professionnelles.

a) Méthodes basées sur l'analyse en groupe

La plus usitée en médecine générale est vraisemblablement celle des groupes d'analyse entre pairs, déjà décrite précédemment.

D'autres méthodes peuvent être réalisées en utilisant le principe du groupe. La HAS reconnaît ainsi :

- **la revue de morbidité et de mortalité** (64), qui fait intervenir toute l'équipe médicale centrée autour d'un cas marqué par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement indésirables. C'est une analyse rétrospective et globale de la prise en charge (organisationnelle, technique et humaine) d'un patient, destinée à tirer des enseignements susceptibles d'améliorer la qualité des soins ultérieurs.
- **l'exercice coordonné et protocolé en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé** (65). Les maisons de santé, pôles de santé et centres de santé regroupent des professionnels exerçant en ambulatoire, sur un projet de soins commun. L'équipe pluriprofessionnelle adopte ou élabore des protocoles, en

référence aux recommandations. La HAS a défini un certain nombre de critères pour que l'exercice coordonné et protocolé soit reconnu comme EPP, tel qu'utiliser un dossier partagé, participer régulièrement à des réunions de concertation-coordination, analyser et suivre les améliorations mises en place à l'aide d'indicateurs présents dans les dossiers...

b) L'audit

La méthode de l'audit (66) consiste à évaluer les soins effectivement délivrés, à partir de l'analyse des dossiers d'une catégorie précise de patients. L'audit mesure les écarts entre la pratique observée et les pratiques souhaitées, à partir d'indicateurs mesurables, qui s'appuient sur des recommandations majeures ou sur un fort consensus professionnel.

Après avoir choisi un sujet, établi un référentiel puis un questionnaire, le médecin recueille les données, puis les analyse. En théorie, un deuxième tour d'audit est programmé, afin d'apprécier les modifications éventuelles.

c) Réseaux (67)

Un médecin signataire de la charte d'un réseau, par exemple l'un des 80 réseaux diabète de France, et impliqué activement dans la prise en charge de patients peut satisfaire à son obligation d'EPP en participant à des actions d'amélioration de la qualité des pratiques proposées par le réseau et comprenant l'utilisation de référentiels et de protocoles de prise en charge du réseau, la participation régulière à des réunions de concertation clinique, la mesure régulière de l'amélioration des pratiques.

d) Registres, observatoires, bases de données (68)

Certaines organisations professionnelles, sociétés savantes ou réseaux enregistrent de

manière informatisée des données issues de leur pratique, qui sont ensuite analysées. Un professionnel de santé qui participe aux recueils de données, prend connaissance du retour d'information, et enfin met en application des programmes d'amélioration peut valider ces démarches au titre de l'EPP.

Bien que des structures de recueil de données en médecine générale existent, tel l'Observatoire de la Médecine Générale de la SFMG, créé en 1993, notre recherche n'a révélé aucune action d'EPP en médecine générale en lien avec ces recueils.

e) La visite académique

La visite académique (69) (traduction approchée de academic detailing) est un échange avec des médecins à leur cabinet pour leur transmettre des messages éducatifs, préventifs, de dépistage ou de prise en charge des patients en accord avec des données de la science. Ces visites ont lieu tous les 2 mois soit entre 6 et 8 visites par an et durent entre 20 et 30 minutes. Les thèmes concernent la pratique médicale, posent des problèmes de choix thérapeutique et/ou répondent à des attentes de santé publique.

L'impact est mesuré sur des données de l'activité clinique (dossiers) et sur des indicateurs de suivi (à partir de données de l'Assurance Maladie).

Cette méthode a été menée à titre expérimentale par l'URML de Bretagne entre 2003 et 2005 (70). Les thèmes choisis étaient essentiellement tournés sur la prescription médicamenteuse (otite moyenne aiguë de l'enfant, acide folique en prévention des anomalies de fermeture du tube neural du nourrisson, place des statines en prévention cardio-vasculaire...).

L'évaluation, portant sur la satisfaction des médecins, et la modification à court et moyen terme des habitudes de prescription a été positive.

f) Chemin clinique

Méthode très utilisée en Amérique du Nord, et en Australie, le chemin clinique (71) est centré autour du patient et a pour but de décrire, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient. Cette technique vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge pluridisciplinaire de patients présentant un problème de santé comparable. Elle repose sur la description d'une prise en charge optimale et efficiente à partir des recommandations professionnelles.

Bien que cette méthode soit aussi conçue pour être effectuée dans le cadre de la médecine générale, elle y est pour l'instant encore quasi-inexistante.

9) Logiciel d'aide à la prescription (36)

En France, une forte majorité de médecins est informatisée (80 à 85% seraient équipés). Cependant, l'utilisation de l'équipement informatique est longtemps principalement restée orientée vers la transmission de feuilles de soins électroniques. Le marché des logiciels d'aide à la prescription, s'il s'est nettement développé les dernières années, reste faible en comparaison d'autres pays qui bénéficient d'une utilisation généralisée (Belgique, Allemagne, Grande-Bretagne...).

Ces logiciels intègrent en général plusieurs fonctionnalités : outre une aide à la prescription (base de données sur le médicament, détection d'interaction...), ils permettent en général une gestion du dossier médical, ainsi qu'un module de comptabilité.

Le dossier médical informatisé permet parfois l'ajout de "reminders" ou rappels automatiques (vaccins, frottis...), de fiches de suivi de maladie chronique (diabète, asthme). Certains logiciels ont par ailleurs une fonctionnalité de codage des antécédents et des résultats de consultation, permettant ainsi une aide à la décision médicale ainsi

qu'une extraction de dossiers thématiques.

L'intégration d'une aide au suivi et à la prescription font des logiciels médicaux un outil privilégié d'amélioration des pratiques, leur concédant ainsi une place au sein de la formation continue.

Les réticences concernant leur utilisation réside dans le temps à investir initialement pour maîtriser le logiciel, leurs coûts, la crainte de défaillance informatique, la possibilité de disparition du logiciel suite à une faillite de l'éditeur...

10) Formation universitaire et congrès

A l'instar de la formation initiale, la formation continue peut aussi se faire dans un cadre classique, avec une approche plus traditionnelle de transmission du savoir.

C'est le cas par exemple des formations proposées par l'Université, et accessibles aux médecins généralistes, comme les Diplômes Universitaires ou Inter-Universitaires, dont le but est d'approfondir un sujet donné afin d'acquérir une compétence particulière dans un domaine, ou encore les formations dispensées par le département de formation continue.

C'est aussi le fonctionnement des Congrès, qui réunissent spécialistes d'un sujet donné, et apprenants, en général sous forme de conférences, tel le MEDEC, congrès annuel de médecine générale.

11) Groupes Balint

La méthode Balint (72), mise au point par un psychiatre hongrois Michael Balint dans les années 50, est basée sur les interactions entre le soignant et le soigné. Il s'agit d'une méthode de formation sur la relation thérapeutique en médecine de famille. Le groupe est constitué en général d'une dizaine de médecins généralistes, et d'un ou deux psychanalystes. Chaque participant peut présenter un cas dont la prise en charge lui pose

problème, non pas sur le plan médical, mais sur le plan relationnel.

La finalité de cette formation est d'apprendre à écouter et recevoir les paroles du patient, et à savoir y répondre en sachant exprimer les sentiments présents, tout en étant capable de dégager un résumé clinique cohérent.

12) Les soirées formation organisées par l'industrie pharmaceutique

Les soirées de formation organisées par l'industrie pharmaceutique occupent une place particulière dans le panorama de la formation médicale continue des médecins. En effet, populaire auprès des médecins, cette pratique n'est même pas notifiée dans le rapport de l'IGAS consacré à la formation médicale continue (31).

Son organisation varie peu, et associe personnalité influente, "cadeaux" et gastronomie.

Ainsi, le laboratoire pharmaceutique veille à apaiser l'appétit des médecins participants, distribue stylo, bloc-note et autre gadgets, et laisse s'exprimer un praticien, à qui la renommée ou la position confère le rôle d'expert. Il est monnaie courante qu'un ou plusieurs médicaments soit présentés au cours de l'exposé - naturellement sous un jour flatteur.

Cette pratique où un acteur, auquel la position confère un rôle influent, fait la promotion cachée d'un médicament a été récemment vivement critiquée dans deux articles successifs du BMJ (73) (74).

C. L'évaluation de la formation médicale continue

Le caractère obligatoire de la formation médicale continue, mais aussi son financement repose sur l'hypothèse que la formation continue améliore les pratiques médicales, et par conséquent l'état de santé des patients. Il semblerait en effet aberrant d'instaurer une formation obligatoire, et d'investir des fonds, si celle-ci était inefficace.

L'évaluation de la formation est un concept qui dépasse largement le domaine de la formation médicale. La question de l'efficacité de la formation est omniprésente dans le monde de l'entreprise, où les financeurs attendent un retour sur investissement.

Le modèle de Donald Kirkpatrick, chercheur américain, décrit quatre niveaux d'évaluation de la formation (74) : le niveau 1 concerne la satisfaction des participants, le niveau 2 les apprentissages (savoir, savoir-faire et savoir-être¹⁰), le niveau 3 le transfert de ces apprentissages dans la pratique. Le niveau 4 mesure, dans le modèle de Kirkpatrick, l'impact de la formation sur les résultats de l'entreprise. C'est ce modèle qui a été utilisé dans le domaine médical, avec, comme niveau 4, le niveau de santé des patients - notion bien évidemment plus complexe qu'un simple retour financier sur investissement (75).

Dès les années 80, devant la forte augmentation de l'offre de formation, des professionnels s'attachent à montrer un lien de causalité entre la formation médicale continue et l'amélioration des connaissances, des pratiques ou de l'état de santé des patients (76). De nombreux travaux retrouvent une efficacité de la formation médicale continue sur ces paramètres, mais cette efficacité apparaît variable selon le type de formation utilisée, et

¹⁰ les anglo-saxons utilisent les termes de knowledge, attitudes, and skills, dont une traduction plus littérale serait connaissances, attitudes et compétences. Les termes de savoir, savoir-faire et savoir-être étant plus couramment usités en français dans le domaine de la formation, nous les avons privilégiés.

surtout, décroissante dans cet ordre : amélioration des connaissances, amélioration des pratiques, état de santé des patients (77).

Devant ces résultats, les auteurs se sont alors intéressés à la question de savoir quelles méthodes avaient le plus d'impact sur les pratiques médicales et/ou la santé des patients, et quels paramètres étaient susceptibles de faire varier l'efficacité de telle ou telle intervention.

Ces questions font l'objet de très nombreuses publications, dont l'extrême hétérogénéité rend l'analyse difficile. En effet, les types d'interventions sont très variables, en raison des diverses habitudes nationales et des systèmes de soins différent d'un pays à l'autre, des thèmes abordés extrêmement variés (dépistage des cancers, prescription médicamenteuse, arrêt du tabac..), et des paramètres utilisés pour mesurer l'efficacité très divers.

Malgré ces écueils, la Collaboration Cochrane a réalisé, pour plusieurs types d'interventions à visée formative, une revue de littérature, visant à étudier l'efficacité de chaque méthode, et à comparer les différentes méthodes entre elles.

Ainsi, pour chaque type d'intervention, la revue systématique se donnait pour but de déterminer si la méthode seule, ou au sein d'une intervention mêlant plusieurs types d'action, avait une efficacité, comparée à l'absence d'intervention ou comparée à un autre type d'intervention.

Par ailleurs, pour chaque méthode, les auteurs ont recherché les facteurs pouvant expliquer les variations d'efficacité.

L'efficacité était en général évaluée par des paramètres relatifs aux pratiques professionnelles (par exemple nombre d'analyses demandées, ou volume de prescription d'un médicament donné) ou bien aux patients (mesure de pression artérielle, arrêt du tabac...).

1) La diffusion de l'information par matériel didactique imprimé^{11,12}

L'objet de cette revue (78) porte sur l'efficacité de la distribution de matériels imprimés. Le matériel utilisé pouvait être un guide pour la pratique clinique, un article publié dans une revue de haute renommée (JAMA, The Lancet, NEJM). Le mode de diffusion varie : remise en main propre, envoi par un mail personnel, ou envoi par un mail groupé, et ce une seule fois, ou de façon répétée. Le document peut avoir différentes provenances : organe national en charge de la santé, société savante...

L'analyse des différents résultats permet de montrer que l'utilisation de documents imprimés, seule, a un effet faible sur les pratiques professionnelles, comparée à l'absence d'intervention.

Seules 3 études comparent l'utilisation de documents imprimés à un autre type d'intervention. Les résultats suggèrent que l'effet des interventions, s'il existe, est faible.

Les études disponibles ne permettent pas de déterminer si l'utilisation de documents imprimés au sein d'une méthode combinant plusieurs méthodes a une efficacité. De même, l'analyse des facteurs influant sur l'efficacité n'est pas réalisable en raison du manque de détails dans les études.

Les auteurs de l'étude concluent que la distribution de matériel imprimé est une méthode répandue, simple à mettre en œuvre et peu coûteuse. Cependant, son efficacité sur les pratiques professionnelles est faible, et son influence sur l'état de santé des patients est incertaine.

Il existe vraisemblablement des facteurs permettant d'améliorer l'impact de ces

11 En raison des habitudes d'enseignement différentes selon chaque pays, la traduction des termes utilisés par la Collaboration Cochrane est inévitablement approximative. Nous indiquerons pour les différentes méthodes les termes utilisés en anglais.

12 printed educational materials

documents, mais ils sont encore à déterminer.

2) Actions de formation¹³

Cette revue systématique (79), mise à jour de revues publiées en 1999 (80) puis en 2001 (81), s'intéresse à l'efficacité des actions de formations présentiels, au caractère très hétérogènes. Ainsi, les auteurs incluent aussi bien des formations didactiques (présentations formelles, cours, enseignements), assurant une transmission passive de l'information que des formations interactives : ateliers, groupes de discussion, sessions de formation individualisées ou toute intervention assurant un apprentissage interactif avec participation des médecins formés (jeux de rôle, discussions par cas...).

49 études supplémentaires ont été ajoutées aux 32 déjà examinées lors de la précédentes revues.

Un tiers des études ont été réalisées en Amérique du Nord, et un tiers en Europe. Les thèmes abordés sont très hétérogènes : actions de prévention (violences conjugales, arrêt du tabac, promotion de l'allaitement maternel...), prescriptions médicamenteuses (diminution de la prescription des antibiotiques, amélioration de la prescription des IEC...), prise en charge (lombalgies, tuberculose, MST...). Ces action de formation sont soit employées seules, soit au sein de formation multi-facettes, comprenant en plus de l'action de formation des interventions type feed-back, reminders, visites éducatives...

Les résultats principaux de cette revue retrouvent des conclusions proches des précédentes revues : les actions de formation peuvent permettre des améliorations faibles ou modérées des pratiques professionnelles, et des améliorations faibles des paramètres relatifs aux patients.

13 educational meeting

Au sein de ces actions de formation, les actions de formation mixtes, c'est à dire faisant appel à des méthodes interactives et didactiques, sont apparues plus efficaces que les actions de formation interactives uniquement, les actions de formations didactiques ayant peu ou pas d'impact sur les pratiques professionnelles. Ce résultat, qui diffère des précédentes revues, est, selon les auteurs, certainement dû à la difficulté de classer les actions, les études ne précisant pas nécessairement la méthode employée. En cas de doute, l'étude avait été classée dans la catégorie "mixte". Les auteurs suggèrent qu'à l'avenir il ne soit employé que deux catégories : majoritairement didactique, ou majoritairement interactif.

Par ailleurs, les interventions multi-facettes n'apparaissent pas plus efficaces que les actions de formation seules. L'analyse des différentes études montre que certains facteurs sont susceptibles d'expliquer les variations dans les résultats ; ainsi, les actions traitant d'un thème considéré comme grave ou important sont parmi les plus efficaces, par contre, les actions traitant d'un comportement complexe aboutissent à peu de changement dans la pratique.

3) Les visites de sensibilisation¹⁴

Par visite de sensibilisation (82), on entend la rencontre en face à face d'un professionnel formé à ce type d'intervention avec un professionnel de santé, sur le lieu d'exercice de celui-ci, afin de le sensibiliser à un point particulier de la pratique.

L'étude de la littérature retrouve 69 études répondant aux critères de qualité Cochrane. L'analyse de ces études permet aux auteurs de conclure à l'efficacité des visites de sensibilisation sur les pratiques professionnelles. L'effet est cependant très variable. Par

14 outreach visit

exemple, une série de visites portant sur la prescription d'un médicament a des effets modérés, mais constants. Par contre, lorsque le comportement visé est plus complexe, les résultats obtenus sont très variables, voire même négatifs ; les auteurs n'ont pas réussi à mettre en évidence les facteurs associés à une plus grande réussite. Les hypothèses initiales (nombres de visites, force de la recommandation, gravité du thème traité...) ne se sont pas vérifiées.

Certaines études ont étudié les retombées économiques des visites de sensibilisation, et la plupart d'entre elles concluent à une rentabilité à moyen terme, lorsque le comportement visé est une diminution des prescription.

4) *Audit avec retour d'information*¹⁵

L'audit avec retour d'information (83) est défini comme la récapitulation a posteriori d'une pratique de soin, réalisée sur une période donnée, sous quelque forme que ce soit, écrite, orale ou par informatique. Ce retour d'information est considéré comme passif lorsqu'il n'est pas demandé par le prestataire de soins ou actif lorsque le prestataire est impliqué.

Cette récapitulation peut se présenter sous la forme de données chiffrées, seules, ou comparées à la pratique d'un groupe. Mais elle peut prendre un tout autre aspect, comme par exemple l'observation de la pratique d'une personne, rapportée aux recommandations de bonnes pratiques ou aux pratiques des pairs.

Sous cette dénomination se cache donc des applications très différentes : profil d'activité personnel comparé aux moyennes départementales fournies aux praticiens par les délégués de l'assurance maladie, technique de l'audit version HAS (66), groupe d'analyse entre pairs (41). Il s'agit ici de la déclinaison à la française, chaque pays ayant ses propres

15 audit and feed-back.

spécificités.

Bien qu'il semble logique que les professionnels de santé soient enclins à modifier leurs pratiques s'il leur est montré que celle-ci n'est pas cohérente avec les recommandations de bonne pratique, ou éloignée de celle de leurs pairs, la précédente revue Cochrane (84) n'avait mis en évidence l'efficacité de cette démarche.

Les résultats de cette revue systématique diffèrent des précédents, dans la mesure où les auteurs concluent à l'efficacité possible de la méthode de l'audit/feedback. Cependant, les différentes études obtiennent des résultats très hétérogènes, certaines constatant même des résultats résolument négatifs (diminution de l'adéquation aux recommandations).

Les facteurs semblant influencer sur la réussite d'une telle action sont essentiellement l'intensité avec laquelle le retour d'information est fait d'une part, et l'importance initiale de l'inadéquation aux recommandations d'autre part. Les détails fournis par les études ne permettent pas de déterminer de façon certaine si l'implication des participants a un rôle, mais certains éléments semblent tout de même indiquer que des professionnels actifs dans le retour d'information sont plus à même de modifier leur pratique.

5) Les leaders d'opinion¹⁶ (85)

Devant la difficulté des praticiens d'intégrer à la pratique quotidienne les recommandations de bonne pratique, certains se sont intéressés aux méthodes de diffusion de l'information ; l'une d'elle est le recours à un leader d'opinion. Les théories de l'apprentissage d'Albert Bandura (86) avancent l'idée qu'un individu est susceptible de changer son comportement par mimétisme avec le comportement d'un autre individu, qu'il

16 local opinion leader

considère comme digne de confiance. Le fait qu'un individu acquiert à un moment donné le statut de leader d'opinion tient à différentes caractéristiques liées à la position sociale, à la compétence, aux qualités communicatives.

L'étude publiée en 2010 par la fondation Cochrane actualise une précédente revue, basée sur 12 études. La recherche systématique a permis d'ajouter 6 études répondant à des critères de qualité satisfaisant. L'analyse de 18 études (dont la très grande majorité a été réalisée aux États-Unis) montre une efficacité faible du recours aux leaders d'opinion pour améliorer les pratiques professionnelles des praticiens. Cependant, les auteurs mettent en garde contre le risque de biais des études, et rappellent que les difficultés pour identifier des leaders potentiels fiables en limitent le recours.

6) Les rappels au moment de la décision

On regroupe sous la dénomination de "rappels au moment de la décision" ou reminders toutes les interventions qui font en sorte de rappeler au clinicien, au moment où il examine un patient, prescrit des examens ou un traitement, les recommandations concernant la bonne pratique à réaliser dans un contexte précis (87).

Deux revues systématiques, dont les protocoles sont disponibles, sont en cours de réalisation par le groupe EPOC, visant à déterminer l'efficacité des rappels au moment de la décision, sous forme papier ou générés de manière informatique (88) (89).

Une autre revue de la littérature, un peu plus ancienne (90), retrouvait une efficacité modérée des pense-bête (parmi les patients des médecins concernés par l'action, ils étaient 10 à 20% de plus que dans le groupe sans intervention à avoir reçu des soins en conformité avec les recommandations).

L'examen de ces différentes revues donne une image plutôt décevante des différentes méthodes de formation ; l'efficacité, quand elle existe, est au mieux modérée.

Cependant, cette conclusion rapide est contestable ; en effet, la lecture des différentes revues du groupe EPOC permet de saisir les difficultés inhérentes à l'analyse de l'efficacité de la formation.

Plusieurs points méritent d'être soulignés.

D'une part, les thèmes abordés et les comportements visés sont, selon les études, très divers. Il semble alors difficile de rendre une conclusion unique. En effet, on peut poser l'hypothèse que certaines méthodes sont plus efficaces que d'autres pour modifier certains comportements ; la méthode apparaîtra alors parfois efficace, et parfois inefficace, la mise en commun de plusieurs études ne faisant plus, alors, apparaître une efficacité.

Par ailleurs, quelque soit la méthode utilisée, on peut imaginer que certains comportements sont plus facilement modifiables que d'autres. Certains auteurs avancent par exemple l'hypothèse qu'augmenter un volume de prescription est plus facile à obtenir que le diminuer. D'autres rapportent qu'un comportement simple (calendrier vaccinal à jour) est plus susceptible d'être amélioré qu'un comportement complexe (accompagnement du sevrage tabagique) (87).

Enfin, certaines absences d'amélioration proviennent parfois du fait que les comportements antérieurs à la formation étaient déjà proches des recommandations (79).

Au-delà du thème de la formation, il semble pertinent que des caractéristiques liées aux candidats à la formation soient susceptibles de jouer sur l'efficacité de la formation. Les différents auteurs des revues Cochrane rapportent à plusieurs reprises le manque de

détails à ce sujet. Il est rarement précisé dans les études si les candidats étaient volontaires pour se former, s'ils ont choisi librement ce type de formation, s'ils ont eu accès à d'autres types de formation.... Il serait difficile à croire qu'un type de formation puisse être efficace pour tous les médecins. Même au sein du même pays, les stratégies d'apprentissage et les habitudes de travail diffèrent grandement d'un professionnel à un autre, voire même chez le même professionnel au cours de sa vie.

Enfin, autant le regroupement d'études est intéressant pour mettre en évidence des résultats qui ne pourraient l'être par une seule étude, autant la classification par groupe de méthode est susceptible de fausser les résultats. En effet, comment interpréter, par exemple, les résultats concernant l'audit et le feed back, lorsque l'on sait que derrière ces termes se cachent des stratégies aussi diverses que le profil d'activité personnel trimestriel de l'Assurance Maladie, la méthode de l'audit selon la HAS, ou encore le groupe de pairs ?

Il semblerait donc intéressant de préciser ces données en réalisant des études plus personnalisées, dans lesquelles les participants seraient formés à l'utilisation de différentes méthodes, et pourraient se tourner vers celles qui leur correspondent le mieux, dans lesquelles les méthodes seraient utilisées pour un thème donné, ou du moins sur un groupement de thème donné, sans que ne soit réunis des comportements trop différents, et enfin dans lesquelles la méthode utilisée serait décrite avec minutie. Dans l'idéal, ces études seraient réalisées sur le territoire national, permettant ainsi de supprimer les biais liés à l'existence de système universitaire et médical différent d'un pays à l'autre.

Par ailleurs, bien que l'évaluation de la formation soit d'une réelle importance, on ne peut,

au vu de ces résultats, uniquement se baser sur la littérature pour déterminer quelles méthodes doivent être reconnues, et quelles méthodes sont à éliminer de l'arsenal disponible.

Il semble donc nécessaire de développer d'autres stratégies pour encadrer légalement la formation médicale continue des médecins généralistes. En réalisant une enquête destinée à recueillir l'opinion des principaux intéressés, nous avons tenté d'apporter quelques éléments de réponses à cette problématique.

Deuxième partie

l'enquête

A. Méthode

1) Protocole d'étude

a) Choix du sujet

Bien que le thème de la formation médicale continue des médecins généralistes soit régulièrement débattu, tant au plan politique qu'au plan médical, l'avis des principaux intéressés est rarement sollicité.

Alors que le dispositif de formation continue a été une nouvelle fois remanié, suite au vote de la loi HPST, et qu'il fonctionne actuellement sur un modèle provisoire, dans l'attente de la publication des décrets, nous nous sommes intéressés à recueillir les impressions des médecins généralistes quant à leurs modalités de formation.

Par ce travail, nous souhaitons donner un aperçu du comportement et des perceptions des médecins généralistes sur la manière dont ils estiment se former. Nous espérons ainsi générer des idées et des hypothèses pouvant contribuer à la mise en place d'un système de formation accepté par tous.

b) Élaboration du questionnaire

A partir de janvier 2011, avec l'aide du Docteur Bronner, nous élaborons un questionnaire destiné à évaluer l'importance qu'accordent les médecins généralistes aux différentes modalités de formation. Les modalités que nous leur proposons, explicitées dans le deuxième chapitre de ce travail, émanent de notre expérience et connaissance personnelle, complétées par l'avis de collègues proches.

Un premier test du questionnaire, avant sa mise en forme informatique définitive, a lieu

en avril 2010, parmi des médecins participant à la liste de discussion "mgclinique" ou au forum de discussion de FMC Action, association de formation. La forte réaction sur certains points permet de corriger des questions peu claires, et met en évidence des points intéressants pour l'analyse des résultats.

La version corrigée du questionnaire est alors mis en forme par Meher Trabelsi, informaticien à l'APIMA.

L'APIMA, Association pour l'Informatique Médicale, est une association de droit local qui a pour objectif d'accompagner l'informatisation des professionnels de santé, depuis 1996.

Deux initiateurs à l'informatique médicale répondent aux questions ponctuelles et renvoient les questions plus techniques vers les représentants régionaux, et conseillent les praticiens sur leur équipement informatique. L'APIMA a par ailleurs créé un réseau de médecins formateurs, participant au pôle formations.

Enfin, l'association mène de nombreuses et régulières enquêtes par voie de courrier électronique, et accompagne la réalisation de thèses en médecine (91).

Après un nouveau test de la version en ligne, le questionnaire est envoyé le 8 juillet.

c) Recrutement

Nous bénéficions de l'accès à la mailing-liste de l'APIMA où figurent les médecins ne refusant pas de recevoir des courriers électroniques de la part de l'association. Cette liste de coordonnées, déclarée à la CNIL, s'est constituée à partir :

- des formulaires d'inscription aux actions de formation médicale continue et d'évaluation des pratiques professionnelles

- des fiches de renseignements des formateurs
- des formulaires d'inscription en ligne aux formations
- des sites Web des Pages Jaunes, du Conseil National de l'Ordre des Médecins et de la Sécurité Sociale.

d) Modalités d'envoi

Le 8 juillet 2011, nous envoyons le mail suivant :

De : Pauline Cordonnier

Objet : Thèse sur formation médicale continue

Bonjour,

Remplaçante en médecine générale, je prépare une thèse dirigée par le Dr Bronner et présidée par le Professeur Schlienger, sur le sujet de la **formation médicale continue des généralistes** en médecine libérale.

Temps de réponse 3 à 5 mn

Questionnaire : http://www.apima.org/enquete/110524_these_formation/enquete.php

Ce questionnaire est destiné aux médecins généralistes, à activité libérale principale : si vous ne répondez pas à ces critères, vous avez reçu ce mail par erreur ; ne répondez-pas au questionnaire.

Objectifs et modalités de la thèse

Peu de travaux se sont intéressés à la formation des médecins généralistes au quotidien. Si la participation aux **séminaires de formation**, et la lecture de la **presse médicale** sont relativement bien documentées, les données concernant la place qu'ont pris **Internet**, et plus précisément **Google**, vos **collègues**, ou encore vos **stagiaires** au sein de votre formation sont complètement inexistantes.

A l'heure où la formation continue est au centre de nombreuses discussions, nous avons élaboré un **questionnaire** pour préciser l'importance qu'ont pour vous les différents types de formation.

Pour chaque item, vous pouvez ainsi préciser **ce que vous utilisez pour vous former**, puis **l'importance** qu'ont pour vous ces moyens de formation.

N'hésitez pas à laisser de nombreux commentaires, importants pour notre analyse.

Merci beaucoup de vos réponses,

Pauline Cordonnier

Lien vers le questionnaire (à n'utiliser que si vous n'avez pas encore répondu) : http://www.apima.org/enquete/110524_these_formation/enquete.php

Si vous souhaitez recevoir la thèse finie en pdf, ou si vous aimeriez avoir des informations sur un certain type de formation, n'hésitez pas à m'envoyer un mail à l'adresse suivante : paulinecordonnier@gmail.com.

Une relance apparaît également dans le UGé Zapping n°45, la communication d'Union Généraliste du 17 juillet 2011.

ENQUETE FMC (DPC) Les nouvelles technologies envahissent la formation des médecins, mais la place qu'elles tiennent dans leur quotidien est peu explorée. Pauline Cordonnier a décidé de faire sa thèse sur le sujet. Si vous êtes généraliste ou remplaçant en médecine générale, vous avez probablement été destinataire d'un mail vous invitant à prendre quelques minutes pour participer à son travail en répondant à [un questionnaire sur le sujet](#). Si vous n'avez pas encore répondu, merci de le faire : lecture, Internet, messagerie, forums, séminaires, formations DPC à distance, vos réponses et commentaires seront décortiqués dans une thèse à soutenir en septembre.

Au total, les mails ont été envoyés à 24077 adresses, 3379 ne sont pas parvenus à leur destinataire (boîte mail saturée, adresse incorrecte ou n'existant plus, problème technique) ; c'est donc 20 698 médecins qui ont reçu notre message, sur l'ensemble du territoire français.

Nous recevons 43 messages de médecins ne correspondant pas au profil souhaité (praticien hospitalier, autre spécialité que la médecine générale, médecins à exercice particulier (angiologue, nutritionniste...), permettant d'estimer à **20 655** le nombre de médecins susceptibles de répondre à notre questionnaire.

e) Le questionnaire



Thèse sur la formation médicale Pauline CORDONNIER

Pour chaque item, précisez **ce que vous utilisez pour vous former**, puis **l'importance** qu'ont pour vous ces moyens de formation. N'hésitez pas à laisser des commentaires.

Ce travail a pour objectif de mieux connaître la formation des généralistes au quotidien : si la participation aux **séminaires de formation**, et la lecture de la **presse médicale** sont relativement bien documentées, les données concernant la place qu'ont pris **Internet**, et plus précisément **Google**, vos **collègues**, ou encore vos **stagiaires** au sein de votre formation sont complètement inexistantes.

Informations générales

Sexe : Masculin Féminin

Remplaçant : Oui Non

Quel est votre département d'exercice ?

Avez-vous déjà eu une activité de formateur ? Oui Non
(Séminaire de formation, IFSI, Fac...)

Avez-vous déjà été maître de stage ? Oui Non
(Accueil d'externe, d'interne...)

Age :

Pour les médecins installés

Exercez-vous : Seul En groupe

A combien ?

Votre cabinet est-il informatisé ? Oui Non

Utilisez-vous un logiciel de gestion de dossiers ? Oui Non

Formations présentielles

Importance dans votre formation : Important Parfois utile Sans intérêt

Formations indemnisées par l'OGC

Combien de jours de formation en 2010 ?

Formations indemnisées par le FAF

Formations organisées par l'industrie pharmaceutique

Quels étaient les thèmes des séminaires ?

Pairs

Importance dans votre formation : Important Parfois utile Sans intérêt

Groupe d'échange de pratiques reconnu par un organisme agréé

Groupe d'échange de pratique hors organisme agréé

Groupe Balint

Rencontre régulière avec des pairs non formalisée
(exercices en groupe, discussion entre confrères...)

Nb de réunions par an :

Lecture de la presse

Importance dans votre formation : Important
 Parfois utile
 Sans intérêt

Presse d'actualité (Ex : Le quotidien du médecin)

Revue de formation continue :

Le Concours médical

La revue du praticien (médecine générale)

La revue du praticien

Médecine

La revue médicale suisse (Médecine et Hygiène)

Revues scientifiques anglo-saxonnes
(Ex : The Lancet, JAMA...)

Prescrire ou Bibliothèque intégrale Prescrire

Revues scientifiques françaises
(Ex : La revue de la médecine Interne...)

Temps de lecture : h/mois

Internet

Importance dans votre formation : Important
 Parfois utile
 Sans intérêt

Google

Autres moteurs de recherche générale

Sites médicaux professionnels
(Ex : Clamef, Esculape, Nephros...)

Wikipédia

Sites médicaux grand public (Ex : Doctissimo...)

Forum de patients

Sites de e-learning (Ex : radioFM, excellencis...)

Fondation Cochrane

Pubmed

Liste de discussion (Ex : mgc@inque...)

Temps par jour : min/jour

Si vous le souhaitez, détaillez plus cet item

Évaluation des pratiques professionnelles

Importance dans votre formation : Important
 Parfois utile
 Sans intérêt

En cas de participation à une action d'EPP dans les 5 dernières années, merci de commenter cette expérience

Présence d'étudiants (externes, internes)

Importance dans votre formation : Important
 Parfois utile
 Sans intérêt

Si vous le souhaitez, détaillez plus cet item

Utilisation d'un logiciel

Importance dans votre formation : Important
 Parfois utile
 Sans intérêt

Aide à la prescription

Aide à la décision médicale

Avec "reminders" (pense-bête et rappels automatiques)

Consultation des recommandations

Importance dans votre formation : Important
 Parfois utile
 Sans intérêt

HAS

Sociétés savantes

Assurance Maladie

Lecture d'ouvrages médicaux

Importance dans votre formation : Important
 Parfois utile
 Sans intérêt

Citez les ouvrages que vous utilisez le plus souvent, ou que vous avez lu les deux dernières années

Visiteurs médicaux

Importance dans votre formation : Important
 Parfois utile
 Sans intérêt

Combien de visiteurs médicaux recevez-vous par semaine ?
 1 ou moins
 Entre 1 et 5
 5 ou plus

Si vous le souhaitez, détaillez plus cet item

Formation universitaire

Importance dans votre formation : Important
 Parfois utile
 Sans intérêt

Formation initiale (support de cours, livres de préparation à l'Internat/ENC)

Formation complémentaire universitaire (DU, DIU, capacités...)

Formation continue à destination des généralistes organisée par l'université

Participation à des congrès

Importance dans votre formation : Important
 Parfois utile
 Sans intérêt

Autre

Importance dans votre formation : Important
 Parfois utile
 Sans intérêt

Commentaires libres

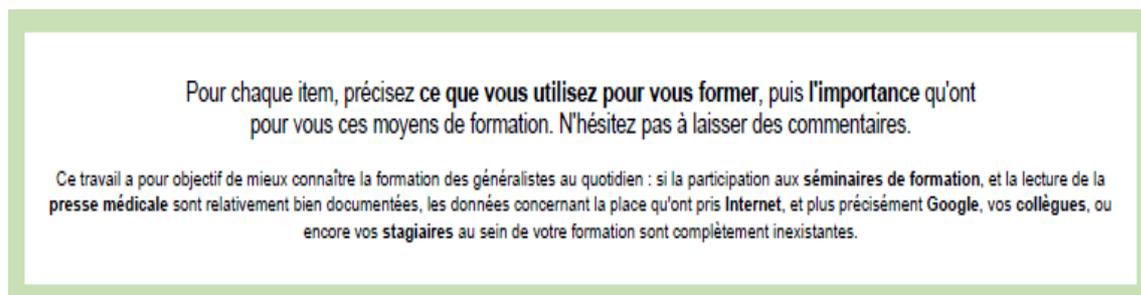
Envoyer le formulaire

Juillet 2011 - Réalisation technique et graphique de l'enquête pour APIMA : [Meher TRABELSI](#)

Comme proposé dans le mail, les médecins sont invités à se connecter sur le site de l'APIMA en cliquant directement sur le lien faisant apparaître le questionnaire.

Aucune réponse n'est obligatoire pour pouvoir valider l'envoi, les réponses sont anonymes. Les questions sont à choix fermés, mais de nombreux espaces de commentaires libres permettent aux médecins d'exprimer des nuances sur les réponses, ou d'ajouter des items qui ne sont pas présents dans la liste.

Un bandeau au-dessus du questionnaire rappelle le mode d'emploi du questionnaire, et l'objectif du travail.



2) Recueil des données

Grâce au travail de l'informaticien, les réponses de chaque médecin sont converties en données analysables par un tableur : l'ensemble des réponses se présente sous forme de tableau, avec une ligne par personne contenant toutes les réponses données. Le tableau s'incrémente au fur et à mesure des réponses.

B. Résultats

Le 02 août, nous comptabilisons 2442 réponses. Nous en ôtons 35 (doublons, lignes vides), ce qui fait un total de **2407** valides, soit un taux de réponse de **11,7 %**.

1) Population étudiée

The screenshot shows a survey form with the following fields and options:

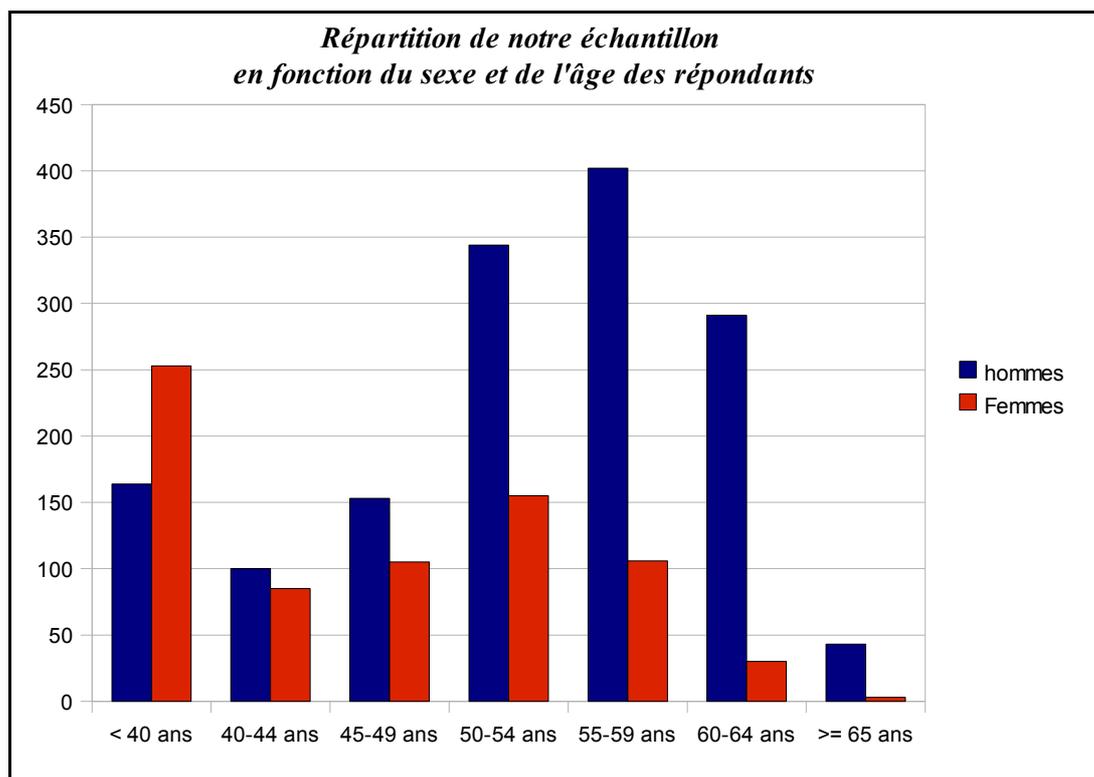
- Sexe : Masculin Féminin
- Remplaçant : Oui Non
- Quel est votre département d'exercice ?
- Avez-vous déjà eu une activité de formateur ? Oui Non (Séminaire de formation, IFSI, Fac...)
- Avez-vous déjà été maître de stage ? Oui Non (Accueil d'externe, d'interne...)
- Age :
- Section 'Pour les médecins installés':
 - Exercez-vous : Seul En groupe
 - A combien ?
 - Votre cabinet est-il informatisé ? Oui Non
 - Utilisez-vous un logiciel de gestion de dossiers ? Oui Non

a) Sexe et âge

L'échantillon est composé de 1613 **hommes** soit **67 %** et de 776 **femmes** soit **32,2%** (0,8 % n'ont pas renseigné cet item). L'**âge moyen** (calculée sur 2235 répondants, 172 personnes n'ayant pas renseigné l'âge ou le sexe) est de **50,2 ans** pour l'**ensemble** des répondants, **45,2 ans** pour les **femmes**, et **52,6 ans** pour les **hommes**.

Les effectifs par âge et par sexe se répartissent comme suit :

âge	Homme	Femme
< 40 ans	164	253
40-44 ans	100	85
45-49 ans	153	105
50-54 ans	344	155
55-59 ans	402	106
60-64 ans	291	30
>= 65 ans	43	3



b) Implication dans la formations

Parmi les 2407 répondants, 859 (**35,7 %**) sont **maîtres de stage**¹⁷, et 850 (**35,3 %**) ont une **activité de formateur**. 560 sont maître de stage et formateur.

c) Conditions d'exercice.

129 (**6,3%**) sont **remplaçants**, 2278 (**94,6%**) sont **installés**¹⁸. Parmi les médecins installés, 880 (**39%**) exercent **seuls**, 1363 (**60 %**) sont en **groupe**¹⁹.

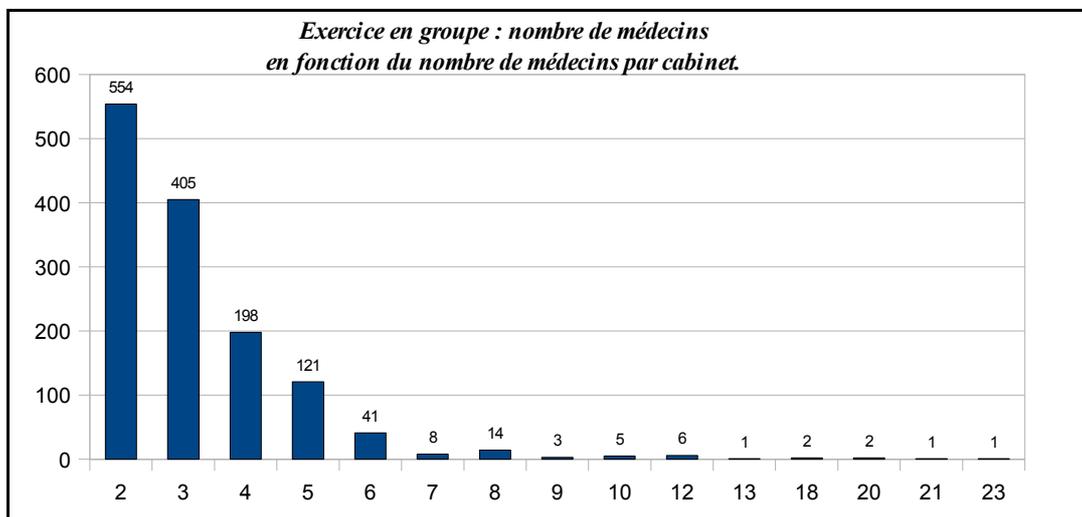
Le nombre de médecins par cabinet, pour l'exercice en groupe, se répartit de la façon suivante²⁰ :

17 Le terme officiellement reconnu actuellement est Enseignant Clinicien Ambulatoire.

18 Certains médecins, n'ayant pas renseigné l'item remplaçant ou non, ont complété les information concernant les conditions d'exercice des installés, nous les avons donc comptabilisé comme tel.

19 Six médecins, non remplaçants, n'ont pas renseigné l'item en groupe/seul, mais ont précisé exercer à 2, 3 ou 4 médecins, nous les avons considérés comme exerçant en groupe. Un médecin déclarant exercer en groupe a précisé 1 comme nombre de praticiens en exercice dans son cabinet, nous avons considéré qu'il exerçait seul.

20 4 réponses se situaient entre 21 et 50 ; nous avons considéré qu'il s'agissait d'établissement, et non pas de cabinets libéraux.

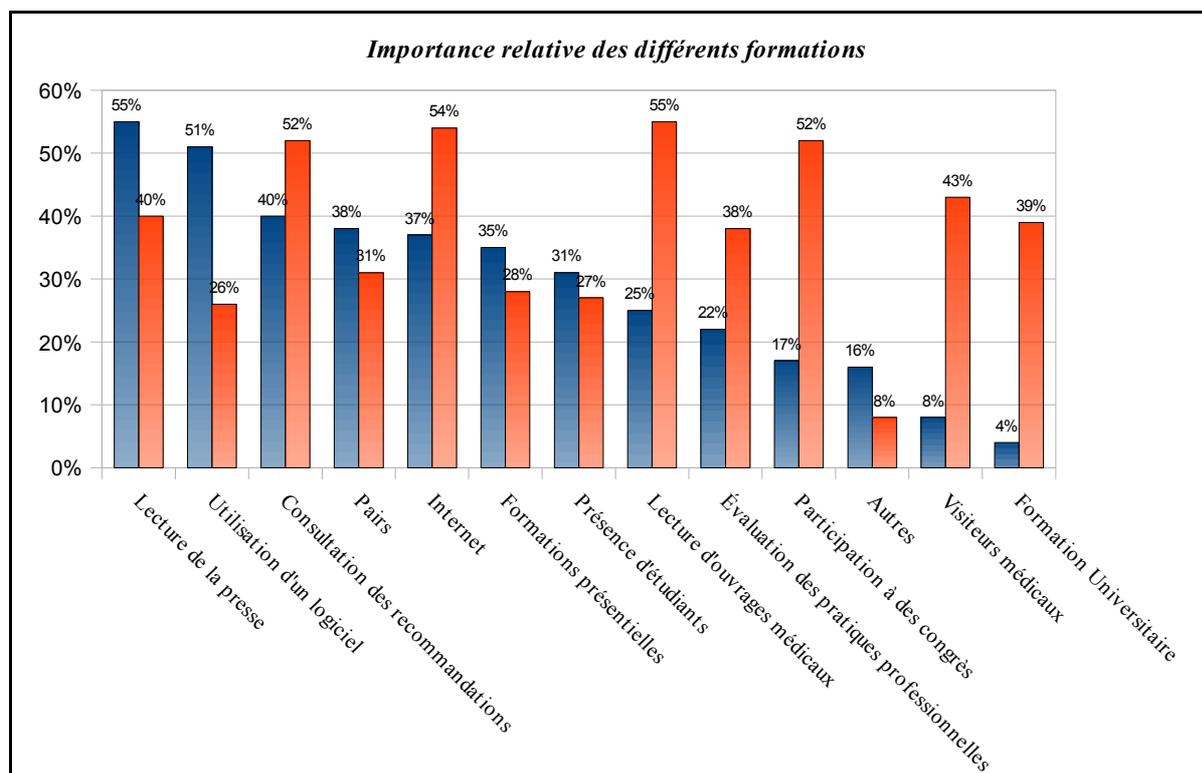


2183 (91%) ont un **cabinet informatisé**, et 2039 (85%) utilisent un **logiciel de gestion de données**.

2) Importance relative des différentes formations

Afin de rendre les résultats plus lisibles, nous avons utilisé des diagrammes : la colonne en bleu indique le pourcentage de médecins ayant répondu "important" pour cet item, et la colonne en rouge indique le pourcentage de ceux ayant répondu "parfois utile".

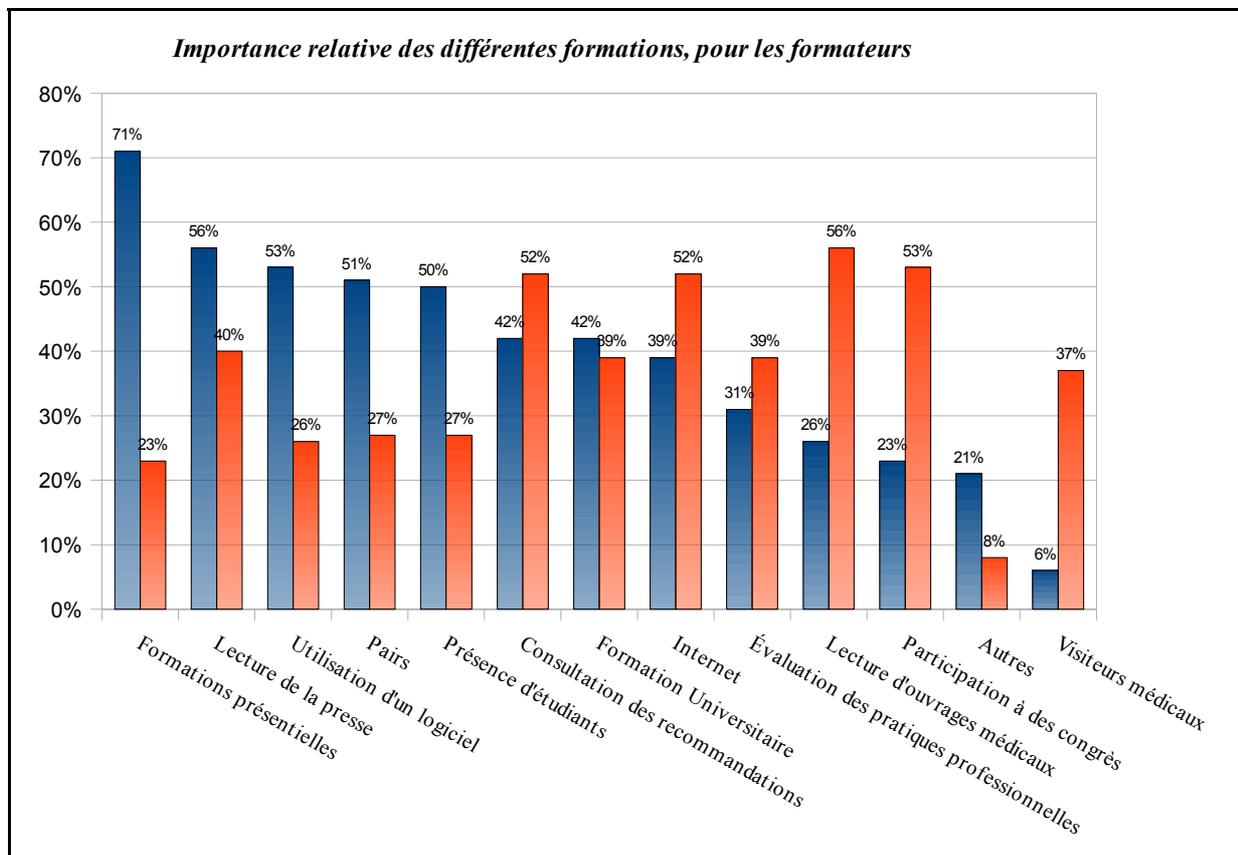
a) Pour l'ensemble de l'échantillon



	Important	Parfois utile	Sans intérêt
Lecture de la presse	1331 (55%)	960 (40%)	59 (2%)
Utilisation d'un logiciel	1223 (51%)	636 (26%)	400 (17%)
Consultation des recommandations	966 (40%)	1258 (52%)	108 (4%)
Pairs	908 (38%)	747 (31%)	370 (15%)
Internet	889 (37%)	1288 (54%)	116 (5%)
Formations présentiels	1520 (35%)	673 (28%)	91 (4%)
Présence d'étudiants	737 (31%)	643 (27%)	529 (22%)
Lecture d'ouvrages médicaux	605 (25%)	1316 (55%)	292 (12%)
Évaluation des pratiques professionnelles	539 (22%)	903 (38%)	658 (27%)
Participation à des congrès	418 (17%)	1241 (52%)	592 (25%)
Autres	347 (16%)	187 (8%)	297 (12%)
Visiteurs médicaux	195 (8%)	1029 (43%)	1111 (46%)
Formation Universitaire	961 (4%)	947 (39%)	303 (13%)

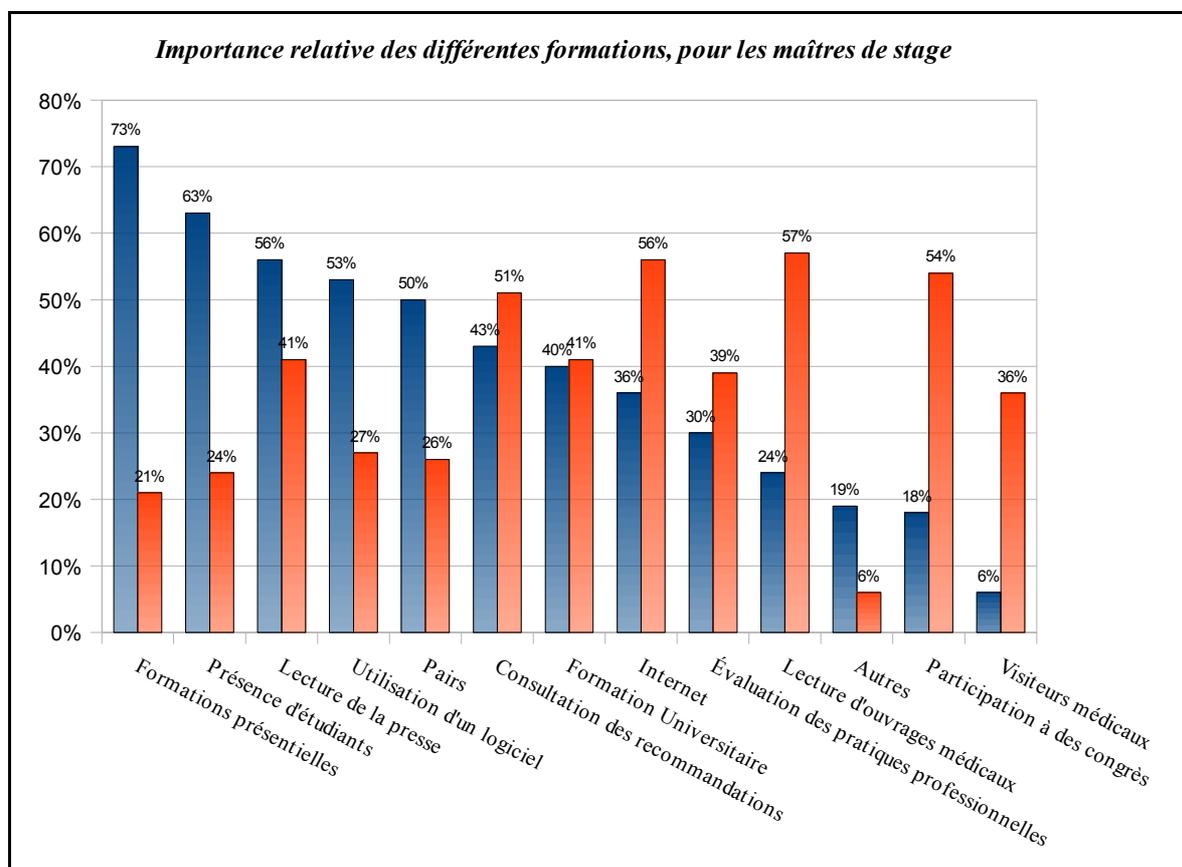
b) Par profil

1) Les formateurs



	Important	Utile	Sans intérêt
Formations présentiellees	600 (71%)	192 (23%)	15 (2%)
Lecture de la presse	472 (56%)	338 (40%)	20 (2%)
Utilisation d'un logiciel	453 (53%)	221 (26%)	135 (16%)
Pairs	434 (51%)	228 (27%)	72 (8%)
Présence d'étudiants	421 (50%)	226 (27%)	89 (10%)
Consultation des recommandations	359 (42%)	444 (52%)	28 (3%)
Formation Universitaire	357 (42%)	335 (39%)	109 (13%)
Internet	330 (39%)	445 (52%)	35 (4%)
Évaluation des pratiques professionnelles	263 (31%)	329 (39%)	168 (20%)
Lecture d'ouvrages médicaux	219 (26%)	474 (56%)	98 (12%)
Participation à des congrès	198 (23%)	449 (53%)	162 (19%)
Autres	179 (21%)	67 (8%)	72 (8%)
Visiteurs médicaux	54 (6%)	315 (37%)	460 (54%)

2) Les maîtres de stage



	Important	Utile	Sans intérêt
Formations présentiellees	628 (73%)	182 (21%)	20 (2%)
Présence d'étudiants	539 (63%)	206 (24%)	55 (6%)
Lecture de la presse	480 (56%)	348 (41%)	17 (2%)
Utilisation d'un logiciel	451 (53%)	230 (27%)	140 (16%)
Pairs	433 (50%)	223 (26%)	80 (9%)
Consultation des recommandations	372 (43%)	441 (51%)	28 (3%)
Formation Universitaire	341 (40%)	351 (41%)	107 (12%)
Internet	306 (36%)	479 (56%)	36 (4%)
Évaluation des pratiques professionnelles	254 (30%)	338 (39%)	166 (19%)
Lecture d'ouvrages médicaux	208 (24%)	489 (57%)	101 (12%)
Autres	166 (19%)	54 (6%)	85 (10%)
Participation à des congrès	157 (18%)	462 (54%)	197 (23%)
Visiteurs médicaux	51 (6%)	308 (36%)	477 (56%)

3) Réponses par type de formation

Lorsque l'item comportait un choix de réponses, nous avons représenté les résultats sous forme de diagramme ; les colonnes bleues correspondent au pourcentage de médecins ayant sélectionné cette réponse.

a) Formations présentiellees

Formations présentiellees

Importance dans votre formation :

Important
 Parfois utile
 Sans intérêt

Formations indemnisées par l'OGC

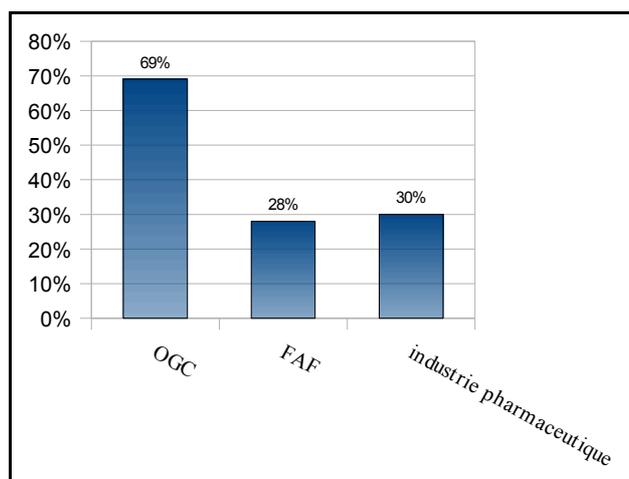
Combien de jours de formation en 2010 ?

Formations indemnisées par le FAF

Formations organisées par l'industrie pharmaceutique

Quels étaient les thèmes des séminaires ?

1) Utilisation des différentes formations



	Ensemble	Important	Utile	Sans intérêt
Formations OGC	1659 (69%)	1265 (83%)	335 (50%)	4 (4%)
Formations FAF	665 (28%)	529 (35%)	112 (17%)	1 (1%)
Formations organisées par l'industrie pharmaceutique	718 (30%)	478 (31%)	213 (32%)	5 (5%)

Par ailleurs, 1751 médecins ont indiqué avoir réalisé une journée ou plus de formations OGC en 2010, et le nombre moyen de journées de formation, pour ces médecins, est de **2,9** journées.

2) réponses pour les remplaçants.

Nous nous sommes intéressés à la réponse des remplaçants suite à la lecture de plusieurs commentaires de remplaçants exprimant leurs difficultés à avoir accès aux formations indemnisées par l'OGC. D'une part, le nombre de places ouvertes aux remplaçants pour les formations OGC fait l'objet d'un quota, limitant ainsi fortement la possibilité d'assister à certaines formations prisées, et d'autre part, l'annulation parfois à la dernière minute de certaines formations (faute de participants par exemple) pénalisent les remplaçants qui sont souvent dans l'obligation de refuser un remplacement d'une semaine,

pour un séminaire de deux jours.

Ainsi, 76 (**59%**) des 129 médecins remplaçants qualifie la formation présentielle d'importante, 43 (**33%**) la qualifie de parfois utile, et 6 (**5%**) de sans intérêt.

96 (**74%**) remplaçants ont coché la case "formations OGC", 94 déclarent une journée ou plus de formation en 2010, avec en moyenne **1** journée de formation par médecin.

3) Thèmes des séminaires.

Le but initial de cette question était de comparer les thèmes choisis par nos répondants aux données existantes ; cependant, il manquait à notre intitulé la précision "en 2010", rendant la comparaison impossible.

Néanmoins, nous avons par la suite tout de même exploité cette donnée, lorsque nos réflexions nous ont poussés à nous interroger sur la place des formations à la relation médecin/patient. Aussi avons-nous relevé le nombre de médecins déclarant avoir déjà fait une formation dont le thème se rapprochait de ce sujet.

69 médecins déclarent avoir réalisé une formation se rapportant à la relation médecin/malades :

- 13 formations "relation médecin/malades", sans précision.
- 4 formations "communication"
- 11 formations "Balint"
- 21 formations "entretien motivationnel"
- 11 formations "thérapies cognitives et comportementales"
- 2 formations "programmation neuro-linguistique"
- 1 formation "écoute active"

- 1 formation "empathie"
- 3 formations "psychothérapies", sans précision.
- 1 formation "compétences relationnelles"
- 1 formation "difficultés relationnelles avec les patients"
- 1 formation "expression non verbale : le regard"

b) Pairs

Pairs

Importance dans votre formation :

Important

Parfois utile

Sans intérêt

Groupe d'échange de pratiques reconnu par un organisme agréé

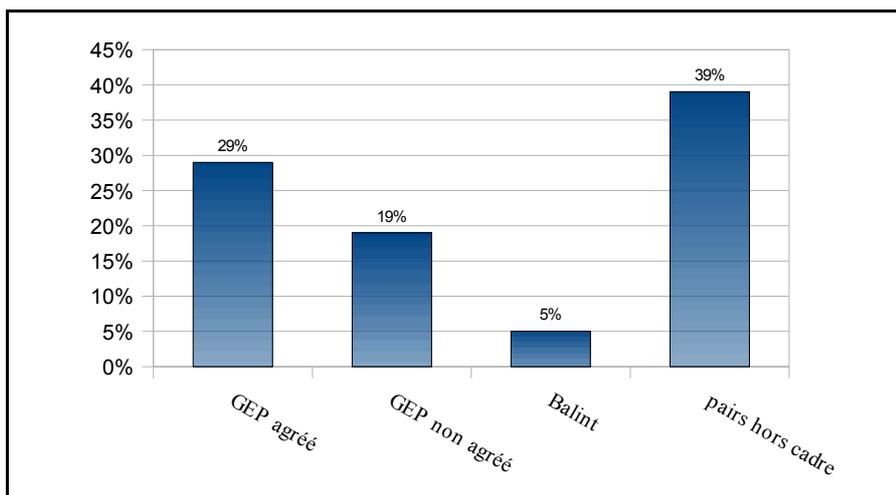
Groupe d'échange de pratique hors organisme agréé

Groupe Balint

Rencontre régulière avec des pairs non formalisée
(exercices en groupe, discussion entre confrères...)

Nb de reunions par an :

Cet item recoupe l'item "Évaluation des pratiques professionnelles", dans la mesure où le groupe d'analyse des pratiques entre pairs est une méthode reconnue d'EPP, validée au titre de l'EPP si le groupe correspond à des critères standardisés. Cependant, nous verrons que l'analyse de l'item "Évaluation des pratiques professionnelles" a suscité des réactions inattendues, qui rendaient tout à fait licite cette double présence.



	Ensemble	Important	Utile	Sans intérêt
Groupe d'échange de pratiques reconnu par un organisme agréé	586 (29%)	438 (48%)	123 (16%)	6 (2%)
Groupe d'échange de pratique hors organisme agréé	397 (19%)	268 (30%)	113 (15%)	3 (1%)
Groupe Balint	94 (5%)	65 (7%)	23 (3%)	2 (0%)
Rencontre régulière avec des pairs non formalisée ²¹	801 (39%)	373 (41%)	346 (46%)	26 (7%)

La question concernant le nombre de réunions par an était ambiguë ; elle impliquait en effet tous les types de réunions, même les rencontres informelles, qui sont, de par leur caractère informel, justement, difficile à résumer à un chiffre. Cette ambiguïté, qui a provoqué des réponses très variées, difficiles à interpréter, nous a conduit à ne pas intégrer cette donnée à notre analyse.

²¹ Certains des médecins signalaient en commentaire l'importance pour leur formation des échanges confraternels dans les commentaires libres, sans avoir coché la case "rencontre régulière avec des pairs non formalisée". Nous les vons comptabilisés comme l'ayant fait.

c) Lecture de la presse

Lecture de la presse

Importance dans votre formation :

- Important
- Parfois utile
- Sans intérêt

Presse d'actualité (Ex : Le quotidien du médecin)

Revue de formation continue :

- Le Concours médical
- La revue du praticien (médecine générale)
- La revue du praticien
- Médecine

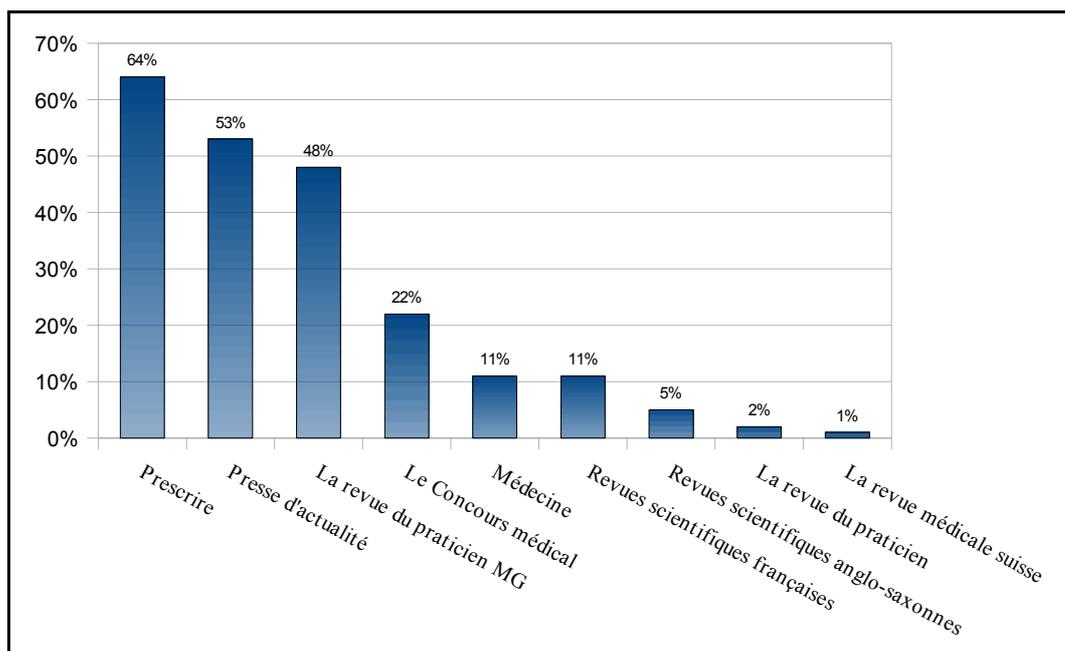
La revue médicale suisse (Médecine et Hygiène)

Revue scientifique anglo-saxonnes
(Ex : The Lancet, JAMA...)

Prescrire ou Bibliothèque intégrale Prescrire

Revue scientifique françaises
(Ex : La revue de la médecine interne...)

Temps de lecture : h/mois



	Ensemble	Importan t	Utile	Sans intérêt
Prescrire ou Bibliothèque intégrale Prescrire ²²	1309 (64%)	893 (7%)	401 (42%)	2 (3%)
Presse d'actualité (Ex : <i>Le quotidien du médecin</i>)	1096 (53%)	569 (43%)	507 (5%)	8 (14%)
La revue du praticien (médecine générale)	991 (48%)	581 (44%)	391 (4%)	3 (5%)
Le Concours médical	459 (22%)	265 (20%)	189 (2%)	1 (2%)
Médecine	217 (11%)	130 (10%)	84 (9%)	1 (2%)
Revue scientifique française (Ex : <i>La revue de la médecine interne...</i>)	221 (11%)	148 (1%)	70 (7%)	0 (0%)
Revue scientifique anglo-saxonnes (Ex : <i>The Lancet, JAMA...</i>)	100 (5%)	68 (5%)	32 (3%)	0 (0%)
La revue du praticien	442 (2%)	280 (21%)	155 (16%)	0 (0%)
La revue médicale suisse (Médecine et Hygiène)	20 (1%)	13 (1%)	6 (1%)	0 (0%)
Temps de lecture (h/mois)	6,4	7,5	4,8	1,2

d) Internet

²² Certains médecins ont précisé lire la Revue Prescrire dans l'item libre "autres", sans avoir coché la case correspondante. Nous les avons considérés comme l'ayant fait.

Internet

Importance dans votre formation :

Important

Parfois utile

Sans intérêt

Google

Autres moteurs de recherche générale

Sites médicaux professionnels
(Ex : Cismef, Esculape, Nephrohus...)

Wikipédia

Sites médicaux grand public (Ex : Doctissimo...)

Forum de patients

Sites de e-learning (Ex : radioIFM, excellencis...)

Fondation Cochrane

Pubmed

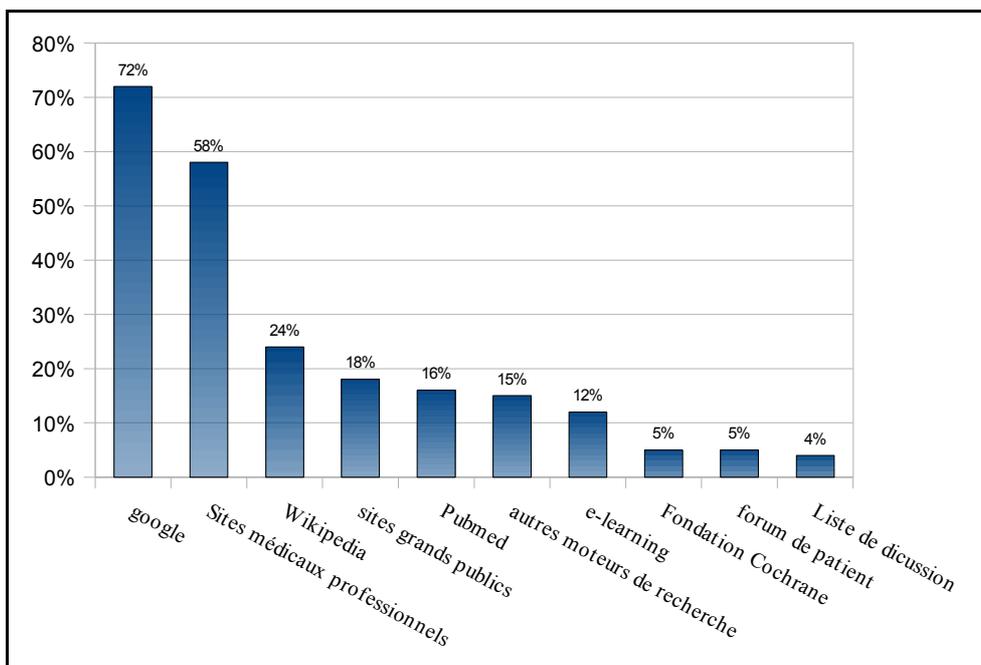
Liste de discussion (Ex : mgclinique...)

Temps par jour : min/jour

Si vous le souhaitez, détaillez plus cet item

Internet, quasi inconnu il y a encore 20 ans, s'est, en quelques années, inséré dans le quotidien, en modifiant profondément le rapport à l'information, ainsi que la communication interpersonnelle.

En raison de cette importante évolution, nous avons souhaité laisser les médecins préciser leur réponse par un espace de commentaire libre.



	Ensemble	Important	Utile	Sans intérêt
google	1726 (72%)	749 (84%)	927 (72%)	6 (5%)
Sites médicaux professionnels	1400 (58%)	664 (75%)	700 (54%)	1 (1%)
Wikipedia	584 (24%)	293 (33%)	271 (21%)	1 (1%)
sites grands publics	424 (18%)	187 (21%)	229 (18%)	0 (0%)
Pubmed	384 (16%)	214 (24%)	157 (12%)	0 (0%)
autres moteurs de recherche	356 (15%)	173 (19%)	170 (13%)	0 (0%)
e-learning	279 (12%)	144 (16%)	128 (10%)	0 (0%)
Fondation Cochrane	126 (5%)	71 (8%)	53 (4%)	0 (0%)
forum de patient	117 (5%)	64 (7%)	51 (4%)	0 (0%)
Liste de discussion	91 (4%)	62 (7%)	27 (2%)	0 (0%)

La plage réservée aux commentaires a été utilisée de façon diverses : manière d'utiliser Internet, sites utilisés, enthousiasme ou au contraire réticences...

1) sites utilisés, non répertoriés dans le questionnaire

Nous avons relevé les sites précisés en commentaires, et qui ne figuraient pas dans la liste proposée. Nous rapportons ceux qui sont cités par deux personnes ou plus :

➤ *Sites*

- **www.lecrat.org**, Centre de référence sur les Agents tératogènes (Hôpital Trousseau), qui, pour chaque médicament, vaccin, dépendance, pathologie, imagerie et exposition paternelle, précise les risques pour l'enfant à naître et/ou allaité (cité 27 fois).
- **www.univadis.fr**, un site de FMC gratuit créé par le laboratoire MSD, proposant un large éventail de services : atlas d'anatomie en 3D, atlas d'images, une newsletter sur l'actualité médicale et les recommandations, une librairie médicale virtuelle... (cité 26 fois).
- **www.has-sante.fr**, le site de la Haute Autorité de Santé, sur lequel on peut consulter les recommandations qu'elle édite (cité 9 fois).
- **www.afssaps**, le site de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, qui présente les recommandations qu'elle édite, ainsi que les actualités du médicaments (cité 3 fois).
- **www.atoute.org**, site grand public à l'initiative du Dr Dominique Dupagne, et qui regroupe une partie éditoriale, qui s'intéresse à la santé publique, à l'indépendance de l'information et à l'éthique de la profession médicale (92), et une partie forum de discussion sur de très nombreux thèmes médicaux (cité 7 fois).
- **www.formindep.org**, le site de l'association et du collectif FORMINDEP, qui se donne pour mission "une formation médicale indépendante au service des seuls professionnels de santé et des patients" (93), et qui s'est créé en 2004 à

l'initiative de Philippe Foucras, pour soutenir l'appel fait aux CNFMC de déclarer leur conflit d'intérêt.

- **www.prescrire.org**, le site de la Revue Prescrire, sur lequel les abonnés ont accès aux archives de la revue via un moteur de recherche par mots-clés.
- **drefc.smg.org**, site de Diffusion des Recommandations Francophones en Consultation de Médecine Générale, outil créé par la Société Française de Médecine Générale, et qui permet de trouver, grâce à une recherche par mots-clés, les recommandations attachées à un Résultat de Consultation, concept sur lequel nous reviendrons ultérieurement (cité 13 fois).
- **www.antibiolor.org**, site du Réseau Lorrain d'Antibiologie, réseau de soignants (médecins, biologistes, pharmaciens, dentistes) s'étant fixé pour objectif de promouvoir le meilleur usage des antibiotiques en Lorraine (94) (cité 2 fois).
- **www.em-consulte.com**, site consultatif des contenus Elsevier Masson, comportant de multiples articles didactiques, dont une partie est en général libre, l'accès à l'intégralité nécessitant un abonnement (cité 6 fois).
- **www.minerva-ebm.be**, site de la Revue Minerva, revue belge d'Evidence-Based Medicine dont le but est la promotion et la diffusion d'une information scientifique indépendante, en apportant une analyse critique des publications pertinentes dans la littérature internationale (95). Outre l'accès gratuit aux articles de la revue Minerva, ce site propose des modules de FMC (cité 8 fois).
- **www.egora.fr**, site du groupe Global Média Santé, groupe de communication spécialisé dans le domaine de la santé, et éditeur, entre autres, des revues "Le Panorama du Médecin", "La Revue du Praticien", "La Revue du Praticien Médecine Générale", "Le Concours Médical". Le site permet aux abonnés de

consulter les archives de ces revues. Par ailleurs, des modules de FMC en ligne sont accessibles (cité 3 fois).

- **www.orpha.net**, portail de référence sur les maladies rares et les médicaments orphelins, pour tous publics, financé par l'INSERM (cité 6 fois).
- **www.vidalonline.com**, site de la Société VIDAL, réservé aux professionnels de santé. Il propose un moteur de recherche médicaments, des synthèses des recommandations thérapeutiques et l'actualité du médicament. L'inscription est gratuite, elle nécessite cependant d'avoir un numéro d'ordre, et donc d'être thésé (cité 7 fois).
- **www.invs.sante.fr**, le site de l'Institut de Veille Sanitaire, qui propose de nombreux aide-mémoire sur des pathologies diverses, des données épidémiologiques, et de l'actualité médicale, par la rédaction de nombreux bulletins, dont le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (cité 4 fois).

➤ *e-learning*

Si certains des sites ci-dessus proposent des modules de e-learning, d'autres sont exclusivement destinés à cette fonctionnalité. Nous avons relevé les suivants (cités plus de 2 fois).

- **www.radioifm.com**, qui permet de télécharger des émissions radiophoniques (cité 5 fois).
- **www.excellensis.org**, site de e-learning belge, proposant des "excellensis", modules alliant QCM et cours. (cité 2 fois).
- **www.frequencem.com**, qui propose des émissions audio et vidéo, qui font, en 6 minutes, la synthèse d'un sujet (cité 3 fois).
- **www.pratis.com**, qui propose des vidéo sur un thème donné (cité 3 fois).

- **Newsletter** : une quinzaine de répondants²³ précisent être abonnés à des newsletter, actualités sur un thème, envoyées par courrier électronique à une personne abonnée. La plupart des sites cités ci-dessus proposent ce service. Outre ces derniers, les newsletters suivantes ont été citées : Mediscoop (site d'actualité médicale), BIP31 (actualités pharmacologiques), Journal International de Médecine (JIM), DGS (Direction générale de la Santé), InfoVac (information sur les vaccins).
- **Blog médicaux** (cité 9 fois) : les blogs sont un type à part de sites Internet, sorte de journal de bord tenu par un auteur, mais sur lequel les internautes peuvent réagir. Les blogs cités sont les suivants : "Juste après Dresseuse d'Ours, Les histoires d'une jeune généraliste, brutes et non romancées", "Le Blog de Borée, un jeune médecin installé à la campagne", "Docteur du 16, de la Médecine Générale, seulement de la médecine générale", "La Doc du Doc, le blogue du Dr Michel Arnoud".

Ces blogs ne proposent pas, stricto sensu, de la formation médicale continue, mais propose plutôt une réflexion, souvent décapante, sur l'exercice médical, la profession... Cependant, il n'est pas rare que se mêlent aux récits des détails plus techniques, comme cette description de l'examen gynécologique "à l'anglaise"²⁴ sur le blog de borée, qui n'a rien à envier à des cours plus académiques d'examen clinique (96).

- 3 répondants précisent utiliser deux autres fonctionnalités Internet :
- flux RSS, qui permet d'être averti de la mise à jour d'un site
 - réseau Twitter, permettant une communication au sein d'un groupe.

23 certains commentaires ne précisent pas clairement s'il s'agit du site ou de la newsletter

24 en décubitus latéral

2) Commentaires sur l'utilisation d'Internet (annexe 1)

De nombreux médecins ont précisé la façon dont ils utilisent Internet.

Largement en tête arrivent les 142 commentaires faisant état d'une utilisation ponctuelle, en réponse à une question précise, souvent en consultation, avec le patient, ou juste après.

Deux groupes se distinguent ensuite, les 22 médecins précisant utiliser Internet pour de la recherche documentaire, afin d'approfondir réellement un sujet, et les 12 utilisant les modules de e-learning.

e) Évaluation des pratiques professionnelle

Évaluation des pratiques professionnelles

Importance dans votre formation :

Important

Parfois utile

Sans intérêt

En cas de participation à une action d'EPP dans les 5 dernières années, merci de commenter cette expérience

La question sur l'évaluation des pratiques professionnelles comportait deux champs de réponses :

- un sur l'importance qu'a l'EPP dans la formation du répondant : **22%** des médecins qualifient ainsi l'évaluation des pratiques d'importante, et **38%** de parfois utile.
- un champ de commentaire sur une éventuelle expérience d'EPP, avec une formulation volontairement très ouverte. Cet espace libre a été très utilisé, et deux courants divergents se démarquent. Tandis que 174 médecins s'enthousiasment pour l'évaluation des pratiques professionnelles, 152 la condamnent sans appel (annexe 2).

f) Présences d'étudiants

Présence d'étudiants (externes, internes)

Importance dans votre formation :

- Important
- Parfois utile
- Sans intérêt

Si vous le souhaitez, détaillez plus cet item

Sur les 859 maîtres de stage qui ont participé à l'enquête, **63%** considèrent cette maîtrise de stage importante pour leur formation, et **24%** éventuellement utile, portant à **87%** de maîtres de stage pour qui l'accueil des étudiants fait partie de la formation.

De façon intéressante, les 1548 médecins qui ne sont pas maîtres de stage ne sont pas indifférents à l'aspect formatif de la maîtrise de stage, puisque 13% d'entre eux la qualifie d'importante pour la formation, et 28% de parfois utile.

Ces deux éléments de réponse sont renforcés par les 248 commentaires enthousiastes, précisant l'aspect formatif de la maîtrise de stage : confrontation entre le savoir théorique "frais" de l'étudiant, et l'expérience du maître de stage, justification de ses choix, discussion des démarches diagnostiques ou thérapeutiques, obligation de rigueur, prise de conscience de sa pratique... (annexe 3)

g) Utilisation d'un logiciel

Utilisation d'un logiciel

Importance dans votre formation :

Important

Parfois utile

Sans intérêt

Aide à la prescription

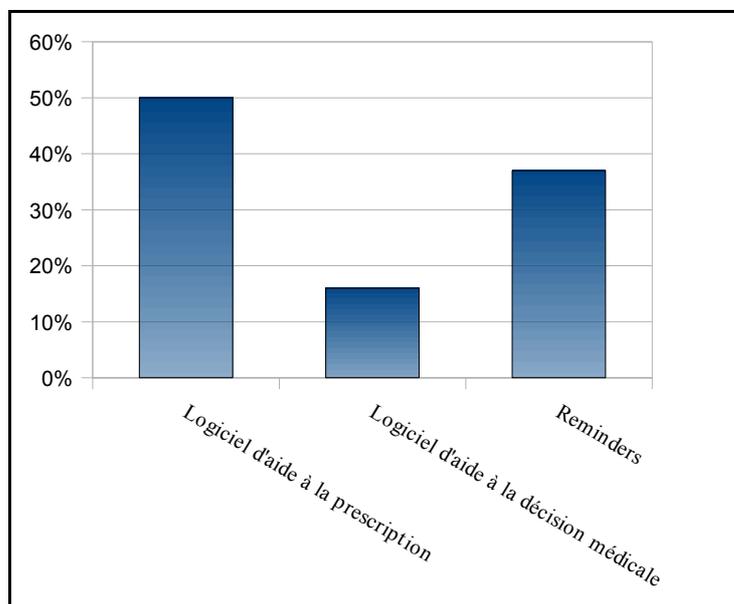
Aide à la décision médicale

Avec "reminders" (pense-bête et rappels automatiques)

Pour cet item, nous nous sommes intéressés aux médecins déclarant utiliser un logiciel de gestion de données.

Parmi ces 2039 médecins, 1139 (**56%**) considèrent l'utilisation d'un logiciel **important** pour leur formation, 536 (**26%**) **parfois utile**, et 269 (**13%**) **sans intérêt**.

C'est donc 82% des médecins utilisant un logiciel médical qui y voit un moyen de formation.



	Ensemble	Important	Utile	Sans intérêt
Logiciel d'aide à la prescription	1206 (50%)	911 (74%)	277 (44%)	7 (2%)
Logiciel d'aide à la décision médicale	392 (16%)	315 (26%)	73 (11%)	1 (0%)
Reminders	901 (37%)	713 (58%)	177 (28%)	6 (1%)

g) Consultation des recommandations

Consultation des recommandations

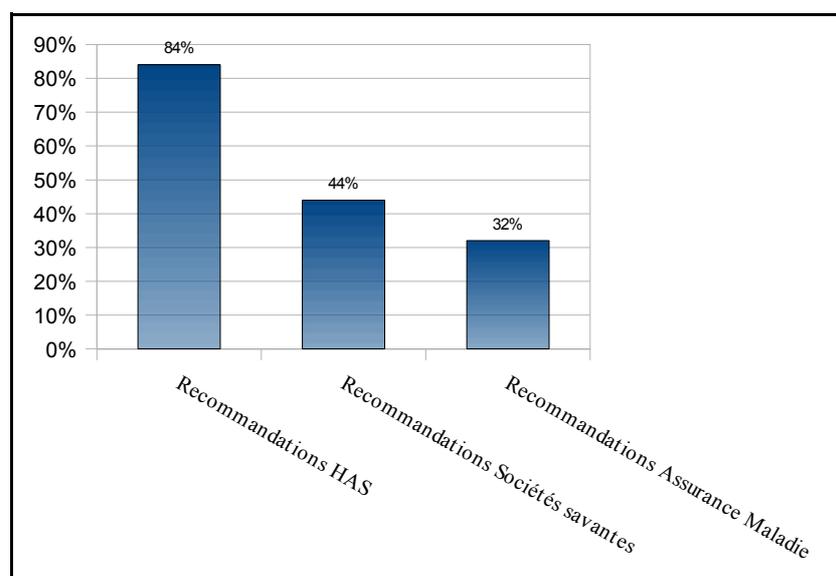
Importance dans votre formation :

Important
 Parfois utile
 Sans intérêt

HAS

Sociétés savantes

Assurance Maladie



	Ensemble	Important	Utile	Sans intérêt
Recommandations HAS	2029 (84%)	909 (94%)	1092 (87%)	13 (12%)
Recommandations Sociétés savantes	1065 (44%)	556 (57%)	495 (39%)	4 (4%)
Recommandations Assurance Maladie	767 (32%)	350 (36%)	399 (32%)	11 (10%)

h) Lecture d'ouvrages médicaux

Lecture d'ouvrages médicaux

Importance dans votre formation :

Important

Parfois utile

Sans intérêt

Citez les ouvrages que vous utilisez le plus souvent,
ou que vous avez lu les deux dernières années

Les ouvrages cités ont été très nombreux. Nous avons relevé ceux qui étaient rapportés plus de 3 fois. Précisons ici que de nombreux ouvrages n'étaient pas désignés par leur titre mais par leur auteur, ou par une partie de titre. Cela a rendu le relevé parfois difficile, ce raccourci entraînant souvent des ambiguïtés.

<i>Ouvrages de thérapeutique</i>	
Dorosz, guide pratique des médicaments (97)	cité 90 fois
Thérapeutique en médecine générale (98)	cité 13 fois
Thérapeutique pratique (99)	cité 7 fois
Guide de thérapeutique (100)	cité 22 fois

<i>Ouvrages de synthèse, alliant tableaux cliniques et prise en charge</i>	
Le Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique (101)	cité 74 fois
Vidal Recos : 150 synthèses de recommandations thérapeutiques (102)	cité 39 fois
Vademecum clinique : du diagnostic au traitement (103)	cité 6 fois
Diagnostics & Thérapeutiques : guide pratique du symptôme à la prescription (« le Berrebi »). (104)	cité 4 fois
Traité de médecine Godeau (105)	cité 29 fois
Petite encyclopédie médicale Hamburger : guide de pratique médicale (106)	cité 4 fois

Docteur, j'ai... : Stratégies diagnostiques et thérapeutiques en médecine déambulatoire (107)	cité 3 fois
Du symptôme à la prescription en médecine générale : Pour une médecine globale, Symptômes, diagnostic, thérapeutique (108)	cité 6 fois
Les Cinq Minutes du consultant (109)	cité 6 fois

<i>Ouvrage traitant d'une spécialité en particulier</i>	
Les « Abrégés Masson »	cité 73 fois
Maladies infectieuses : à l'usage des étudiants en médecine et des praticiens (« Le Pilly) (110)	cité 101 fois
Harrison : principes de médecine interne (111)	cité 103 fois
Urgences Médicales (112)	cité 7 fois
Diagnostiques difficiles en médecine interne (113)	cité 10 fois
Maladies cutanées : Diagnostic et Traitement (114)	cité 3 fois
GEN et PI 2008 : Guide de conduite pratique et de formation en Infectiologie pour les médecins généralistes (115)	cité 7 fois
Le POPI : Maladies infectieuses et tropicales (116)	cité 10 fois
Checklists de médecine, Médecine interne (117)	cité 5 fois
Médecine interne Davidson : Principes et pratique (118)	cité 4 fois

<i>Encyclopédie médicale</i>	
Traité de médecine AKOS. Elsevier Masson	cité 94 fois

<i>Exercice particulier de la médecine</i>	
Homéopathie : Principes Clinique Techniques (le « Guermonprez ») (119)	cité 8 fois

<i>Relation médecin malades</i>	
Le Médecin, son malade et la maladie. (120))	cité 5 fois

<i>Ouvrages grands publics</i>	
Dois-je me faire tester pour le cancer ? : Peut-être pas et voici pourquoi. (121)	cité 3 fois
Le dernier verre (122)	cité 3 fois
Cholestérol, mensonges et propagandes (123)	cité 3 fois

<i>Démarche EBM</i>	
Décider pour traiter. : Traité de médecine pratique selon les principes de l'Evidence-Based Medicine. (124)	cité 3 fois
Médecine Générale 2009-2010. Bibliographie commentée. (125)	cité 3 fois

<i>Réflexions sur la pratique</i>	
Médecine au quotidien (126)	cité 5 fois
Médecine générale, concepts et pratiques (127)	cité 4 fois

i) Visiteurs médicaux

Visiteurs médicaux

Importance dans votre formation :

Important

Parfois utile

Sans intérêt

Combien de visiteurs médicaux recevez-vous par semaine ?

1 ou moins

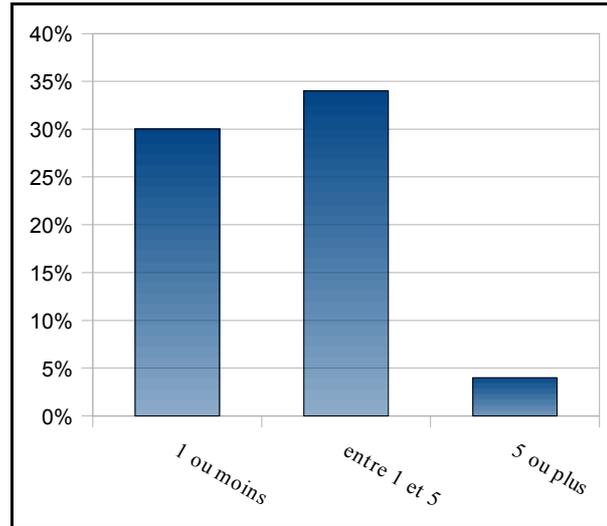
Entre 1 et 5

5 ou plus

Si vous le souhaitez, détaillez plus cet item

Pour 8% des médecins interrogés, la visite médicale est importante pour la formation, pour 43% d'entre eux, elle est parfois utile.

30% déclarent voir 1 visiteur médical ou moins par semaine, 34% entre 1 et 5, et 4% plus de 5.



	Ensemble	Important	Utile	Sans intérêt
1 ou moins	734 (30%)	11 (6%)	235 (23%)	481 (43%)
entre 1 et 5	827 (34%)	69 (36%)	564 (55%)	177 (16%)
5 ou plus	108 (4%)	108 (55%)	(189) 18%	42 (4%)

Il nous semblait important, dans le contexte de l'actualité récente sur l'évolution de la visite médicale, de laisser ceux qui le souhaitaient s'exprimer plus sur leur rapport à la visite médicale (annexe 4).

Très majoritairement, les commentaires précisent un refus de la visite médicale : 348 répondants (**soit 15% de l'ensemble**) ont ainsi exprimé leur "non merci" à l'égard des délégués de l'industrie pharmaceutique.

Viennent ensuite les 64 médecins qui affirment recevoir les visiteurs médicaux par politesse, habitude, pitié, ou en sursis mais assurent ne rien en retirer.

Citons encore les 32 commentaires qui insistent sur l'aspect convivial ou amical de la visite médicale, qui représente une pause dans la journée de consultation.

L'aspect formatif de la visite médicale est mis en avant par 134 médecins, 108 y trouvant des informations sur les nouveautés, les posologies, les contre-indications, l'actualité du

médicaments, et 16 voyant dans la visite médicale une voie indispensable à la formation.

j) Formation universitaire

Formation universitaire

Importance dans votre formation :

Important

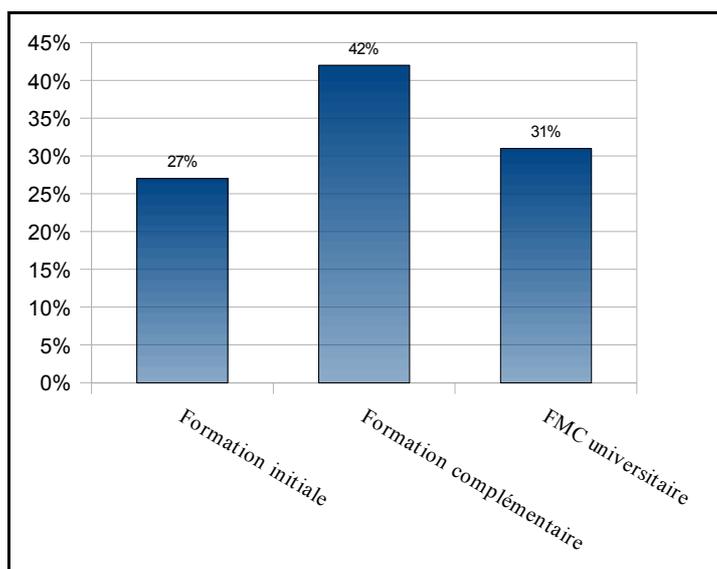
Parfois utile

Sans intérêt

Formation initiale (support de cours, livres de préparation à l'internat/ENC)

Formation complémentaire universitaire (DU, DIU, capacités...)

Formation continue à destination des généralistes organisée par l'université



	Ensemble	Important	Utile	Sans intérêt
Formation initiale	638 (27%)	437 (45%)	194 (20%)	3 (1%)
Formation complémentaire	1004 (42%)	606 (63%)	372 (39%)	2 (1%)
Formation continue universitaire	737 (31%)	410 (42%)	308 (32%)	0 (0%)

k) Participation à des congrès

The screenshot shows a survey question titled "Participation à des congrès". The question text is "Importance dans votre formation :". To the right of the text are three radio button options: "Important", "Parfois utile", and "Sans intérêt". The entire question area is enclosed in a red rectangular border.

418 médecins (17%) jugent les congrès important pour la formation, 1241 (52%) parfois utile, et 592 (25%) sans intérêt.

l) Autres (annexe 5)

The screenshot shows a survey question titled "Autre". The question text is "Importance dans votre formation :". To the right of the text are three radio button options: "Important", "Parfois utile", and "Sans intérêt". Below the radio buttons is a white rectangular text input field. The entire question area is enclosed in a red rectangular border.

Cet item a été bien utilisé ; tout d'abord, 58 médecins ont signalé (avec plus ou moins de véhémence) un oubli dans le premier item : les associations locales de FMC, non rattachées au FAF ou à l'OGC. Ces associations fonctionnent de façon diverses : association de généralistes uniquement ou participation voire animation par d'autres spécialités, indépendance financière ou financement par l'industrie pharmaceutique.

Sont ensuite cités :

activité de formation	cité 34 fois
élargissement voire orientation de la pratique vers un autre domaine : ostéopathie, nutrition, médecin coordonnateur...	cité 23 fois
travail en réseau	cité 14 fois
revues, émissions télévisuelles ou radiophoniques grand public	cité 13 fois
formation ou orientation dans le domaine psychologique : : travail psychanalytique, formation à la relation...	cité 13 fois
patients	cité 13 fois
Expérience, échecs et erreur	cité 7 fois
la recherche	cité 6 fois
culture générale	cité 4 fois

C. Discussion

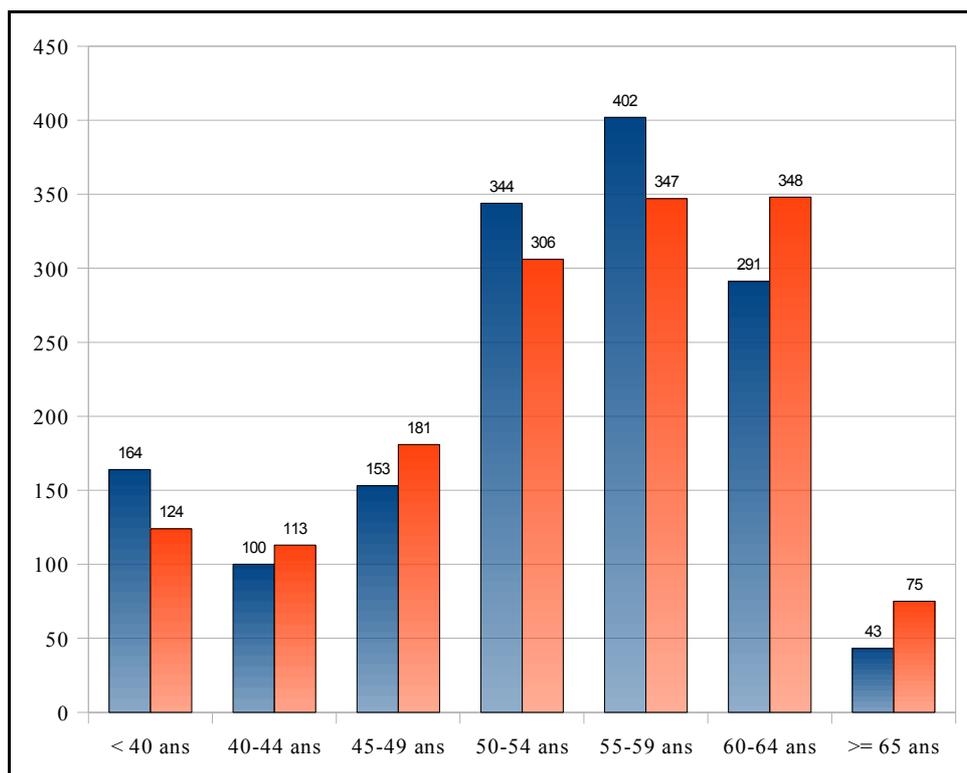
1) Points de comparaison

a) Caractéristiques de l'échantillon

Nous avons comparé les critères d'âge et de sexe de notre échantillon aux données au 1^{ier} janvier 2011 fournies par l'Ordre des Médecins (128).

Sur les diagrammes suivants sont représentées en bleu les données de notre échantillon, et en rouge les données de l'Ordre des Médecins (rapportées à notre effectif).

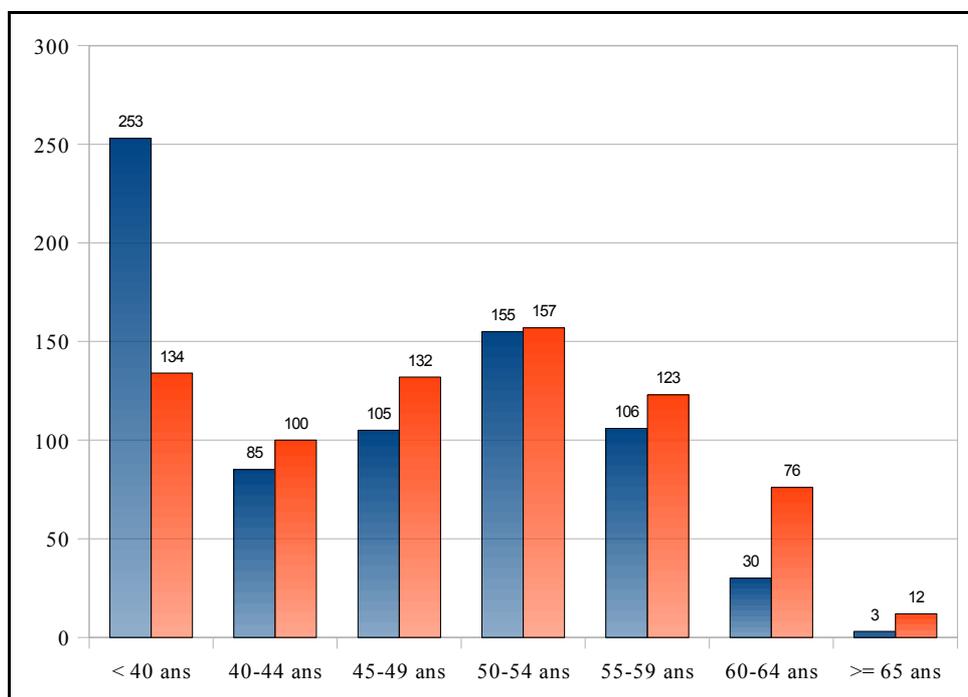
Répartition par classe d'âge des médecins masculins



	Notre échantillon	Données Ordre des médecins 2011 ²⁵
< 40 ans	164	4658
40-44 ans	100	4237
45-49 ans	153	6785
50-54 ans	344	11459
55-59 ans	402	12999
60-64 ans	291	13028
>= 65 ans	43	2814

²⁵ il s'agit ici des médecins généralistes libéraux, hors Médecins à Exercice Particulier.

Répartition par classe d'âge des médecins féminins



	Notre échantillon	Données Ordre des médecins 2011 ²⁶
< 40 ans	253	6812
40-44 ans	85	5107
45-49 ans	105	6737
50-54 ans	155	8017
55-59 ans	106	6271
60-64 ans	30	3861
>= 65 ans	3	609

b) Implication dans la formation

Parmi les 2407 répondants, 859 (35,7 %) sont **maîtres de stage** ; en 2011, il y a en France 5595 maîtres de stage (129), et 61 740 médecins généralistes en activité régulière libérale ou mixte, soit 9% de maîtres de stage.

²⁶ il s'agit ici des médecins généralistes libéraux, hors Médecins à Exercice Particulier.

Dans notre échantillon, les maîtres de stage sont donc largement sur représentés.

c) Conditions d'exercice

Dans notre échantillon, 129 médecins (**6,3%**) sont **remplaçants**, 2278 (**94,6%**) sont **installés**.

L'Ordre des médecins comptabilisait au 1^{ier} janvier 2011 6705 remplaçants (128), soit 10,9 % de l'ensemble des médecins généralistes à activité libérale ou mixte. Les remplaçants sont sous représentés dans notre échantillon.

Les données concernant l'informatisation des généralistes et l'utilisation d'un logiciel médical sont assez partielles, cependant, un sondage effectué en 2007 estimait que 89% des médecins généralistes étaient informatisés et que 78 % utilisaient leur équipement informatique pour la gestion de dossiers de patients (130).

Dans notre échantillon, **91%** des répondants ont un **cabinet informatisé**, **85%** utilisent un **logiciel de gestion de données**, chiffres légèrement plus élevés qui pourraient correspondre à l'évolution de l'informatisation en 4 ans.

2) Force et faiblesse de l'enquête

- **L'enquête par mail** constitue un biais de sélection : d'une part, elle ne touche que les médecins possédant une adresse électronique - qui sont cependant devenus l'extrême majorité, d'autre part, on peut supposer que les personnes qui répondent sont ceux que la formation médicale continue intéresse. Cette supposition est confirmée par la large sur représentation des maîtres de stage, que l'on peut imaginer plus intéressés par la formation que la moyenne.

Cependant, ce biais de sélection n'est pas, en soi, un obstacle à l'exploitation des

données ; en effet, notre objectif était, en recueillant les impressions des médecins sur leur formation, de pouvoir formuler des hypothèses et des suggestions sur le système de formation continue.

Dans la mesure où les évolutions d'un système se font souvent par extension des habitudes d'un groupe plus restreint à l'origine mais plus impliqué, il nous semble que l'opinion de médecins plus investis dans la formation que l'ensemble des médecins généralistes constitue un socle sur lequel on peut s'appuyer pour imaginer les changements possibles.

- Sur 20 655 médecins contactés dans toutes les régions de France, le **taux de participation** s'élève à **11,7 %** ce qui nous donne un échantillon d'étude conséquent avec 2407 réponses traitées.
- La formulation des questions avait pour objectif d'estimer l'importance qu'avaient les différents type de formation dans la formation de chaque médecin. Certains ont été déstabilisés par le choix entre 3 possibilités : "important", "parfois utile", "sans intérêt", estimant que ce n'était parce que le mode de formation n'était pas utilisé qu'il n'avait pas d'intérêt.

Le but étant de connaître la formation telle que le médecin la vivait, et non pas telle qu'il aurait aimé qu'elle soit, l'absence d'un 4^{ième} choix : "n'utilise pas mais serait intéressé" était voulue, mais a pu pousser certains à répondre à la question non pas en décrivant leur formation réelle, mais leur formation souhaitée.

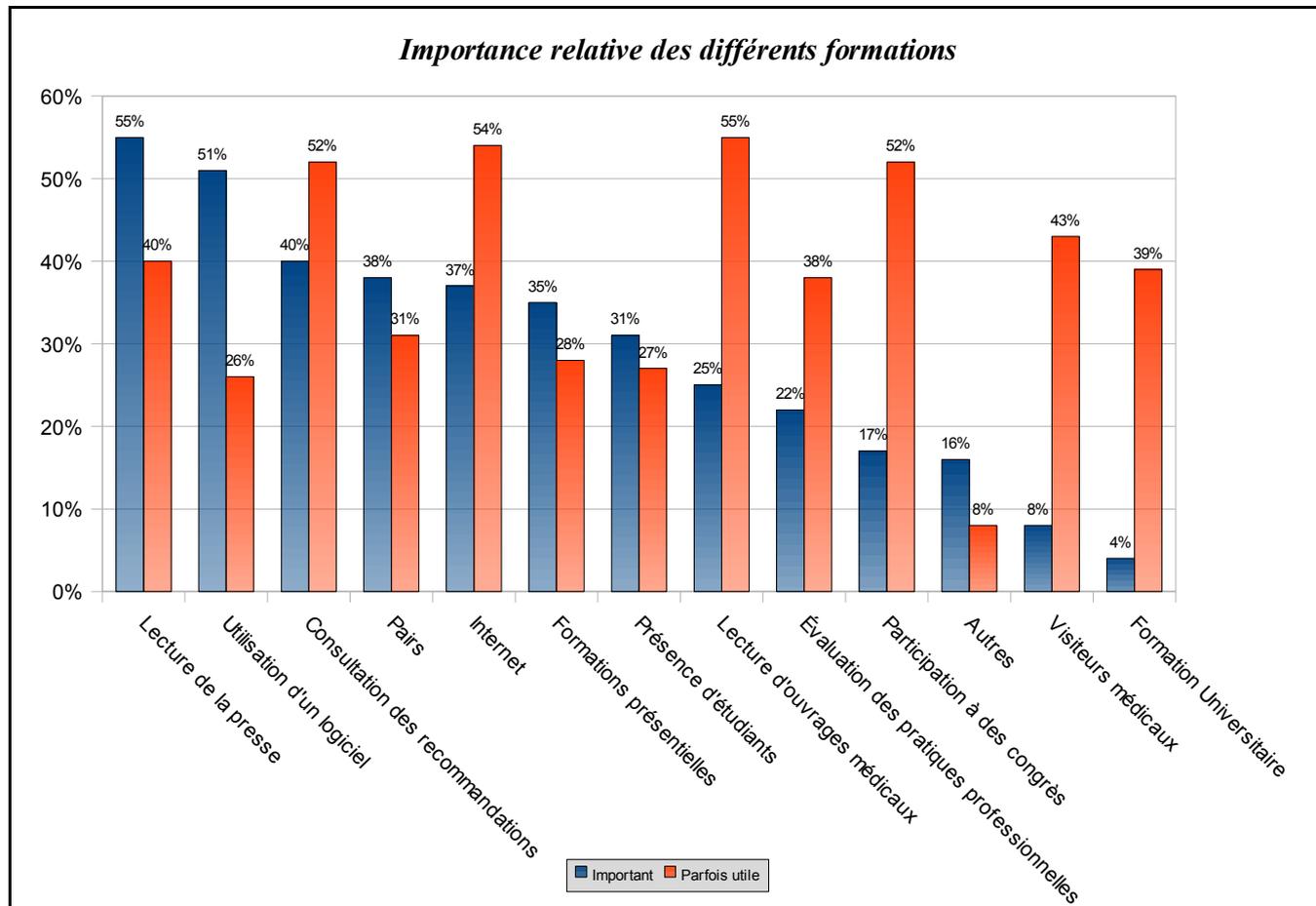
- L'analyse des commentaires libres introduit une part de subjectivité dans l'interprétation des données, dans la mesure où ils ont été classifiés manuellement

en catégories, afin de traduire une idée générale, nécessairement réductrice.

3) **Éléments essentiels de l'enquête**

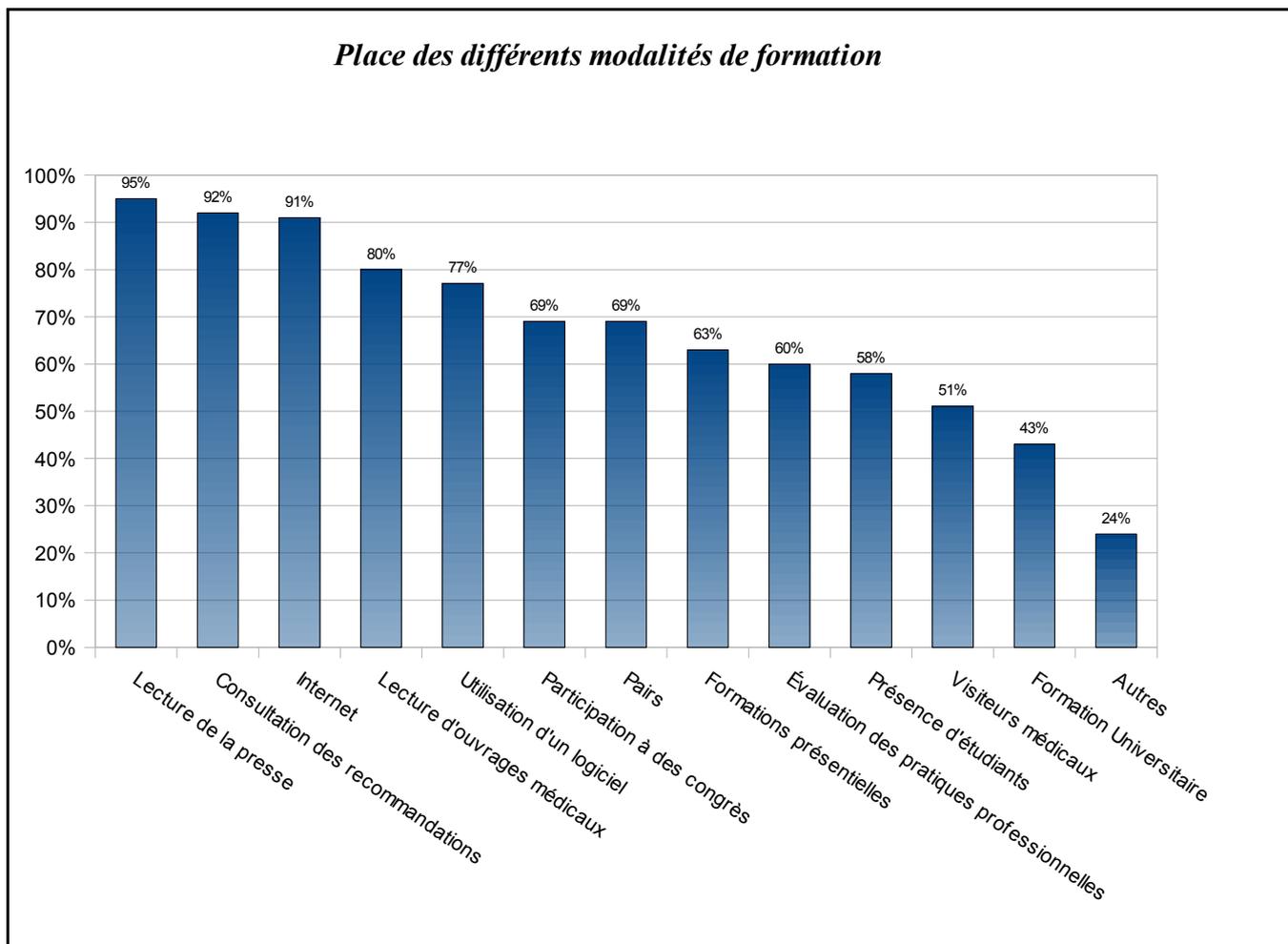
a) **Importance relative des différentes formations.**

Pour l'ensemble de l'échantillon, les pourcentages de médecins qualifiant un type de formation d'"important" étaient les suivants : lecture de la presse : 55%, utilisation d'un logiciel : 51%, consultation des recommandations : 40%, pairs : 38%, Internet : 37%, formations présentielle : 35%, présence d'étudiants : 31%, lecture d'ouvrages médicaux : 25%, évaluation des pratiques professionnelles : 22%, participation à des congrès : 17%, autres : 16%, visiteurs médicaux : 8%, formation universitaire : 4%.



En regroupant les pourcentages "important" et "parfois utile", nous obtenons un nouveau critère, correspondant à "utilisé dans ma formation". Nous avons considéré que ne pas renseigner un item ou choisir "sans intérêt" avait la même signification : "cette modalité ne participe pas à ma formation", quelle qu'en soit la raison.

On obtient alors le classement suivant : lecture de la presse : 95%, consultations des recommandations : 92%, Internet : 91%, lecture d'ouvrages médicaux : 80%, utilisation d'un logiciel : 77%, pairs : 69%, congrès 69%, formations présentiellees : 63%, évaluation des pratiques professionnelles : 60%, présence d'étudiants : 58%, formation universitaire : 43%, visite médicale : 51%, autres : 24%.



Nous n'avons pas retrouvé de travaux prenant en compte l'ensemble des items que nous proposons. Une étude réalisée en 2007 (35) retrouvait la classification suivante (le pourcentage correspond au nombre de répondants estimant le type de formation proposé essentiel à leur formation) : lecture de la presse : 84%, congrès 73%, lecture d'ouvrages : 72%, Internet : 66%, formation continue organisée par la profession : 51%.

b) Formations présentielles

35% des répondants qualifient les formations présentielles d'importantes, 28% de parfois utile.

69% de l'ensemble des répondants déclarent utiliser les formations OGC, 28% les formations FAF et 30% les formations organisées par l'industrie pharmaceutique.

Les médecins ayant déclaré une journée ou plus de formation OGC ont effectué en moyenne 2,9 journées de formation.

De nombreux commentaires ont révélé que nous avons oublié, dans notre questionnaire, les formations organisées par des associations, non indemnisées par le FAF ou l'OGC, soit indépendantes, soit subventionnées par l'industrie pharmaceutique, sans que celle-ci n'organise.

Cet oubli, peu cohérent avec ce que révélait l'historique de la mise en place de la formation continue, où nous avons vu le rôle majeur des associations locales dans la formation, au fil des années, semble impardonnable... Il a cependant eu le mérite de montrer l'attachement de nombreux généralistes à ce mode de formation, et de confirmer la position solide de ces associations dans la formation continue.

Comme nous le précisions précédemment, nous nous sommes intéressés aux chiffres des

remplaçants, ceux-ci faisant l'objet d'un quota limitant leur accès aux formations. Ainsi, 76% des remplaçants qualifient la formation présentielle d'importante, et 33% de parfois utile, et 74% d'entre eux déclarent utiliser les formations OGC, pour une moyenne de 1 journée de formation.

Ces données nous semblent importantes, dans la mesure où le remplacement est devenu, en quelques années, le mode d'entrée privilégié des jeunes médecins dans la profession (128).

Les remplaçants de notre échantillon sont deux fois plus à qualifier la formation présentielle d'importante que l'ensemble de l'échantillon, pourtant, le nombre de journées réalisées est presque 3 fois moins important.

Il semble très contradictoire que l'accès aux formations OGC soient, pour les remplaçants, plus restreint que pour les médecins installés :

- d'une part, ils semblent plus demandeurs que leurs aînés pour ce type de formation, ce qui se comprend aisément pour des jeunes médecins dont la formation a été pour, la plupart, essentiellement hospitalière, et qui se heurtent régulièrement à des thématiques peu connues,
- d'autre part, compliquer l'accès à la formation présentielle ne semble pas très propice à l'intégration de celle-ci dans la vie future des jeunes médecins.

c) Lecture de la presse

Au sein du large choix de revues à disposition des médecins, La Revue Prescrire, avec 64% de médecins qui la sélectionnent, confirme la position forte qu'elle occupe dans le paysage de la formation continue.

Ce chiffre est appuyé par les commentaires, dispersés dans plusieurs espaces libres, qui

précisent la participation du répondant au test de lecture ou au programme d'évaluation des pratiques de Prescrire, témoignant d'une revendication à l'appartenance de "l'esprit Prescrire".

Le Revue Prescrire s'est en effet construite sur un certain nombre de principes : indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique, information exhaustive et évaluée sur la pharmacopée, et surtout primauté de l'intérêt du patient.

Ses détracteurs l'accusent d'être, en respectant ses principes, "anti-innovation" et "anti-industrie". Malgré ces critiques, La Revue Prescrire est devenue une référence dans le débat sur l'information thérapeutique, avec un enracinement solide chez les médecins généralistes, puisque la moitié des 29000 abonnés sont des généralistes, ce qui représente 1/4 de la profession. La Revue Prescrire estime son audience à deux lecteurs pour un abonné, soit la moitié des généralistes, chiffre peu éloigné de celui que nous retrouvons dans notre enquête (36).

Les résultats concernant les autres revues concordent eux-aussi avec les conclusions d'enquêtes antérieures, à savoir une forte audience pour les revues de formation françaises destinées aux médecins généralistes (la Revue du Praticien essentiellement) mais peu de médecins (6%) lisant régulièrement des revues en langue anglaise (36).

d) Internet

Alors que, lorsqu'il s'agit de formation continue, Internet est souvent abordé sous l'aspect du e-learning, notre enquête montre que c'est le moteur de recherche Google qui représente largement l'outil le plus important pour la formation, puisque 72% des médecins interrogés déclarent l'utiliser, contre 12% pour le e-learning. Après Google, ce sont vers les sites médicaux professionnels que se tournent 58% des médecins de notre

échantillon.

Ces deux chiffres, appuyés par les commentaires précisant les modalités d'utilisation, témoignent de l'utilisation d'Internet essentiellement tournée vers la recherche personnelle d'informations, autodidaxie qu'on ne retrouve pas dans le concept du e-learning.

Ce n'est pas l'accès à distance d'une formation thématifiée qui a séduit les médecins, mais l'accès instantané, au cours de la consultation, à une banque de données gigantesque, susceptible de fournir la réponse au problème posé.

Les réticences ou plus précisément les limitations à l'utilisation d'Internet se manifestent bien plus au niveau de l'optimisation de cette recherche qu'à l'égard du e-learning, qui suscite peu de réactions, qu'elles soient positives ou négatives.

e) Évaluation des pratiques professionnelles

L'évaluation des pratiques professionnelles, rendue obligatoire par la loi du 13 août 2004, prend une place prépondérante dans le cadre du DPC. Radicalement différente des méthodes de formation traditionnelle, son efficacité semble supérieure à ces dernières d'après les données de la littérature (83).

Dans ce contexte, les réactions très contrastées que nous avons obtenues, relativement inattendues, prêtent à réflexion.

Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales sur la formation médicale continue (32) faisait état, en 2008, de données divergentes sur l'EPP. Ainsi, un sondage IPSOS, réalisé en 2008 (130), rapportait que 82% des généralistes participaient à au moins une action d'EPP²⁷, et que 85% considéraient qu'elle contribuait aux bonnes pratiques. Mais, un autre sondage, réalisé en 2007 pour la HAS aboutissait à un taux de participation bien moindre, de 33% environ (32) (131).

²⁷ groupe d'analyse de pratiques entre pairs, réunions de concertation dans le cadre d'un réseau, programme d'amélioration des pratiques par un organisme agréé, tenue d'un registre de pathologie chronique.

Nos chiffres, qui, rappelons-le, ont été obtenus sur un échantillon plutôt plus impliqué dans la formation que la moyenne, se situent entre ces deux extrêmes, avec 60% de répondants estimant que l'EPP participe à la formation.

La grande majorité des commentaires ne précisent pas quel est le type d'EPP qui a été réalisé. Rappelons que deux grands types d'EPP sont couramment utilisés en médecine générale : l'échange des pratiques, en groupe, entre pairs, et la mesure de la pratique, le plus souvent sous forme d'audit.

L'absence de précision sur le type d'EPP réalisée nous semble intéressant, car elle tend à montrer que, pour une majorité de médecins, EPP est équivalent à audit. La lecture des commentaires incite en effet à croire que la plupart des médecins font référence à une action d'EPP thématifiée, modalité qui correspond plus à la pratique de l'audit qu'au groupe d'échange de pratiques entre pairs.

Le rapport de l'IGAS (32) signale que les chiffres de la HAS, retrouvant seulement 33% de participation, étaient à prendre avec recul, dans la mesure où, dans ce sondage, les actions relevant de l'EPP n'étaient pas définies.

Nous avons cherché à préciser ce point ; nous nous sommes intéressés aux 966 médecins qui avaient renseigné "sans intérêt", ou n'avaient rien coché pour l'item "évaluation des pratiques professionnelles".

Parmi eux, 321 (soit 33%) déclarent participer à un groupe de pairs agréé ou non.

Comme il n'est pas exclu que ce soit une expérience de groupe d'échange de pratiques qui ait conduit à qualifier l'EPP de sans intérêt, parmi ces 321 médecins, nous avons sélectionné ceux qui qualifient les pairs d'important ou de parfois utile, et avons trouvé un

total de 249 médecins.

Ces 249 médecins participent donc à un groupe d'échange de pratiques, et semblent le considérer comme un moyen de formation, mais estiment que l'évaluation des pratiques professionnelles ne prend pas part à leur formation.

Ainsi, 26% des médecins de notre enquête font de l'évaluation des pratiques sans le savoir, et apprécient ce moyen de formation.

Si l'on rassemble les 60% de médecins considérant l'EPP comme un moyen de formation, aux 26% participant à un groupe d'échange de pratiques, et le considérant comme un outil formatif, nous obtenons 86% de médecins qui ont participé ou participent à une action d'EPP, chiffre proche de celui retrouvé par le sondage IPSOS (130), ce qui renforce les suppositions de l'IGAS, qui suspectaient que nombreux sont les médecins qui font de l'EPP sans le savoir (32).

f) Présence d'étudiants.

La fonction de maître de stage, ou d'enseignant clinicien ambulatoire, a pris son véritable essor en 1997, lorsque le stage chez un ou plusieurs médecins généralistes est devenu obligatoire pour les résidents, puis les internes de médecine générale (132). Le nombre de médecins qui ont endossé cette responsabilité a encore augmenté lorsque le stage chez le médecin généraliste est aussi devenu obligatoire pour les étudiants de deuxième cycle.

La place de plus en plus importante qu'ont pris ces maîtres de stage dans la formation des futurs médecins s'est accompagnée d'une demande forte de revalorisation de leur statut (133).

Les revendications à ce sujet mettent en avant le rôle formatif majeur des maîtres de

stage : *"la formation en stage pratique de médecine générale est la pierre angulaire de la formation des futurs professionnels. Elle permet d'accompagner le futur médecin dans l'exploration et l'acquisition de compétences en situation professionnelle réelle"* affirme ainsi le Syndicat National des Enseignants en Médecine Générale (SNEMG) (133).

La lecture de ces lignes ne permet pas de soupçonner qu'il existe, bien au-delà d'une transmission verticale du savoir entre un généraliste expérimenté enseignant, et un étudiant novice apprenant, une collaboration stimulante, à l'origine d'échanges riches d'enseignement pour les deux.

Or, c'est bien ce que nous révèlent les commentaires enthousiastes, ainsi que des chiffres sans ambiguïté : 63% des maîtres de stage interrogés considèrent cette maîtrise de stage importante pour leur formation, et 24% parfois utile.

Seuls 2 commentaires réduisent le rôle de maître de stage à une formation pour l'étudiant uniquement.

g) Utilisation d'un logiciel

Il n'existe actuellement aucune modalité reconnaissant l'utilisation d'un logiciel médical comme un outil de formation ; les résultats de notre enquête ont donc de quoi surprendre, puisque cet item a été plébiscité, avec 56% de médecins interrogés utilisant un logiciel le considérant "important", et 26% "parfois utile".

Depuis l'apparition du premier ordinateur personnel en 1975, l'informatique s'est rapidement perfectionnée et a envahi de très nombreux champs d'activité ; les médecins

ne font pas exception, et ont rapidement utilisé cette avancée technologique pour faciliter le travail quotidien.

A partir du milieu des années 1980, le nombre de logiciels de gestion de dossier augmente ; ils assurent une capacité de rangement et de classification des données bien supérieure au dossier papier et offrent des fonctions nouvelles : rappel automatique, aide au diagnostic, aide à la prescription, édition de documents, aide à la comptabilité...

Dès 1996, l'informatisation des données médicales est introduite dans la loi, avec pour objectif affirmé l'amélioration des pratiques. Or, s'il a déjà été démontré que l'utilisation optimale d'un logiciel adapté contribuait à l'amélioration des pratiques (90) (134), l'outil informatique brille par son absence dans le débat sur la formation continue.

On peut pourtant sans peine imaginer l'importante marge de manœuvre à réaliser dans ce domaine, où il n'existe pour l'instant que très peu de points de repères permettant de choisir de façon éclairé un logiciel de qualité et peu d'encouragement à l'utiliser de façon à améliorer les pratiques.

h) Visiteurs médicaux

Placer un item "visite médicale" dans un questionnaire sur la formation médicale continue, et ce, à l'heure où l'IGAS recommande même l'interdiction de cette pratique (135), pouvait sembler déplacé. Pourtant, les résultats confirment une nouvelle fois que cette visite médicale est encore considérée par un nombre non négligeable de médecins (51%) comme partie prenante dans la formation.

Le débat sur la place de la visite médicale dans la formation continue n'est pas neuf, et l'affaire Médiateur l'a remis au goût du jour.

51% des médecins que nous avons interrogés estiment la visite médicale importante ou parfois utile dans leur formation, et il est envisageable que le biais de notre recrutement

diminue ce chiffre par rapport à la population générale.

Or, il nous semble très problématique que la visite médicale puisse encore être considérée comme de la formation.

En effet, rappelons d'abord que l'objectif de la visite médicale n'est en aucun cas de participer à la formation, mais *"d'assurer l'information médicale auprès des professionnels de santé et entretenir une relation professionnelle avec ceux-ci pour promouvoir les produits"*. Cette définition, disponible sur le site du LEEM (les entreprises du médicaments), semble assez inoffensive en apparence ; la promotion des produits ne semble pas nécessairement en désaccord avec une information sur le médicament.

Sur le même site est proposée une vidéo, où une déléguée médicale présente son métier. Son discours est plus clair : *"je visite des médecins généralistes et spécialistes dans le but (...) de leur faire prescrire nos médicaments à leurs patients. (...) On a 5, 10, 15 minutes pour convaincre, donc il faut être très convaincant, très synthétique pour que lorsqu'ils voient leurs patients, ils pensent à prescrire mon médicament"*.

L'objectif est donc clairement avoué : informations sur le médicaments, mais destinées avant tout à inscrire le médicament dans la tête du médecin, et plus précisément sous sa plume.

Certains médecins indiquant en commentaires recevoir des visiteurs médicaux, quelle qu'en soit la raison, répondent de façon anticipée à cette analyse, en précisant que recevoir des visiteurs médicaux ne les empêchent pas de garder leur sens critique *"à nous de faire le choix ensuite, on est assez grand"*, *"il suffit de rester vigilant vis-à-vis du marketing et*

prudent envers les nouveaux produits", "Après, à nous d'avoir une critique par rapport à cela"...

Le sens critique, voire le bon sens, les années de formation, la volonté de rester indépendant, seraient-elles alors des armes suffisantes pour se prémunir de l'influence de l'industrie pharmaceutique, tout en retirant de la visite médicale des informations intéressantes pour la pratique ?

De nombreuses études se sont déjà penchées sur la question, et les réponses sont univoques. (136).

Les facteurs à l'origine de l'influence de la visite médicale sur les prescriptions des médecins n'appartiennent pas au domaine des données scientifiques, du savoir médical ou encore de l'expérience pratique, mais se basent sur l'exploitation de ressorts psychologiques et sociaux, bien décrits par les sciences humaines (136), et largement utilisés par l'industrie pharmaceutique.

L'influence de la visite médicale fait donc appel à des processus inconscients, ce côté inconscient expliquant notamment pourquoi, dans diverses études, les soignants s'estiment non influencés par la promotion pharmaceutique, tout en pensant que leurs collègues sont, eux, influencés (137).

Au-delà des études, l'investissement massif réalisé par l'industrie pharmaceutique suffirait à se convaincre de l'efficacité de cette démarche.

Ainsi, se croire être capable de résister aux méthodes utilisées par la visite médicale, alors que celles-ci sont très peu connues des médecins, témoigne d'un certain orgueil, bien plus que la marque d'un sens critique acéré.

Troisième partie

Réflexions sur la formation médicale continue

Le débat sur la formation médicale continue, initié il y a une cinquantaine d'années, passionne toujours. Ceci s'explique facilement par le fait que, contrairement à la formation professionnelle classique, la formation continue des médecins implique une tout autre dimension que celle de la promotion de l'individu : beaucoup, si ce n'est tous, y voient un moyen de garantir aux patients l'accès à des soins de qualité.

C'est ainsi que la formation continue se démarque de celle des autres professions : elle est obligatoire. Cependant, depuis son entrée dans la loi en 1996, cette obligation est restée théorique ; inscrite dans la loi, elle ne l'est pas dans les faits. Par ailleurs, les règles de validation ont été de nombreuses fois modifiées, décourageant parfois même les plus zélés.

Les alternances politiques, ainsi que les intérêts des différents acteurs impliqués dans la formation, peuvent en partie expliquer ces hésitations.

Cependant, il nous semble qu'au delà de ces enjeux, les difficultés de mise en place d'un système cohérent de formation médicale continue résident à d'autres niveaux.

Il est en effet tentant d'espérer pouvoir offrir aux citoyens des soins de qualité en parquant régulièrement les médecins généralistes, médecins de premier recours, dans un amphithéâtre d'où, appliqués et attentifs, ils ressortiront avec connaissances à jour, et compétences au point.

Mais, si ce système pourrait éventuellement convaincre par sa simplicité, son inefficacité ne fait aucun doute.

En partant de l'enseignement de notre recherche bibliographique, et des résultats de notre enquête, nous avons tenté de dégager une partie des éléments qui interviennent dans le système de formation médicale continue.

A. Objectifs de la formation médicale continue

La Loi HPST précise l'objectif de la formation continue dans l'article 19 : *"Le développement professionnel continu a pour objectifs (...) l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (...)"*(31).

Si cet objectif est justifié, il nous semble néanmoins nécessaire de le préciser : que sont, en effet, des "soins de qualité". Or, cette notion est fondamentale pour appréhender la compréhension des besoins en formation des médecins généralistes.

Les définitions de la qualité en médecine sont nombreuses (138). Celle de l'OMS nous semble être l'une des plus complètes et des plus pertinentes : *"la qualité des soins est le fait de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins"* (139).

Cette définition rejoint le concept de Médecine Basée sur les Faits, ou Evidence Based Medicine, telle qu'il a été explicité par ses fondateurs (140), à savoir l'interaction entre :

- l'expertise du clinicien, c'est à dire "la compétence et le jugement que chaque clinicien acquiert par l'expérience et la pratique cliniques" précisé par la suite par l'expression "états et circonstances cliniques"
- le patient, avec ses préférences, ses représentations
- les meilleures données cliniques externes, c'est à dire les données issues de la recherche, qu'elle soit fondamentale ou clinique.

Alors que l'EBM semble être devenu la norme en terme de pratique médicale souhaitée, elle est malheureusement souvent réduite à un seul de ses composants, les données de la science.

La formation médicale continue n'échappe pas à cet écueil. Ainsi, un dogme largement admis consiste à considérer que la formation médicale continue est rendue indispensable par l'évolution très rapides des connaissances médicales, réduisant le rôle de cette formation à l'apprentissage de données nouvelles (87).

Or, s'il est vrai que la médecine est marquée par l'accroissement constant des données publiées, les stratégies de prise en charge, qu'elles soient diagnostiques ou thérapeutiques, n'évoluent pas au même rythme que la science fondamentale.

Par ailleurs, de nombreux points, surtout diagnostiques, qui font le quotidien du médecin généraliste, sont stables dans le temps : l'aspect d'une urticaire est globalement le même que lorsque Hildegard de Bingen (141) le décrivait au XIIIème siècle, et le son d'un sibilant, à quelques artéfacts près, a peu changé depuis Laennec.

Cette vision, réduisant la pratique médicale à l'application standardisée de protocole validé et connu par cœur, occulte un vaste champ de l'exercice médical, et ne permet pas de comprendre les résultats de notre enquête. En effet, si la consultation des recommandations participe à la formation de la quasi-totalité des médecins de notre échantillon, les résultats de notre enquête témoignent d'un recours à des moyens formatifs multiples, et hétérogènes dans leur utilisation.

Comment expliquer, alors, le recours à des méthodes si variées, si l'objectif visé était simplement d'apprendre des lignes de conduite pour la pratique ?

La multiplicité des méthodes de formation utilisée ne peut se comprendre si l'on part de l'hypothèse qu'il existe pour chaque situation clinique une seule solution adéquate, dictée par les données de la science. Cette croyance, largement répandue chez les patients, qui attendent d'un "bon médecin" le "bon traitement", n'est pas absente dans le corps médical, où l'enseignement est plus centré sur la réponse correcte à une question que sur la discussion autour de la décision médicale.

Or, c'est bien cette décision médicale, processus complexe, qui fait toute la richesse mais aussi toute la difficulté du métier de médecin généraliste, et **l'objectif de la formation continue est bel et bien d'affiner continuellement les mécanismes à l'origine de cette décision.**

La formation médicale continue englobe donc les méthodes susceptibles de tendre vers cet objectif. Cette précision permet de clarifier un point régulièrement présent dans le débat sur la formation continue, du moins dans le monde francophone où une parenté sémantique facilite la question : il est en effet d'usage de s'interroger sur ce qui appartient à la formation, et ce qui tient de l'information, les effets de l'une et de l'autre n'étant pas comparables.

Or, à la lumière des explications ci-dessus, cette distinction n'a pas lieu d'être : tout processus susceptible de modifier les mécanismes de la décision médicale peut être considéré comme de la formation, le défi étant que cette évolution se fasse dans l'intérêt des patients.

B. Décision médicale dans la pratique quotidienne

L'objectif de la formation continue est donc d'améliorer sans cesse la qualité de la décision médicale.

Afin de comprendre la pluralité des méthodes de formation employées, ainsi que leurs limites, il est intéressant de se pencher sur la réalité des situations cliniques vécues au quotidien par le médecin généraliste, et sur les facteurs influençant la décision médicale.

En effet, la tâche du médecin généraliste diffère de celle des autres spécialités par plusieurs points, en particulier la prise en charge **globale** du patient, par la synthèse de tous les problèmes le concernant, et **contextuelle**, c'est à dire en prenant en compte le contexte de la personne, la famille, la communauté, et la culture (142)

Le premier écueil auquel se heurte le médecin généraliste, s'il veut prendre une décision médicale conforme aux principes de l'EBM, va être d'utiliser les données de la science.

La synthèse des articles disponibles est quasiment impossible dans la pratique ; dans notre enquête, ce sont seulement 15,7% des médecins qui déclarent utiliser Medline, et 4,3% lire une revue scientifique internationale, et il est probable que ce pourcentage, déjà faible, soit supérieur à celui qui serait retrouvé dans la population générale des médecins, en raison du biais de notre recrutement. Pour réaliser cette synthèse, le médecin utilisera en général un intermédiaire ayant fait cette synthèse, auquel il accordera foi selon le niveau de confiance qu'il peut lui octroyer.

Or, cette première étape, celle de la sélection d'un intermédiaire fiable, pose déjà problème.

Le premier problème est celui de la confiance accordée à tel ou tel intermédiaire.

L'organe officiel chargé de l'édition de recommandations, est, en France, la Haute Autorité de Santé. Alors que les médecins et les patients sont en droit d'attendre d'un tel organisme qu'il édicte des recommandations réellement conformes aux données de la science, l'actualité 2011 montre que la HAS est soupçonnée de ne pas respecter ce principe de base, comme en témoigne la décision du Conseil d'État d'annuler les recommandations relatives au traitement du diabète de type II, s'appuyant sur le fait que les règles de gestion des liens d'intérêts à l'égard des laboratoires pharmaceutiques des experts consultés n'avaient pas été respectées (143).

Ainsi, si les médecins interrogés plébiscitent la consultation des recommandations, puisqu'ils sont 87% à déclarer les consulter, plusieurs commentaires précisent l'importance du sens critique.

La récente affaire Médiateur a elle aussi jeté le discrédit sur une autre structure officielle puisque l'AFSSAPS est sévèrement critiqué par un rapport de l'IGAS (144).

Les recommandations issues des sociétés savantes font l'objet des mêmes réserves.

La Revue Prescrire, qui s'est donné pour objectif d'œuvrer en toute indépendance pour des soins de qualité, et ce vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique, mais aussi des influences politiques (145) apparaît dans ce contexte comme une solution, en proposant à ses lecteurs un panorama de l'état actuel de la science sur tel ou tel sujet. Les généralistes sont sensibles aux principes affichés de la revue, puisque la moitié d'entre eux environ

(36) lui accorde sa confiance.

Cependant, la position inofficielle de Prescrire peut faire craindre au praticien des suites judiciaires, si sa décision, par exemple de ne pas proposer telle ou telle thérapie, venait à être contestée par le patient et que la justice venait à s'appuyer sur d'autres sources.

Alors que cette revue occupe une place particulière dans la formation des généralistes, il est licite de s'interroger sur les divergences de cette dernière avec les recommandations officielles.

Ce questionnement sur la sélection des sources d'information ou de formation a bien entendu pris toute son ampleur dans l'affaire Médiateur, où l'information officielle s'est trouvée cruellement mise en défaut, alors que la revue Pratiques (146) révélait dès 1976 la structure amphétaminique de ce médicament, et la Revue Prescrire déconseillait son emploi dans le diabète en 1997 (147).

Le deuxième problème, au-delà de la question de la fiabilité des sources existantes, concerne leur cohérence, des discordances entre diverses recommandations étant fréquentes. Citons ici l'exemple de la recommandation HAS sur la contraception qui recommande un examen gynécologique avec frottis lors de la première consultation (148), alors même que l'Ordre des Médecins (149), déconseille cet examen lors de la première consultation, et que la fréquence du frottis est bien déterminée par la HAS (150).

Si ce questionnement sur la réalisation ou non d'un examen gynécologique peut sembler dérisoire, il nous semble qu'une telle problématique est, au contraire, importante dans la réflexion sur des soins de qualité. Le rapport sur l'IVG (151), à l'origine de la communication de l'Ordre des médecins, pointait du doigt cet examen réalisé souvent de

façon systématique, en notifiant que la crainte de le subir retardait la consultation médicale chez des femmes ayant besoin d'une contraception, aboutissant par ce fait à des IVG supplémentaires. Offrir des soins de qualité implique de peser, pour chaque action médicale, le bénéfice espéré, et les risques encourus. Au vu des différentes sources proposées, on ne peut nier que, dans le cas présent, suivre la recommandation proposée par la HAS pour la contraception, représente, à l'échelle de l'ensemble du corps médical, des soins de moins bonne qualité, aux conséquences potentiellement graves.

Ainsi, se baser sur les données de la science dans les situations où elles existent n'est déjà pas nécessairement évident.

Mais, particulièrement en médecine générale, les situations sont fréquentes où les données de la science sont partielles. En effet, les recommandations sont souvent édictées à partir d'études basées sur un panel de patient sélectionnés, ne correspondant que rarement à la réalité des patients vus en médecine générale. Centrées sur une pathologie, elles ne recouvrent pas le problème des patients polypathologiques, ou aux problèmes multiples.

Par ailleurs, les patients consultant souvent pour des symptômes, et non pour des maladies, l'adéquation entre le problème posé et les recommandations existantes est éventuellement ardue.

Enfin, le médecin généraliste est régulièrement confronté au quotidien à des situations pour lesquelles les données de la science sont pauvres, voire absentes.

Face à ces situations où l'on ne peut pas définir une ligne de conduite uniforme, les deux autres dimensions de l'Evidence Based Medecine prennent tout leur sens. En effet, sans pouvoir s'appuyer sur une évaluation solide des bénéfices attendus et des risques

encourus, le soignant va devoir construire, en favorisant les choix éclairés du patient, la prise en charge qui respectera le plus l'intérêt dudit patient.

Agir pour des soins de qualité, c'est donc **développer sa capacité à percevoir les attentes du patient, peser le pour et le contre des options possibles, savoir définir l'objectif de prise en charge, en se basant sur l'expérience acquise, personnelle ou celle des collègues, et en se centrant sur le patient.**

Cet aspect, qui implique une interaction forte entre le patient et le soignant, est essentiel en médecine générale, où une relation de confiance est à même de se tisser au fil des consultations, et où le soignant connaît le patient dans son environnement.

Malheureusement, cette capacité est trop souvent reléguée au second plan, écrasée par la croyance que le savoir-être ne s'apprend pas, et que les capacités d'écoute sont innées, inaccessibles à l'apprentissage.

Les objectifs visés par la formation médicale continue peuvent ainsi être précisés : pour permettre des soins de qualité, les soignants doivent :

- être en mesure d'avoir à disposition les meilleures données de la science disponibles, en connaissant leur intérêt mais aussi leurs limites
- être capables de former une interaction de qualité avec le patient, dans le but de percevoir au mieux ses attentes et ses choix
- se forger une expérience clinique leur permettant d'affiner au fil du temps l'adéquation entre tous les éléments, à un moment donné, pour un patient donné, à un endroit donné.

C. Quelle formation pour quelle capacité ?

La formation continue doit, donc, être capable d'accompagner le praticien dans l'amélioration de capacités variées ; on comprend alors mieux le développement de formes très diverses de formation. Bien que l'on ne puisse relier de manière absolue une capacité à un type de formation, il apparaît tout de même que certaines formations sont plus à même d'améliorer une certaine capacité qu'une autre.

Nous avons tenté de déterminer quelle formation était le plus à même d'améliorer quelle capacité d'un médecin généraliste.

Notons ici qu'il nous semble nécessaire de restreindre notre analyse à ce groupe de praticiens, dans la mesure où l'exercice de la médecine générale se distingue de celui des autres spécialités ; le soin se déroule en effet dans un espace/temps spécifique : temps de la consultation, qui est en soi court, mais qui sera généralement répété dans la durée, espace du cabinet de consultation, où les investigations complémentaires sont limitées, mais qui, géographiquement est au cœur de la patientèle prise en charge. Ces particularités imposent des compétences propres à la médecine générale, et donc des besoins de formation spécifiques.

Afin d'analyser les aptitudes nécessaires à une prise en charge de qualité, nous avons privilégié une approche chronologique : en utilisant le schéma d'une consultation médicale, nous essaierons d'extraire au fur et à mesure les compétences permettant d'aboutir à une décision médicale adéquate.

Il est bien entendu difficile d'individualiser totalement les compétences qui entrent en jeu, tant elles sont intriquées. Nous essaierons tout de même de les rapporter aux différents

champs de l'EBM, et/ou à la classification édifée par Katz (152), qui définissait le savoir (analyser, comprendre, agir de manière systémique), le savoir-être (relations interpersonnelles), et le savoir-faire (procédures, techniques). Pour chacune de ces capacités, nous tenterons de définir quelles(s) formation(s) semble(nt) le plus adaptée(s).

1) *savoir et savoir faire*

Le déroulement classique d'une consultation débute avec le motif de consultation, apporté par le patient. Ce motif peut être une plainte fonctionnelle, une demande de prévention, ou alors le suivi d'une pathologie déjà identifiée. Il peut aussi s'agir d'une demande socio-administrative.

Si tous les motifs de consultation peuvent être rapportés à ces quatre catégories, la demande peut initialement sembler sortir de ce cadre. Nous y reviendrons par la suite.

Par ailleurs, il est fréquent, et même habituel qu'un patient ait plusieurs motifs de consultation.

Le praticien va alors approfondir cette demande par l'interrogatoire, en recherchant des éléments nécessaires à la décision. Ainsi, s'il s'agit d'une plainte fonctionnelle, il va rechercher les antécédents pouvant être en relation avec ce signe, une prise de médicament, un voyage récent... S'il s'agit du suivi d'une pathologie chronique, il fera préciser l'apparition d'éléments nouveaux, l'efficacité et la tolérance d'un éventuel traitement. Dans le cas d'une demande de prévention, il évaluera l'intensité du risque à prévenir et le bénéfice attendu de la mesure de prévention.

Cette démarche nécessite un savoir, permettant de relier le motif de consultation à un ensemble plus large. Le praticien va relier l'élément fourni par le patient à des catégories,

puis va explorer ces catégories.

Ce savoir peut provenir de l'enseignement universitaire, d'un séminaire de formation, d'une recherche personnelle, en utilisant ouvrages médicaux ou Internet, de la lecture de la presse ou enfin de pairs, que ce soit dans un cadre formel ou informel.

Il peut aussi être facilement accessible par le médecin, sans qu'il ne soit intégralement connu par ce dernier, à l'aide d'un logiciel d'aide au diagnostic. Citons par exemple le Dictionnaire des Résultats de Consultation® (153) créé par la Société Française de Médecine Générale, qui permet à l'utilisateur d'accéder rapidement aux critères permettant de relier la plainte du patient à un résultat de consultation, tout en l'aidant à exclure d'autres résultats de consultation proches. Un tel dispositif, bien utilisé, soutient nettement les capacités de mémorisation personnelle, et diminue le risque de passer à côté d'un diagnostic à évoquer.

Une difficulté se pose souvent ici : rares sont les données de la science centrées sur un motif de consultation, ce qui rend cet aller-retour entre plaintes et données factuelles éventuellement difficile.

L'Examen National Classant est en ce sens assez innovant, puisque son programme consacre une large partie à cette démarche par signe (154), mais il n'est évidemment pas centré sur la médecine générale seule, ce qui rend son utilisation moins aisée pour le généraliste.

Le groupe suisse Médecine et Hygiène a tenté de pallier cet écueil par la réalisation de l'ouvrage "Docteur, j'ai...", qui, en partant de la plainte réelle du patient ("Docteur, j'ai des démangeaisons"...), résume les questions à poser, les diagnostics à évoquer, et

l'organisation des consultations successives (107).

Ensuite, le médecin poursuit la collecte d'éléments nécessaires à la prise de décision par l'examen clinique. Là encore, les éléments recherchés sont guidés par le savoir acquis et/ou disponible en temps réel. Par contre, la façon dont les signes sont recherchés correspondent à un savoir-faire, et la réalisation correcte de l'examen clinique suppose d'une part que les techniques aient été montrées, d'autre part que le médecin ait une certaine pratique.

Si, éventuellement, une vidéo ou un ouvrage avec photo peut permettre d'apprendre à rechercher tel ou tel signe, l'apprentissage s'est le plus souvent fait en présence d'un enseignant, cet enseignant pouvant être un supérieur hiérarchique au cours de la formation initiale, un formateur lors d'un séminaire de formation, un pair, mais aussi, un "inférieur hiérarchique", par exemple un étudiant présent en stage.

Pour ce type de compétence, l'interaction avec un tiers²⁸ semble le plus souvent nécessaire.

A l'issue de cet examen, le praticien a en général à sa disposition suffisamment d'éléments pour prendre une décision.

Cette décision peut être l'instauration, la reconduction, l'arrêt d'une thérapie, la demande d'avis spécialisé ou d'examens complémentaires, l'abstention thérapeutique, la surveillance...

Cette étape, celle de la planification de la prise en charge, est certainement celle qui est le plus valorisée dans l'exercice médical. C'est à cette étape que les données de la science

²⁸ le terme de pair ne peut être employé ici, dans la mesure où il pré-suppose l'absence de lien hiérarchique.

sont les plus abondantes, les conséquences judiciaires les plus fréquentes et les recommandations les plus nombreuses.

C'est aussi à ce niveau que se concentrent nombreuses formations : place des examens complémentaires, thérapies à instaurer...

Celles qui nous semblent pertinentes pour l'amélioration de cette décision sont les séminaires de formation, qui apportent aux praticiens les connaissances nécessaires et détaillent leur utilisation dans la pratique, la consultation des recommandations, soit sous forme "brute", soit sous forme de résumé (fiches personnelles, "reminders"..), la lecture de la presse médicale, les pairs, quelque soit la méthode utilisée pour profiter de leur aide, et enfin, les logiciels d'aide à la prescription.

C'est aussi sur cette étape que se concentre l'action de l'industrie pharmaceutique, le but étant bien sûr que la décision comprenne une prescription médicamenteuse.

La position ferme des médecins qui refusent de recevoir la visite médicale nous semble la plus raisonnable. En effet, comme nous l'avons précédemment développé, l'influence de la visite médicale est largement sous-estimée, et la connaissance de cette influence ne suffit pas à s'y soustraire.

Il est important de préciser ici que cette étape n'implique pas un diagnostic en tant que tel. L'absence de diagnostic n'empêche en aucun cas une prise de décision de qualité. Une médecine de qualité implique en effet de placer le patient au centre de la réflexion, et renoncer à établir un diagnostic de certitude si celui-ci n'apporte rien au patient est éventuellement plus sûr pour le patient, pour un coût moindre.

Or, cette médecine qualifiée d'opératoire par Marc-André Raetzo (155) par opposition à la

médecine descriptive, est d'une part souvent considérée comme une "sous-médecine" et d'autre part peu présente dans l'apprentissage médical. Marc-André Raetzo, très impliqué dans la formation médicale continue suisse, la place au cœur de son action, estimant que l'apprentissage de la gestion de l'incertitude va de pair avec une médecine de meilleure qualité, à meilleur coût. Afin d'améliorer cet aspect, il s'est investi dans la mise en place de cercles de qualité (proches des "groupes de pairs" français).

2) savoir-être

Ce schéma de consultation, s'il semble classique, exclut néanmoins la dimension du savoir-être. Cette exclusion n'est pas anodine ; si les capacités de communication avec le patient nous semble essentielles, elles sont peu mises en avant dans le débat sur la formation continue, qui se centre plus, comme nous le regrettions précédemment, sur la connaissance des données nécessaires à une "bonne médecine".

Pourtant, les capacités de communication ou d'écoute se retrouvent dans les critères les plus souvent cités lorsque l'on cherche à définir "un bon médecin" (156).

a) Le savoir-être, compétences innées ? Talent de psychologues ? Techniques de manipulation ?

L'objet de ce travail n'est pas de se pencher sur les raisons de cette inadéquation, qui sont, certainement, nombreuses et complexes. On se contentera de signaler trois positions souvent retrouvées dans le milieu médical.

La première consiste à croire que le savoir-être ne s'apprend pas. On naîtrait ainsi avec des qualités d'écoute et de communication ou pas, question de distribution, mais cette capacité innée ne serait pas du domaine du modifiable.

La deuxième relègue l'apprentissage de ces capacités au domaine de la psychiatrie. La communication serait l'apanage des médecins des "malades de la tête", et aurait peu d'intérêt pour les médecins traitant les "malades du corps". Ainsi, l'une des rares formations largement citée comme centrée sur la relation médecin-malade est la pratique des groupes Balint. Le fonctionnement de ce type de formation repose sur des théories psychologiques et psychanalytique, et, bien que la réflexion puisse se faire autour de n'importe quel cas, l'analyse des cas qui posent problème est en général favorisée. L'apprentissage de la relation médecin-malade serait donc nécessaire uniquement pour la gestion des cas difficiles, et passerait seulement par des voies analytiques.

Cette orientation analytique, ainsi que l'investissement que demande la pratique du Balint explique certainement en partie l'aspect encore assez marginal de cette pratique.

A ceci s'ajoute de surcroît une certaine prévention à l'égard de cette méthode, qui serait destinée aux "médecins à problèmes".

La troisième assimile les capacités de communications à des techniques commerciales, dont l'apprentissage, s'il est nécessaire dans les métiers "de la com' " n'a pas sa place dans le domaine médical, dont la pratique est plus proche de l'art.

Ces trois positions nous semblent erronées ; d'une part parce que le "savoir être avec un patient" se travaille - nous y reviendrons - et ce, sans que cela ne remette en cause la différence entre un commercial et un médecin, et d'autre part en raison de l'importance majeure de cette communication, pour les patients aux problèmes psychiques certes, mais avant tout pour la pratique de la médecine "médicale".

b) Le savoir-être - atout majeur de la qualité des soins

Pour illustrer cette nécessité d'interaction patient/médecin de qualité, présente dans tous les domaines médicaux, prenons un exemple susceptible d'évoquer des souvenirs chez tout médecin.

Face à une plainte médicale, une des premières tâches du praticien sera de faire préciser aux patients ses antécédents médicaux et chirurgicaux, dans la mesure où ils sont susceptibles de modifier profondément les hypothèses diagnostiques.

Cette étape constitue l'une des premières rencontres entre un étudiant en médecine et son travail futur, lors de la réalisation de l'observation médicale.

Elle semble aller de soi, sa réalisation est absente de certains ouvrages de sémiologie médicale (157), et certains pays espèrent même pouvoir la déléguer à des para-médicaux dans un souci d'économie. Et pourtant, la qualité de cet interrogatoire est primordial pour la suite de la prise en charge, et son exécution un possible parcours du combattant.

Ainsi, l'externe débutant demandera plein de zèle au patient : *"avez-vous des antécédents particuliers ?"*. Celui-ci, à qui le mot "antécédents" évoque avant tout un casier judiciaire chargé, répondra, en toute bonne foi *"non, aucun"*.

L'externe un peu plus aguerri, qui aura déjà noté ce problème récurrent, utilisera un synonyme plus compréhensible par le patient, tel que : *"avez-vous des soucis de santé particuliers"*. La réponse sera en général un peu plus riche, mais souvent encore très incomplète, le patient entendant par "soucis de santé" quelque chose qui le dérange - l'hypertension, par exemple, n'est plus un souci depuis qu'il prend des médicaments.

L'interne, formé par ses déboires d'externe, utilisera une formulation plus complète : *"est-ce que vous prenez des médicaments ? est-ce que vous avez, ou avez déjà eu de l'hypertension, du diabète, une phlébite, une opération... ?"*.

Le chef de clinique, que les années ont rendu rusé, utilisera un vocabulaire moins scientifique, plus à même d'être compris par le patient : *"est-ce que vous avez du sucre, de la tension, des problèmes de caillot de sang...?"*.

Et malgré toute cette peine, une grande partie de l'information capitale ne sera révélée que lors de la Visite, où le Chef de Service, posant la simple question : *"est-ce que vous avez déjà été hospitalisé pour la même chose"*, obtiendra une réponse positive, et documentée, jetant un tout nouvel éclairage sur la situation. Pourquoi le patient n'avait pas fourni cette information précédemment ? Parce qu'on ne lui avait pas demandé.

Utiliser un vocabulaire compréhensible par un non-médecin, partir du postulat que le patient ne sait pas ce que l'on cherche et ne sait donc pas ce qu'il doit nous dire, accepter que nos représentations ne sont pas les mêmes que les siennes (qu'est ce qu'un souci de santé ? qu'est ce qu'un médicament²⁹ ? qu'est ce qu'une maladie ?), laisser au patient le temps de s'exprimer sans l'interrompre, sans qu'il ne taise des informations importantes par peur de déplaire ou de gêner.... Est-ce là des techniques de vente ? De la psychiatrie ? Un don du domaine de l'inné ? Des capacités inaccessibles à l'enseignement ?

Si les capacités d'écoute et de communication sont déjà aussi cruciales sur la simple question de la collecte d'antécédents, on imagine sans peine l'ampleur que peut prendre une mauvaise interaction entre le soignant et son patient sur l'explication des conditions de prise d'un traitement, sur l'information concernant les effets indésirables possibles d'un examen complémentaire, sur l'explicitation des souhaits et représentations du patient.

Cette aptitude à créer avec le patient une interaction de qualité permet une grande

²⁹ les médicaments sans ordonnances, la pilule, les antalgiques de niveau I, les pilules pour maigrir ne sont souvent, ainsi, pas considérés comme des médicaments par les patients.

économie de temps, d'énergie, et d'argent, en allant beaucoup plus directement au but.

Pour revenir à une consultation de médecine générale, prenons ainsi l'exemple d'un classique motif de consultation : *"Docteur, je voudrais faire une prise de sang/un check-up pour savoir si tout va bien"*. Cette demande, qui bouleverse le schéma classique d'une consultation, déstabilise le processus normal de décision médicale, et aboutit en général à une prescription de prise de sang, dont les paramètres évoluent au gré de la mode. En dehors du fait que ces "check-up" ont clairement fait la preuve de leur inutilité (158), cette réponse passe en général à côté de la demande réelle du patient. Ainsi, explorer cette demande par des questions du type *"qu'est ce qui vous pousse à faire ça maintenant ?"* ou *"est-ce que vous pensez que quelque chose ne pourrait pas aller ?"* permet souvent de mettre à jour une crainte du patient (crainte d'une grossesse ou d'une MST après un rapport sexuel à risque, crainte d'un cancer en raison d'une douleur abdominale ou d'une toux persistante...), et de retomber sur le schéma classique d'une plainte fonctionnelle. La consultation, se centrant alors sur un problème médical, retrouvera toute son utilité.

c) Quelles formations pour le savoir-être ?

Mais, alors, comment apprend-on à communiquer ? Si les formations à la communication sont assez minoritaires dans le vaste ensemble de la formation médicale continue, elles sont quand même bien présentes, comme le montre une recherche sur le site de l'OGC, par le thème "relation médecin-malade", qui trouve 49 formations, en 2011.

Parmi ces 49 formations, une technique ressort nettement, l'entretien motivationnel (8 formations). Quelques formations sont centrées sur la communication, sans étiquette particulière ("savoir écouter", "compétences relationnelles"...), une concerne la pratique du groupe Balint, une l'écoute active, et une les thérapies cognitives et comportementales.

Les autres formations sont tournées autour d'une situation ("communication et adolescent", "réponse non médicamenteuse", "accompagner le patient en deuil"...).

L'entretien motivationnel, initialement développé pour accompagner le changement (159), représente, à nos yeux³⁰, un ensemble d'outils assez appropriés à une relation de qualité avec le patient, et ce, certes dans le domaine des addictions, mais aussi dans des sujets aussi divers que la prescription d'antibiotiques, l'anxiété ou le contrôle des facteurs de risque cardio-vasculaires... En rendant dynamique l'échange entre le praticien et le patient, il permet une grande économie de temps, et une compréhension beaucoup plus fine des ressentis du patient.

L'approche Balint, parfois décriée, ou du moins laissée de côté pour les raisons décrites précédemment, nous semble complémentaire de l'Entretien Motivationnel. Là aussi, apprendre à décrypter les non-dits, à identifier les émotions du patient, et à les intégrer pleinement dans la relation de soin, facilite et améliore nettement le travail du médecin.

Nous retrouvons dans notre enquête ces deux approches dans les méthodes les plus citées, avec les thérapies cognitives et comportementales.

30 nous avons eu la chance, pendant l'internat, de nous former à cette technique.

3) l'expertise du praticien

Ainsi, à l'issu de ce panorama, il apparaît que, pour prendre une décision médicale adaptée, et donc réaliser des soins de qualité, le praticien doit avoir à disposition du savoir, qu'il peut intégrer, ou avoir à disposition, par des types de formations très diverses, du savoir-faire, qu'il assimilera en général par l'aide de pairs, que ce soit en formation organisée ou non, et enfin du savoir-être, que des formations présentielles, ou du travail avec des pairs, puis de la pratique, lui permettront de développer.

Si l'on reprend la classification EBM, on peut rapprocher du savoir les "meilleures données de la science". Le patient et ses représentations seront pris en compte essentiellement par un savoir-être de qualité.

L'expertise clinique du praticien, va, à toutes les étapes de la décision, harmoniser les autres aspects : reconnaissance de l'élément qui va activer le sentiment d'alarme, connaissance du réseau et des partenaires disponibles, savoir relatif aux croyances et habitudes locales, prise en compte des infrastructures disponibles...

Cette expertise s'acquiert d'une part avec le temps, et d'autre part avec l'aide des pairs.

D. Place de l'évaluation des pratiques professionnelles

On voit ici que les déterminants à l'origine de soins de qualité sont nombreux, et que les méthodes pour les améliorer le sont tout autant.

L'évolution de la médecine, qui se base de plus en plus sur des données validées, ainsi que l'apparition de nouveaux moyens de formation, rendaient indispensable une refonte du système législatif encadrant la formation médicale continue. Rappelons en effet que les

dispositions en vigueur jusqu'alors reposaient toujours sur le barème édicté par le CNFMC en 1998 (36), barème qui ne reconnaissent, pour l'obtention des 150 crédits de formation médicale continue, à peu près que les formations présentiels, les formations à distance réalisées par un organisme agréé, la lecture de la presse médicale, ou d'un ouvrage médical.

Ce système, en ne reconnaissant pas l'autodidaxie possible dans l'apprentissage, apparaît obsolète.

En effet, ce qui semble important n'est pas tant la façon dont un praticien a acquis les connaissances nécessaires, mais bel et bien la façon dont il les met en pratique, et le sens critique dont il est capable de faire preuve en y étant confronté - peu importe, finalement, qu'elles proviennent de doctissimo, d'un séminaire de formation ou d'un collègue de travail.

Par ailleurs, la modification régulière des recommandations, l'absence de consensus pour de nombreuses situations, la masse de données nécessaires à la prise de décision, rendent incongrue l'idée d'une évaluation sanctionnante, tournée vers un contrôle de connaissances.

Ainsi, un médecin intégrant à son logiciel de gestion de dossier le calendrier vaccinal, remis annuellement à jour, augmentera vraisemblablement la couverture vaccinale de ses patients, sans qu'il n'ait réellement la connaissance exacte de ce calendrier. De la même façon, un praticien qui, avec ses pairs, argumenterait longuement la prise en charge d'un patient compliqué, afin de définir pour ce cas particulier la prise en charge optimale, développerait des capacités centrées sur la décision médicale, sans que ce processus ne puisse être valorisé par une évaluation standardisée.

C'est à cet égard que le travail de la HAS, qui développe l'évaluation des pratiques professionnelles depuis plus de dix ans, est très intéressant.

En développant le contexte d'évaluation formative (32), la HAS a souhaité engager les médecins dans une démarche d'auto-évaluation, intégrée à la pratique, et en adéquation avec les réalités du terrain.

Globalement, les méthodes d'EPP utilisées par les médecins généralistes français intègre l'une ou l'autre des démarches suivantes :

- l'échange sur les pratiques entre pairs
- la mesure de la pratique, par le relevé de certains indicateurs, suivie de l'analyse de ces indicateurs.

L'intérêt de ces processus apparaît à plusieurs niveaux.

D'une part, la confrontation de son travail à celui de ses pairs permet de faire émerger des points où la connaissance du praticien est insuffisante, ou ses pratiques erronées ; il est en effet important de noter qu'évaluer ses besoins de formation est difficile, et il est probable que les médecins estiment mal leurs besoins de formation (32), non pas dans la quantité, mais dans les thèmes. Le mode opératoire du groupe de pairs est, dans ce contexte, très approprié, dans la mesure où les cas cliniques sont choisis aléatoirement, l'objectif étant d'éviter la création de zones d'ombre. L'évaluation des pratiques professionnelles intervient donc, d'une certaine façon, en aval de la formation, en mettant en exergue les soins qui pourraient être améliorés.

D'autre part, l'utilisation d'indicateurs de pratique autorise à se concentrer sur les résultats, et non sur les moyens pour y parvenir. Il est ainsi laissée une plus grande liberté au

praticien pour l'acquisition de connaissances. De plus, cet apprentissage de connaissances, qu'il se fasse de façon organisée, ou individuellement, sera plus orientée sur la pratique, et plus dynamique.

Enfin, l'évaluation des pratiques propose un réel raisonnement autour du concept de décision médicale, permettant au praticien de dépasser largement la simple application à un patient de données normalisées.

Le groupe de pairs³¹, qui analyse des cas réels, semble la technique la plus appropriée pour affiner les mécanismes de décision. Cependant, d'autres méthodes existent, bien qu'elles soient encore peu utilisées en France chez les médecins généralistes.

Ainsi le chemin clinique, qui fait timidement son apparition dans le domaine de la chirurgie essentiellement (70), tente de faire l'analyse de tous les tenants et aboutissants d'une prise en charge.

Le test de concordance de script, développé initialement au Canada, est une formation à la gestion de l'incertitude (160) au moment de la décision médicale, et commence son entrée en France.

E. Le DPC : habile combinaison de FMC et d'EPP ?

L'évaluation des pratiques professionnelles apparaît donc intriquée à la formation, constituant tout à la fois un préalable à celle-ci, une action de formation en elle-même, et une analyse des nouvelles compétences ou connaissances acquises.

La loi HPST, votée le 31 juillet 2009 (31), semble donc pertinente en affirmant l'unité de la FMC et de l'EPP, et en les réunissant sous un concept commun, le Développement

31 qu'il soit organisé ou non, virtuel ou présentiel ; la discussion d'un cas entre collègues, par exemple, équivaut à ce processus.

Professionnel Continu.

Cependant, la loi ne pose que le principe de Développement Professionnel Continu, les modalités de réalisation devant être précisées par décrets en Conseil d'État. Ces décrets, dont la publication était prévue pour le printemps 2011 n'ont pas encore vu le jour ; une des raisons de ce retard est l'Affaire Médiateur. Les interrogations autour de l'information du médicament ont en effet débouché sur les Assises du Médicament, qui se sont tenues jusqu'au 31 mai 2011. Le Ministre de la Santé, Xavier Bertrand, annonçait avant l'ouverture de ces Assises le report de la publication des décrets d'application concernant la formation médicale continue, car les conclusions des Assises du Médicament étaient susceptibles d'en changer la substance (161).

L'année 2011 constitue donc une année transitoire ; la formation continue ne s'est pas arrêtée, fort heureusement, et les associations de formation ont été invitées à répondre à un appel d'offres lancé par l'OGC au titre de la formation professionnelle conventionnelle. Cet appel d'offre a été réitéré pour 2012, suite à la prolongation de la période transitoire par Xavier Bertrand (161).

Les associations étaient invitées à présenter des projets correspondant au principe du Développement Professionnel Continu, défi qu'elles ont relevé en se montrant innovantes. Ainsi, de nombreux projets variés ont vu le jour, proposant de nouvelles voies d'apprentissage, couplant formation présentielle et analyse des pratiques, dont voici quelques exemples :

- La SFMG propose ainsi, aux médecins utilisateurs de certains logiciels de prescription d'extraire leurs données de prescriptions médicamenteuses, afin de recevoir en retour la liste des ordonnances qui pourraient éventuellement donner

lieu à des modifications visant l'optimisation médico-économique (162).

- MG Form a mis en place une formation à la gestion de l'incertitude en médecine à l'aide de Test de Concordance de Script.
- De nombreuses associations, comme FMC Action, proposent des formations présentiels, mais en les couplant avec une évaluation des pratiques avant/après formation par la méthode de l'audit, ou avec un recueil de données (cas cliniques, photographies de problèmes dermatologiques...) avant la formation.
- Un concept de "forum de pairs" a été mis en place par FMC action, forum dans lequel un petit nombre de participants sont engagés à présenter une à deux situations cliniques, analyser l'ensemble des situations cliniques proposées, participer à un audit.

Malgré ces projets novateurs et variés, de nombreuses incertitudes persistent quant à la mise en place définitive du DPC : date de mise en place, financement disponible, modalités de l'obligation de validation...

Par ailleurs, notre recherche n'a recensé aucun projet visant à faire reconnaître la maîtrise de stage ou l'utilisation d'un logiciel au titre de la formation continue. Notre enquête montre cependant qu'il y aurait matière, dans ces domaines, à l'invention de nouvelles méthodes ou procédures.

Le Développement Professionnel continu, né officiellement en 2009, en est à ses balbutiements ; il peut permettre une évolution créative, avec la naissance de projets audacieux, novateurs et exigeants. Nombreux sont les médecins qui se sont déjà engagés dans cette voie, nous ne pouvons qu'espérer que ce mouvement s'étende à toute la

profession.

F. Formation initiale : un rôle à jouer dans la formation continue

Les trente dernières années ont été riches dans le domaine de la formation médicale continue : apparition de la technologie informatique et d'Internet, qui permettent un rapport très différent à l'information, et à la masse de données rapidement disponibles, large multiplication des types de formations proposées...

Cette modification en profondeur de la formation pendant l'exercice implique, à un moment ou un autre, une évolution au sein de la formation initiale.

Ainsi, si les mutations au sein de la formation continue nous semblent favorables, et si l'élargissement de l'offre de formation semble plus respectueuse des particularités de chacun, la formation médicale continue ne s'invente pas du jour au lendemain pour un jeune médecin. Il semble donc nécessaire que la formation continue s'apprenne dès la formation initiale, formation initiale qui se fait pour part aux côtés de médecins déjà en exercice, susceptibles, donc, de guider les futurs médecins dans l'apprentissage de la formation continue.

L'apprentissage des différents moyens de formation, leurs modalités, leurs possibilités et leurs limites pourraient faire partie intégrante de la formation initiale, où le médecin en devenir est très tôt confronté à son futur métier. L'évaluation des pratiques par relevé d'indicateurs, ou par comparaison aux pairs, par exemple, serait de réalisation possible au sein d'un service hospitalier, dès l'étape de l'externat.

Par ailleurs, la découverte des logiciels informatiques et des possibilités qu'ils offrent (aides aux diagnostics, "reminders") pourrait être intégré au troisième cycle de médecine

générale, afin d'apprendre à optimiser l'utilisation de ces outils, ces différentes techniques ayant fait la preuve de l'amélioration des pratiques (89).

Enfin, l'irruption d'Internet dans le quotidien change considérablement le rapport à l'information, et la difficulté n'est plus de trouver l'information, mais de la sélectionner dans le "bruit" des multiples informations erronées, contradictoires, sous influence, incomplètes... Apprendre à sélectionner les sources fiables, à les confronter, et à les utiliser avec recul devient indispensable. Si l'on peut saluer l'arrivée au programme de l'Examen National Classant de la Lecture Critique d'Article, on ne peut ignorer le fait que la sélection initiale des étudiants en médecine écarte absolument les capacités de sens critique. La nécessité croissante d'une analyse rigoureuse des données à disposition rend la méthode de sélection des futurs médecins peu pertinente.

Nous avons noté précédemment l'importance de la formation au savoir-être, et le peu de cas qu'il en est fait dans le débat sur la formation médicale continue. La Faculté ne se démarque pas sur ce point. Pourtant, c'est bien dès le début de la formation qu'un apprentissage des principes et techniques qui guident la relation avec le patient trouverait sa place. Là aussi, cependant, des modifications sont en cours, comme le montre l'introduction des Examens Cliniques Objectifs Structurés dans le cursus de troisième cycle des médecins généralistes alsaciens. Néanmoins, si l'intérêt de ces jeux de rôle est établi (163), il est dommage qu'ils aient fait leur entrée dans le cursus médical en tant qu'évaluation sanctionnante, avant d'avoir pu donné lieu à un apprentissage.

G. Limites de la formation médicale continue

La formation continue des médecins a pour objectif l'amélioration de la qualité des soins (31), qualité, qui, comme explicité précédemment, intègre de nombreuses composantes.

Or, il est légitime de s'interroger sur l'impact maximal que peut avoir la formation sur les pratiques ; jusqu'à quel point une formation optimale peut-elle avoir une influence sur les critères médico-économiques ?

Les différentes revues de la littérature évaluant l'impact de la formation continue sur les pratiques (78, 79, 82, 83, 85, 90) sont, de ce point de vue, assez décevantes. Cependant, comme nous le soulignons précédemment, ces résultats sont à prendre avec précaution ; en effet, les études n'intègrent pas de paramètres tels que le choix par le participant d'un type de formation, les types de formation regroupés au sein d'une même catégorie sont très hétérogènes, les indicateurs de pratique testés sont eux-mêmes très variés... Or, il semble, au vu des éléments disponibles, que tous les types de formations ne sont pas aussi performants pour améliorer tous les comportements et que selon les habitudes et capacités personnelles, chaque praticien montrera des préférences pour certains types de formation, lui correspondant plus. Cependant, ces réserves mises à part, la question de l'efficacité de la formation continue reste tout à fait d'actualité, d'autant plus qu'elle implique un investissement financier, et, potentiellement, une obligation.

Si la formation continue semble bel et bien être un élément de l'amélioration des soins, il nous apparaît cependant nécessaire d'en connaître les limites. En effet, les médecins généralistes en exercice, s'ils sont au cœur du soin, ne font pas moins partie d'un système, dans lequel agissent d'autres influences que la leur.

Ainsi, le public auquel s'adressent les médecins n'est pas constitué d'individus vierges de toute opinion au moment où ils sollicitent l'avis du médecin. Cette opinion, dépendante pour une part de leur histoire personnelle, de leur culture, et de leur ressenti, est aussi largement influencée par le climat général actuel. La médecine a ses modes et son

actualité, et celles-ci vont aussi influencer les pratiques.

L'exemple de la prescription d'antibiotiques est un assez bon modèle de cette emprise. Constatant une sur-prescription d'antibiotiques dans les infections virales, le Ministère de la Santé décide en 2001, entre autres mesures, de lancer une campagne de sensibilisation à destination du public, le maintenant célèbre "*Les antibiotiques, c'est pas automatique*". Quelques années plus tard, la baisse de prescription est significative (164). L'efficacité du couplage information aux professionnels/information aux patients, concernant la diminution de la prescription d'antibiotiques, se retrouve dans une méta-analyse de la fondation Cochrane (165) ; une action à visée des professionnels et des patients apparaissait comme la plus efficace pour diminuer la prescription d'antibiotiques, comparée à différents types de formation.

Cette réflexion peut être élargie à la prescription médicamenteuse en général ; la loi HPST précise ainsi que l'un des objectifs du Développement Professionnel Continu est la maîtrise médicalisée des dépenses de santé (31). Que la formation continue des professionnels ait un rôle à jouer dans l'optimisation économique des prescriptions semble, au vu des réflexions précédentes, sensé ; mais l'efficacité de cette formation risque fort d'être limité, dans une société où le médicament apparaît souvent comme une réponse omnipotente, et ce grâce à l'investissement majeur que font les firmes pharmaceutiques dans la publicité cachée (166). Il est fort possible, par exemple, que l'Affaire Mediator ait, sur la prescription médicamenteuse, plus d'impact que le nouveau dispositif de formation continue, en modifiant le rapport du public avec le médicament.

Conclusion

La médecine moderne, dont les prémices sont déjà visibles à la fin du XIX^{ème} siècle, a progressivement remplacé les potions personnelles et les préparations magistrales propres à chaque médecin par la recherche d'une attitude consensuelle face à un cas donné.

Cette évolution de la pratique a rendu nécessaire une formation tout au long de la carrière des médecins, pour mettre à jour leurs connaissances, mais aussi et surtout pour affiner les processus à l'origine de la décision médicale, personnalisée pour chaque patient.

Les cinquante dernières années ont été marquées par la naissance progressive d'une formation continue des médecins généralistes, assurée par des associations implantées au niveau local. Le législateur a, quant à lui, tenté à plusieurs reprises d'offrir un cadre à cette formation, y voyant un élément majeur de la qualité des soins, tandis que les syndicats, reconnaissant peu à peu le rôle de la formation dans la promotion de la profession, s'y sont de plus en plus impliqués.

Si la lecture de la presse médicale et les séminaires de formation proposés par les associations, faisant appel à la pédagogie d'adultes, ont su s'implanter solidement dans le paysage de la formation continue, d'autres moyens de formation se sont progressivement insinués dans le quotidien des médecins généralistes. L'outil informatique, avec en tête de file Internet, a ainsi bouleversé, les quinze dernières années l'accès aux données. Les méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles, dans lesquelles domine l'analyse de sa pratique à l'aide des pairs, ou par relevé d'indicateurs de pratique, ont, quant à elle, trouvé petit à petit leur place.

Il est tentant de souhaiter dégager, parmi ces nombreuses méthodes, celles qui sont le plus

à même d'améliorer les compétences médicales, et par ce biais, la qualité du soins et le niveau de santé des patients.

De nombreux auteurs se sont attaqués à cette tâche ; les résultats, assez décevants, ne doivent pas masquer l'extrême hétérogénéité des méthodes utilisées, des compétences étudiées et des praticiens ayant eu recours aux méthodes analysées.

Si l'évaluation de la formation continue semble nécessaire, à l'heure où obligation et financement font l'objet d'un débat passionné, les travaux déjà réalisés évoquent plus un préambule à cette évaluation qu'un socle solide sur lequel s'appuyer.

La dernière loi en date, dite "Hôpital, Patients, Santé, Territoire" et adoptée par l'Assemblée Nationale le 23 juin 2009, a tenté de moderniser le système en place, en créant le Développement Professionnel Continu. Toutefois, les modalités précises d'application de cette loi ne sont pas encore connues, dans l'attente des décrets d'application. Les associations de formation ont déjà relevé le défi, en proposant des projets de formation innovants, qui mêlent habilement formations présentielle et évaluation des pratiques, mais aussi en faisant appel aux nouvelles technologies : Internet, logiciel d'aide à la prescription...

Peu de travaux se sont intéressés à la façon dont les médecins généralistes perçoivent, au quotidien, leur formation continue, et ont intégré à leur pratique les nouvelles méthodes.

Par une enquête informatique auprès de 20 655 médecins généralistes libéraux, nous avons cherché à préciser cet aspect. Les 2407 réponses (soit un taux de participation de 11,7%) montrent une fidélité aux séminaires proposés par les associations et à la lecture de la presse, puisque respectivement 63% et 95% des médecins interrogés les utilisent

pour leur formation. La Revue Prescrire, avec 64% de répondants qui la sélectionnent, confirme sa place de référence au sein de la presse médicale.

Mais ils attestent aussi de la place prépondérante qu'a pris l'outil informatique : Internet, et ce, non pas par le recours à des méthodes de formation à distance, mais bien dans la recherche personnelle d'information, par l'intermédiaire du célèbre moteur de recherche Google, que 72% des répondants déclarent utiliser, et les logiciels médicaux, considérés comme un moyen de formation par une forte majorité de médecins (82%).

Par ailleurs, les pairs apparaissent comme formatifs à eux-seuls, par l'intermédiaire des groupes d'analyse de pratique entre pairs mais aussi de manière informelle, avec des collègues, rendant caduque l'image du médecin de famille isolé face à ses patients dès lors qu'il a quitté le milieu hospitalo-universitaire.

L'évaluation des pratiques professionnelles, projetée sur le devant de la scène par la dernière loi en vigueur, se montre bien implantée dans le paysage de la formation continue, puisque 60% des médecins interrogés la considère comme partie prenante de leur formation. Cependant, des réactions mitigées quant à leur organisation ou leur efficacité révèlent les progrès à réaliser dans ce domaine, vraisemblablement en les intégrant à la pratique dès les premiers stades de la formation initiale.

Les activités de maîtres de stage sont largement plébiscitées comme moyen de formation par ceux qui les pratiquent, appuyant le débat sur la revalorisation de leur statut ; c'est en effet pour 87% des maîtres de stage que l'accueil des étudiants fait partie de la formation.

Ce panorama de la formation continue des médecins généralistes confirme la nécessité d'une modification des dispositions en vigueur, et renforce le projet de réunir au sein du même dispositif formation et évaluation des pratiques. Il implique que soit reconnue, d'une façon qui reste à déterminer, l'auto-formation que pratiquent les médecins au quotidien, en recherchant eux-mêmes les informations nécessaires, ou en se tournant vers leurs pairs.

Cependant, il met aussi en exergue la probable méconnaissance, par les praticiens, de leur besoin en formation d'une part, et des nombreux types de formation d'autre part. Ce constat, couplé à l'exigence croissante de qualité, implique, pour que la formation continue tienne ses promesses en terme d'efficacité, de lui attribuer une place majeure, dans le système de santé, mais aussi dès la formation initiale, en gardant toujours en vue l'objectif : l'amélioration de la qualité des soins.

Vu et approuvé,
Strasbourg, le 12 / 7 / 11
Le Président du Jury de Thèse :

Professeur Jean-Louis SCHLIENGER



Vu et approuvé
Strasbourg le 19 JUL. 2011
Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg
Professeur Jean SIBILIA



Bibliographie

- 1) Gallois P. *La formation médicale continue* : principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation. Médecine-Sciences Flammarion : 1997.
- 2) Befort P.-A. *Survol historique de la FMC, une longue marche*. In : la FMC Bas-Rhin [en ligne]. Disponible sur : <http://www.fmc67.org/page8/page8.html>. (Page consultée le 02/01/2011)
- 3) Les Entretiens Médicaux. *Historique*. In : Les Entretiens de Bichat [en ligne]. Disponible sur : <http://www.lesentretiensdebichat.com/presentation/historique>. (Page consultée le 05/01/2011)
- 4) Scharf G. *Manuel pratique de la formation continue du médecin*. Intergraphe ; 1977.
- 5) Boulain C. *Histoire de la Formation médicale continue de ses débuts au printemps 1996*. Thèse médecine, Paris, 1997
- 6) Loi n° 71-575 du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente
- 7) Chaperon J. *La Convention médicale de 1946 à nos jours*. In La Revue Prescrire 1996 ; 16 (164) : 550-555
- 8) JM Chabot. *Le dispositif de formation médicale continue en 1994*. In Le Concours Médical 1994 ; 37 (116) : 3106-3110.
- 9) Forcari C. *Querelle de pépètes chez les médecins. MG-France accuse ses opposants d'avoir détourné des fonds destinés à la formation*. In Libération du 24/10/1997.
- 10) Loi n°93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie.
- 11) Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999

- 12) Décret n°99-1130 du 28 décembre 1999
- 13) Article 11 du Code de Déontologie Médicale
- 14) Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins
- 15) Décret no 96-1050 du 5 décembre 1996 relatif à la formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral
- 16) Décret no 97-933 du 13 octobre 1997 modifiant le décret no 96-1050 du 5 décembre 1996 relatif à la formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral
- 17) Pascal J., Riou F., Chaperon J. *Difficultés de mise en place et enjeux institutionnels de la formation continue des médecins libéraux*. In Santé publique 2000 ; 12 (2) : 177-189.
- 18) Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle
- 19) Conseil d'État. *Décision 184605, 185341 et 185364 du 3 juillet 1998*. Journal Officiel n°296 du 22 décembre 1998.
- 20) Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- 21) Décret n° 2003-1077 du 14 novembre 2003 relatif aux conseils nationaux et au comité de coordination de la formation médicale continue prévus aux articles L. 4133-3 et L. 6155-2 du code de la santé publique
- 22) Projet de loi n°877 relatif à la politique de santé publique mis en distribution le 10 mai 2003.
- 23) Dubernard J.-M. Rapport n° 2888 fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi, adopté par le Sénat après

- déclaration d'urgence, de programme pour la recherche. Enregistré à la présidence de l'Assemblée Nationale le 22 février 2006. Mis en distribution le 27 février 2006.
- 24) Débats parlementaires. Deuxième séance du 9 octobre 2003. Journal Officiel n°88 du 23 octobre 2003.
 - 25) Débats parlementaires. Deuxième séance du mardi 27 avril 2004. Journal Officiel n° 37 du 28 avril 2004.
 - 26) Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
 - 27) Loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie
 - 28) Décret n°99-1130 du 28 décembre 1999
 - 29) Débats parlementaires. Troisième séance du du 8 juillet 2004. Journal Officiel n°76 du 9 juillet 2004.
 - 30) Décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles
 - 31) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
 - 32) Bras P.-L., Duhamel G. *Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins*. Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. Novembre 2008.
 - 33) *Critères d'évaluation des dossiers de demande d'agrément*. In Conseils Nationaux de la Formation Médicale Continue [en ligne]. Disponible sur : www.cnfmc.fr/docs/criteres-d-evaluation-des-dossiers-de-demande-d-agrement.pdf (Page consultée le 04/02/2011).
 - 34) Organisme Gestionnaire Conventionnel. *Rapport d'activité FPC 2009*. In : Site

- de l'Organisme Gestionnaire Conventionnel [en ligne]. Disponible sur : <http://www.ogc.fr/fichiers/actualite25.pdf>. (Page consultée le 05/04/2011)
- 35) Dang Ha Doan B., Lévy D., Teitelbaum J., Allemand H. *Médecins et pratiques médicale en France 1967 - 1977 - 2007. Les lectures médicales et les moyens de formation permanente*. In : Cahiers de sociologie et de démographie médicale 2008 ; 48 (4) : 514-532.
 - 36) Bras P.-L., Ricordeau P., Roussille B., Santoyant V. *L'information des médecins sur le médicament*. Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. Septembre 2007.
 - 37) Hermange M.-T., Payet A.-M. *Rapport d'information fait au nom de la Commission des affaires sociales sur les conditions de mise sur le marché et de suivi des médicaments*. Annexe au procès-verbal de la séance du 8 juin 2006.
 - 38) Arrêté du 13 juillet 2006 portant homologation des règles de validation de la formation médicale continue.
 - 39) Auel J.M.. *Les enfants de la terre*. Presses de la cité. 1980.
 - 40) Debris S. *Analyse des pratiques professionnelles dans un Groupe de Pairs : un processus d'autoformation collectif*. Document de recherche en médecine générale n°59 - SFMG. Juin 2002.
 - 41) HAS. *Évaluation et amélioration des pratiques. Une démarche d'amélioration de la qualité. Le groupe d'analyse entre pairs, "peer review"*. Juin 2006.
 - 42) Cohendet C., Jacot P., Arnould M., Bertier A., Gorel J.-L., Mas J.-M. *Groupes de Pairs : l'évaluation et la formation professionnelles au diapason de l'EBM*. EBM journal 2003 ; (34)
 - 43) Arnould P. *Entretiens. Les groupes de pairs*. Revue TLM 2008. N°71.
 - 44) URML Bretagne. *Groupes Qualité » de l'URML Bretagne*. EBM journal 2005.

N°45.

- 45) URCAM/URML Bretagne. *Groupe qualité en médecine générale. "Unité territoriale d'amélioration des pratiques et d'organisation professionnelle". Cahier des charges.* Avril 2007.
- 46) Certain M.-H. Les groupes d'échange de pratique. *La Revue du Praticien Médecine Générale* 2005 ; 19 (702/703) : 981-983.
- 47) Google Inc. *The Official Google Blog* [en ligne]. Disponible sur googleblog.blogspot.com, (Page consultée le 14 avril 2011).
- 48) Blanchard S. *Un logo pour certifier les sites Internet consacrés à la santé.* In *Le Monde* du 5/12/2007.
- 49) Health on the Net foundation. Site de la Health on the Net foundation [en ligne]. Disponible sur : www.hon.ch. (Page consultée le 17 avril 2011).
- 50) Dupagne D. *J'arrête le Hon Code.* Mise à jour le 9 jion 2010. In : site Atoute [en ligne]. Disponible sur www.atoute.org. (Page consultée le 38 avril 2011).
- 51) Darmoni SJ, Thirion B. *A standard metadata scheme for health resources.* In *Journal of the American Medical Informatics Association* 2000 ; 7(1):108-109.
- 52) Maisonneuve H., Charbot O. *L'Internet en formation médicale continue : aussi efficace que les formations dites présentiellelles.* In : *La Presse Médicale* 2009 ; 38 (10) : 1434-1442.
- 53) Dupagne D. Internet et médecine, d'inévitables rapports de proximité ? In : *Médecine* 2007 ; 3 (8) : 374-777.
- 54) Yahoo! France SAS. *Mgclinique* [liste de discussion]. Disponible sur : <http://fr.groups.yahoo.com/group/mgclinique/>.
- 55) Clavreul L., Santi P. *Avec Internet, le patient joue au médecin.* In *Le Monde* du 13 avril 2010.

- 56) Bienvault P. *Les médecins sont-ils indépendants ?* In La Croix du 6 janvier 2009.
- 57) Joule R.-V., Bauvois J.-L. *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*. Presses Universitaires de Grenoble. Janvier 2004 (Nouvelle version).
- 58) Prescrire Rédaction. *Quinze ans d'observation et un constat : rien à attendre de la visite médicale pour mieux soigner*. In La Revue Prescrire 2006 ; 26 (272) : 383-392.
- 59) Delfarriél G. Autoévaluation du comportement du médecin généraliste, maître de stage, en présence du stagiaire en médecine générale au cours d'une consultation. Thèse d'exercice en médecine générale. Université de Paris 12. 2004
- 60) Haute Autorité de Santé. *Recommandations de bonne pratique* [en ligne]. Site de la Haute Autorité de Santé. Disponible sur www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5233/recommandations-de-bonne-pratique?cid=c_5233. (Page consultée le 8 mai 2011).
- 61) Prescrire Rédaction. *Contrat d'amélioration des pratiques individuelles : un tournant de l'exercice médical libéral en France ?* In La Revue Prescrire 2010 ; 30 (325) : 853-865.
- 62) Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. *Recommandations de bonne pratique* [en ligne]. Site de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Disponible sur www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations-de-bonne-pratique. (Page consultée le 8 mai 2011).
- 63) Haute Autorité de Santé. *La revue de morbidité et de mortalité. Une démarche d'amélioration de la qualité. Évaluation et amélioration des pratiques*. Guide HAS. Octobre 2009.

- 64) Haute Autorité de Santé. *L'exercice coordonné et protocolé en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé. Une démarche d'amélioration de la qualité. Évaluation et amélioration des pratiques.* Guide HAS. Novembre 2007.
- 65) Haute Autorité de Santé. *Audit clinique. Évaluation des pratiques par comparaison à un référentiel. Une méthode d'amélioration de la qualité.* Guide HAS. Juin 2003.
- 66) Haute Autorité de Santé. *Réseaux de santé. Une démarche d'amélioration de la qualité. Évaluation et amélioration des pratiques.* Guide HAS. Juin 2006.
- 67) Haute Autorité de Santé. *Registres, observatoires, bases de données et évaluation des pratiques professionnelles. Une démarche d'amélioration de la qualité. Évaluation et amélioration des pratiques.* Guide HAS. Mai 2008 .
- 68) Haute Autorité de Santé. *La visite académique (Academic detailing, outreach visit). Une démarche d'amélioration de la qualité. Évaluation et amélioration des pratiques.* Guide HAS. Juin 2006.
- 69) Bataillon R., Locquet C., Leneel C., Leneel H., Humbert C., Hascoët J.-Y. *Visite médicale académique. Le programme Infoproximed de la région Bretagne.* In *La Revue du Praticien Médecine Générale* 2005 ; 19 (708/709) : 1240-1242.
- 70) Haute Autorité de Santé. *Chemin clinique (clinical pathway). Une démarche d'amélioration de la qualité. Évaluation et amélioration des pratiques.* Guide HAS. Juin 2004.
- 71) Velluet L., Catu-Pinault A. *Le groupe Balint, une formation pour les médecins de famille.* In *La revue du praticien médecine générale* 2007 ; 21 (788/789) : 1101-1102.

- 72) Moynihan R. *Key opinion leaders: independent experts or drug representatives in disguise?* In British medical Journal 2008; 336 (7658).
- 73) Godlee F. *Key opinion leaders, your time is up.* In British Medical Journal 2008 ; 336 (7658).
- 74) Kirkpatrick D. *Evaluating training programs. The four levels.* Berrett-Koehler Publishers 2006 (troisième édition).
- 75) Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Qualité des soins : revue à travers la littérature des outils et des critères utilisés en médecine ambulatoire.* Novembre 1999.
- 76) Lyod J. *Effectiveness of Continuing Medical Education: A Review of the Evidence.* In Evaluation and the Health profession 1979 ; 2: 251-280.
- 77) Beaudry, J. S. *The effectiveness of continuing medical education: A quantitative synthesis.* Journal of Continuing Education in the Health Professions 1989 ; 9: 85–307.
- 78) Farmer A.P., Légaré F., Turcot L., Grimshaw J., Harvey E., McGowan J.L., Wolf F. *Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes.* Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3.
- 79) Forsetlund L., Bjørndal A., Rashidian A., Jamtvedt G., O'Brien M.A., Wolf F., Davis D., Odgaard-Jensen J., Oxman A.D. *Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes.* Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2.
- 80) Davis D., O'Brien M.A., Freemantle N., Wolf F.M., Mazmanian P., Taylor-Vaisey A. *Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities*

- change physician behavior or health care outcomes?.* In The Journal of the Medical Association 1999 ; 282 :867-874.
- 81) O'Brien M.A., Freemantle N., Oxman A.D., Wolf F., Davis D.A., Herrin J. *Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes.* Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 1.
- 82) O'Brien M.A., Rogers S., Jamtvedt G., Oxman A.D., Odgaard-Jensen J., Kristoffersen D.T., Forsetlund L., Bainbridge D., Freemantle N., Davis D., Haynes R.B., Harvey E. *Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes.* Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4.
- 83) Jamtvedt G., Young J.M., Kristoffersen D.T., O'Brien M.A., Oxman A.D. *Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes.* Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 2.
- 84) Grimshaw J.M., Shirran L., Thomas R., Mowatt G., Fraser C., Bero L. *Changing provider behavior: An overview of systematic reviews of interventions.* Medical Care 2001 ; 39.
- 85) Flodgren G., Parmelli E., Doumit G., Gattellari M., O'Brien M.A., Grimshaw J., Eccles M.P. *Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes.* Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1.
- 86) Bandura A. *Social Learning Theory.* General Learning Press 1977.
- 87) Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Efficacité de mise en œuvre des recommandations médicales.* Janvier 2000.
- 88) Pantoja T., Romero A., Green M.E., Wyatt J., Grimshaw J., Denig P., Durieux

- P., Gill P., Gordon R., Haaijer Ruskamp F., Hicks N., Rowe R., Colomer N. *Manual paper reminders: effects on professional practice and health care outcomes*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 2.
- 89) Arditi C., Rège-Walther M., Burnand B., Wyatt J. *Computer-generated paper reminders: effects on professional practice and health care outcomes*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 5.
- 90) Grimshaw J.M., Thomas R.E., MacLennan G., Fraser C., Ramsay C.R., Vale L. *Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies*. *Health Technol Assess* 2004;**8**(6).
- 91) Association pour l'Informatisation Médicale. Site de l'APIMA [en ligne]. Disponible sur : www.apima.org (page consultée le 4 septembre 2011)
- 92) Atoute. [en ligne]. Disponible sur : www.atoute.org (page consultée le 2 septembre 2011).
- 93) Formindep. Site du Formindep [en ligne]. Disponible sur : www.formindep.org (page consultée le 31 août 2011).
- 94) Antibiolor, le réseau lorrain d'antibiologie. Site d'Antibiolor [en ligne]. Disponible sur : www.antibiolor.org (page consultée le 4 septembre 2011).
- 95) Minerva, revue d'Evidence based medicine. Site de Minerva [en ligne]. Disponible sur : www.minerva-ebm.be (page consultée le 4 septembre 2011)
- 96) Le blog de borée. *L'examen « à l'anglaise » – et autres mises au point gynécologiques* [en ligne]. Disponible sur : <http://boree.eu/?p=1349>. Mis en ligne le 14 mars 2011.
- 97) Dorosz P., Vital Durand D., Le Jeune C. *Doroz, guide pratique des médicaments*. 30^{ième} édition. Maloine. Sept. 2010.
- 98) Gay B. Druais P.-L., Queneau P., Trinh-Duc A. *Thérapeutique en Médecine*

Générale. APNET.

- 99) Perrot S. *Thérapeutique pratique*. 21^{ième} édition. Med-line. février 2011.
- 100) Perlemutter L. *Guide Thérapeutique*. 5^{ième} édition. Masson. Janvier 2008.
- 101) Beers M.H., Porter R.S., Jones T.V., Kaplan J.L., Berkwits M. *Le Manuel Merck diagnostic et thérapeutique*. 4^{ième} édition. Editions d'Après. Juillet 2008.
- 102) Caullin C. *Vidal Recos : 150 synthèses de recommandations thérapeutiques*. 3^{ième} édition. Vidal. août 2009.
- 103) Fattorusso V. Ritter O. *Vademecum clinique : du diagnostic au traitement*. 18^{ième} édition. Masson. Avril 2006.
- 104) Berrebi W. *Diagnostics & Thérapeutiques : guide pratique du symptôme à la prescription*. 5^{ième} édition. Estem. Novembre 2009.
- 105) Godeau P., Herson S., Piette J. *Traité de médecine*. 4^{ième} édition. Flammarion.
- 106) Leporrier M. *Petite encyclopédie médicale Hamburger : guide de pratique médicale*. 20^{ième} édition. Flammarion Médecine-Sciences. Mai 2011.
- 107) Raetzo M.-A., Restellini A. Gaspoz J.-M., Pécoud A., Perrier A. *Docteur, j'ai... : Stratégies diagnostiques et thérapeutiques en médecine déambulatoire*. 3^{ième} édition. Médecine et Hygiène. Février 2008.
- 108) Blétry O., Girszyn N., Gepner P., Kahn J.-E., *Du symptôme à la prescription en médecine générale. Pour une médecine globale, Symptômes, diagnostic, thérapeutique*. Masson. Juillet 2009.
- 109) Mark R., Dambro H. *Les Cinq Minutes du consultant*. Pradel. Novembre 1995.
- 110) Pilly E. *Maladies infectieuses: à l'usage des étudiants en médecine et des praticiens*. 13^{ième} édition. Agence 2m2. 2000
- 111) Kasper D.L., Braunwald E., Fauci A.S., Hauser S.L. *Harrison : principes de médecine interne*. 16^{ième} édition. Flammarion Médecine-Sciences. Octobre

- 2006.
- 112) Ellrodt A. *Urgences médicales*. 5^{ième} édition. Estem. Août 2005.
- 113) Rousset H., Vital Durand D., Dupond J.-L., Pavic M. *Diagnostics difficiles en médecine interne*. 3^{ième} édition. Editions Maloine. Novembre 2008.
- 114) Habif T.P., Campbell J., Chapman S., Dinulos J., Zug K. *Maladies cutanées : Diagnostic et Traitement*. 2^{ième} édition. Elsevier. Octobre 2008.
- 115) CMIT. *GEN et PI 2008 : Guide de conduite pratique et de formation en Infectiologie pour les médecins généralistes*. 5^{ième} édition. Vivactis Plus. Septembre 2007.
- 116) CMIT. *Le POPI : Maladies infectieuses et tropicales*. 10^{ième} édition. Vivactis Plus. Décembre 2008.
- 117) Hahn J.M. *Checklists de médecine, Médecine interne*. 2^{ième} édition. Maloine. Février 2005.
- 118) Haslett C., Chilvers E.-R., Boon N.A., Colledge N.-R., Hunter J. *Médecine interne Davidson : Principes et pratique*. 2^{ième} édition. Maloine. Septembre 2004.
- 119) Guermonprez M. *Homéopathie : Principes Clinique Techniques*. Editions Boiron. Mai 2009.
- 120) Balint M., Valabrega J.-P. *Le Médecin, son malade et la maladie*. 3^{ième} édition. Payot. Juin 2003.
- 121) Welch H.-G., Turcotte F. *Dois-je me faire tester pour le cancer ? : Peut-être pas et voici pourquoi*. 2305 Rue de l'Université. Novembre 2005.
- 122) Ameisen O. *Le dernier verre*. Denoël. Octobre 2008.
- 123) De Lorgeril M. *Cholestérol, mensonges et propagande*. Thierry Souccar Editions. Septembre 2008.

- 124) *Décider pour traiter. : Traité de médecine pratique selon les principes de l'Evidence-Based Medicine.* 2^{ème} édition. Rand. Décembre 2002.
- 125) Aubin-Auger I., Huas D., Le Roux G., Partouche H. *Médecine Générale 2009-2010. Bibliographie commentée.* Editions L&C. Mars 2011.
- 126) Gallois P. *Médecine au quotidien.* UNAFORMEC.
- 127) CNGE. *Médecine générale, concepts et pratiques.* Masson. Septembre 1996.
- 128) Conseil National de l'Ordre des Médecins. *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au premier janvier 2011.*
- 129) Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale contacté le 17 juillet 2011 par courrier électronique.
- 130) Sondage IPSOS Santé pour le GIP-DMP (Groupement d'intérêt Public - Dossier Médical Personnel) réalisé entre le 25 octobre et le 12 novembre 2007, et portant sur 514 médecins.
- 131) Sondage IPSOS Santé pour la HAS, "Perc'EP'ption, rapport d'étude quantitative". 7 juillet 2008.
- 132) Bloy G. *La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien.* In Revue française des affaires sociales. Mars 2005.
- 133) Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale. Communiqué de presse du 31 mars 2010.
- 134) Falcoff H. Le dossier médical en médecine générale. In La revue du praticien- Médecine Générale 1997 ; 11 (404) : 71-78
- 135) Bensadon A.-C., Marie E., Morelle A. *Rapport sur la pharmacovigilance et gouvernance de la chaîne du médicament.* Rapport de l'Inspection Générale des Affaires sociales. Juin 2011.

- 136) Prescrire Rédaction. Petits cadeaux : des influences souvent inconscientes, mais prouvées. In La Revue Prescrire 2011 ; 31 (335) : 694-696
- 137) Dana J., Loewestein G. *A social science perspective on gifts to physician from industry*. In The Journal of the American Medical Association. 2003 ; 290 (2) : 252-255.
- 138) Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé : état des lieux et propositions*. Juillet 2004.
- 139) Lohr K.N., Donaldson M.S., Harris-Wehling J. *Medicare: a strategy for quality assurance, V: Quality of care in a changing health care environment*. In Quality Review Bulletin. 1992 18(4):120-126
- 140) Sackett D.L., Rosenberg W.M., Gray J.A., Haynes R.B., Richardson W.S. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. In British Medical Journal 1996 ; 7023 (312) 71-72.
- 141) Hildegard de Bingen. *Les causes et les remèdes*. Traduction par P. Monnat. Millon 2005.
- 142) WONCA 2002. *La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20French%20version.pdf> (page consulté le 22 juin 2011).
- 143) Clavreul L. *Le Conseil d'Etat abroge la recommandation de la Haute autorité de santé sur le diabète de type 2*. In Le Monde du 02/05/2011.
- 144) Bensadon A-C., Marie E., Morelle A. *Enquête sur le MEDIATOR®*. Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. Janvier 2011.

- 145) Association Mieux Prescrire. Charte "Non Merci..." 2011. [En ligne].
Disponible sur :
<http://www.prescrire.org/Docu/Archive/docus/charteNonMerci.pdf>. (Page consultée le 22 juin 2011).
- 146) "Larnaque J." *Du côté de l'industrie pharmaceutique. Les laboratoires Servier pour le Médiateur*. In : Pratiques, les cahiers de la médecine utopique. 1976 ; 13 : 28-31.
- 147) La Rédaction Prescrire. Benfluorex, antidiabétiques ? In La Revue Prescrire. 1997 ; 179 (17) : 326-327.
- 148) Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme*. Décembre 2004.
- 149) Conseil de l'Ordre des Médecins. *Bulletin de l'Ordre des Médecins*. Avril 2007.
- 150) Haute Autorité de Santé. *Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France*. Juillet 2010.
- 151) Nisand I. *L'IVG en France. Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes*. Rapport réalisé à la demande de Martine Aubry, Ministre de l'emploi et de la solidarité, et de Monsieur Bernard Kouchner, secrétaire d'état à la santé et à l'action sociale. Février 1999.
- 152) Katz R.L. *Skills of an effective administrator*, Harvard Business Review, 1974 ; 52 (5) 90-102.
- 153) Société Française de Médecine Générale. *Le Dictionnaire des Résultats de Consultation, à quoi ça sert, comment ça marche ?* Septembre 2003. [en ligne], disponible sur :
http://www.sfmfg.org/outils_sfmfg/dictionnaire_des_resultats_de_consultation_drc/la_theorie_professionnelle/ (page consultée le 27 juin 2011).

- 154) Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. *Études Médicales. Deuxième partie des études médicales*. In : Bulletin Officiel n°23 du 07 juin 2007.
- 155) Raetzo M.-A. *Qu'est ce qu'un bon médecin ?* In : Revue médicale Suisse. 2005 ; 13(1) 919-920.
- 156) Ibanez G. *Qu'est ce qu'un bon médecin ?* Mémoire du DIU de Pédagogie médicale, 2009, Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, Paris.
- 157) Gray D., Toghill P. *Sémiologie médicale*. 2003. Masson.
- 158) Inspection Générale des Affaires Sociales. *Santé, pour une politique de prévention durable*. 2003.
- 159) Miller W.R., Rollnick S., *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement*. InterEditions. 2006
- 160) Lurie S. *Towards greater clarity in the role of ambiguity in clinical reasoning*. In Medical Education. 2011; 45(4) 326–328
- 161) Chardon D., Gattuso C. *Interview de Xavier Bertrand*. In Le Quotidien du médecin du 18 mars 2011.
- 162) SFMG. *Le Bulletin de l'Observatoire de la Médecine Générale N°62 - mai 2011*.
- 163) Houziaux O., Vérot C., Yazdanbakhsh M. *Examen Clinique Objectif Structuré : Analyse de l'expérience de l'école de sages-femmes de Saint-Antoine*. Mémoire en vue de l'obtention du DIU de Pédagogie médicale. 2010.
- 164) Direction Générale de la Santé. *Bilan du plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques 2001-2005*. 12 avril 2006.
- 165) Arnold S.R., Straus S.E. *Interventions to improve antibiotic prescribing practices in ambulatory care*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4.

- 166) Buclin T., Biollaz J. *DTC : nouvel essor pour un ancien dopant*. In : Revue Médicale Suisse 2004 ; 62. 677-681.

Annexes

A. Annexe 1 : commentaires concernant l'utilisation d'Internet

1) Utilisation ciblée, en réponse à une question précise

fonction des besoins ponctuels
utilisation variable : recherche d'un détail, complément d'infoou trou de mémoire !
intérêt : accès immédiat a une information médicale ou une précision pendant la consultation, mais importance de la vérification de la source, problème d'accessibilité payante aux sites scientifiques
selon problème posé par les patients
recherche de renseignements sur un cas clinique
Complément d'information. Recherche par association de mots clés
Recherche sur Pubmed de publications pouvant m'aider sur des points très précis de mon exercice
tout dépend de l'objectif : culture médicale générale 5 mn de temps en temps , recherche précise sur une question parfois plusieurs heures
ce n'est pas du temps par jour, mais au coup par coup selon besoin
recherches ponctuelles et répétées
Utile pour la recherche de certaines précision ponctuelles mais pas de "formation à proprement parler"
recherche aussi en présence des patients, vérification de ttt, temps d'incubation, présentation de certaines maladies, formation par internet
ponctuel
recherche en ligne pour aide immédiate ou recherche documentaire plus élaboré à en différé
je suis habitué aux documents papier. Internet, c'est pour aller rapidement pour un renseignement rapide en cours de consultation ou aussitôt après.
j'utilise internet très ponctuellement, en général sur des pathologies rares
consultation des sites en cours de consultation pour les départs à l'étranger et pour des maladies rares
utilisation ponctuelle pour des contrôles d'infos
Aide au diagnostic en temps réel, recherche de nouveaux ttt,
recherche ciblée
plutôt utilisé en information en temps réel, "aide mémoire", que FMC
consultation au coup par coup selon besoin concernant un patient

Très utile en cas de doute lors d'une consultation, concernant des examens complémentaires à faire (bio ou autre), des orientations diagnostiques, des recommandation thérapeutiques. J'utilise beaucoup les recommandations HAS, le site de Prescrire, le réseau antibior
très ponctuel sur un domaine précis
utilisé souvent pendant la consultation
en cours de consultation ou pour préparer réunions GDP
utile surtout pendant la consultation pour obtenir une info particulière sur une pathologie concernant le patient
accès rapide à Google pendant ou avant une consultation.
utilisé en cours de consultation pour rechercher information sur pathologie/traitement (le site du CRAT par ex)
J'utilise surtout internet pour des recherches ponctuelles sur un sujet précis, ou pour trouver des études sur le cas d'un patient en particulier; je l'utilise également pendant ma consultation soit pour m'aider ds ma décision et/ou mon diagnostic, soit pour montrer à un patient les données actuelles qui le concernent
parfois si une question de patient me parait difficile pour rafraichir la mémoire
Je me sers de Google et d'Esculape tous les jours , en moyenne au moins deux fois par jour et durant le temps de la consultation.
pour chercher une réponse précise à une problématique de rencontrée sur le terrain
consultation ponctuelle des sites sur internet utilisé plus dans un but d'INFORMATION ponctuelle face à un problème rencontré que dans un but de FORMATION
surtout pour l'iconographie en illustration des propos en cours des consultations
en consultation avec les patients - en recherche documentaire pour écriture de séminaire ou préparation - pour retrouver le texte intégrale des études sur les médicaments
On fonctionne en experts généralistes dans mon groupe de formation, et je suis responsable des bibliographies. Pendant les consultations j'utilise le vidal en ligne, le CRAT, et les cours de fac ou les FMC en ligne, ainsi que des outils comme le calcul de DEP normal...
souvent pendant ou entre deux consultations
Il me sert surtout pendant les consultations.
C'est au moment où je me pose une question précise, que je recherche la réponse sur des sites que j'ai en favoris (liens unaformec, cismef, crat, invs,...) ou par google (sites étudiants comme bobigny, ou descartes, etc... J'utilise le mesh et pubmed surtout pour préparer de la bibliographie, l'intégrale prescrire aussi
ponctuellement pour répondre a une recherche pour les patients
sur problèmes ponctuels
intérêt pour des maladies rares
intéressant pendant les consultations
le mode le plus rapide pour accéder à une information ; utilisé en temps réel en consultation

facile d'utilisation pendant une consultation, pour recherche simple , vaccination pour pays étranger , nom d'un médicament...
quand j'ai un thème qui me pose problème dans la journée je recherche les recommandations sur internet dans la soirée... Rapidement, mais juste savoir quoi faire exactement si le même cas se reproduit....
Utilisations variées : listes diffusion (HAS, afssaps, Vidal, DGS-urgent, BEH, infovac...) recherche docu ponctuelle, y compris en consultation, sites web ...
sur des points très précis et ponctuels
fondamental/ directement sur mon bureau, accès immédiat à des informations. Il faut être un peu sélectif mais c'est génial
vérifie un renseignement pdt la consultation
Recherche pour des thèses Recherche pour maladies rares ou protocoles chirurgicaux pour informer les patients
utilisé au coup par coup selon besoin, parfois en présence du patient, ou avec le stagiaire
variable selon les problèmes du jour
Utilisé a l'occasion de problèmes au décours ou pendant une consultation
aide ponctuelle, sur des sujets peu fréquents.
recherches ponctuelles (bibliographie), mais plus souvent utilisation en consultation (le crat, ministère des affaires étrangères/voyageurs par exemple)
source d'information utile lorsque je cherche une réponse à un problème précis et que je dispose de peu de temps. Je m'interroge souvent sur la fiabilité de cette source.
recherche ponctuelle d'information. manque de formation à l'utilisation des sites médicaux professionnels.
Formation "en situation" à l'occasion d'un besoin du patient ou du médecin sur un point de la consultation
Recherche ponctuelles pour répondre à des questions: ex: calcul formule MDRD, critères HGPO, tt herpangine, érythème polymorphe...
Souvent en présence du patient pour aussi pouvoir le guider!
recherche ponctuelle
utile pour des recherches ponctuelles
parfois mise au point au cour même d'une consultation sur un sujet pointu
Vérification en consultation d'une recommandation.
souvent recherche d'une information ponctuelle en cours de consultation
formation au gré des pathologies rencontrées surtout
lorsque mon stagiaire ou moi mm n'arrivons pas à consensus ,recherche ou explications avec le patient .
selon problème uniquement
temps très difficile à déterminer, selon certaines difficultés avec cas patients généralement en cours de consultation

c'est au besoin du moment pour aller vite.
pouvoir aller chercher rapidement, la CAT devant un problème, la réalité d'un produit conseil ...
utilisation d'internet pendant la consultation comme aide
recherche rapide d'un renseignement précis
Vérification d'informations diagnostiques, thérapeutiques, en cas de besoin (patient en consultation) sur sites médicaux (cours universitaires en ligne, réseau Sentinelles, HAS...)
pour rechercher quelque chose de ponctuel
internet utilisé que pour chercher des précisions sur une patho ou un médicament
très rarement sauf cas particulier maladie rare syndrome oubliés
contact permanent même pendant les consultations
L'exclusivité de ce type de formation devrait être possible, sans obliger à des FMC présentielles en plus. Sinon Internet au cabinet médical, pendant le temps des consultations : pour moi c'est l'outil le plus indispensable.
difficile de mettre un temps par jour quand je me pose des questions (c'est fréquent) je recherche une réponse par le biais des sites professionnels
vérifier certains détails sur des sujets inhabituels
Google, cismef, esculape = uniquement pour chercher en consultation des info qu'il me manque (ce qui est aussi formateur) = en moyenne une fois par jour.
importance des outils pour la consultation : le crat, maladies infectieuses et tropicales de l'AP de Marseille etc...
besoin d'info rapide en consult notamment photos éruption cutanées ... rappel CAT
en cas de besoin sur des interrogations ponctuelles
Informations sur traitement , maladies rares ou cas complexe
souvent utilisé pendant une consultation
beaucoup de recherche en direct pendant la consult en utilisant doc cismef ou la BEP Prescrire.
selon difficulté du cas. Recherche nécessaire en attendant l'avis du spécialiste et lui faciliter le travail.
je n'arrive même pas à compter le temps passé sur internet tellement, à la moindre question, le réflexe c'est de jeter un coup d'œil sur internet
Des que j'ai besoin d'une précision , d'une mise au point , c'est là que je cherche .Cela peut aller de 5 minutes a 1h ou 2 /jour suivant les besoins du jour
recherche parfois en direct au cabinet pour un problème donné
GOOGLE dans la consultation: - pour des détails diagnostiques - pour des images anatomiques à partager avec le patient
aide rapide en cours de travail recherche en cas de séminaires
j'utilise internet essentiellement au cabinet, en urgence et souvent en présence des patients, pour trouver une info rapidement

j'utilise au coup par coup, éventuellement pour montrer au patient des photos, un article plutôt à la demande sur un point qui m'interroge pour un patient précis
recherche de complément d'info médicales, nouvelles prise en charge thérapeutique, aide à la décision devant des cas cliniques plus complexes et moins fréquents en médecine générale courante;
ce n'est pas au titre de la formation , mais information sur une question précise que je consulte internet(crat ou autre)
pour questions impromptues dans la journée
Accès permanent aux sites médicaux pendant la consultation et aide pour les explications et conseil au patient
irrégulier, en fonction des questions qui se posent dans mon exercice
recherche uniquement quand problème ponctuel
A la demande, pour informations complémentaires sur des sujets abordés en consultation
souvent pendant une consultation , à la demande
il m'arrive assez souvent pendant une consultation de vérifier sur internet des données sur une pathologie, un traitement, les examens complémentaires à réaliser...
occasionnel et recherches ponctuelles. Mais pas exceptionnel même en cours de consultation
variable selon les besoins du jour (consultation minute)
uniquement ponctuellement pour info rapide
Je fais une recherche en temps réel devant le patient sur des maladies plus rarement vu en médecine générale, mais il est difficile de trouver des informations fiables
j'utilise internet surtout en consultation quand j'ai besoin d'une info rapidement
recherche en consultation ou au décours immédiat, réception de recos par mails de la part de groupes de discussion.
Sujet à la demande selon le problème du moment
aide fondamentale en cours de consultation et après si besoin
recherches ponctuelles sur questions posées en consultation
variable dans le temps en fonction des problème rencontrés syndrome néphrotique, hépatite E, lymphome du manteau recement par exemple
Je suis connecté en permanence durant la consultation et j'utilise beaucoup vidalrecos en n'hésitant pas à justifier ma démarche avec le patient.
lecture intermittente pour un sujet précis.
Recherche lors d'une consultation si besoin d'information complémentaire
je cherche des informations en fonction des besoins
UTILISATION TRES PONCTUELLE sur un sujet très précis
rapidité de l'information recherchée en consultation
accès facile et rapide en consultation ou en dehors pour des infos ou une CAT sur des sujets peu courants dans ma pratique

Temps par jour très variable, j'y vais qd j'ai besoin d'une réponse rapide à une question
Je ne me sers d'internet que pour me renseigner sur un sujet particulier, non pour me former
moins en hiver plus en été et plus si un besoin spécifique en rapport avec un problème posé par un patient
intérêt pour le "rafraichissement de la mémoire" en cours de consultation
pour répondre a une question spécifique
consultation du site en consultation avec le patient
information rapide, en temps réel pendant les cs ou après pour vérifier ou avant de revoir le patient.
je fais des recherches pendant la consultation avec un patient . parfois aussi en dehors . et aussi en fonction de ce que je lis dans mes mails médicaux . ou des liens que je suis.
selon les besoins immédiats ou en décalage 10mn/j
apport exceptionnel de la possibilité de recherches sur google en cas de besoin d'approfondir ou de savoir un sujet. c'est magique !
surtout en présence du patient pour répondre à une question précise
Travail sur sujet FMC. Recherche ponctuelle de précisions sur pathologie d'un patient.
si j'en ai besoin uniquement pour me rafraichir la mémoire
temps variable réalisable facilement au cours d'une consultation
J'utilise Internet pour la recherche d'informations immédiates au cours d'une consultation ; pas ou peu d'utilisation en-dehors des consultations.
recherche spécifique sur PB patient
avis en consultation

2) Recherche documentaire

n'a de réelle importance que dans le cadre de recherche personnelle sur un sujet précis ou recherche pour le groupe de pairs
pas de recherche quotidienne mais souvent le week end chez moi je passe 3 heures à chercher des informations, en particulier sur les nouvelles données de physiologie, embryologie, ...
Très très important, a révolutionné ma formation et mes recherches personnelles en médecine générale.
orphanet , dossier sur path particuliere ou remise à niveau
en cours de consultation ou pour préparer réunions GDP
recherche pour expertise ou animation de séminaires en fonction des besoins
en consultation avec les patients - en recherche documentaire pour écriture de séminaire ou préparation - pour retrouver le texte intégrale des études sur les médicaments

On fonctionne en experts généralistes dans mon groupe de formation, et je suis responsable des bibliographies. Pendant les consultations j'utilise le vidal en ligne, le CRAT, et les cours de fac ou les FMC en ligne, ainsi que des outils comme le calcul de DEP normal...
Pas de durée journalière, mais une heure par ci par là sur un thème précis
recherche bibliographique
C'est au moment où je me pose une question précise, que je recherche la réponse sur des sites que j'ai en favoris (liens unafomec, cismef, crat, invs,...) ou par google (sites étudiants comme bobigny, ou descartes, etc... J'utilise le mesh et pubmed surtout pour préparer de la bibliographie, l'intégrale prescrire aussi
Uniquement dans la recherche pour préparation des séminaires que j'organise, anime, expertise etc... le CRAT très précieux
+ bibliomed, revue hebdomadaire de la littérature sur un sujet donné
Recherche pour des thèses Recherche pour maladies rares ou protocoles chirurgicaux pour informer les patients
recherche documentaire
en fait utilisation ciblée pour des recherches pour l'enseignement, les thèses, etc
recherche de documentations dans le cadre d'expertises médicales et pour les maladies orphelines
aide rapide en cours de travail recherche en cas de séminaires
Un à 2 jours par mois, je passe 30 à 60 minutes sur un thème précis par désir de mettre à jour mes connaissances sur un sujet selon mon humeur ou selon un problème rencontré avec un patient
je suis responsable de la veille bibliographie de la discipline médecine générale
Travail sur sujet FMC. Recherche ponctuelle de précisions sur pathologie d'un patient.
je m'en sert surtout pour des recherches lorsque je dois faire des formations ou écrire des articles

3) e-learning

très commode car fait en temps choisi (qd les enfants sont couchés !), vidéo FMC très bien construites et documentées
e-learning du DEFOPE Strasbourg 80h de cours. recherches internet pour plusieurs questions quotidiennes
1 heure tous les soir après mes consultations de formation à distance depuis 2008 avec tests quotidiens de participation.
ECHObase, diplôme d'écho obtenu par cours sur internet, suivi de cours de gynécologie sur le site Gynecole

cours en ligne, FMC en ligne, surtout recommandations et référentiels (HAS, sociétés savantes...)
L'exclusivité de ce type de formation devrait être possible, sans obliger à des FMC présentielle en plus. Sinon Internet au cabinet médical, pendant le temps des consultations : pour moi c'est l'outil le plus indispensable.
je pense participer au DPC en ligne
e-formation avec un "D.U. d'oncologie ambulatoire" (Fac de Nice)...
bascule depuis quelques années de la lecture de la presse à la formation sur internet
3 à 4 visites par semaine durée lecture 15 à 30 minutes+ e learning de temps en temps
1 formation de 3-4 heures par mois (BMJ learning)
Le plus important pour moi. Passage d'examens sur Medscape, Cyberround, Johns Hopkins Univ. CME, etc...

B. Annexe 2 : commentaires sur une expérience d'évaluation des pratiques professionnelles

1) Commentaires positifs

très bien
1. suivi de la personne âgée 2. insuffisance cardiaque Permettent de se focaliser sur certains points de notre pratique et nous impose un peu plus de systématisme, notamment pour toutes les actions préventives. Utile pour la mise en pratique sur le terrain de nos connaissances.
essentiel pour faire le point, connaître les points forts et les points faibles, être guidé pour les orientations à venir
meilleure organisation et gestion des dossiers au sein du groupe
audit sur les maladies professionnelles : beaucoup d'acquis pour peu de temps passé
cela m'a rassuré sur ma pratique (dossier medical)
instructive
décembre 2005/EPP 99 très enrichissant++
positif, permet une bonne évaluation des habitudes et pratiques personnelles
tb
m'a permis de corriger certains défauts apparus avec le temps
excellente à poursuivre

2 expériences EPP : frottis et suivi femme. intérêt pour la pratique+++ et Epp sur TSTS intérêt ++ aussi l'EPP permet bien d'ancrer les changements dans habitudes
Permet de mettre au point ses connaissances, ses modalités de prise en charge de pathologie. Bonne mise au point
Utile et bonne remise en question de sa pratique
me permet de mettre à niveau mes carences
remise en question
comparer sa pratique à celle de ses confrères a toujours un effet positif sur les "habitudes"
temps fondamental de confronter nos pratiques et notre vision ou nos expériences
cela permet d'avoir une regard sur sa pratique
sur des sujets mal maîtrisés ou qui changent vite utile de confronter son expérience aux autres
apprentissage de réflexes assez intéressant
Intéressant
adepte des audits depuis 10 ans début de mon installation
intéressante
importance de se remettre en question; on s'aperçoit que l'on "peut faire mieux".
remise en cause de certaines pratiques
Intéressante
Intérêt de se situer dans la profession Intérêt de respecter les indication, CI Intérêt dans la tenue du dossier médical Intérêt dans le respect des recommandation
rigueur dans le suivi du patient
enrichissant
bien mais souvent redondances
intéressant
suivi gynéco femme ménopausée: j'ai intégré dans mon questionnaire les questions sur les apports calciques et sur l'incontinence urinaire
EPP avec la revue Prescrire, intéressant mais encore une fois les modalités de la FMC changent tous les deux ans avant d'avoir pu valider la démarche !
L'évaluation/audit devrait être obligatoire, intéressant (on ne sait pas ce qu'on fait), stimulant++
Cela apporte très nettement un changement dans mes prescriptions et ma pratique en la tirant vers le haut
je fais une EPP tous les ans depuis 5 ans, je trouve très intéressant de palper combien on ne fait pas ce qu'on croyait faire!
remise à l'heure des connaissances
intéressante, enrichissante, permet de réaliser si ce que l'on a appris en FMC est appliqué au quotidien et modifie notre pratique.

Prescrire sur 2 ans fondamental
résodiab intéressant (motivant)
prescription d'hormones thyroïdiennes. Très formateur, plus efficace pour changement des pratiques qu'une formation classique
expérience très enrichissante mais difficile de trouver un groupe
Prescrire m'offre ce service et je l'ai utilisé avec plaisir
EPP dans le cadre de la régulation libérale avec écoutes des appels régulés et commentaires du groupe:très formateur groupe de pairs: convivial et formateur
Toujours très enrichissante
Enrichissante mais prend beaucoup de temps
intéressant motivant
assidu depuis 5 ans
Intéressant
se remettre en question améliorer son quotidien dans sa pratique
J'en ai gardé quelques souvenirs que je tache encore de mettre en application.
intéressant de faire un audit, de confronter ses pratiques
Bel outil pour avancer et conforter nos pratiques, ainsi que pour perfectionner nos connaissances.
la plupart du temps échanges avec les confrères très bénéfiques et les formations sont très enrichissantes sur le plan pratique
Bien, à renouveler
intéressant pour recadrer la pratique, mais uniquement dans le domaine choisi
GEP ADESA très formateur Le plus rentable
sous forme d'audit, très utile pr essayer de changer sa pratique
intéressante
très instructive, aide à dépister les scotomes
expérience très enrichissante
avec le groupe Balint que j'ai fréquenté pendant une dizaine d'année, c'est certainement l'élément le plus important de la FMC. Malheureusement les deux se sont arrêtés faute de volonté partagée.
Utile et intéressant, complète formation théorique
Cela permet de voir que nous ne sommes pas parfaits....
plus intéressante que je ne la prévoyais plus de rigueur dans la tenue de mes dossiers-patients informatisés
Permet d'avoir une évaluation intéressante de son niveau d'information,de compétence et des modalités de sa pratique
intéressant car l'EPP pose des questions directes sur les actions que nous menons
reconnaissance de la perfectibilité de l'acquis

cet item va se développer avec le temps, il aura peut-être un autre nom. ce que j'ai fait en EPP m'est resté. il faut préciser que cela s'est grâce à l'action des associations de FMC qui sont indépendantes des labo. Il manque cela dans votre questionnaire.
remise en question intéressante
Expérience rassurante pour une pratique basée sur les référentiels dans un monde médical parfois bien mercantile.
comme organisatrice très intéressant plus d'implication pour le médecin mais ne doit pas être le seul type de formation
intérêt de confronter l'activité des plusieurs confrères face aux propositions de l'afssaps
participation à plusieurs audit, importance++ dans le changement des pratiques professionnelles
expérience positive
EPP thématiques prescrire: excellente formation
EPP réalisées dès le début de l'obligation qui avait été faite. groupe de 10 participants. Très intéressante confrontation des pratiques individuelles
Formation sur internet , selon ma disponibilité>>Très bien Retour excellent
thème = le dossier médical peu de changements pour moi après cet EPP autre thème = les céphalées plus intéressant
très intéressant
Très grande importance de l'analyse réflexive des pratiques
Expérience très enrichissante, permet de confronter ses habitudes à celle de ses confrères, mais surtout de savoir si notre pratique est en adéquation avec les recommandations en vigueur
remise en question, optimisation de la pratique
Suivi du diabétique 2 et suivi de l'hypertendu. cela m'a permis de réactualiser une grille de suivi dans ces deux cas.
parfait sur la pratique
intéressant mais gourmand en temps passé.
Expérience intéressante effectuée il y a 4 - 5 ans dans le cadre de l'hôpital local.
pas de retour mais a servi de rappel pour la formation et le changement de la pratique (insuff cardiaque et asthme)
très importante.
sur prise en charge HTA un peu enrichissante
Animation et participation à un groupe de pairs : indispensable !!
formation d'un groupe et création de liens entre confrères enrichissants
mise aux normes septiques des cabinets médicaux et des gestes professionnels, très utile
indispensable à l'évolution des pratiques;
important

Sur trois thèmes: Éducation diabétique, Éducation asthmatique, Éducation de l'I. Cardiaque intéressantes m'ayant permis de mettre en place une formation et éducation thérapeutique en patientèle, projet de longue durée avec création de supports (non informatiques) dossiers personnels confiés aux patients, aux parents si enfants trop jeunes, avec une carte/carnet de suivi clinique du diabétique, du PF pour l'asthmatique et de programmation de rdv médicaux spécialisés sur 12 mois, puis contrôle en fin de période de l'efficacité du dispositif, renouvellement annuel du carnet perso et archivage ds le dossier patient de celui achevé.
intéressant, stimulant.
toujours utile, il en reste toujours quelques chose, ce qui n'est pas le cas des autres formations qui finissent oubliées
Entraîne une remise en question, un suivi, des reminders dans les logiciels. Sujet: Vaccination, Clairance de la créatinine, Réévaluation du traitement chez les PA, chutes et PA...
enrichissante et valorisante
EPP dans le cadre de la revue Prescrire, riche d'enseignement
Évaluation de la prévention effectuée et notée dans le dossier médical, en comparaison de ce que le patient déclare avoir fait. Passionnant retour mettant en évidence le décalage et l'inégalité des soins selon le milieu social. Utilisation d'un logiciel centré sur deux pathologies. J'étais malheureusement dans le bras témoin pendant l'étude et je n'ai pas encore eu l'occasion d'expérimenter l'apport du logiciel.
Bonne expérience, travail de groupe sur la tenue du dossier médical
Cela permet de se remettre en question et de se poser des questions.
agit comme une pique de rappel à distance de la formation
permet de se remettre en question sur nos pratiques
bonne remise en cause de sa pratique
indispensable
meilleure méthode de travail plus efficace en est ressortie
Oblige à une vrai remise en cause de sa pratique
a permis d'améliorer ma pratique thérapeutique dans le diabète.
EPP par prescrire très utile
motivant pour changer les pratiques
intéressant mais très ponctuel mais cela m'a permis d'approfondir un sujet
Intéressant , installation de maquettes de suivi par pathologie chronique mon logiciel
je fais partie d'un groupe d'EPP depuis 4 ans , expérience très intéressante
remise en cause importance de la tenue de dossier
intéressant
intéressante - formatrice
utile
positive à la SFMG

expérience intéressante
permet de se faire une idée plus objective de sa pratique réelle
Très enrichissante sur les consultations postérieure, remise en cause complète
permet de s'évaluer et de se remettre en question.
Deux années de participation : évaluation a permis la reconnaissance et la remise en cause de certaines pratiques
permet de prendre conscience de la façon dont j'exerce
l'EPP m'a permis de faire le point sur mes pratiques et de les standardiser pour les thèmes concernés (évaluation du risque suicidaire de l'adolescent, prescription de contraceptifs, polymédication des personnes âgées...
une sur la tenue du dossier médical, applications très concrètes telles que mise à jour des atcd, code attestant les explications données;parfois doubles des courriers aux confrères(difficile sans informatique)Je sors d'une formation pour un logiciel donc non mis en pratique pour l'instant
expérience cancer du sein pas inutile en particulier sur la tenue du dossier
formations du CHEM: beaucoup de concret et de mise en pratique
Je suis animatrice d'un groupe d'EPP, nous nous réunissons 1 fois par mois. Le groupe est constitué de 8 praticiens exerçant dans une même zone géographique. Très utile pour s'auto-observer et corriger ses mauvaises habitudes, tout autant que pour faire le point sur les recommandations.
groupe "qualité de prescriptions" fait dans le cadre de l'URLM et arrêté faute de participants... Dommage ! car on avait obtenu une baisse conséquente de la consommation pharmaceutique.
très intéressant
permet de revoir les recommandations
2 epp dans le cadre de mon intervention comme généraliste libéral à l'hôpital local. la première en 2007. La seconde en cours. Expérience enrichissante et motivante.
mise au point, confrontation d'expérience, convivialité, rappels
permet de comparer sa pratique avec celle de ses confrères
très enrichissante
faite en néphro,pour les anticoagulants,au sein du groupe de pairs, intéressant cela sensibilise à un sujet précis
enrichissante
remise en question des pratiques
gestion dossier patient, intéressant
Très riche, dans le cadre d'un remplacement en UCSA
très stimulant et intéressant
Passionnant
très utile pour améliorer la pratique et mieux organiser son activité. exemple suivi du Pieds du diabétique avec UNAFORMEC

intéressant, permet d'optimiser nos comportements thérapeutiques.
Je suis moi même Médecin Habilitéée et j'ai fait mon autoévaluation individuelle dans le cadre des séminaires de formation initiale. Je trouve que c'est pas mal; mais je l'ai refaite dans le cadre de mon groupe de pairs et j'ai trouvé que l'évaluation en groupe est beaucoup plus productive. J' l'ai remarqué également dans les autoévaluations que j'ai pu faire , aussi bien en groupe qu'en individuel.
utile et intéressant de pouvoir se comparer à des référentiels
la dernière EPP : tenue du dossier médical, évaluation sur une vingtaine de dossier, intéressant sur le long terme ne serait ce que par l'inclusion d'items manquants tant médicaux qu'administratifs, cependant les retours de l'évaluation ont été long à revenir d'où une certaine perte de motivation sur la fin
échanges fructueux sur des thèmes précis avec l'expérience de chacun et sans jugement
en groupe de pairs avec un expert discussion sur des dossiers apportés par 2 ou 3 confrères désignés. intéressant car se rapprochant de la réalité de l'exercice
intéressante pour avoir une vision externe de ce qu'on fait
intéressant car permet d'échanger et éventuellement progresser dans sa pratique sur des thèmes clés
M'a permis de me remettre en question et d'évaluer régulièrement ma pratique prof.
permet de recadrer la pratique quotidienne, de donner des outils
enrichissante
très positive
très intéressantes façon la plus correcte de souligner le déficit de pratique
L'EPP faite portait sur tenue des dossiers:sans intérêt alors que le principe de base de L'EPP est intéressant
ceci devrait être une obligation permet de se remettre en question
très bénéfique Suis médecin habilitéée à l'évaluation des pratiques professionnelles
c'est le moment où l'on sort de sa bulle et de ses idées fixes comme avec les étudiants remise en question indispensable
enrichissant
je suis plus systématique en suivi gyneco, prescription de somnifères ou anxiolytiques
groupe de pairs: sympa convivial, qq améliorations ponctuelles, prise de conscience de l'évolution de l'enseignement et du type de formation continue
enrichissante surtout par l'apprentissage et L'appropriation de la démarche et la rigueur
Depuis 3 ans, Très utile, reconnue (poster au congrès ISQua 2010)
cela me semble utile pour formaliser une réflexion rétrospective
très intéressant car interactif et riche d'échanges
permet de réactualiser nos pratique en fonction HAS ou autre recommandation et de connaitre les pratiques d'autres confrères échanges parfois édifiant

2) Commentaires négatifs

Comme je l'ai dit, sans intérêt. Je ne suis même pas allé à la réunion finale de synthèse!
décevante : le référentiel de recommandations avait changé entre la phase initiale et la phase d'évaluation des appropriations
on y répond ce qu'on veut (en particulier ce que l'autre veut entendre)
sur le tabac ne ma absolument rien apporté
fastidieux
enfoncement de portes ouvertes. Possibilité de se jauger par rapport aux autres pratiques. Si la recherche de l'activité "normée" est prévalente, on perd beaucoup de l'essence du métier
c'était ubuesque. Franchement l'impression d'un job rémunéré pour les formateurs et pas grand chose à en tirer, si ce n'est la révision de mon acte de contrition
pas grand intérêt, ou du moins beaucoup de temps pour un objectif mineur
Lourd et peu adapté à la pratique à quelques détails près
méthodologie HAS peu convaincante
J'ai fait 3 jours, sans utilité
peu intéressant, prend beaucoup de temps
bidon ,franchement cela ne m'a pas emballé du tout
L'EPP telle qu'elle est organisée jusque là est inutile
Mitigée
formation sur la régulation et la permanence de soin, peu captivante...
Je l'ai fait parce qu'il fallait le faire...
EPP sur dossier patient : peu d'intérêt
Beaucoup de blabla et pas grand chose en retour
décevant !
je ne me suis jamais prêté à cet exercice car il m'a été dit que cela visait surtout à vérifier que nos dossiers étaient bien tenus (n° de tél., n° de SS, antécédents, vaccination, ...) sans aucune incidence sur l'analyse de nos diagnostics, de nos prescriptions, de notre façon de rédiger nos courriers, de tenir nos glossaires à jour, de notre relation au malade ...
ALCOOL DEPRESSION n'a rien changé pour mon exercice
inutile et chronophage
J'en ai réalisé deux, une sur la tenue des dossiers, une sur la douleur, n'ayant donné que peu de résultats concrets. Protocoles inadaptés à mon exercice d'urgentiste....
j'ai fait une EPP avec UNAFORMEC mais j'ai été très déçu par le contenu,j'ai fait également l'epp avec les unions professionnelles mais trop limité dans le champ d'activité, j'ai fait 3 stages en cabinet MG aux USA...l'american board c'est autre chose!!!!

lourde en temps
sans intérêt car pas de retour
Bof, dépend du dynamisme du groupe
EPP faits a la fac, j'étais traumatisé....
souvent très ennuyeux.
complètement inutile mais une expérience rigolo à tester.
expérience scolaire de tenue de dossier....
un sentiment d'inachevé, une validation qui ne sert à rien...
un peu déçue par cette expérience qui porte sur des sujets limités qui ne m'ont pas permis de progresser beaucoup, en dehors de la tenue du dossier médical!
purement formel et artificiel aucun intérêt
audit : je trouve que ça prend du temps pour un bénéfice que je trouve moindre voire hypothétique...
J'ai plus eu le sentiment de faire valider une pratique finalement assez "orthodoxe" que la passer au tamis d'une lecture critique
j'ai testé les 1ères EPP, sujet femme jeune et contraception, beaucoup de temps passé pour peu d'effets!!
beaucoup de temps perdu pour pas grand chose
aucun intérêt
Je n'en ai rien retiré pour ma pratique
nulle : parmi les item, importance du dossier administratif , (tel du patient à jour)
perte de temps, la forme, que la forme, et rien pour le fond
EPP sur prise en charge de l'obésité. On est aussi démuni après qu'avant...
sans intérêt sinon de valider une obligation
Beaucoup moins enrichissante qu'une FPC
j'ai participé à une EPP, mais je n'en ai rien retiré
C'est gentillet, parfois totalement déconnecté de la réalité
2 EPP validées, globalement déçu, et j'ai pas compris : 1) à quoi ça sert 2) c'est un peu bidon parfois ??? 3 est-ce un obligation obsolète d'un pt de vue déontologique (des lois orphelines de décret) 4) quelle reconnaissance pour ceux qui se sont soumis à l'obligation ? 5) à quand une prochaine mouture FMC oblig =>EPP oblig =>DPC oblig => quelle sera la prochaine usine à gaz ?
bof....
peu concluante. Peu d'impact sur ma pratique.
3 jours e session qui ne m'ont rie apportées, mis à part une attestation
peu intéressant, je n'ai rien modifié sur le sujet choisi
intérêt moyen un peu trop formel
avec prescrire : souvenir mitigé

EPP sur l'antibiothérapie, 5 réunions de 2 heures, n'ont pas modifié mes pratiques.
nulle
EPP avec prescrire : Pas mal de travail pour finalement peu ou pas de changement en pratique
oui bof, une ou 2 info sur 4 réunions
Aurais pu être intéressant mais mal formalise et abandon de cette formule par le groupe
intéressant mais vraiment peu utile c'est de l'invention des médicaux politicars
incohérente
fastidieux.....
pas grand intérêt / sujet HTA
décrochage de plus en plus marqué avec les réalités du terrain
A posteriori, sans grand intérêt
moyennement utile quant aux critères étudiés
epp sur les prescription de TSH T4L T3L et extraits thyroïdien ne m a rien appris
bof
peu adaptée
décompte très "fonctionnaire" de paramètres
impression très réservée
je n'ai pas trouvé l'EPP très enrichissant par contre chronophage
comme médecins de campagne,nous n'avions pas le temps de préparer correctement les séances. cela ne nous donnait aucune indication sur une modification éventuelle de nos pratiques. chacun racontait sa pratique .Nous aurions eu besoin d'un spécialiste pour nous corriger sur d'éventuelles erreurs. Nous avons stoppé ces EPP au bout d'un an car nous avons l'impression de ne rien apprendre .
nul
sans intérêt puisque l'examineur a conclu en recopiant ma propre auto-critique sans notion nouvelle de sa part.
théorie bien construite mais aucun intérêt dans ma pratique
Trop scolaire
participation pendant cinq ans à un groupe qualité . formatage sécu sociale évident : ((((((((
Cela a été fait l'an dernier lors de l'accréditation de l'établissement où j'exerce: je n'ai rien vu passer, et on m'a dit que j'avais passé brillamment les EPP: C'est franchement du pipeau!!!
sans intérêt
tenu des dossiers et vaccination n'a pas vraiment changé mes pratiques
mal préparée,sur les insomnies
EPP par internet rébarbative et inefficace (type Prescrire) ; nécessité de confrontation avec des collègues présents.

revue prescrire, intérêt moyen
oui, faite il y a 5 ans ,sans intérêt
demande un investissement personnel et volontaire difficile à mettre en œuvre au milieu de son exercice professionnel de plus finalement peu rentable. je ne le fait plus...
Formation EPP par internet peu utile
non déterminant pour changer de de pratique
re-dit de sujet connu
début en mai 2011: aucun intérêt
Trop restrictif.
réalisée dans le cadre de mon association d'acupuncture en 2007 sur le dossier médical, peu intéressante
EPP faite via la revue Prescrire. Intérêt plus que discutable
Chronophage et sans intérêt.
grand doute sur l'utilité dans sa conception.
fastidieux et inutiles
une analyse du contenu des dossiers médicaux : du temps et de l'argent perdu !!
EPP par internet:je n'y ai pas trouvé d'intérêt. Le DPC couplant EPP et formation m'intéresse beaucoup plus.
peu d'intérêt pour la pratique quotidienne
une bêtise de plus qui nous est imposée par les ayatollahs de la pédagogie
Ne m'a pas apporté de conclusion personnelle.
2 soirées. Le but était de nous faire valider des listes de choses à rechercher et à noter dans le dossier des patients : longueur de liste complètement inadaptée en MG. Je ne marque pas le quart de tout ça dans les dossiers, et mes observ sont déjà + longues que toutes celles des médecins que j'ai pu remplacer en 8 ans! mes observ sont + complètes mais je trouve que cela alourdit la recherche d'info dans le dossier qq années + tard, par excès d'info. => Les EPP que j'ai suivies étaient probablement pensées par des spé, dans le but (louable) d'optimiser le suivi d'une PATHOLOGIE au détriment de toutes les autres, et n'étaient pas du tout pensées pour optimiser la PEC des PATIENTS
chiant astreignant ne ma rien amené pour la pratique
pas terrible, perte de temps
peu probante
2 actions: - dossier informatisé du parient (l'évaluation a porté sur le fait de remplir ou non les items d'identification, date naissance, nom de jeune fille, ... 2 jours pour "former" 20 médecins c'est du gaspillage - 2è thème /hémoccult, là c'est plus pertinent, mais tt de même bcp de temps pour dire peu de choses
très peu d'intérêt
c'était sur les vaccinations.. donc sujet intéressant. si le fond était bon mais la forme était nulle
bof bof

purement administrative
Perte de temps
epp collective >> bcp de temps perdu pour pas gd chose c est de "la masturbation " cérébrale
peu convaincant
ridicule, mal ficelée
incontinence urinaire -> Boof
Pas d'intérêt d'EPP faite en groupe puis dans le cadre de la revue Prescrire. Cela ne m'a rien apporté.
beaucoup d administratif peu d'effet
pas change grand chose
peu intéressant car les thèmes sont dictes par les caisses
Peu intéressante
très lourd à expliquer et à mettre en place dans la pratique quotidienne surbookée
j'ai passé une semaine sur la tenue du dossier médical et sur la rédaction du compte rendu d'un échodoppler, avec amélioration de qq détails, mais sans grande modification au final de ma façon de travailler habituelle.
EPP dirigées sur critères sécu déguisés en science médicale basées sur les génériques (fabriqués en Chine) et autres stupidités administratives : non merci.
déçu de ma dernière participation
beaucoup de temps pour une utilité totalement nulle
sur l' HTA, pas très utile
EPP Prescrire sur 1 an mais peu d'intérêt en fait
Une EPP sur internet : ridicule, inutile
fait par des gens qui en font un fond de commerce
très contraignant
Beaucoup de temps perdu
formation faite pour valider la contrainte administrative
Permet de confirmer que les recommandations officielles sont très souvent bien éloignées de la réalité du terrain
bof
aucun impact en terme de modification de pratiques
j'ai de mauvaises expériences
ai participé 1 EPP en video-conférence sur iatrogénie personne âgée: cela ne m'a rien apporté et je ne modifie pas ma conduite qui me paraît adéquate . Ni le patient ni le médecin ne désirent être enfermés dans des carcans...
sans impact majeur
Aucun mais strictement aucun intérêt : perte de temps +++++

pour apprendre a noter les n° de téléphone... avec les portable c'est mission impossible
c'était bof.. sans plus.
je m'en faisais tout un monde... je n'ai jamais rien vu de plus nul!
bof sauf groupes de pairs SFMG mais je ne peux plus (pb d'horaires)
EPP faite et sans aucun intérêt
L'EPP faite portait sur tenue des dossiers : sans intérêt alors que le principe de base de L'EPP est intéressant
peu intéressant par rapport au reste
ai participe a un groupe rémunéré ai arrêté après 6mois (6 réunions) je n'ai rien appris et tt le monde reste sur ses positions!
apporte peu / FMC
3 réunions à distance pour une même EPP,intérêt discutable
moyen de formation rigide
peu utile juste echange limite avec confrères
Sans intérêt
un peu déçue : beaucoup de travail administratif

C. Annexe 3 : Commentaires maîtrise de stage

Je suis maître de stage depuis le début (1986) et adore ça!
très bon moyen de remise en question sur notre pratique
Oblige à plus de rigueur dans le discours!
ça oblige à se poser plus de questions
un étudiant viens au groupe de pair très intéressante de voir ses réactions à notre pratique
étudiant de 3è cycle et SASPAS qui apportent une vision moderne de la médecine
A ne pas manquer
dialogue , me poser des questions , douter et conceptualiser mon métier , essai de poser les vrais questions.
discussion- application des recommandations
permet de réfléchir à la justification de ma démarche
échanges intéressants pour le maitre de stage : réflexion sur sa pratique,mise à jour des nouveautés et des pratiques aussi

une des meilleures formation possibles
J'ai interrompu l'activité de maîtrise de stage parce que trop chronophage, mais la présence de jeunes confrères est vivifiante, parce qu'elle m'obligeait à expliquer, justifier mes CAT et je pouvais recueillir l'avis du stagiaire dans des domaines dont je ne connaissais pas les dernières évolution
c'est toujours enrichissant de discuter avec les jeunes car ils ont des idées nouvelles
15 années de pratique de maitrise de stage = formation et information réciproques
motivation à se former. inscription formations universitaires
La meilleure EPP qui nous oblige à une remise en question permanente
échange enrichissant, impose une rigueur dans les décisions
comme pour l'EPP, temps important de formation, ou d'information et de mise à jour ou de remise en cause de "routines" de prises en charge ou de pensées
c'est anti burn out cela permet d'être plus rigoureux ds son dossier et partage et discussion
je reçois des externes partage des connaissance
TRES important : contact avec les enseignements universitaires, ce qui "se fait " à l'hôpital, transmission des connaissances et échanges
pour l'instant n'ai eu qu'un externe quelques jours , intéressant
mise en commun d'idées, de diagnostics, confrontations échanges.. passionnants
Les étudiants servent aussi à apporter au cabinet des connaissances plus actualisées. Leurs questions et propositions permettent de réorganiser ses propres pratique, les réviser en quelque sorte , lorsque les automatismes se sont installés et ne permettent plus vraiment de raisonner, d'agir en connaissance de cause, même avec justesse.
cette présence nécessite une perpétuelle remise en question
Oblige à se remettre en cause
échanges enrichissants
Le sang neuf, les temps de partage (revue de dossiers, supervision directe, biblio)quel plaisir !
évite la rouille de l'habitude + de remise en question
très intéressant ma première source de formation et d'auto formation
échanges très enrichissants mais fatigant car manque de temps
démarche réflexive et conceptualisation de sa pratique
stimulant, échanges, remise en question
Accueil de D2 et d'internes de troisième cycle. Remise en question permanente respect des recommandations nécessaire ... Connaissance de le sémiologie Importance du suivi pathologies lourdes
Je le fais depuis 3 ans un peu poussée par des confrères et je ne regrette vraiment pas :c'est une source d'échanges, de recherche , de 'enseigner ...
très important car motivant et permettant un regard extérieur sur sa propre pratique

INDISPENSABLE!! oblige à des remises en question, remise à jour sur recommandations
Oblige à conceptualiser et formaliser notre pratique : salvateur ! Et puis ils nous apprennent parfois des trucs...
stimulant car source d'échanges
exigence de mise à niveau de ses propres connaissances / partage de son expérience
utile contre le burn-out et pour se remettre en question
mise en cause de sa pratique , faire regarder qq dans sa cuisine, partager ses expériences
la présence d'internes oblige à justifier nos pratiques et du coup introduit une obligation de rigueur!
ça vaut tous les EPP d'accepter un regard sur sa pratique
La confrontation du savoir de l'interne et de l'expérience de l'ECA...
remise en question +++ recherches conjointes, pratique réflexive +++
accueil une fois échanges intéressants
Stimulant, agréable, travail en équipe
regard sur sa pratique intéressant
être enseignant est la meilleure FMC que j'ai pratiquée
Échange réciproque très formateur pour les 2 parties.
maitre de stage depuis 1 an, je n'ai reçu qu'une interne en stage 1 mois, je souhaite en recevoir plus !!!!
Je reçois 2 externes et cela me permet de réfléchir à mes choix professionnels
confronter sa pratique à un œil neuf, justifier ses actes, utiliser une pédagogie claire est forcément toujours formateur pour le médecin et l'étudiant...
Essentiel même
bonne surprise que ce retour d'information
ils nous apportent autant que l'on essaye de leur apporter
Véritable échange
stagiaires (internes de médecine générale) au cabinet médical, nombreuses discussions
échanges avec recherches bibliographiques sur les divergences. Questionnements des étudiants très stimulants car la réponse fait émerger les scotomes, les approximations, les incertitudes
Échange inter générationnel constructif
C'est la seule formation CONTINUE : remise en question perpétuelle de ses pratiques
Important par les échanges, les questions qui donnent lieu à recherche
permet de se remettre en question les externes me font me replonger ds la sémio!

<p>super intéressant... plusieurs points :</p> <ul style="list-style-type: none"> - apport de "chair fraîche" : encore toutes les bonnes reco en tête l'interne.. ça remet parfois en place - une sacrée EPP en directe aussi... comment je justifie auprès de l'étudiant ma conduite dans tel ou tel cas... des fois c'est "parce que mon pif m'a dit" (super scientifique... retour aux recommandations oblige) - puis bien sur: exploiter l'interne (qui s'en fait un plaisir) en le lançant sur certaine recherche bibliographique.. ça apporte a tout le monde : lui sur comment chercher et la conclu de la recherche , moi sur la conclu et puis la discussion qui s'ensuit.
très stimulant de devoir se justifier
Véritable échange très enrichissant
L'envie de transmettre oblige à s'interroger sur sa pratique et c'est forcément très stimulant, même si il faut accepter le regard extérieur sur nos habitudes!
La confrontation entre le savoir livresque et universitaire avec l'empirisme du terrain apporte autant au maître de stage qu'à l'interne ou le saspas
un interne de 3ème cycle oblige à confronter les points de vue et rechercher des arguments
accueillir et superviser des étudiants oblige à une certaine rigueur, tant dans l'examen clinique que le raisonnement, le choix du traitement...
Très stimulant. Oblige de temps en temps à se remettre en cause. Partage entre maître de stage et étudiants enrichissant.
Je suis maître de stage SASPAS depuis 7 ans et d'externe depuis 2 ans. Le fait de devoir enseigner et d'avoir un regard sur notre pratique, nous encourage à entretenir et améliorer nos connaissances. De plus je suis tuteur ce qui stimule encore plus.
Échanges très riches
nécessite d'être au top !
L'accueil d'internes est formateur pour l'interne ET le médecin. Faire découvrir la médecine générale aux externes est également valorisant pour la profession
essentiel si on veut se stimuler
Plusieurs internes dont un saspas et une externe travaillent actuellement au cabinet et nous apporte un regard neuf sur nos patients. Les remplaçants également.
Présence stimulante, direction de thèses.
formations des internes: super formateur dans tous les domaines
intéressante enrichissante
Expérience très enrichissante
Les internes rappellent la formation théorique initiale, la théorie toujours utile bien que parfois oubliée... Nouvelles recommandations, nouveaux traitements, nouvelles prise en charge... Leurs points de vue sont toujours intéressants même si parfois en dehors de la pratique courante libérale
Oblige à être rigoureux, à faire preuve de pédagogie et de remise en question
obligation de rigueur

remise en question permanente de notre exercice professionnel
beaucoup d'échanges et de recherches faites par l'interne dont je profite
extrêmement important dans la formation d'un médecin pour former il faut réapprendre
Accueil d'externes Intérêt de l'œil extérieur qui amène à reconsidérer ses habitudes
Mise en perspective de nos attitudes et validation de nos prises en charges
le regard des jeunes implique toujours de se remettre en question et d'être très réactif et réflexif !!!
confrontation entre les connaissances "fraîches" des internes et mon expériences, donnant lieu à vérification, le plus souvent sur internet
très instructif et formateur pour le maître de stage et l'interne
je reçois un interne et deux externes. La volonté de transmettre ses connaissances nécessite d'élaborer un contenu pédagogique qui est formateur en soi.
surtout utile pour analyser, comprendre et critiquer des comportements (diagnostiques, thérapeutiques...) qui sont devenus automatiques
ils posent des questions !!! et il est nécessaire au praticien de justifier son attitude ou ses prescriptions selon la situation et faire apparaître l'application ou non des recommandations par exemple ; ils peuvent être amenés à effectuer eux-mêmes certaines recherches et nous en exposent un résumé souvent utile pour nous
Très intéressant mais je ne suis pas maître de stage. J'ai cependant bénéficié d'échanges très fructueux avec les stagiaires de mon épouse
Intérêt pour sa propre auto évaluation des pratiques
Important pour garder un œil neuf sur situation. Peu source d'information quand il s'agit d'externes.
MdS et enseignant depuis 20 ans, et ayant suivi un cursus complet de pédagogie, je pense que cela m'a beaucoup apporté en terme d'auto formation et la présence d'interne est extrêmement stimulante
Remise en question, échanges +++
fraicheur des connaissances de l'étudiant, curiosité, questions basiques, interpellent sur notre fonctionnement et ouverture d'esprit. parfois très enrichissant, parfois très fastidieux selon le niveau de l'étudiant...
confrontation aux données récentes non connues du maître de stage, échanges des pratiques, découvertes de nouveaux moyens de formations, nouveaux sites
Échange : mon expérience - leurs connaissances
Échanges de leurs connaissances ;nécessité d'approfondir les miennes et de les vérifier
Avec mes externes on échange beaucoup nos connaissances je leur enseigne la pratique de ville et eux mettent à jour mes connaissances
Échange avec les internes en MG, formateur, regard nouveau sur notre pratique
Ça nous oblige à être plus vigilant, moins se laisser aller, à nous remettre en question, à savoir transmettre
permet de connaître les CAT réactualisées et les modes opératoires hospitaliers

échange des pratiques et des connaissances
très enrichissant dans l'échange si l'interne est motivé(e)
Après avoir mis utile, j'ai changé pour important. Je me rends compte qu'il faut que je sois performant pour répondre à leurs questionnements. cela m'oblige à continuer à me former. Leur présentation de travaux me permet également d'aborder des sujets que je n'aurais certainement pas recherchés spontanément.
cela me paraît certainement le plus formateur mais l'investissement requis m'est trop conséquent
Nécessité de se former pour aider les autres à le faire
J'ai un externe et un SASPAS, et c'est très utile pour ma formation personnelle
maître de stage depuis 1996 échanges enrichissants
l'échange est très enrichissant. Des connaissances toutes "fraîches" permettent une mise à jour
En tant que maître de stage il est impératif d'être à jour.
Obligation permanente de position sa pratique par rapport aux référentiel
échange enrichissant à plusieurs niveaux : professionnel pur, humain, nouvelles technologies
stimulation permanente. Nécessité d'argumenter à partir de références correctes et valides.
Échanges permanents avec mes internes de M.G.
possibilité de mise à jour des dernières recommandations avec certains interne
Stimulant au quotidien pour se tenir à jour, voir les carences dans ses connaissances, rester vigilant à la qualité des soins. Distance réflexive valorisante.
intérêt des échanges avec interne SASPAS, externes, tutorés et thésards dans ma formation personnelle: nécessité de recherche documentaire, lecture critique, analyse de pratiques
ça permet de se remettre en question, de chercher à améliorer son exercice
internes très affûtés pour l'examen et la réflexion diagnostique = ça rajeunit la tête
extrêmement enrichissant, très stimulant
Apport d'un autre regard sur la pratique de tous les jours
Passionnant. Véritable compagnonnage avec richesse des échanges
Obligation d'exemplarité
stimulant, permet une ré actualisation aisée
apport de connaissances "fraîches" ; regard neuf sur des situations chroniques
échange pluriquotidien avec les internes en maîtrise de stage sur les pathologies et leur gestion en MG
Par leur regard extérieur, les internes nous obligent à nous remettre en question. Par ailleurs, les accompagner dans leurs travaux de recherche permet d'en apprendre parfois tout autant qu'eux lors de ces recherches.

j'ai accueilli des internes pendant 2 ans, puis des externes depuis deux ans. Leur présence m'oblige à être à jour des connaissances. Très souvent je cherche avec eux des renseignements sur internet. En tant que tuteur, je récupère des RSCA des internes et surtout leur bibliographie qui me permet de mettre à jour mes connaissances. Cela m'évite des recherches puisque ce sont les internes qui les font à ma place.
la présence d'étudiant en cabinet nous oblige à expliquer certains actes et à argumenter.
très enrichissant les jeunes regards
recherche par interne et moi même de bonnes pratiques
importance de confronter notre pratique aux esprits neufs
échange très enrichissant pour les 2
les internes m'ont forcé à me mettre à jour et me permettent une réflexion sur ma pratique
échange d'un savoir théorique frais & d'un savoir-faire mûri
l'accueil d'étudiants permet de se remettre toujours en question, on leur fait partager nos compétences, nos expériences, et eux nous apprennent beaucoup
je ne suis pas encore maître de stage mais j'ai récemment été contactée par un jeune étudiant pour 2 petites journées d'immersion, ce fut une expérience nouvelle, très riche, pour lui aussi qui était si loin de la médecine G
je suis maître de stage pour les externes, expérience enrichissante!!
Échange très formateur avec les internes en SASPAS
Obligation à se former
permet échanges et remise en question
formateur et agréable remise en question
permet de réfléchir à ses pratiques, de remettre en question son fonctionnement
échange professionnels
Grand enrichissement personnel dans l'accueil des étudiants. Plus occasionnellement, l'occasion de mettre mes connaissances à jour.
Recherche faites par les étudiants, contrôle de la justesse de la recherche qui nous aide aussi personnellement
Confrontation des connaissances et des pratiques.
avoir des étudiants modifié ses pratiques, et oblige à pouvoir justifier ses prises de décision
ils apprennent notre expérience et nous actualisons nos connaissances avec les leurs
maître de stage depuis le début de cette initiative : passionnant
un autre point de vue
L'accueil d'internes est le mode de fmc le plus complet puisqu'il faut pouvoir expliquer chacune de nos décisions à l'interne
Échanges riches et réciproques avec les internes
Caractère motivant de la maîtrise de stage

apporte à dynamique et une approche différente cela permet des échanges inter génération
indispensable à la haute qualité professionnelle et qui plus est passionnant. devrait être obligatoire
Remise en question des pratiques et échanges ++
fondamental pour formation et ouverture esprit médical
réel échange et complémentarité
Ils nous apportent des données récentes venant de leur formation initiale
externes présents en consultation dans le cadre d'une consultation d'algologue au CHU Enrichissant, impose rigueur et clarté
remise en question personnelle
discussion, remise à niveau, échanges, stimulant
Extraordinaire !
Ces échanges entre l'expérience et la savoir nouveau sont très fructueux
stages observationnels de 2 jours des PC2: très intéressant pour contact avec les jeunes, et permet de s'observer soi même
maitre de stage depuis 2 ans et très satisfait des échanges
remise en cause permanente des connaissances, échanges, justification indispensable des pratiques, etc...
Ils sont une stimulation pour s' informer, chercher des articles et approfondir les connaissances
motivant. il faut savoir justifier ou étayer une conduite
pour échanger des connaissances, pour discuter et réviser des stratégies.
échange de savoir : expérience contre connaissances scientifiques récentes
importance du regard d'un tiers de formation médicale qui impose un autoquestionnement sur mes pratiques
Obligation de remise en question, de préciser les thèmes abordés
La présence d'étudiants à nos cabinets nous oblige à être le plus performants possibles, nous permet de porter un regard extérieur sur les patients que l'on connaît depuis 30 ans et surtout de nous transmettre toutes les nouveautés hospitalières...
confrontation avec des connaissances fraîches et transmission expérience
stimule notre raisonnement clinique !!!!!
accueil de P2, très gratifiant, j'envisage d'accueillir des internes.
j'ai l'expérience, ils ont les dernières notions intérêt +++
sapas, et gynéco-pédia: stimulant remotivant pour faire des recherches pour approfondir certains dossiers
nécessité d'explicitier nos gestes, nos prescriptions et de les situer par rapport aux recommandations
capital

moins d'un an de maîtrise de stage: pas assez de recul pour juger. permet une analyse de ses pratiques, et aussi savoir où on se situe par rapports aux référentiels
se remettre en question être plus strict et rigoureux ds sa pratique
partage des savoirs , remise en question de ses pratiques , peut changer la relation avec le patient en mieux ou être perturbant ,demande du temps mais enrichissant
stagiaire => donne et reçoit références en fonction des cas.
Majeur car oblige à argumenter son travail
mise au point d'argumentaire dans les décisions et confrontation des connaissances avec étudiants sortant de l'université
permet des échanges constructifs
La présence d'internes N1 et N2 est un puissant stimulant pour continuer à se former et réfléchir sur notre pratique
une rigueur obligée , un explication et surtout un échange très formateur pour les deux "maître" et étudiant
les yeux de pairs plus jeunes et ayant été formés différemment
Un rappel de temps à autre sur une reco que j'aurai laissé passer.
stimule la curiosité, favorise la remise en question et valorise l'effort de formation qui est rarement reconnu par les patients
Oblige à maîtriser à fond les sujets enseignés
impose une pratique réflexive de type EBM
les questions des internes rejoignent l'EPP: justification des actes.
Intérêt car cela permet de remettre en question sa pratique quotidienne avec aspect pédagogique obligeant à bien justifier sa démarche.
stimulant, vivifiant échanges de qualité obligation de formation
permet une remise en question, l'échange
oblige à se remettre en question en permanence et permet d'actualiser les connaissances
actualisation des pratiques hospitalières et abord des évolutions (place de la preuve dans les choix thérapeutiques)
Oblige à être performant
intérêt de recevoir des internes en stage très important
Ils nous apportent autant qu'on leur apporte
dynamique de l'échange du savoir et des pratiques professionnelles
stimulant pour la recherche
permet de se remettre en question et donc à l'écoute et en alerte
nécessité de se maintenir à jour dans ces connaissances
remise en question pour la qualité des messages adressés aux étudiants
être maître de stage, c'est autant recevoir que donner et pour moi le mode de fmc le plus important et le plus efficace (échanges avec l'étudiant et recherche de documentation suite à ces discussions)

remise en question systématique de toutes mes prescriptions
la présence d'un étudiant parfois lourde est toujours intéressante et stimulante
nouveau regard, nouveau protocole
Obligation de remettre en question la plupart des prescriptions, de les argumentées
Très enrichissant
Stimulation et émulation permanente
oblige à motiver expliquer mes diagnostic et thérapeutique
très formateur car ouvre des discussions et recherches sur de nombreux sujets
La présence de l'étudiant incite davantage à la remise en cause de notre pratique
échanges sur nouvelles recommandations, différence entre la théorie et la pratique
la pratique de l'enseignement à une pratique réflexive constitue en elle-même une action d'EPP
permet de se remettre en question
échange et actualisation des connaissances, remise en cause de notre savoir, moyen de préciser nos connaissances
Nécessité de se mettre à jour et de travailler, avec les stagiaires, sur les recommandations et autres actualisations scientifiques ou de pratiques
La Fonction de maitre de stage est un stimulant
stimulation intellectuelle réciproque
échange en cours de consultation sur les bonnes pratiques et sur les dernières reco avis spontanément pertinent de l'étudiant, apportant une information récente que je ne connais pas
J'ai eu des stagiaires de TCEM pendant 20 ans. Formateurs dans les deux sens de façon complémentaire.
J'exerce dans un cabinet de groupes qui est un terrain de stage de S.A.S.P.A.S et pour les externes. Leur présence est un bon moyen de remettre en questions nos pratiques et nos prescriptions.
grand intérêt du contact avec les internes
important pour se stimuler et s'interroger sur notre pratique
évaluation de son activité, discussion échange remise en cause
j ai été 10ans maitre de stage upl c euqi m a beaucoup intéressé et force a se questionner sur sa propre pratique j ai arrêté car malgré tout chronophage peu rémunéré et pas du tout reconnu
importance de la confrontation entre le savoir "tout frais" et l'expérience. formation réciproque majeure à condition d'accepter de se remettre en cause dans ses connaissances et sa pratique. probablement la meilleure des formations continue quand l'échange est constructif
Porte à "énoncer clairement ce qui se conçoit bien"
Remise en question personnelle par rapport à sa pratique

réévaluation permanente.

permet une remise en question et une volonté de réactualisation des protocoles de soins..
permet de discuter de nos habitudes respectives

D. Annexe 4 : Commentaires sur la visite médicale

1) Refus de la visite médicale

je ne reçois aucun visiteur médical dans un but d'indépendance par rapport à l'industrie pharmaceutique
Ils peuvent disparaître!!
PAS DE VM
je ne reçois plus de délégués depuis 2006
Je ne les reçois plus depuis 3 ans ; rien à voir avec la formation médicale. Informations biaisées, tronquées et purement commerciales. Ne sont utiles que pour les médecins en mal de restaurants gratuits (pique-assiettes)ou de stylos publicitaires.
je ne les reçois pas
Ne reçoit plus les VM depuis 1987
jamais !
non reçus
jamais
doit disparaître
pas de temps ni d'argent à perdre
ne reçoit plus depuis le 1 janvier -
j'ai cessé de recevoir les visiteurs médicaux depuis 5 ans
AUCUN
Aucun visiteur depuis 2002
PAS DE VISITEUR MEDICAUX
zéro depuis 1992
je ne reçois aucun vm depuis plus de 10 ans
aucune visite médicale perte de temps et sans intérêt
information souvent non fiable
Du temps perdu le plus souvent
Refus des visites systématique

Pas de visite depuis 2 ans
depuis 20 ans je ne reçois pas de visiteurs perte de temps et pression inacceptable dans le contexte .
voire quasiment plus du tout
zéro labo
ZERO, jamais jamais! Pourquoi ne pas mettre un item 0, pour nous déculpabiliser?
jamais. Dangereux
je ne les reçois plus depuis 15 ans car PERTE de TEMPS
jamais
pas de vm depuis 10 ans
ne reçoit plus les visiteurs depuis 6 ans
JE NE RECOIS PAS de VM
pas de visiteurs médicaux
je fais partie du Formindep et ne reçoit plus de VM depuis plus de 10 ans
zéro depuis 2011
je ne reçois plus la visite médicale depuis 10 ans
cela ne m'intéresse pas.
je ne reçois plus
la lecture de prescrire et la prescription en DCI les a fait fuir
je refuse tout rapport avec l'industrie pharmaceutique
Je ne reçois plus de VM depuis 1 an et demi
ce n'est plus ce que ce fut : les commerciaux ont pris la relève des délégués à l'information médicale : je ne les reçois plus depuis l'affaire du VIOX.
8/ semaine pendant 28 ANS maintenant je ne les reçois plus depuis le 01/07/2011 cela me libère 2 heures par semaine
chronophage et inutile voir dangereux
Je ne reçois pas les VM et ce depuis des années
jamais
je ne reçois plus depuis plus de 10 ans
je ne reçois pas les visiteurs médicaux par principe
aucun visiteur
je ne les reçois plus
aucune visite médicale depuis 15 ans
aucun visiteur depuis 20 ans
pas de visite depuis 2002
aucun
je ne les vois plus depuis 3 ans, informations erronées et redondantes

Je ne reçois plus la visite médicale depuis 17 ans car intérêt négatif
Aucune visite médicale / intérêt commercial incompatible avec intérêt médical
visiteurs non reçus
ne reçoit plus le vm depuis 4 ans
JAMAIS
Pas de VM depuis plus de 15 ans
je ne reçois pas la visite médicale
Je ne reçois plus les VM, trop de pub et pas d'information
je ne reçois pas les VM depuis 25 ans!
je ne reçois plus les labos depuis de nombreuses années
pas de visite médicale
je ne reçois pas la visite n'ont aucun rôle de formation
je ne reçois plus la VM depuis 7 ans
je ne reçois plus depuis cette année
perte de temps
Ne reçoit plus de VM depuis 10 ans
refus de les recevoir depuis 20 ans
Je ne reçois plus de visiteurs médicaux depuis 1977
je ne reçois pas les VM depuis plusieurs années
jamais
refus de la visite médicale
Pas de vm
aucun visiteur médical, jamais, pas de lien avec l'industrie pharmaceutique
ne reçoit pas les visiteur
je ne les reçois plus
aucun, non objectif
A SUPPRIMER
PAS DE RECEPTION
je n'en ai jamais reçu en 28 ans de carrière
refus des VM
je n'en reçois plus AUCUN depuis 2 ans! ça ne sert strictement à rien!
l'information apportée manque totalement d'objectivité et je ne leur donne aucun crédit. Je ne reçois plus que les délégués qui me présentent des gammes de produits techniques : pansements, contention veineuse
Je ne reçois pas les visiteurs
plus de visite médicale depuis 15 ans

Je ne reçois que les dispositifs médicaux : orthèses, pansements et dermocosmétologie
aucun visiteur depuis 15 ans
pas de visite médicale
Refus des représentants de l'industrie
je ne reçois plus la visite médicale depuis un an et je reconnais que cela ne me manque pas...
refus de la VM depuis mon installation
Refus systématique depuis des années
je n'en reçois jamais
inutiles voire nuisibles
je ne reçois plus depuis des années les visiteurs médicaux aucun intérêt valide des informations commerciales apportées
Je ne reçois plus les DM depuis 2 ans
aucun intérêt pour moi=perte de temps
je ne reçois aucun visiteur médical
pas de visiteurs médicaux
zéro
Refus visiteurs qui modifient forcément notre prescription qu'on le veuille ou non : les labos le savent !
je ne reçois plus les VM depuis le retrait du Vioxx
aucun
aucun depuis mon installation, ce qui fait 10 ans
JE NE RECOIS PAS LES VISITEURS MEDICAUX
aucun VM
aucun depuis des années
Je ne reçois plus les M
Je ne les reçois plus depuis des années
0/jour depuis des années sans intérêt et contre-productif
pas de visiteurs depuis 1 an
pas d'informations fiables,une perte de temps
je n'en reçois aucun depuis + de 7ans
Je ne reçois pas les visiteurs médicaux
La visite médicale est SANS intérêt
Jamais
Je ne reçois pas de visiteur médicaux depuis plus de 20 ans.
ne reçoit pas la VM
aucun visiteur

je ne reçoit aucun visiteur médicaux
PAS LE TEMPS RV PRIS SUR LE TEMPS DES PATIENTS
reçoit pas
aucun laboratoire dans notre maison médicale.
AUCUNE VISITE DE DELEGUE MEDICAL
Je ne reçois plus les visiteurs
Plus de visite médicale DEPUIS 15 ans. Quel soulagement! Pas de DAM non plus
zéro
Je refuse de rencontrer les VM
Je ne reçois plus de VM depuis 13 ans(initiative de Prescrire)et me félicite de cette décision..
Je ne reçois pas les visiteurs médicaux, je les salue poliment quand mes collègues les reçoivent. C'est un choix d'ordre moral, disons le comme ça.
visiteurs médicaux non reçus
Je refuse de les recevoir en général, hormis vaccins, pansements.
refus de vm depuis 12 ans
j'ai totalement exclu cette pratique LAMENTABLE ET SCANDALEUSE au bout de cinq ans d'exercice : j'ai même été payé par un laboratoire pour "former" des visiteurs dans le cadre de mes refus de visite médicale ...
Je ne les reçois JAMAIS depuis 20 ans
Je ne les reçois pas
plus de visiteurs depuis 15 ans !
ne reçoit plus les visiteurs médicaux depuis début 2011 grâce à SERVIER and CO !
Pas reçus depuis 15 ans...
ne reçoit pas la visite médicale
je ne reçois pas de VM
pas de réception depuis au moins 15 ans
Pas de visiteurs médicaux
sans intérêt est une faible expression; ils sont dé-formateurs; pas vu un seul depuis 20 ans
aucun
je ne reçois plus du tout les labo depuis 6 ans
je ne reçois plus les visiteurs médicaux depuis 2007
je ne reçois plus les vm depuis 2009
je refuse de recevoir les visiteurs médicaux depuis plus de 10 ans car informations trompeuses et tronquées pour des raisons marketing (exemple: affaire médiateur)
pas de réception des visiteurs depuis 7 ans. Il aurait peut-être été plus pertinent et plus clair de proposer 0, 1 à 5, 6 et plus

Je ne reçois plus la visite médicale
Je ne les reçois plus
je ne reçois plus les visiteurs depuis un an
aucun visiteur. Perte de temps
ne reçoit pas de visiteurs
Je ne les reçois pas.
pas de visiteurs médicaux; ils ne forment pas ils vendent!!!
Je ne reçois aucun VM
REFUS DE VM
plus de VM depuis plus de 10 ans
je ne les reçois plus depuis 10 ans
JAMAIS
arrêt de la visite médicale depuis 6ans
Je ne reçois AUCUN visiteur médical et je n'accepte pas d'invitation ni cadeau de quelque valeur que ce soit de la part de l'industrie pharmaceutique et de ses représentants. Il s'agit de publicité mensongère, pas de "formation" !
je ne reçois pas les VM
ni utile, ni sans intérêt, carrément contre-productif
la visite médicale n'est pas une formation mais du marketing PAS de visiteur médical au cabinet depuis au moins 10 ans
je ne vois aucun visiteur médical = cela devrait être interdit!
je ne les vois plus depuis 25 ans AUCUN INTERET+++
NE RECOIT PLUS DE VISITEURS MEDICAUX DEPUIS 10 ANS !
aucun VM
je ne reçois pas la visite médicale
aucun visiteur médical!!! inacceptable
sans intérêt
Je ne reçois plus la visite médicale depuis 2000, date à laquelle j'ai constaté l'impossibilité d'obtenir à chaque visite la fiche de transparence de tout médicament présenté.
je ne reçois plus depuis 5 ans
pas de VM depuis 6 ans
NE RECOIT PLUS DEPUIS 5 ANS
refus depuis 03
je ne les reçois plus depuis 5 à 7 ans
je ne reçois plus les VM depuis 10 ans
0 VM

Zéro depuis 7 ans
refus de recevoir la visite médicale depuis 10 ans
je ne reçois pas la VM
plus jamais depuis au moins quinze ans
je ne reçois plus depuis plusieurs années information faussée stricte publicité
depuis 2011 je ne reçois plus les VM
Je ne les reçois pas
Je refuse de recevoir les visiteurs médicaux information uniquement commerciale non objective
Jamais
pas de vm
je ne reçois plus de visiteurs médicaux
Nous avons exclu de longue date tout visiteur médical dans notre cabinet.
aucun depuis plus de 10 ans
je ne reçois plus les labos depuis 20 ans ...
je ne reçois plus depuis 11 ans, marre de leurs balivernes
ne reçoit plus les labos depuis longtemps
Que de la publicité sans aucune valeur scientifique!
LA VISITE MEDICALE DEVRAIT ETRE INTERDITE POUR RAISON DE CONFLIT D'INTERET EVIDENT !!!!!
AUCUN visiteur reçu
à supprimer pour tous!
0 depuis 5 ans
pas de réception de la visite médicale
je ne reçois pas les visiteurs médicaux
nous ne recevons plus les visiteurs médicaux depuis 7 ans
JAMAIS A BANIR+++
je ne reçois plus les visiteurs médicaux depuis 20 ans au moins
Pas de visite médicale.
Je refuse les visiteurs médicaux
je ne reçois pas de VM
PAS CONFIANCE ,
je ne reçois jamais les visiteurs médicaux
je ne les reçois plus depuis 10 ans...
leur présence pendant les consultations est inutile, nuisible, gênante et sans aucun intérêt scientifique vu le but purement commercial... Donc quand je remplace un médecin je les refuse quelque soit la pratique du remplacé.

je ne les reçois pas
Je ne reçois aucun VM depuis plus de 15 ans, je considère que leur action est carrément délétère pour la FMC, le seul but non avoué étant de manipuler le prescripteur pour servir les profits de l'industrie pharmaceutique en les séduisant par les cadeaux, les resto, les visiteuses aguichantes, les études de phase IV grassement rémunérées, etc... c'est dégradant pour la profession qui à mes yeux est largement compromise (corrompue?) et discréditée par ces procédés.
je ne les reçois plus depuis un an et je vais beaucoup mieux...
Je ne les reçois pas
0 depuis 5 ans
Je ne reçois plus les VM depuis plus de 10 ans.
je ne reçois pas les visiteurs médicaux
je ne reçois aucun VM
je ne reçois plus la VM depuis 8 ans
ne reçoit pas les visiteurs médicaux
VM = publicité pour leur boutique, à proscrire
Je ne reçois pas les visiteurs médicaux, de façon à avoir une formation indépendante de l'industrie pharmaceutique
en fait 0 : perte de temps, marketing et non information médicale
pas de visiteurs médicaux depuis 30 ans
ne reçoit plus les vm (représentants en médicaments et non informateurs) depuis 5 ou 6 ans
ARRÊT de la visite médicale depuis 17 ans Je le conseille à mes confrères.
Aucun intérêt'+++
pas de visite médicale au cabinet
je ne reçois plus la visite médicale
plus le temps de les recevoir
Je ne les reçois pas
plus aucun depuis 5 ans
je n'en reçois pas
inutile et dangereux
pas de vm depuis plus de 20 ans...
ne reçoit plus la visite médicale depuis 1998
zéro
je n'en reçoit plus depuis plus de 10 ans... J'achète mes stylos, je paye mon restaurant et mes vacances...

J'ai arrêté d' en recevoir à cause des dérives des visiteurs médicaux ces dernières années qui ne respectent pas les règles (je leur laissais un Rdv par semaine pour un seul Vm pour un seul médicament NOUVEAU mais ils venaient à plusieurs avec plusieurs medic plus qu'archi connus ...)
je ne reçois aucun visiteur médical
Pas de VM
je ne les reçois pas
ne reçois plus de VM
Je n'en reçois plus !
Je ne reçois plus les VM depuis + de 7 ans avec grand bonheur!!
ne reçoit plus la visite médicale depuis 2005
je ne reçois pas les visiteurs médicaux
ceci n'est pas de la formation mais de la publicité
je ne les reçois plus
aucun visiteurs médicaux depuis 20 ans
pas de visite médicale
je ne reçois + de VM depuis 10 ans
je ne reçois plus les visiteurs médicaux depuis plusieurs années
Je ne reçois plus les visiteurs médicaux depuis 2004 et m'en porte très bien ...et m^me mieux
refus de visite médicale depuis 4 ans.
ne reçois plus de VM depuis environ huit ans. Aucun intérêt sur un plan de formation médicale continue
je ne reçois plus les visiteurs médicaux depuis plusieurs années
je ne reçois plus la VM depuis deux ans après 16 ans d'exercice, et cela a changé ma vision sur les médicaments en général
je refuse la visite médicale de puis 25 ans
Aucun VM
je ne reçois plus les visiteurs médicaux depuis 1990
PAS DE VISITE MEDICALE
pas de visiteurs médicaux depuis 15 ans
0 depuis 20 ans et ça va pas plus mal!
zéro
Pas de visite médicale
je ne reçois plus les visiteurs médicaux
je ne reçois aucun visiteur médical
je ne reçois plus les visiteurs médicaux

je n'en reçois pas
ne reçoit pas
je ne reçois pas les visiteurs médicaux
Refus des VM
aucune visite médicale
pas de visiteur depuis 5 ans
je n'en reçois plus depuis +s années
ZERO
par manque de temps par irritation puis par principe (il faut longtemps pour évoluer) je n'ai plus de visiteurs dans mon cabinet et parfois à contrario je me trouve un peu sur le bord de la route pour des médicaments dont j'ignore l'existence du moins au début de la commercialisation mais c'est peu grave
pas de visite médicale du tout
REFUS ++++
Non reçus depuis 2002
aucun depuis 6 ans
que des menteurs !!!!
je ne reçois plus les visiteurs médicaux depuis 8 ans
pas de visite médicale au cabinet
je ne reçois plus de VM depuis le 1 janvier 2011
pas de visite médicale
PAS DE VISITEUR MEDICAUX
aucun depuis 20ans
jamais de visiteurs médicaux
ne reçois plus depuis 3 mois
ne reçois plus depuis 15 ans
je ne reçois pas de visiteurs médicaux
arrêt depuis le 01/01/2011
non reçus
Ne reçoit plus du tout
Jamais depuis plus de 15 ans
Pas de visiteurs médicaux depuis 01.2011
0 en fait, je ne les reçois plus depuis longtemps
là c'est sans intérêt aucun.. au contraire, c'est de la désinformation..... je refuse la visite médicale
NE RECOIT PAS LA VISITE MEDICALE
Ne reçois plus de visiteur depuis 5 ans au moins

je ne reçois plus les VM
Plus de contacts avec l'industrie pharmaceutique depuis 1999. A exclure et totalement inutile à la FMC ou au DPC !
je ne reçoit plus l industrie depuis 2000
Je ne reçois plus les visiteurs médicaux depuis 2 ans
JE NE RECOIS PLUS DEPUIS SEPT 2010
quasi jamais sot en moyenne un par an
je ne reçois pas les visiteurs médicaux. Leur rôle est uniquement marketing
Je ne le reçois plus depuis 3 ans.
informations fausses, désinformation, à interdire maintenant et définitivement
je ne reçois pas les visiteurs médicaux
Zéro visiteurs, inutiles, juste des commerciaux
ne reçoit pas
mon associé et moi ne recevons plus de VM
je n'ai jamais reçu de VM depuis mon installation en 1991
aucun intérêt, je préfère lire prescrire quand j'ai le temps
je le les reçois plus depuis belle lurette
je ne reçois pas les visiteurs médicaux depuis mon installation cad depuis 10 ans
zéro (inscrivez-vous au Formindep !)
je ne reçois plus les visiteurs
je ne reçois pas les VM aucun intérêt pour moi, l'information n'est pas fiable
Je ne reçois pas les visiteurs médicaux
plus reçu depuis une dizaine d'années
Aucun visiteur médical rencontré depuis la fin de mon internat (2006)
Je ne les reçois plus depuis qq années maintenant et ça ne me manque pas du tout sur le plan de mon information scientifique
Je ne reçois pas les visiteurs médicaux
je ne reçois plus aucun VM depuis 10ans
MARKETING PUR. DECREDIBILISATION DES MEDECINS.
aucun depuis 10 ans
ZERO ++
inutile, perte de temps, info biaisée, tronquée, incomplète
Je ne les reçois pas
chronophage, désinformation, se faire prendre pour un pigeon, relation hypocrite etc ...
pas de VM depuis 2000
visiteurs médicaux refusés depuis 1990

2) Visite médicale reçue par pitié, politesse, en attendant qu'elle disparaisse, ou en sursis.

Il me reste 2 places de RV pour VM par semaine/ ce sont tjrs les mêmes qui viennent, sympa, mais peu utiles. Je n'ai pas encore osé les supprimer tout à fait.
les visiteurs ne font plus passer qu'un message de marketing ...et c'est dommage
De moins en moins utiles car de plus en plus "vendeurs de savonnettes"
je ne reçois plus ou si peu, juste pour ne pas les décevoir
je ne reçois que sur RDV donc je filtre les VM
parce que ma collaboratrice refuse que je ne les reçoive plus...et que je n'ai pas envie de me brouiller avec elle...
Par habitude mais quasi totalement inutile
De moins en moins, les portes du cabinet vont bientôt se refermer!
plus par routine que par intérêt.
BOF !!!
La qualité de leurs prestations est malheureusement en baisse, fondée de plus en plus sur la publicité, le marketing, le souci de concurrence. Il n'est pas rare de trouver des agents incapables d'établir le mécanisme d'action d'un principe, il n'est pas rare qu'on s'attarde encore à vouloir nous expliquer que son paracétamol à soi est meilleur que le paracétamol lui-même.
Je le fais par respect pour leur travail, mais préférerais ne plus en avoir.
dans les années 80, j'en recevais près de 400 par an. Aujourd'hui il ne sont pas plus de 15...
sur RV, et j'arrête de les recevoir à compter du 1/1/12 (trop de mercantilisme)
fin d'une époque
Vu comme étant purement commercial, je pense à abandonner les RDV. Seul intérêt : permettre des réunions avec des orateurs avec qui je travaille.
par politesse à leur égard mais je n'apprends rien le plus souvent de nouveau
Faut que tout le monde vive
Il faut bien que tout le monde travaille...
Intérêt mineur pour moi, mais respect du travail des autres...
Des liens se sont établis. Si ce n'était cela je cesserais de les recevoir

on ne tire pas sur une espèce en voie de disparition... mais je suis désolé de constater la passivité ou la soumission des médecins avec l'industrie Pharma et tous ces copinages affligeants et scandaleux. J'ai eu un peu honte devant certains comportements en entendant la narration de quelques soirées-restau-gastro-labo racontées par mes amis et collègues.
Je n'en reçoit quasiment plus depuis 3 ans.....
réception par bienséance...
il faut bien que tout le monde travaille et je préfère les recevoir plutôt que de payer leurs indemnités chômage
je les reçois pour préserver leur emploi en leur disant que je ne me fais aucune illusion sur l'objectivité de leur discours
Aucun intérêt, mais on ne peut pas empêcher les gens de travailler
Mais jusqu'à quand ?
Il faut que tout le monde vive!
Très facultatif. Envisage de ne plus recevoir les visiteurs médicaux
il faut que tout le monde vive!
de moins en moins. intérêt nul
Message malheureusement de plus en plus marketing donc de moins en moins intéressant
la visite médicale était formatrice avant l'arrivée des génériques... depuis quelques années elle ne présente plus guère d'intérêt
uniquement des VM amis de longue date
sur RV avec Prescrire sur mon bureau. Il ou elle font leur boulot vont disparaître dans 3 ans , je les reçois donc par empathie; les messages délivrés sont commerciaux et d'un niveau scientifique particulièrement faible; les études sont souvent ouvertes donc sans intérêt
De moins en moins intéressant...
Par politesse seulement. L'information délivrée est biaisée. Je ne prends ni plaquettes ni gadgets publicitaires polluants.
pour qu'ils puissent continuer à avoir un job et nourrir leurs enfants dans notre société moderne
Suppression progressive prévue
Je réfléchis sérieusement à arrêter de les recevoir; ils sont chronophages, ne sont pas objectifs du tout ; à mon avis leur intérêt est très limité.
Respect de leur travail
Je les reçois par courtoisie. Seul intérêt : rappel des noms de spécialités
J' ai l'impression de leur rendre service en les faisant travailler...
En voit de moins en moins car plus le temps
Je reçois les VM par "respect" pour leur profession et non pour les intérêts qu'ils m'apportent

en cours de réduction
vieux médecin, je n'ai pas osé exclure des gens que je connais depuis 20 ou 30 ans...
6 par semaine, je les reçois par "politesse" au vu de leur ancienneté dans la profession
je les reçois par courtoisie pour ne pas participer au chômage
Parce qu'à 62 ans beaucoup sont des copains et je ne peux refuser de les recevoir !!
j'ai pris la décision d'arrêter de recevoir des VM à la fin de l'année
je devrais arrêter de les recevoir ...
aucun intérêt hormis la démonstration de certains dispositifs médicaux. je ne les recevrais plus en 2012
Je les reçois par courtoisie mais c'est plus une perte de temps. J'en reçois 2 par semaine sur RDV exclusivement
je les reçois par courtoisie
de- en-
prenne du temps pour pas grand chose
visite par obligation sans aucun intérêt
de moins en moins intéressant, sont devenus des marchands de mauvaise soupe!
j'essaye de les éviter au maximum. Quelques plaquettes parfois intéressantes pour des rappels de prise en charge (vaccins, cardio...)
vm n'a plus intérêt fonction uniquement commerciale faut dire pas de grosse nouveauté
Je continue à recevoir les visiteurs partant du principe qu'il faut du travail pour tout le monde, mais la visite influence exceptionnellement ma prescription.
je les laisse parler/ par empathie pour leur métier mais n'en retire rien/ car subjectif++

3) Visite médicale appréciée pour la convivialité, la détente, le moment de pause

Contact humain essentiel - je garde au final la décision et le fil de la discussion (si je ne suis pas d'accord, j'argumente).
relation commerciale courtoise
J'apprécie le contact direct et je n'imagine pas leur disparition.
Par courtoisie, dans le cadre de l'association ou amicale
info + intermède
Certains VM savent apporter des informations fiables, il suffit de rester vigilant vis-à-vis du marketing et prudent envers les nouveaux produits; c'est un mode d'information modeste, et surtout une récréation au cours de la consultation...
pour être au courant de l'actualité dans un contexte convivial.
pour se reposer entre deux patients et savoir le type d'information donnée...

Histoire de se tenir au courant et de rigoler un peu quand les visiteurs ne sont pas trop coincés !
Convivialité
vieilles connaissances ...
Importance dans le relationnel et les informations pertinentes qu'ils apportent avec le recul de 32 ans d'activités libérales qui me permet de faire la part des choses
récréation lors d'une journée longue de consultation : surement pas formateur
ne le recevais plus, puis les reçois à nouveau, mais uniquement pour changer les idées, car sans intérêt formation continue
plus un moment convivial que pour la formation
moment de détente
C'est "la pause café", ils n'apportent rien, sauf de souffler un peu.
quelques infos intéressantes , les nouveautés , et surtout un break très agréable au milieu des patients un tas de copains depuis 35 ans !!
il est très imp d'avoir un contact humain qui sert de lien avec les labo pharmaceutiques
intéressant et agréable dans la forme, mais tellement partial !
information utile et convivialité et rapports humains qui permettent des échanges
Pause dans la journée de 12h de travail quotidien
intérêt du relationnel qu'on veut nous supprimer
aucun intérêt. juste c'est sympa pour les déjeuners en terrasse à l'œil...
bof... la pub... mais c'est assez souvent un agréable échange informel
je suis très sélectif . qualité relationnelle = critère de choix
rupture de la solitude
J'en vois environ 1 par mois parce que je les connais ; mais ce sont des visites plus conviviales que prof
apportent rarement une vraie information fiable ... mais une pause !
je les reçois par habitude et certain sont devenus des amis ...
je ne prends que ceux que je connais depuis longtemps et relation "amicale" mais je restreins de plus en plus
Un habitué novartis tous les 2 mois par amitié.

4) Intérêt de la visite médicale dans la formation

Intéressant si l'entretien est préparé> réponse aux questions précises
information de nouvelles classes thérapeutiques
Information thérapeutique et sur les nouveautés irremplaçable
connaissance des médicaments récents- présentation des études

ils nous apportent des informations pratiques et peuvent répondre à des questions diverses
intéressant pour connaître les nouveaux produits mais sans plus d'un point de vue purement médical.
Femme de mon associé est déléguée médicale...Ce qui m'a "contrainte" à les recevoir : point positif : actualité des sorties médicamenteuses, retrait et mises en garde
visite médicale importante pour les nouveaux médicaments. Importance des soirées organisées avec des spécialistes
besoin d'eux,nous permet d'être au courant des dernières sorties à nous de faire le choix ensuite,on est assez grand
nous apporte des renseignements sur les nouveautés et sur les médicaments qu'ils nous présentent, permet des échanges et des rencontres ...
je ne reçois plus que les nouveaux produits, nouvelles AMM ou ASMR 1 ou 2
pour rester en contact avec l'actualité du médicament
ne reçois plus les vm régulièrement sauf nouveau produit
rappel des contre-indications et des précautions d'emploi
Certains VM savent apporter des informations fiables, il suffit de rester vigilant vis-à-vis du marketing et prudent envers les nouveaux produits; c'est un mode d'information modeste, et surtout une récréation au cours de la consultation...
pour être au courant de l'actualité dans un contexte convivial.
important pour les nouveautés mais aussi pour des rappels sur les produits
ils permettent de se remémorer des médocs auxquels on ne pense plus et qui peuvent parfois rendre service !
intérêt pour passer un moment entre confrères au resto. A la rigueur pour rappeler une nouvelle molécule
Quelques informations sur les médicaments mais reçues avec prudence
Infos sur nouveaux médicaments
cela dépend énormément du labo ET du visiteur, l'utilité peut être nulle ou au contraire très utiles si on peut échanger sur ce qui se fait ailleurs ou des effets secondaires, par ex
Histoire de se tenir au courant et de rigoler un peu quand les visiteurs ne sont pas trop coincés !
Il apporte quand même une information. Après, à nous d'avoir une critique par rapport à cela. Mais je pense qu'ils peuvent être utile aussi pour les patients avec certaines brochures.
de 9 /semaine il y a 30 ans à 2 à 3/semaine maintenant et irrégulièrement. Mon intérêt pour les visiteurs médicaux est de découvrir les produits nouveaux à travers la concurrence et le dénigrement subtil... envers d'autres produits!!!
uniquement pour connaître les nouveaux produits
Très rarement, une molécule intéressante peut-être présentée; mais le plus souvent, j'attends l'avis de Prescrire
seuls les délégués ayant un nouveau produit sont reçus

importance négative de la critique de la concurrence (différent de "prescrire")rappel de certains mécanismes physio
quand le discours est informatif et non commercial
présentations des nouveaux médicaments et participations aux congrès avec ateliers et cas cliniques
Information sur les déremboursements, les nouvelles AMM, les retraits du marché, les études en cours, les nouvelles molécules
Pas d'intérêt du point de vue temps/intérêt, mais permet toutefois des échanges qui peuvent créer une curiosité (vérification sur prescrire ou autre)
Ils expliquent les modalités de prise des médicaments, citent des études qui me donnent envie de lire.... bref soulignent des points de formation qui me manquent... Et parfois en pratique me montrent comment utiliser un dispositif médicamenteux...
Importance dans le relationnel et les informations pertinentes qu'ils apportent avec le recul de 32 ans d'activités libérales qui me permet de faire la part des choses
nouveauté thérapeutique
maxi 6/sem permet de bien recentrer indications et contre indications et de comparer à la pléthore de molécules quasi similaires
Depuis 20 ans je ne reçois les délégués que pour les nouveautés (autant dire peu) En pratique j'ai été sorti des circuits de la visite médicale même pour les innovations
utile si les visiteurs qui ont compris qu'ils peuvent préciser l'utilisation de leur médication
nous donnent les derniers médicaments mis /le marché : à moi de m'en faire une idée plus précise si je dois l'utiliser ou si un correspondant spécialiste l'a prescrit
retour des effets secondaires..
Je trouve cela de moins en moins pertinent,comme élément de formation, mais j'en profite parfois pour refaire le point sur les mécanismes d'action de certaines classes médicamenteuses.
me rappellent les indications et les contre indication des médicaments que j'utilise moins couramment (cardio diabéto gériatrie) du fait de mon activité plus orientée vers la pédiatry gynéco : aides mémoires ponctuels, font découvrir parfois de nouvelles galéniques ou molécules ; mais en cas de doute je consulte prioritairement le vidal informatique
information souvent utile et précise si on se donne la peine de leur demander et de leur poser des questions
pas de courbe ; pas de stat mais les contres indic et les interactions
Sur RdV 1 fois par semaine pas plus de 5 pour connaître les derniers médicaments sortis
ce sont des commerciaux mais qui , au moins , nous présentent les nouveautés , améliorations à contrôler mais pas remplacer par de nouvelles recommandations de fonctionnaires qui nous submergent déjà
6 par semaine, maximum, certains visiteurs amènent une information concrète
je demande parfois des biblio sur des thèmes précis
Je ne reçois un visiteur que pour un nouveau médicament

le visiteur est plus utile dans l'information (nouveau médicament) que dans la formation (pas de contenu scientifique fiable de l'information)
cela me permet de poser des questions sur leurs produits et d'avoir leur opinion sur les produits concurrents.
surtout pour les nouveautés
information nouveau produit
permet de connaître nouveaux produits tout en restant critique
pour les "nouveaux médicaments" ou les "anciens" délégués
Cela permet de poser des questions précises sur un médicament et d'avoir parfois un retour par courrier.
présentation des produits récents dans le traitement du diabète, de la BPCO, de l'HTA; présentation de matériel récent lecteurs de glycémie.
la visite médicale permet en peu de temps une synthèse d'une nouvelle molécule.
quelques infos intéressantes , les nouveautés , et surtout un break très agréable au milieu des patients un tas de copains depuis 35 ans !!
permet de rappeler posologie et contre-indication
si on sait trier, la VM est très utile, car rappelle des CI...
moyen d'information intéressant pour les médicaments mais faussé par l'aspect commercial qui s'y rattache
signaux sur les nouveautés... aucune foi dans le discours
Pour la présentation des nouvelles molécules & spécialités, ou leur nouvelles présentation pour ne pas être en retard sur les patients informés par les pharmaciens
nous présentent les NOUVEAUX traitements
1 VM / jour seul intérêt: si nouvelle molécule sur le marché
nouveautés thérapeutiques
infos délivrées utiles et mise au courant de nouveaux produits. organisation de rencontres avec des spe
tiennent au courant des nouvelles reco HAS et sociétés savantes
nouveau médicament précaution d'emploi+++...
intéressant pour les nouveaux produits
Pas d'intérêt scientifique à la visite médicale; intérêt dans la connaissance des nouveaux produits
intérêt uniquement pour mémoriser les nouveaux médicaments
ouverture sur des nouveaux produits Stimulation de nouveautés
je ne les reçois que pour me présenter un nouveau produit
information sur les nouveautés, à compléter par une info plus objective !
Malgré tout ce que peut dire les visiteurs médicaux ont leur place dans l'information médicale ne seraient-ce que des rappels...
mise à jour sur de nouvelles molécules

indispensables pour l'actualité thérapeutique , en sachant garder un esprit critique
échange intéressant à condition de les orienter vers l'information et de refuser d'entendre les messages purement publicitaires
permet de savoir quelles sont les nouvelles molécules mise sur le marché et les changement d'indication ou de prise en charge des autres produits. A nous de faire la part des chose et de ne pas tout prendre pour argent content(l'esprit critique est essentielle dans notre pratique quotidienne).
Nécessaire pr connaitre mieux les médicaments mais aussi les nouveautés sur le marché
important pour le nouveaux médicaments, sans intérêt pour les anciens
Il nous font prendre connaissance des nouveaux médicaments et leur application; car on n'a pas toujours eu le temps de les étudier dans le vidal news.
information sur " nouveautés thérapeutiques" et modif AMM ou remboursements
permettent de donner des info sur leur molécule avec en particulier le rappel des contrindications ou interactions mdct tout en sachant qu'il y a du commerce derrière...
pour être au courant des nouveaux traitements ou nouvelles posologies
en fonction des médecins généralistes que je remplace, selon qu'ils reçoivent ou pas les visiteurs. c'est souvent une perte de temps mais parfois il est arrivé qu'on me présente un produit que je ne connais pas ou un produit dont je n'ai pas l'habitude de l'utiliser, non pas, parce qu'il est inutile à mes yeux mais tout simplement parce que je ne l'ai pas enregistré. également pour les petits remèdes du quotidiens, ces médicaments que l'on ne prescrit jamais à l'hôpital mais qui sont très demandé par les patients au quotidiens, les crèmes pour ceci ou cela...
ils m'apportent les nouveautés et répondent à mes questions pratiques.
relation commerciale "pénible" mais parfois infos utiles . A gérer au niveau temps . saturation totale de certains réseaux .
intéressant pour prendre connaissance des nouveaux produits
intérêt de revenir sur les produits et leur intérêt...
5 à 8 par semaine sauf les 2 mois d'été. Parfois utile pour les nouveautés, à confronter avec l'avis de "prescrire"
Le seul point intéressant est l'annonce de la sortie de nouveau médicament.
je ne reçois les visiteurs que lorsqu'ils présentent une nouvelle molécule..je ne vois pas grand monde...
être interpellé sur sujets amenant à une recherche perso d'info complémentaires
intérêt des questions sur les effets secondaires des médocs et sur leur utilisation hors AMM par les courriers aux labos, les VM étant l'intermédiaire.
2 par semaine; bien pour les nouveautés seulement
découverte des nouveaux traitements parfois , surtout si on ne lit pas PRESCRIRE .
8 par semaine important pour les nouveautés utile pour se remettre en tête certaines choses rapidement et convivialement
Permet quand même d'entendre parler des nouveaux produits (et de prendre le pouls de l'industrie pharmaceutique)

apport d'information sur les nouveautés évocation de différentes molécules d'une classe révision de noms que l'on oublie trop vite ce qui permet de varier les prescriptions
Intérêt pour être averti de la sortie de nouveau médicament en se pressant de laisser les autres les prescrire en premier...
important pour les nouveaux produits.
complément aux lectures
quand on est remplaçant, cela permet de connaître les dernières nouveautés (nouvelle AMM ou retrait du marché) dont on ne nous tiens pas au courant
parfois ils peuvent nous fournir de bonnes infos, mais vigilance++

5) Visite médicale indispensable

super important
Il ne faut surtout pas arrêter la visite médicale, mais il faut savoir gérer selon les labos...
mise à jour précieuse et point régulier avec échanges concernant les nouvelles molécules comme les plus anciennes
indispensable
on en reçoit 6 repartis en groupe de 2 trois fois par semaine. ce sont des "publicitaires formés" mais le contact humain est important et il permettent par des soirées à thème avec un expert spécialiste une rencontre des médecins, la soirée leur échappant souvent permettant aux médecin de discuter avec le spécialiste ou de débattre entre eux de problèmes locaux. Donc intérêt au maintient de cette "structure sociale"
formation en directe, rapide qui nous permet de poser les question de notre choix
c'est une source d'information riche, qui nécessite un esprit critique important et qui apporte des moments de détente non dénués d'utilité
Les VM nous apportent des éléments utiles au quotidien, ce que ne font pas l'HAS, l'Assurance Maladie, etc... Ex: quels pansements utiliser sur telle plaie, quelle chambre d'inhalation chez les enfants, quels médicaments contiennent le moins de sel (Doliprane sachet, Paracetamol effervescent, Dafalgan effervescents ???), etc... Ils nous fournissent des documents sur divers sujets (récapitulatif de toutes les pilules, divers conseils aux patients, explications d'utilisation de dispositifs divers (broncho dilateurs...), CD et liens internet divers...
très bon pour la mémoire ...
Comment prescrire un principe actif ou une molécule, on ne peut pas mettre "IPP dose normale" sur une ordonnance, il faut traduire un nom de molécule, un dosage, une posologie. Les visiteurs médicaux m'avaient aidé dans mes débuts pour ce domaine. Je les reçois 1 à la fois dans la salle d'attente 2 fois par semaine (Mardi et Vendredi matin lors de consultations libres de 2h environ. Chacun passe minimum 15 minutes. Aussi ils ont un rôle particulier l'organisation de rencontres entre les médecins isolés dans leur cabinet. Pub pour le spécialiste qui parle et échanges entres acteurs de même catégorie, sinon on ne se connaîtrait pas.

importance de l'information à domicile
il faut arrêter de les mépriser ; il valent largement plus que la plupart de nos grands penseurs qui ont créé la crise , la pénurie et ceci depuis 1981
Indispensables V.M
ils sont parfois remarquables et m'apportent alors beaucoup
me font gagner du temps
ils sont très bien formés pour peu qu'on les écoute et qu'on pose les questions utiles ils savent

E. Annexe 5 : Autres

1) Associations de FMC

Outre les FMC locales, je pense que la formation d'un généraliste repose également et surtout sur son interaction avec les confrères spécialistes. J'appelle régulièrement des confrères internistes, cardiologues, rhumatologues afin de discuter de la prise en charge de certains patients. C'est à mon sens un des moyens de se former et de remettre en question ses pratiques. Étant médecin pompier, je bénéficie également une à deux fois par an de sessions de 2 jours de formation aux gestes d'urgence, encadrées généralement par des urgentistes de bon niveau et très "pratiques".
Formation médicale continue à thèmes choisis par les médecins mais salle et buffet "sponsorisés" par les labos
Formation associative: groupe de 40 médecins se réunissant une fois par mois sur un thème choisi par nous même et avec la présence d'un conférencier. Durée de réunion: 1h30 puis dîner commun pour la convivialité.
Réunion EPU du soir avec intervenant locaux ou nationaux avec le concours de l'industrie pharmaceutique. Ce mode de FMC est fondamental car très bien adapté à la pratique du MG libéral
Notre propre Formation post universitaire
formations médicales dans des groupes dans la ville, avec un intervenant du CHU sur un thème
formation médicale CONTINUE organisée par la profession
réunion mensuelle organisée par un groupe de généralistes (association 1901) sur un thème choisi par eux avec un intervenant spécialiste choisi par eux
Groupes de FMC environ 2 heures par mois

Je suis le fondateur de l'EPU-Aumale (qui existe depuis 1996) et toujours l'organisateur principal...
FMC mensuelle dans le cadre de groupe local.
Élément essentiel et qui n'apparaît pas dans le questionnaire dans les formations présentiels : La Formation Médicale Continue locale organisée par les généralistes. De loin celle qui me paraît la plus utile.
Vous oubliez le plus importants, les associations de FMC indépendantes et très actives qui représentent une part plus que primordiale de notre formation
Association locale de FMC : 20 réunions/an
EPU 1 fois par mois
FMC locale organisée par les spécialistes locaux
FMC par association locale indépendante de l'industrie et financé par les membres sans attachement national
Je suis Président d'une association de FMC agréée par le CNFMC (FMPU) Nous faisons 10 soirées par an, assurées par des Universitaires Lyonnais ou Grenoblois.
Je participe chaque mois à une séance d'EPU organisée par les médecins du secteur, non indemnisée (dernier thème traité: les nouveautés en matière de contraception)
Nous avons créé une association de FMC dans notre quartier avec une vingtaine de MG. Les laboratoires pharmaceutiques nous fournissent uniquement la logistique (salle, repas). Ce sont nous, MG, qui déterminons les sujets à traiter. Nous avons une dizaine de réunions de travail par an ± 1 réunion conviviale/culturelle. Chaque réunion fait ensuite l'objet d'un résumé, de références, etc... que nous plaçons sur le site internet de notre association.
vive notre groupe de FMC 10 séances par mois et nous choisissons les thèmes et les intervenants
il manque la FMC associative dans votre liste de formations présentiels à moins que vous l'ayez mis sous "formation de l'industrie pharmaceutique" ..mais il y a des groupes de FMC comme le notre (nous sommes 16 MG + 1 pharmacien d'officine + 1 responsable de labo d'analyses et nous nous réunissons 10 fois/an avec évaluation en fin d'année lors de l'AG
soirée de FMC dans association locale
journées d'EPU de Tours 4 jours par an
FMC de Haguenau - 1 à 2 soirées mensuelles , soit en moyenne 15 soirées / an
Association locale de FMC : réunions mensuelles
association locale de FMC (appartenant à l'Unaformec)
EPU organisé par des laboratoires, présenté par des spécialistes locaux

très important la formation dans le cadre de nos associations de FMC indépendante géré par nous mêmes avec choix des thèmes, des intervenants . Une des formations les plus intéressantes, que je ne retrouve pas dans les items.
réunions de FMC
Participation aux FMC organisées - fois par an par le Centre Hospitalier, sous forme de conférence-débat avec des médecins hospitaliers et des universitaires.
Groupe d'EPU hors université, agréée auprès AMPPU
association de FMC locale :1 soirée par mois avec experts : spécialistes de la ville hospitaliers et libéraux + prof de faculté
EPU des médecins secteur 1 fois par mois
il manque dans votre questionnaire un items sur les petites associations faisant de la formation médicale continue et qui constituent la base de la FMC en France. Ces associations disparaissent et c'est franchement dommage.
membre fondateur (il y a 30 ans) d'une association locale ASSOCIATIVE de FMC
participation régulière (1 par mois) aux séances d'enseignement post universitaire locales (EPU) organisées par des groupes locaux de médecins ...
fmc locales par les associations
Formation mensuelle de FMC associative regroupant médecins, infirmières et biologistes du secteur; un sujet est traité par un spécialiste pendant une heures 30 avec un pré-test et une évaluation après la séance. Le topo est mis sur le site internet de l'association.
FMC régulière à la faculté de médecine de Bordeaux par thème sur 1 journée ou polythématique sur 2journées consécutives
FMC: 1 à 2 soirées par semaine . permet de connaitre les confrères des environs.
SFTG, AFORMED (groupe local)et groupes de parole
1FMC par mois avec une association indépendante des labo pharmaceutiques
Soirées FMC organisées par le groupe de formation de MG dont je m'occupe (1 soirée par mois): pédiatrie, médecine interne, ophtalmo, addictions, plaies chroniques, arrêts de travail,gériatrie, endocrinologie pour cette année
nos FMC mensuelles organisées par nous-même dans notre ville
FMC organisation locale des médecins de ma ville, 1x/ mois, en soirée
Pas de demande particulière dans votre questionnaire pour les FMC mensuelles organisées entre confrères (que je distingue des groupes de pairs)sur des sujets pré définis et un expert.

FMC locale 10 fois/an pour la découverte de nouveautés des correspondants pointus en CHU, pour la rencontre conviviale avec les confrères ce qui nous fait aussi tenir à long terme, et puis nous sommes tous dans la même galère
EPU
fmc locale
Réunion organisée par notre groupe de FMC avec des experts dans le domaine étudié.
EPU contact avec des spécialistes locaux échange avec les collègues. En 30 ans de pratique de MG ce fut ma principale source de formation.
FMC organisée par les médecins généralistes
Formation présentielle non indemnisée: association locale de FMC avec réunion mensuelle sur des thèmes choisis par les membres
fmc organisée par un groupe de médecin généraliste
groupe de FMC mensuel avec expert et sujet choisis par les participants
importance des FMC locales, bien que sponsorisées par les labo qui nous laissent le champ libre
FMC local qui est pour nous un bon moment de rencontre et d'échanges

2) Formation à la relation, psychanalytique, supervision, ou formation en psychologie

réflexion personnelle - échanges avec spécialistes par courrier ou téléphone
travail sur la relation et supervision psychologique
contrôle psy
Travail psychanalytique personnel
Séminaire psychanalytique
dis années de psychanalyse personnelle et de formation à la psychanalyse
Séminaires de psychanalyse, de philosophie
Supervision individuelle par psychologue, me permettant de progresser dans la relation avec mes patients.
temps de réflexion personnelle, sous forme d'une "supervision" ...
SFTG, AFORMED (groupe local) et groupes de parole
Rencontre autour de techniques d'aide au changement (Ecole de Palo Alto)
groupe d'intervention et de supervision en TCC

Formation à la relation (formation en PNL, groupes de communication non violente, formation en hypnose médicale)...

3) L'expérience

les erreurs et les échecs sont formateurs

revue exercer, site minerva, BMJ, formindep. l'expérience de terrain. Participation à des travaux de thèse. forum syndical, littérature générale en rapport avec la santé (les médicamenteurs...)

les erreurs qu'on a fait !!

l'expérience...

L'expérience!

la pratique, les cas cliniques rencontrés, l'histoire de la maladie (la version donnée par le patient)

expérience, contact avec autres professionnels

Expérience personnelle

4) La recherche

Études expérimentales.

promoteur et investigateurs dans des essais cliniques ou de la recherche clinique en MG

formation à la recherche clinique

Recherche clinique phases II III IV épidémiologie études cohortes

le test de lecture de la Revue Prescrire l'enseignement, l'évaluation et la recherche sont des outils très performants

Participation à une société savante activité de recherche

Élargissement voire réorientation du domaine d'exercice.

ostéopathie

thérapie familiale

Participation à la gestion d'un SSIAD et mise sur pied d'une ESA (Équipe Spécialisée Alzheimer)

formations de médecines dites alternatives infiniment plus libres et objectives que la médecine académique d'un dogmatisme confinant à l'immobilisme

congrès d'homéopathie

Étant responsable d'une association humanitaire médicale, je me documente régulièrement sur internet

formations en médecines alternatives et activités de loisirs

revues d'homéopathie groupe de travail en homéopathie
formation à la PNL
séminaires de fmc en homéopathie et en médecine anthroposophique
formation en médecine manuelle nécessitant congrès réguliers
suis nutritionniste ,homéo, Acupuncteur la formation se fait en dehors des circuits conventionnels et c'est plus intéressant
homéopathie
Ouverture de mon exercice à une pratique complémentaire: DU soins palliatifs DIU prise en charge de la douleur chronique
Stages chez des confrères dans le cadre de formation universitaire (DU d'expertise médicale)
je priorise les thérapies naturelles et participe surtout à des congrès et formations dans ces domaines (acupuncture, homéopathie, nutrition, antroposophie)
Micronutrition et phytothérapie
homéopathie
j'ai un du d'homéo et un diu d'acu
FMC ostéopathie
médecin coordonnateur en ehpad ; formations internes a l'établissement
formation personnelle pour développement de son activité dans des axes divers (nutrition phytothérapie)
formation homéopathie non universitaire (CEDH)

5) Média grands publics

la presse quotidienne !!
lecture scientifique générale et esprit critique
regarder la TV ... on y apprend parfois que certains médicaments sont devenu inutiles ... ou trop dangereux ..
les revues scientifiques parallèles comme La Recherche ou Sciences et Vie sont pour moi une grande source d'information. Et il ne faut pas oublier les patients qui nous apprennent tous les jours qq chose...
communication grand public presse
et la littérature, la presse générale, la radio, les "réseaux", la réflexion sur les problèmes de mes patients> les courriers, entretiens avec les intervenants qui les rencontrent aussi, pas tous médecins,etc..
TV "journal de la santé"

l'émission "avec ou sans rendez-vous" sur France Culture: Olivier Lyon-Caen, Professeur à l'université Paris VI et chef du Service de Neurologie à la Salpêtrière, aborde les grands problèmes médicaux de notre temps, en présente les enjeux et leurs conséquences individuelles et sociétales. le mardi de 14h à 15h
Émissions de TV.
émissions radiophoniques ou télévisuelles, histoire de la médecine, et tant d'ouvertures au monde dans bien d'autres sujets...
Que choisir santé !
Quelques fois certaines revues de popularisation telle: Sciences et Vie apporte des infos nouvelles ou complémentaire sur la recherche.
lecture revues autres : Pratiques, Que choisir santé

6) Travail en réseau

travail en réseaux soins palliatifs
participation à la rédaction d'une revue (Pratiques) et à l'animation d'un site www.pratiques.fr participation à des listes de discussion : comeegas, odse et participation aux activités des réseaux de santé (sida-toxicomanie-précarité, hépatites, périnatal, handicap et dépendances...) intérêt des départements de médecine générale dynamiques comme à Paris 7 (denis diderot)
réseaux
Réunions de rencontre de professionnel organisées par des réseaux de soins
réseaux de professionnels (MG, TS...) sur une thématique transversale = la toxicomanie
Réseau Sentinelles (INSERM), association Santé Environnement France (développement de la médecine environnementale).
Participation comme participant et formateur animateur de formation par réseau de soins en cardio et diabète
formations au sein réseau réseau cancer diabète palliatif formation organisé par confrères hospitaliers (hopital de proximité) service pédiatrique / gynéco = réseau informel
formation réseaux interactives
et la littérature, la presse générale, la radio, les "réseaux", la réflexion sur les problèmes de mes patients> les courriers, entretiens avec les intervenants qui les rencontrent aussi, pas tous médecins,etc..
rien ne vaut le travail avec les pairs, et l'échange pluriprofessionnel, en particulier dans les réseaux de santé, sinon heureusement qu'il y a Prescrire pour la formation et l'information (y compris la critique des recommandations de l'HAS), qui doit être indépendante (il faut supprimer la visite médicale des laboratoires) pas assez de temps pour lire et pour échanger avec les pairs...
formations organisées dans le cadre de réseaux de soins

réunions de réseau, correspondance avec les confrères spécialistes, rencontres autour du patient pour les patients hospitalisés

Participation active aux réseaux ville-hôpital.

7) Activité de formateur

formateur a l'école d'infirmière

engagement dans l'enseignement et la "FMC-ep" adaptation à l'acupuncture, membre unaformec

préparation des cours de 3° cycle de MG comme enseignant vacataire

chargé d'enseignement

participation à la rédaction d'une revue (Pratiques) et à l'animation d'un site www.pratiques.fr participation à des listes de discussion : comeegas, odse et participation aux activités des réseaux de santé (sida-toxicomanie-précarité, hépatites, périnatal, handicap et dépendances...) intérêt des départements de médecine générale dynamiques comme à Paris 7 (denis diderot)

préparation des cours car je suis enseignant mG

Formation de formateurs en dehors des formations organisées par la profession (management ...) Formation à la direction de thèse

Direction de thèses

sociétés savantes, chargé de cours dans un DU

Organisation de séquences de formation

Participation à la formation initiale

Être conférencier ce qui m'oblige à être dans l'excellence du sujet traité

Formateur en FMC : organisateur, expert

enseignement

directrice de thèse et préparation de cours

la pratique de l'enseignement oblige à une recherche continue et lecture attentive surtout les recos et recherche des données validées

écriture de formation soit en FMI ou en FMC en confrontation avec les spécialistes de soins secondaires. Un courrier de correspondant, argumenté et répondant aux questions posées est également un outil de formation.

Action de formation auprès d'une population non médicale

Expert auprès de l'HAS sur travail sur un thème de recommandation (une recommandation environ tous les 1 à 2 ans)

enseignant faculté médecine paris 13

préparation d'enseignements

le test de lecture de la Revue Prescrire l'enseignement, l'évaluation et la recherche sont des outils très performants

Thèses de médecine générale : diriger, rapporter ou lire en qualité de membre de jury peut-être formateur.
Le fait d'être formateur en MG m'impose lors d'une préparation d'un séminaire une relecture des publications et références sur ce sujet. La mise à jour est là thématique.
étant chargé d'enseignement outre ma casquette de maître de stage des formations régulières s'organisent et surtout les préparations sont indispensables donc formatrices
Participation et animation d'une FMC
En fait, je fais partie d'une équipe d'enseignants de l'homéopathie, à Rennes, à raison d'une journée par mois.
enseignant pratique et théorique meilleur moyen de formation me semble-t-il
je suis animatrice et organisatrice de formations OGC .
Depuis plusieurs années (11 ans) j'interviens comme formateur dans les séminaires OGC ou les formations FAF . Donc nécessité de connaître les dernières données de la littérature médicale et de compléter ma formation par de DU
l'activité de concepteur d'action de FMC et de formateur, comme l'enseignement aux internes et externes est aussi très intéressante pour notre formation continue.
Je participe à l'élaboration de FMC pour mes collègues au sein de 2 associations: les Esculapes de la Rade et Les journées Médicales
Pr associé formateur sauf dans le groupe de pairs
Il m'est difficile de répondre à certaines questions étant moi-même formateur / expert pour de nombreux séminaires OGC et enseignant dans la FMI , dans des capacités, DESC, DU, FMC universitaire pour MG; faire de la formation pour les médecins et de l'enseignement pour les étudiants en médecine, les externes et les internes est aussi une manière de se former de façon permanente.

8) Les patients

Dans les maladies rares, les patients ou les associations de patients sont source d'information.
les revues scientifiques parallèles comme la recherche ou sciences et vie sont pour moi une grande source d'information. Et il ne faut pas oublier les patients qui nous apprennent tous les jours qq chose...
les patients les confrères
Forums de patients : permet de connaître des représentation cliniques de maladies rares, mal décrites dans la littérature.
savoir des patients
Ce que rapporte les patients...
auto-formation ; les patients et les confrères spécialisés jouent un rôle important ds la formation nous obligeant à approfondir les connaissances en fonction des pathologies rencontrées.
les patients nous apprennent beaucoup sur la médecine si nous savons rester à l'écoute

la pratique, les cas cliniques rencontrés, l'histoire de la maladie (la version donnée par le patient)

échange avec des patients

les patients eux mêmes impliqués dans des associations de patients

Ce sont les patients qui m'apprennent le plus.

9) Culture générale

culture générale, ethno-psychologie...

culture générale: romans, histoire, musique, voyages

des revues de réflexion sur la pratique médicale en général (Pratiques/médecine utopique), ce qui décloisonne les pratiques MG/Spé, Privé/Public en dehors de tout œcuménisme corporatiste comme savent si bien chanter les syndicats l'éthique médicale serait-elle étique??

formation sciences humaines sociologie

RESUME

La loi du 21 juillet 2009, dite "Hôpital, Patients, Santé, Territoire" propose une réforme de la formation médicale continue, en créant le Développement Professionnel Continu, qui rassemble formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles.

Par une enquête informatique auprès de 2407 médecins, nous nous sommes intéressés à leur formation au quotidien.

Les résultats montrent une fidélité aux formations présentiels et à la presse que respectivement 63% et 95% utilisent pour leur formation.

Mais l'enquête révèle aussi la place qu'ont pris des moyens de formation quasi-inexistants il y a une quinzaine d'années : 82 % des utilisateurs d'un logiciel médical lui attribuent un rôle dans leur formation, et 87% des maîtres de stage voient dans cette fonction un moyen de se former. Internet intervient dans la formation de 92 % des médecins interrogés.

Les évaluations des pratiques professionnelles font partie de la formation de 60% des médecins interrogés, avec cependant des réactions mitigées quant à leur organisation.

Ces résultats confirment la nécessité d'une évolution législative, et dévoilent des moyens formatifs possédant une large marge de progression.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Médecine générale

MOTS CLES : formation médicale continue, évaluation des pratiques professionnelles, médecins généralistes, enquête informatique

JURY : Président : Professeur Jean-Louis SCHLIENGER

Directeur : Docteur Claude BRONNER

Assesseurs : Professeur Yves HANSMANN,

Professeur Thierry POTTECHER

Professeur Jacques CINQUALBRE

ADRESSE DE L'AUTEUR

13 rue de DOSSENHEIM, 67200 STRASBOURG