UNIVERSITE PARIS VII DENIS DIDEROT
U.F.R MEDICALE LARIBOISIERE SAINT-LOUIS

THESE

Pour le
Doctorat en Médecine
(Diplôme d'Etat)
par
Jean-Luc UNG
Né le 30 Août 1973 à Phnom-Penh (Cambodge)

**LES TESTS DE LECTURE DANS LA FORMATION CONTINUE DES
MEDECINS.**

**Une étude des tests de lecture dans les revues médicales francophones et
non francophones ainsi que sur les sites Internet.**

Présentée et soutenue publiquement le 13 Octobre 2004

Président de thèse : Monsieur le Pr. P. JAILLON

Directeur de thèse : Monsieur le Pr. P. ATLAN

Membres du jury : Monsieur le Pr. J. ROLAND

Monsieur le Pr. M. BUDOWSKI

Monsieur le Dr. J-L GUY

UNIVERSITE PARIS VII DENIS DIDEROT
U.F.R MEDICALE LARIBOISIERE SAINT-LOUIS

Année 2004

THESE

Pour le
Doctorat en Médecine
(Diplôme d'Etat)
par
Jean-Luc UNG
Né le 30 Août 1973 à Phnom-Penh (Cambodge)

**LES TESTS DE LECTURE DANS LA FORMATION CONTINUE DES
MEDECINS.**

**Une étude des tests de lecture dans les revues médicales francophones et
non francophones ainsi que sur les sites Internet.**

Présentée et soutenue publiquement 13 Octobre 2004

Président de thèse : Monsieur le Pr. P. JAILLON

Directeur de thèse : Monsieur le Pr. P. ATLAN

Membres du jury : Monsieur le Pr. J. ROLAND

Monsieur le Pr. M. BUDOWSKI

Monsieur le Dr. J-L GUY

Monsieur le Professeur Patrice JAILLON
Professeur de Pharmacologie
Chef de Service de Pharmacologie Clinique
à l'Hôpital Saint-Antoine (Paris).

Il nous fait l'insigne honneur de présider le Jury de cette thèse.

Nous apprécions ses grandes qualités médicales et humaines.

Nous lui témoignons notre gratitude et notre profond respect.

aux membres du Jury,

Monsieur le Professeur Jacques ROLAND
Professeur des Universités et ancien doyen de la Faculté de Médecine
de Nancy. Président du comité de coordination des Conseils Nationaux
de la Formation Médicale Continue.

Monsieur le Professeur Max BUDOWSKI
Professeur associé de Médecine Générale à la Faculté de Médecine
Lariboisière-Saint Louis (Paris).

Monsieur le Docteur Jean-Louis GUY
Chargé d'enseignement à la Faculté de Médecine Saint-Antoine (Paris).

Ils nous ont fait l'honneur d'accepter de juger ce travail.

Nous leur exprimons notre vive gratitude et notre profond respect.

Monsieur le Professeur Pierre ATLAN

Ancien professeur associé de Médecine Générale à la Faculté de Médecine Saint-Antoine (Paris). Président-fondateur du Collège des Généralistes de l'Est Parisien.

Nous avons choisi ensemble le sujet de ce travail.

Il nous a toujours accueilli avec beaucoup de disponibilité et de gentillesse et je le remercie sincèrement de son aide précieuse et de ses encouragements.

Il m'a fait l'honneur d'accepter de juger ce travail.

à Mesdames les Docteurs Christine Pasquet (rédactrice en chef du Concours Médical)

Docteur Judy Ribble (rédactrice en chef de Medscape)

Docteur Louise Roy (rédactrice en chef du Médecin du

Québec)

à Messieurs les Docteur Gilles Bardelay (directeur Général de l'Association Mieux Prescrire)

Docteur Maurice Bensignor (revue Douleurs Evaluation-Diagnostic-Traitement)

Docteur Dominique Broclain (médecin sociologue)

Docteur Pierre Chirac (pharmacien)

Docteur Jean Deleuze (rédacteur en chef de la Revue du Praticien Monographie)

Docteur Philippe Eveillard (Revue du Praticien Médecine Générale)

Docteur Pierre Gallois (ancien président et co-fondateur de l'UNAFORMEC)

Professeur Charles Honorat (département de Médecine Générale de la faculté de Rennes)

Docteur Philippe Leduc (directeur de publication et de rédaction du Concours Médical)

Docteur Jacques Juillard (président de l'Association Mieux Prescrire)

Docteur Jacques Langue (rédacteur du Pédiatre)

Docteur Paul Lhuissier (ancien rédacteur des tests de lecture de la Revue du praticien médecine Générale)

Docteur James T. Magrann (rédacteur en chef du Clinical Orthopaedics and Related Research)

aux quinze Lecteurs Emérites de la revue Prescrire interrogés (Promotion 2002-2003)

qui m'ont aidé à la réalisation de ce travail.

Sans leur collaboration, cette thèse n'aurait pu être menée à bien.

Qu'ils soient remerciés de leur accueil, du temps qu'ils m'ont consacré et de l'aide précieuse qu'ils m'ont apporté.

à ma compagne Gaëlle,

Elle m'a accompagné tout au long de cette thèse en me prodiguant ses encouragements et en me témoignant une patience infinie.

Je n'ai pas assez de mots pour lui exprimer ma profonde reconnaissance, mon admiration. Avec tout mon Amour...

à mes Parents,

Grâce auxquels, j'ai pu entreprendre ces études de Médecine.

Je les remercie de tous les sacrifices qu'ils ont consentis.

Que ce travail soit le témoignage de ma profonde reconnaissance.

à mes quatre frères (Benny, Benna, Bennarith et Bendany)

à mes nièce (Pauline) et neveux (Guillaume, Damien, Eric, Nicolas, Philippe, Matthieu et Christophe)

à Sylviane, Stéphanie, Alain, Laurent et à la petite Marie

Je vous remercie de votre accueil dans votre famille.

Recevez toute ma profonde affection.

à toute ma famille

à tous mes amis .

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

(Serment reactualisé par le Pr Bernard Heimi)

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.	page 16
<u>PARTIE I</u> : Le contexte actuel de la FMC.	20
A) L'orientation pédagogique actuelle de la FMC centrée sur l'apprenant.	21
B) Réglementation de la FMC.	22
B.1) Les Lois Edgar Faure de 1968 et Savary de 1984.	
B.2) Les critères de validation d'une action de FMC.	
B.3) La Loi du 27 Janvier 1993 (Loi « anti-cadeaux »).	
B.4) L'ordonnance du 24 Avril 1996 sur la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et le décret d'application du 5 Décembre 1996.	
B.5) La Loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.	
B.6) Le Décret 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.	
B.7) L'Avenant à la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les médecins généralistes libéraux et les caisses d'assurance maladie relatif à la formation professionnelle conventionnelle.	

C) Les différentes modalités de la FMC. 27

C.1) Les acteurs de la FMC.

C.2) Les promoteurs d'actions de FMC.

Partie II : Les Tests de lecture (Tdl). 29

A) Définitions. 30

B) Méthode. 30

B.1) La recherche et l'analyse de documents.

B.2) Les entretiens.

B.3) Les informations recueillies auprès des rédactions

B.4) La recherche bibliographique

B.5) Les démarches effectuées.

C) Les caractéristiques des tests de lecture 32

C.1) Les tests de lecture des revues générales 32

C.1.1) Les tests francophones. 32

C.1.1.1) Le Tdl de la revue Prescrire.

C.1.1.2) Le Tdl des Cahiers de FMC (Le Quotidien du Médecin).

C.1.1.3) Les tests de lecture de la Revue du Praticien Médecine Générale.

C.1.1.4) Les tests de lecture du Concours Médical.

C.1.1.5) Les Tdl de la Revue du Praticien blanche (Monographie).

C.1.1.6) Le test d'auto-évaluation du praticien des Entretiens de Bichat.

C.1.1.7) Le test de la revue de FMC Le Médecin du Québec.

C.1.1.8) Le test de lecture de la revue Médecine et Hygiène (SUISSE).

C.1.2) Les tests non francophones.	47
C.1.2.1) Le test de lecture du New England Journal of Medicine.	
C.1.2.2) Le test de lecture de la revue American Family Physicians.	
C.1.2.3) Le test de lecture de la revue Family Practice and Management (USA)	
C.1.2.4) Le test de lecture du Medical Letter on Drugs and Therapeutics	
C.1.2.5) Le test de lecture de la revue du John Hopkins University School of Medicine Advanced Studies in Medicine (USA)	
C.1.2.6) Le test de lecture de la revue Journal of the American Medical Association (JAMA).	
C.2) Les tests de lecture des revues non généralistes.	51
C.2.1) Les tests de lecture des revues francophones	51
C.2.1.1) Le test d'auto-évaluation des Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation.	
C.2.1.2) Le test d'auto-évaluation de la revue Douleurs Evaluation-Diagnostic- Traitement.	
C.2.1.3) Le test de lecture de la revue Nutrition clinique et métabolisme.	
C.2.1.4) Le test d'auto-évaluation du Pédiatre.	
C.2.1.5) Le test de lecture de la revue Progrès en Urologie.	
C.2.2) Les tests de lecture des revues non francophones	55
C.2.2.1) Le test de lecture de la revue « Clinical Orthopaedics and Related Research » (CORR) (orthopédie).	
C.2.2.2) Le Tdl de la revue Cutis (dermatologie).	
C.2.2.3) Le Tdl de la revue Dermatology (dermatologie).	
C.2.2.4) Le Tdl de la revue « The Journal of Urology ».	
C.2.2.5) Le test d'auto-évaluation de la revue « Plastic and Reconstructive Surgery »	
C.2.2.6) Les tests de lecture des Archives Journals .	

C.3) Les tests de lecture sur Internet.	58
C.3.1) Les tests de lecture francophones.	58
C.3.1.1) Les tests d'auto-évaluation des Cahiers de FMC du Quotidien du Médecin.	
C.3.1.2) Les tests de lecture de Médecine et Hygiène (SUISSE).	
C.3.2) Les tests de lecture non francophones.	59
C.3.2.1) Le test de lecture des Centers for Disease Center and Prevention (CDC).	
C.3.2.2) Le test de lecture des National Institutes of Health (NIH).	
C.3.2.3) Le test de lecture de la revue American Family Physicians (USA).	
C.3.2.4) Le test de lecture de la revue Family Practice and Management (USA)	
C.3.2.5) Le test de lecture du John Hopkins University School of Medicine Advanced Studies in Medicine.	
C.3.2.6) Cyberounds.	
C.3.2.7) Medscape.	
C.3.2.8) Les autres tests de lecture sur Internet.	
D) Les caractéristiques des supports des tests de lecture.	64
D.1) Les caractéristiques des revues générales.	64
D.1.1) Les procédures d'élaboration des articles des revues francophones.	64
D.1.1.1) Dans la revue Prescrire.	
D.1.1.2) Dans les Cahiers de FMC du Quotidien du Médecin.	
D.1.1.3) Dans la Revue du Praticien Médecine Générale.	
D.1.1.4) Dans le Concours Médical.	
D.1.1.5) Dans la Revue du Praticien Monographie.	
D.1.1.6) Dans la revue francophone Le Médecin du Québec.	

D.1.2) Les procédures d'élaboration des articles de revues non francophones. 71

D.1.2.1) Dans le New England Journal of Medicine.

D.1.2.2) Dans la revue American Family Physicians.

D.1.2.3) Dans la revue Family Practice Management.

D.1.2.4) Dans The Medical Letter on Drugs and Therapeutics.

D.1.2.5) Dans le journal du John Hopkins University School of Medicine Advanced Studies in Medicine.

D.2) Les caractéristiques des supports des tests de lecture sur Internet. 75

D.2.1) Les recommandations des Centers for Disease Center and Prevention (CDC).

D.2.2) Le NIH Consensus Development Program.

D.2.3) Cyberounds

D.2.4) Medscape

D.2.5) Les sites de l'American Medical Association (AMA) sur Internet.

E) Les études menées par les promoteurs de tests. 78

E.1) Les études francophones. 78

E.1.1) L'étude de la revue Prescrire.

F) Récapitulatif des principaux tests de lecture. 80

<u>Partie III : Les études auprès des inscrits aux Tdl.</u>	82
A) Les études d'opinion menées par les revues.	83
A.1) Les études francophones.	83
A.1.1) Les études de la revue Prescrire	
A.1.2) Les études internes des Cahiers de FMC du Quotidien du Médecin.	
A.1.3) Les études du Concours Médical.	
A.1.4) La participation des médecins au post-test du Médecin du Québec.	
A.2) Les études non francophones.	86
A.2.1) Les études menées par le Clinical Orthopaedics and Related Research.	
A.2.2) Les études menées par le NIH.	
A.2.3) Les études menées par le CDC.	
B) Les études d'opinion menées par les sites Internet.	92
B.1) Les sites francophones.	92
B.2) Les sites non francophones.	92
B.2.1) L'exemple de Medscape.	
C) Enquête réalisée auprès des Lecteurs Emérites de la Revue Prescrire.	95

<u>PARTIE IV. : Discussion</u>	100
A) Les limites de ce travail.	101
B) Le point commun entre les différents tests de lecture : l'objectif pédagogique.	102
C) Les différences entre les tests de lecture.	103
C.1) Les différences de « philosophie » entre les tests de lecture.	
C.2) Les modalités d'élaboration des tests de lecture.	
C.3) Les différences de modalités de participation.	
C.4) Les différents modes de traitement des réponses.	
C.5) L'exploitation des réponses.	
C.6) L'exploitation des résultats.	
D) Les différences dans l'élaboration des supports des Tdl.	108
D.1) Le financement du support pédagogique des Tdl.	
D.2) La rédaction des articles.	
D.3) La relecture des articles.	
E) Les avantages des tests de lecture.	110
F) Les inconvénients du test de lecture.	111
G) Propositions de critères d'un test de lecture de qualité.	112
G.1) L'indépendance du test de lecture et de son support pédagogique.	
G.2) La valeur scientifique des tests de lecture et de leur support pédagogique.	
G.3) La valeur pédagogique des tests de lecture et de leur support pédagogique.	
G.4) L'adaptation à la pratique du praticien du Tdl et de son support pédagogique.	

G.5) En cas d'accréditation, la nécessité d'instaurer un règlement et de demander un droit d'inscription pour chaque test de lecture.

<u>PARTIE V : CONCLUSION.</u>	119
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.	122
LISTE DES ANNEXES	125
RESUME ET MOTS CLEFS	166

INTRODUCTION

Pourquoi faire une thèse de médecine générale? A quoi va-t-elle me servir? Quel sujet choisir? Questions provocantes que se posent beaucoup d'étudiants en médecine. Une thèse de médecine générale marque l'aboutissement d'un cursus de formation d'un futur praticien se destinant à prendre en charge le patient dans sa globalité et sa spécificité dans le cadre d'une nouvelle spécialité en devenir. Elle doit apporter modestement et scientifiquement une contribution à la connaissance du domaine médical ou à son exercice en répondant à une question posée. L'idéal serait de choisir le sujet le plus pertinent par rapport à sa future pratique et à son domaine de spécialité, la médecine générale. Il nous a semblé important de choisir un sujet de thèse sur la Formation Médicale Continue (FMC) au moment de terminer sa Formation Initiale. C'est une suite logique, surtout si ce travail sur ce sujet de FMC servira son auteur tout au long de sa future carrière. Et c'est une profonde incitation à ne jamais oublier qu'un praticien reste intrinsèquement un étudiant en médecine même après avoir obtenu son diplôme.

Aucun individu ne peut prétendre exercer une profession toute sa vie avec les seuls acquis de sa formation initiale. Ceci est encore plus vrai pour la profession de médecin.

Si la Formation Médicale Initiale du médecin est assez bien définie (assurée par l'Université), la Formation Médicale Continue (FMC) fait l'objet de nombreux débats.

L'exercice professionnel à titre individuel amène le praticien dans sa pratique quotidienne à constater certaines carences de sa formation initiale et à devoir s'adapter à l'évolution rapide des connaissances et des techniques médicales pour apporter les meilleurs soins possibles à son patient.

L'article 11 du Nouveau Code de Déontologie Médicale stipule que « le médecin se doit d'entretenir, de perfectionner ses connaissances et doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue »¹. La Formation Médicale Continue (FMC) s'inscrit dans un cadre d'obligation déontologique mais aussi morale vis à vis du patient.

L'ordonnance du 24 Avril 1996 parue dans le Journal Officiel du 25 Avril 1996 ² complétée par le Décret de Novembre 2003 ³ rend la Formation Médicale Continue (FMC) désormais obligatoire pour tous les praticiens. Ceux-ci auront à apporter la preuve de leurs efforts de FMC tous les cinq ans pour obtenir du comité régional de FMC une attestation indispensable pour la poursuite de leur activité professionnelle. La FMC s'inscrit dans un cadre d'obligation légale vis à vis de la société française.

La FMC en France a plusieurs acteurs et plusieurs promoteurs. Les principaux acteurs de la FMC sont l'Université, les associations de médecins, l'Ordre des médecins, les syndicats, l'industrie pharmaceutique et le praticien lui-même. Les principaux promoteurs d'actions de FMC sont : l'Université, les associations de médecins, l'industrie pharmaceutique et le praticien lui-même par l'autoformation. Les actions de FMC peuvent se présenter ainsi : présence à des manifestations de FMC organisées par l'Université, par une association de médecins ou par l'industrie pharmaceutique ; participation à des activités hospitalières,

consultation de l'Internet ou de CD-ROM, lecture de la presse médicale ou de livres médicaux voire « réception de visiteurs médicaux ».

Toutes les études montrent que la presse médicale a une place privilégiée parmi ces modes de FMC⁴ et⁵. Certaines études la placent même en tête des modes de FMC des médecins⁴. La presse médicale compte près de 170 titres en France⁴. Les médecins généralistes reçoivent tous les jours maintes revues d'information sur les médicaments ou sur les procédés diagnostiques et thérapeutiques. Face à cette masse d'informations de qualité inégale et à son manque de temps, le praticien se doit de sélectionner ses sources d'informations et de formation sur des critères de qualités⁶.

L'insertion de procédures d'évaluation dans le déroulement d'une action de formation est considérée comme un élément important du processus pédagogique. C'est maintenant l'une des exigences pour la validation de la FMC obligatoire². Il s'agit aussi bien d'évaluation de la formation que d'évaluation formatrice⁷. Une méthode objective fait appel à des tests pour la lecture de la presse médicale : les tests de lecture (Tdl). Actuellement, un certain nombre de revues de la presse médicale et de sites Internet mettent en place des Tdl avec des procédés d'évaluation des participants. Un essai d'évaluation concernant le Tdl de la revue Prescrire a été publié en 1998 avec un résultat positif sur le plan des changements de connaissances⁸.

Ces tests de lecture (Tdl) ont fait l'objet de peu de travaux alors qu'ils mériteraient notre attention⁶. Ce sera l'objet de notre travail.

La première partie de ce travail traite du contexte actuel de la Formation Médicale Continue avec son orientation pédagogique, la définition de son cadre légal actuel, ainsi que la description des différents modes qu'elle peut avoir. Ces modes doivent répondre à des critères de qualité définis en 1989 par le Comité National de la FMC et renouvelés en 1998 par le Conseil National de la FMC.

Dans la deuxième partie, nous dresserons un panorama des tests de lecture (à vocation générale ou catégorielle) de la presse écrite et sur Internet existant en France et dans le reste du monde. Dans un premier temps, nous décrirons les différents tests de lecture avec, lorsque nous avons pu obtenir les informations, l'examen des modalités d'élaboration et de correction de ces tests. Dans un second temps, nous chercherons à décrire les processus d'élaboration du support pédagogique des tests. Dans un troisième temps, nous rechercherons les études sur les tests de lecture. Cette partie est complétée d'entretiens avec certains responsables de ces tests.

Dans la troisième partie, nous nous intéresserons à l'avis d'utilisateurs de tests de lecture en nous aidant d'études réalisées auprès de professionnels de santé participant au test de lecture de la revue Prescrire^{9, 10 et 11} et de quinze entretiens réalisés entre Janvier et Mars 2004 avec des Lecteurs Emérites de la Revue Prescrire. Il faut souligner que les seuls utilisateurs de tests de lecture identifiés et recensés sont les participants au test de lecture de la revue Prescrire.

La quatrième partie tentera de dégager des enseignements de ce travail : critiques de ce travail, avantages et faiblesses des Tdl, tentative de définition des critères d'un test de lecture de qualité.

Nous terminerons notre propos par une réflexion sur la place éventuelle des tests de lecture dans la Formation Médicale Continue des médecins généralistes.

PARTIE I : Le contexte actuel de la FMC.

PARTIE I : Le contexte actuel de la FMC.

A) L'orientation pédagogique actuelle de la FMC centrée sur l'apprenant.

L'aspect primordial fut l'émergence de la responsabilité du professionnel dans sa formation et la promotion de l'individu par cette formation. Nous devons rendre hommage au Docteur Guy Scharf, médecin généraliste de la banlieue de Metz. L'idée forte que défendait Guy Scharf fut le concept de pédagogie d'adultes en 1974 ¹².

Le changement de sigle FMC au lieu d'EPU voulut montrer qu'il ne s'agissait plus d'un enseignement universitaire traditionnel mais d'une formation de professionnels, privilégiant l'adaptation de compétences professionnelles plutôt que l'acquisition de connaissances. En effet la formation initiale donnait une base de connaissances mais devait surtout développer la capacité d'acquérir de nouvelles connaissances dans un processus qui durerait toute la vie.

Comment apprendre ? Au moyen d'une pédagogie centrée sur le professionnel formé avec une participation active de celui-ci et non sur le formateur. Il fallait prendre en compte le fait que cette formation s'adressait à un professionnel en exercice aux besoins spécifiques et non à un étudiant. Sa formation serait en permanence confrontée à son expérience. Il lui faut initialement faire une auto-évaluation de ses besoins en identifiant les questions posées par sa propre pratique. C'est un véritable bilan de compétences.

La notion d'évaluation est un élément essentiel de la participation du professionnel à toutes les étapes de sa formation avec une inter-activité indispensable pour l'individu mais aussi dans le cadre d'un groupe de médecins aux objectifs communs centrés sur la vie professionnelle. Cette inter-activité donna naissance à la pédagogie interactive. Celle-ci connut un large succès. La formation médicale se déplaçait hors des amphithéâtres dans des lieux proches des zones d'exercices de leurs bénéficiaires mais aussi, proches de leurs problèmes quotidiens et de leur questionnement.

Cette inter-activité est à l'origine d'une transmission mais aussi d'une production de savoir particulièrement adapté à l'exercice professionnel du praticien. Chaque participant est à la fois l'enseigné mais aussi l'enseignant de ses confrères par le partage de son expérience et de ses questions. L'universitaire ou le médecin spécialiste libéral sollicité en fonction du thème n'est plus là pour faire un cours exhaustif magistral mais pour répondre aux questions spécifiques des participants. Cet expert a un rôle d'enseignant bien sûr, mais surtout de référent. Le but du praticien formé est l'acquisition de connaissances mais surtout l'appropriation d'un processus d'autonomie et de pensée critique vis à vis des informations et de leurs sources en vue d'une amélioration des soins.

B) Réglementation de la FMC.

B.1) Les Lois Edgar Faure de 1968 et Savary (Loi n° 84-52 du 26 Janvier 1984 avec décret n° 85-1118 du 18 octobre 1985).

La Loi Edgar Faure de 1968, puis la loi Savary de 1984, consacrent le rôle de l'Université dans la formation initiale mais aussi la formation continue.

Ces textes consacrent une double reconnaissance de la position de l'Université dans la formation continue : celle de garant institutionnel (en particulier pour assurer la transition avec la formation initiale) et celle de garant qualité de la formation continue du fait de son expertise pédagogique et scientifique (elle est à la source de recherches).

B.2) Les critères de validation d'une action de FMC.

Le Comité national de la FMC a adopté le 21 Juin 1989 quatre grands critères de validation d'une action de FMC :

- 1- l'adaptation à l'exercice ;
- 2- la qualité scientifique ;
- 3- la qualité pédagogique ;
- 4- l'indépendance.

Ces critères seront à la base de la mise en œuvre de l'obligation légale énoncée par les ordonnances gouvernementales du 24 avril 1996.

B.3) La Loi du 27 Janvier 1993 (Loi « anti-cadeaux »).

La loi du 27 Janvier 1993 prohibe les avantages offerts aux professions de santé par des entreprises dont les produits ou prestations sont remboursées par les caisses d'Assurance maladie. Il reste autorisé de recevoir des avantages, à condition qu'ils soient prévus par une convention organisant une activité de recherche et d'évaluation scientifique.

B.4) L'Ordonnance du 24 Avril 1996 sur la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et le Décret d'application du 5 Décembre 1996.

L'exposé des motifs de l'ordonnance du 24 Avril 1996 sur la maîtrise médicalisée des dépenses de soins présente de la façon suivante les dispositions qu'elle contient portant sur la formation continue des médecins. Une obligation de formation continue est instituée pour les médecins libéraux et hospitaliers, qui devront solliciter tous les cinq ans l'attestation du

respect de cette obligation. Les formations sont validées par un Conseil National de la Formation Médicale Continue (CNFMC), qui réunit l'Ordre, l'Université, les associations de formation, ainsi que les représentants, choisis en leur sein ou en dehors, des unions régionales de médecins libéraux. Les conseils régionaux de la FMC ou les commissions médicales d'établissement délivrent l'attestation exigée des médecins.

Le Fonds d'assurance formation (FAF) regroupe les financements obligatoires et conventionnels. Sa composition est élargie pour associer tous les acteurs du monde médical.

a) Les principes généraux.

L'article 3 de l'ordonnance introduit dans le Code de la santé publique les règles relatives à la FMC. L'entretien et le perfectionnement des connaissances constituent pour chaque médecin un devoir professionnel (Article L.367-2 du Code de la santé publique). Tout médecin, qu'il exerce à titre libéral ou qu'il exerce dans un établissement de santé public ou privé participant au service public hospitalier, doit justifier du respect de cette obligation soit auprès du conseil régional de la FMC, soit auprès de la commission médicale d'établissement.

Ces organismes délivrent tous les cinq ans à chaque médecin, après examen de son dossier, une attestation dont ils transmettent un exemplaire au conseil départemental de l'Ordre des médecins et, s'agissant des médecins exerçant à titre libéral, un exemplaire au service du contrôle médical de la caisse primaire d'Assurance maladie du lieu d'exercice.

b) Le Conseil National de la FMC (Décret du 5 Décembre 1996 relatif à la FMC des médecins exerçant à titre libéral).

L'ordonnance institue un Conseil National de la FMC (CNFMC) doté d'une personnalité morale (Art. L.367-3 du Code de la santé publique). Ce conseil est chargé :

- d'élaborer à l'échelon national la politique de FMC des médecins exerçant à titre libéral. Le Conseil national arrête notamment la liste des thèmes nationaux prioritaires et recense les moyens de formation disponibles ;
- de répartir les ressources affectées à la FMC des médecins exerçant à titre libéral entre les actions à caractère national et les actions à caractère régional ;
- de valider, en fonction de leur valeur scientifique et pédagogique, les projets de FMC qui lui sont adressés, dans le respect des priorités nationales, par le FAF des médecins exerçant à titre libéral, à l'issue des appels d'offres gérés par cet organisme ; la liste des actions validées est portée à la connaissance du FAF par le conseil régional.

Le décret du 5 Décembre 1996 donne la composition du CNFMC et décrit son fonctionnement.

c) Les Conseils régionaux de la FMC (Décret du 5 Décembre 1996).

L'ordonnance institue dans chaque région sanitaire un conseil régional de la FMC doté d'une personnalité morale (Art. L.367-5 du Code de la santé publique). Ce conseil est chargé :

- d'élaborer une politique régionale de FMC des médecins exerçant à titre libéral, tenant compte des thèmes nationaux ; à cet effet, les conseils régionaux arrêtent notamment la liste des thèmes régionaux prioritaires et recensent l'ensemble des moyens de formation disponibles dans la région ;
- de valider, en fonction de leur valeur scientifique et pédagogique, les projets de FMC à caractère régional qui lui sont adressés par le FAF à l'issue des appels d'offres gérés par cet organisme ; la liste des actions validées est portée à la connaissance du FAF par le conseil régional ;
- de délivrer une attestation aux médecins qui ont satisfait à l'obligation de FMC ;
- d'évaluer, en liaison avec les unions des médecins exerçant à titre libéral, l'impact sur l'évolution des pratiques professionnelles des actions de formation validées.

Le décret du 5 Décembre 1996 donne également la composition et le fonctionnement des Conseils régionaux.

d) Financement de la FMC.

L'ordonnance prévoit que les ressources du FAF des médecins exerçant à titre libéral proviennent (Art. L.367-8 du Code de la santé publique) :

- des cotisations versées par ces médecins en application des dispositions de l'article L.953-1 du Code du travail ;
- d'une contribution annuelle des organismes nationaux d'Assurance maladie, dont le montant est fixé par les conventions prévues à l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale et du Budget fixant le montant de cette contribution après avis du conseil de gestion du FAF des médecins exerçant à titre libéral et du Conseil d'administration de chaque organisme national d'Assurance maladie ;
- de toutes autres ressources, et notamment de subventions versées par des organismes privés.

Seules, peuvent faire l'objet d'un financement par le FAF des médecins exerçant à titre libéral, les actions de formation validées par le Conseil national ou les conseils régionaux de la FMC (Art. L. 367-9 du Code de la santé publique).

Une contribution annuelle, destinée à assurer le fonctionnement du Conseil national de la FMC, lui est versée par le FAF des médecins exerçant à titre libéral.

Une contribution destinée à assurer son fonctionnement est versée annuellement à chaque conseil régional de la FMC par l'union des médecins exerçant à titre libéral située dans le même ressort territorial. Un arrêté du ministre de la Santé fixe le montant de chacune de ces contributions.

B.5) La Loi n° 2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

a) Les missions du Conseil national de la formation médicale continue des médecins libéraux et du Conseil national de la formation continue des médecins salariés non hospitaliers (Article L. 4133-2).

Leurs missions sont les suivantes :

- 1- fixer les orientations nationales de la FMC ;
- 2- agréer les organismes formateurs, notamment sur la base des programmes proposés ;
- 3- agréer, après avis de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, les organismes aptes à effectuer les procédures d'évaluation visées à l'article L. 4133-1 ;
- 4- évaluer la FMC ;
- 5- donner un avis sur toutes les questions concernant la FMC au ministre de la santé.

b) Modalités pour satisfaire à l'obligation de FMC (article L. 4133-1).

L'obligation de formation peut-être satisfaite, au choix du médecin, 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 répondant à l'obligation mentionnée au présent article. Le respect de l'obligation fait l'objet d'une validation. La méconnaissance de cette obligation est de nature à entraîner des sanctions disciplinaires.

Toute personne morale de droit public ou privé à caractère lucratif ou non peut obtenir un agrément dès lors qu'elle répond aux critères fixés par les conseils nationaux.

c) Les missions des Conseils régionaux de la formation médicale continue des médecins libéraux et des médecins salariés non hospitaliers (Article L. 4133-4).

Leurs missions sont de :

- 1- déterminer les orientations régionales de la formation médicale continue en cohérence avec celles fixées au plan national ;
- 2- valider, tous les cinq ans, le respect de l'obligation de formation définie à l'article L. 4133-1 ;
- 3- procéder à une conciliation en cas de manquement à l'obligation de formation continue définie à l'article L. 4133-1 et de saisir, en cas d'échec de cette conciliation, la chambre disciplinaire de l'ordre des médecins.

B.6) Le Décret n° 2003-1077 du 14 Novembre 2003 ³.

Le Décret du 14 Novembre 2003 constitue le décret d'application de la Loi de 1996.

Il institue une obligation de FMC à l'ensemble des médecins.

Il instaure la création du Conseil National de la FMC (CNFMC) des Médecins Libéraux, du CNFMC des médecins salariés non hospitaliers et du CNFMC des médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens exerçant dans les établissements publics de santé et dans les établissements de santé privés participant au service public hospitalier. Le décret décrit le fonctionnement de ces CNFMC.

Les conditions d'agrément des organismes de formation médicale continue par les conseils nationaux (article 3) sont précisées dans le décret.

Le cahier des charges prend en compte les critères suivants :

- qualité scientifique et pédagogique des programmes proposés ;
- transparence des financements ;
- engagement relatif à l'absence de toute promotion en faveur d'un produit de santé et à l'utilisation de la dénomination commune des médicaments ;
- respect des orientations nationales définies par le conseil national ;
- acceptation du principe d'une évaluation externe du fonctionnement de l'organisme de formation et de la qualité des formations.

La personne morale agréée doit transmettre annuellement au conseil national compétent un bilan pédagogique et financier indiquant le nombre de médecins accueillis et le nombre de formations dispensées (en précisant leur nature, leur niveau, leur durée et leurs domaines d'intervention).

Les trois CNFMC sont supervisés par un Comité de coordination de la FMC. Le Comité de coordination a pour mission :

- de formuler à l'attention des conseils nationaux tous avis et propositions susceptibles d'améliorer l'efficacité des actions menées et d'harmoniser leur fonctionnement ainsi que la cohérence des procédures et des critères d'agrément ;
- de procéder aux études et travaux que les conseils nationaux décident de lui confier.

Le décret de Novembre 2003 ne précise pas les modalités de financement de la FMC.

B.7) L'Avenant à la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les médecins généralistes libéraux et les caisses d'assurance maladie relatif à la formation professionnelle conventionnelle (Avenant n° 11 J.O n° 116 du 20 Mai 2003 page 8624).

La formation professionnelle conventionnelle destinée aux médecins généralistes porte sur les orientations suivantes :

- l'approfondissement d'une démarche qualité axée sur la référence à la « médecine fondée sur les faits probants (Evidence Based Medicine) » ;
- l'amélioration de la pratique médicale sur les priorités conventionnelles, et en particulier sur les référentiels et recommandations ;

- l'accompagnement des médecins généralistes dans leurs missions de soins primaires
- les questions relatives à l'organisation du système de soins ;
- l'économie de la santé et la prise en compte des conséquences économiques de la pratique médicale ;
- la fonction de médecin référent et la coordination des soins ;
- l'informatique médicale ;
- le développement d'outils de formation concernant l'évaluation des pratiques.

C) Les différentes modalités de la FMC.

C.1) Les acteurs de la FMC.

Les acteurs de la FMC sont l'Université, les associations de médecins, l'Ordre des médecins, les syndicats, l'industrie pharmaceutique et les praticiens eux-mêmes.

C.2) Les promoteurs d'actions de FMC.

a) L'Université.

La faculté offre des moyens matériels à la réalisation de la FMC : les lieux d'enseignements, les outils pédagogiques (logiciels, CD-Rom, mannequins...), des centres de ressources (bibliothèques...). Surtout l'université offre ses moyens humains à la FMC (existence des départements de formation médicale continue, richesse du corps enseignant).

Principalement la faculté offre à la FMC les modes suivants : un mode présentiel (assister à des Enseignements Post Universitaires), la consultation de l'Internet (sites médicaux) et de CD-Rom, la lecture de revues ou de livres médicaux.

FMC Université regroupe les départements de FMC des Universités.

b) Les associations de médecins.

Les associations de médecins sont constituées de petits groupes de médecins au niveau local se réunissant régulièrement autour de thèmes de FMC prédéfinis à l'avance. L'entité la plus représentative de ce monde associatif est l'UNAFORMEC (Union Nationale de Formation Médicale Continue) par le nombre d'associations locales indépendantes adhérentes. C'est tout d'abord un mode de FMC présentiel.

Les associations peuvent également proposer des infrastructures permettant la consultation de l'Internet médical, de CD-Rom, de revues ou de livres médicaux. L'UNAFORMEC va plus loin en proposant à ses membres de participer à des clubs de lecture, en étant vecteur et diffuseur d'informations médicales pertinentes (exemples de Bibliomed, feuille hebdomadaire de l'UNAFORMEC diffusée par fax apportant une analyse d'une situation donnée ou d'une étude et du Centre de Documentation et de Recherche en Médecine Générale (CDRMG)). Récemment, l'UNAFORMEC a élaboré le bilan professionnel personnalisé permettant au médecin de mieux prendre conscience des réalités concrètes de

son exercice particulier, de ses aspirations individuelles et de ses connaissances scientifiques. « Ce bilan professionnel est le moyen pour le médecin de mieux concevoir sa formation. Qu'un outil de ce type ait été conçu au sein même du monde associatif atteste bien qu'il s'agit de former des individus, en fonction de leurs besoins particuliers. L'on récuse ainsi les modes standardisés de formation que l'on destinerait à des professionnels pris en masse » (Ph. Bonet) ¹³.

c) L'industrie pharmaceutique.

L'industrie pharmaceutique a toujours eu et aura sans doute toujours un rôle important dans les actions de FMC par l'importance de l'apport financier qu'elle apporte. Par sa participation, elle cherche à promouvoir son image de marque. Il est parfois difficile de distinguer les activités de FMC et les activités de relations publiques voire de marketing .

La participation des firmes pharmaceutiques peuvent-être les suivantes :

- organisation de congrès ou de soirées thématiques et invitation des praticiens (mode présentiel)
- visites médicales (mode présentiel)
- participation à la recherche clinique et aux essais thérapeutiques
- édition et diffusion de documents scientifiques ou pédagogiques (revues, livres, CD-ROM) sans rapport avec des produits fabriqués par les firmes
- diffusion de documents d'information et de formation (revues, livres, CD-ROM) sur les produits ou les pathologies en rapport avec des produits de la firme
- droits d'accès à des sites Internet plus ou moins en rapport avec la firme.

Ces relations entre praticiens, associations de FMC et industrie pharmaceutique sont définies par un cadre légal (Loi du 27 Janvier 1993 ou loi « anti-cadeaux ») et un cadre déontologique (publication par l'Ordre des médecins d'un document sur les relations médecins-industrie qui aborde aussi les aides financières des associations de formation continue) ¹⁴. Ceci soulève l'épineux problème de l'indépendance des actions de FMC financées par l'industrie pharmaceutique et rentre dans le cadre de ce qu'on appelle les conflits d'intérêts ^{15, 16 et 17}.

d) L'autoformation du praticien.

Par autoformation, on entend formation solitaire du praticien par des moyens de formation individuelle : consultation de l'Internet médical ou de CD-ROM, lecture de revues ou de livres médicaux.

En conclusion, nous pouvons dire que les modalités de FMC sont diverses et très souvent intriquées.