

LISTE DES ANNEXES.

- ANNEXE 1 : Entretien avec le Docteur Juillard, président de l'Association Mieux Prescrire (p126).
- ANNEXE 2 : Le test de lecture de la revue Prescrire (p129).
- ANNEXE 3 : Entretien avec le Docteur Marié, directeur de publication des Cahiers de FMC (p131).
- ANNEXE 4 : Le test d'autoévaluation des Cahiers de FMC (p133).
- ANNEXE 5 : Entretien avec le Docteur Leduc, directeur de publication du Concours Médical (p135).
- ANNEXE 6 : Entretien avec P.Eveillard, concepteur des Tdl de la RDPMG et du CM.(p137).
- ANNEXE 7 : Le test de lecture de la Revue du Praticien Médecine Générale (p140).
- ANNEXE 8 : Entretien avec le Docteur Pasquet, rédactrice en chef du Concours Médical (p141).
- ANNEXE 9 : Le test de lecture du Concours Médical (p147)
- ANNEXE 10 : Les critères de l'ACCME (p148).
- ANNEXE 11 : Parrainage privé d'actions de FMC (critères de l'ACCME) (p150).
- ANNEXE 12 : Recommandations aux auteurs de la Revue du Praticien Médecine Générale (p153).
- ANNEXE 13 : Recommandations aux auteurs du Concours Médical (p154).
- ANNEXE 14 : Disclosure and Authorship Statement. NEJM (p155).
- ANNEXE 15: Grille d'entretien des Lecteurs Emérites (p156).
- ANNEXE 16 : Entretien avec le Docteur Lebon, Lecteur Emérite de la revue Prescrire (p157).
- ANNEXE 17 : Entretien avec le Docteur Lhuissier, Lecteur Emérite de la revue Prescrire (p161).
- ANNEXE 18 : Déclaration personnelle de conflits d'intérêts (p165).

ANNEXE 1

Entretien avec le Docteur Juillard, président de l'Association Mieux Prescrire le 29.01.04.

Q : Comment est élaboré le test de lecture de la revue Prescrire ?

R : Je vais vous adresser les procédures d'élaboration du test de lecture : on suit les procédures d'élaboration de textes propres à la revue Prescrire. Il y a un rédacteur principal, un comité de lecture...

Q : Ce comité de lecture est composé de personnes indépendantes de la revue ?

R : Pour le test de lecture, ce sont des rédacteurs donc un comité de lecture "interne" de 7-8 personnes (la relecture porte sur des choses assez techniques comme la fidélité des questions au contenu), donc on recherche des gens qui ont l'habitude de détecter les points qui peuvent porter à confusion.

Pour les articles de la revue, on fait en plus appel, dans les comités de lecture, à des spécialistes du sujet et à des lecteurs tout-venant (médecins ou pharmaciens).

Q : Les rédacteurs du test de lecture ont-ils eux-mêmes participé à l'élaboration des articles ?

R : Pas forcément. Le comité de lecture change partiellement tous les ans mais reste fixe sur une année. Il arrive qu'aucun membre du comité de lecture n'ait participé à l'élaboration d'un article sur lequel va porter un QCM.

Q : Comment sont choisis les concepteurs du test de lecture ?

R : Ce sont majoritairement des rédacteurs expérimentés de la revue Prescrire. Ils ont été formés par la revue Prescrire comme les rédacteurs de nos articles. En effet, nos expériences antérieures de travail avec des intervenants extérieurs se sont soldées soit par des échecs complets, soit par des semi-échecs (articles terminés après de grosses difficultés). Le processus de formation de nos rédacteurs (généralistes, spécialistes et pharmaciens) est progressif. Nos rédacteurs doivent avoir des qualités d'esprit de travail collectif et d'acceptation des critiques.

Q : Combien de personnes sont impliquées dans l'élaboration du test de lecture ?

R : Une quinzaine de personnes sont impliquées : un rédacteur en chef, un responsable de rubrique, un rédacteur, un coordinateur, une dizaine de rédacteurs dont les 6 qui participent à la rédaction du test de lecture. Une personnalité morale universitaire (appelée superviseur du test de lecture) assure les contrôles de qualité du test de lecture.

Q : Quel est le rôle du superviseur ?

R : Il apporte une garantie morale au test de lecture par son regard extérieur. En cas de litige sur une question, il intervient lorsque le responsable de rubrique ne peut trancher(un litige peut déboucher sur l'annulation d'une question). Il contrôle le processus de correction.

Q : Qui juge de la pertinence des questions ?

R : Cela pose la question de la pertinence du support car les questions portent sur le support. Nous défendons, depuis la création de la revue, l'idée que tous les membres de la chaîne de soins (le généraliste, le spécialiste et le pharmacien) doivent savoir ce que font les autres membres de la chaîne de soins. On défend l'accès à l'information de tous les participants des soins primaires, car ils peuvent tous en avoir besoin.

Dans les questions du test de lecture, nous essayons de contenter les médecins et les pharmaciens. Aucune profession ne doit se sentir oubliée.

Q : Initialement onze à treize questions sont préparées par les rédacteurs du test de lecture. Au final, seulement dix d'entre elles sont retenues. Comment choisissez-vous ces dix questions ?

R : Nous retenons les dix questions qui ont le plus d'intérêt pour les participants. De plus, elles ne doivent pas prêter à discussion.

De la même façon, chaque question compte initialement cinq à sept propositions. Au final, quatre seulement seront retenues.

Q : Comment est faite la grille de correction des tests de lecture ?

R : Elle est faite par le responsable de rubrique. Le directeur de la rédaction la valide ensuite. Un membre du personnel de la revue utilisera cette grille lors de la correction des questionnaires.

Q : Pourquoi avoir fait le choix d'une évaluation externe des participants au test plutôt qu'une autoévaluation ?

R : Tout d'abord, la motivation n'est pas la même car le fait de se voir attribuer une note par un tiers élimine toute « tricherie » par rapport à soi-même (et diminue le risque d'abandon du test). L'inscription au test pousse à remplir les onze questionnaires de l'année. L'évaluation externe entretient la motivation.

Ensuite, nous avons toujours à l'esprit, à travers ce test, de défendre la place de la formation écrite. En cas d'instauration d'une FMC à points, nous défendons l'idée qu'un test de lecture de qualité doit obtenir des points au même titre qu'un séminaire ou une réunion d'association.

Q : Pourquoi plaidez-vous pour la reconnaissance du titre de Lecteur Emérite ?

R : Le principal enseignement de notre étude de 2002 portant sur nos Lecteurs Emérites fut qu'une très grande majorité d'entre eux revendiquait une reconnaissance officielle. Bien sûr, il y a eu entre temps la loi de 1996 sur l'obligation de FMC. C'est une différence majeure avec nos études précédentes où nous avons l'impression que les participants faisaient le test par conviction personnelle et sans exiger de reconnaissance officielle. Nous pensons que nos Lecteurs Emérites méritent une reconnaissance de 40 heures de travail pour leur effort de FMC. Cette année, nous avons ajouté une attestation que nos participants peuvent adresser à des organismes officiels, Actuellement la reconnaissance du titre de Lecteur Emérite est une de nos principales préoccupations. C'est aussi faire reconnaître une certaine idée de qualité de la presse écrite.

à renvoyer avant le

15/07/2004

dans une enveloppe séparée à :
Revue Prescrire Test de Lecture
83 boulevard Voltaire
75558 Paris Cedex 11 FRANCE

RÈGLEMENT DU TEST DE LECTURE 2003-2004

Vous êtes abonné à la revue *Prescrire*, vous pouvez donc vous inscrire au Test de lecture *Prescrire* qui est ouvert à tous les abonnés, quels que soient leur activité professionnelle et leur niveau d'étude.

Vous devez vous acquitter d'un droit d'inscription annuel de 26 € lors de l'envoi du premier coupon-réponse (les étudiants non thésés sont dispensés du droit d'inscription, à condition d'adresser une photocopie de leur carte d'étudiant de l'année). Dans le cas contraire, vos coupons-réponse ne seront pas pris en considération.

La clôture des inscriptions est fixée au 15 décembre 2003. Si vous venez de vous abonner, et si vous désirez participer au Test de lecture *Prescrire*, vous devez vous procurer les numéros antérieurs et répondre aux questionnaires déjà publiés sans dépasser la date limite de renvoi du questionnaire n°3 (15 janvier 2004).

Le Test de lecture *Prescrire* vous permet de vérifier, après la lecture d'un numéro, si vous avez repéré et mémorisé les informations importantes. Si votre mémoire est défaillante, rien ne vous empêche (bien au contraire, la nature du Test vous y incite) de relire la revue avant de répondre aux questions. Ces dernières ne contiennent ni piège, ni ambiguïté, et leurs réponses sont contenues dans la revue.

Le Test de lecture *Prescrire* 2003-2004 comportera onze questionnaires de dix groupes de questions chacun. Le questionnaire n° 1 est publié dans le numéro 242 (septembre 2003) ; le questionnaire n° 11 le sera dans le numéro 252 (juillet-août 2004).

Chacun des 11 questionnaires comportera 10 groupes de questions, répartis comme suit :

- les 9 premiers groupes de questions des questionnaires n° 1 à n° 10 porteront sur des articles du numéro publié deux mois auparavant. Les 9 premiers groupes de questions du questionnaire n° 11 porteront sur l'ensemble des articles publiés dans les numéros 240 à 250 inclus ;

- le dixième groupe de questions de chacun des questionnaires du Test portera sur le numéro en cours, et non sur un numéro antérieur de la revue.

Vous avez un maximum de deux mois pour répondre à chaque questionnaire. Seules les réponses lisibles et reçues dans les délais (cachet de la poste faisant foi) sont corrigées et prises en compte pour le résultat final. Les photocopies des coupons-réponse ne sont pas acceptées.

Chaque questionnaire mensuel sera noté sur 20 points : 2 par groupe de réponses exactes. Le score annuel maximum est de 220 points (11 fois 20). Vos envois seront corrigés sous le contrôle direct de Christian Bouret, Responsable de la rubrique Test de lecture de la revue *Prescrire* ; et en cas de litige, avec l'arbitrage de Bruno Toussaint (Directeur de la Rédaction de la revue *Prescrire*) et d'une personnalité universitaire indépendante : le Pr Jean-Louis Montastruc (pharmacologue - 31).

Nous vous adresserons une attestation de Lecteur émérite de la revue *Prescrire* si vous avez renvoyé dans les délais les onze coupons-réponse et obtenu un total égal ou supérieur à 176 points.

Que vous ayez ou non obtenu 176 points et renvoyé les onze coupons-réponse, vous recevrez le détail de vos notes mensuelles et votre score annuel dans les trois mois qui suivront la clôture du onzième questionnaire.

Les onze grilles de correction du Test de lecture *Prescrire* 2003-2004 et la liste des Lecteurs émérites de la revue *Prescrire* correspondant à ce Test seront publiés dans le numéro 256 de décembre 2004 de la revue *Prescrire* et dans ses supports électroniques.

- 5** Parmi les propositions suivantes concernant les traitements vasoconstricteurs, cochez (s'il en existe) celle(s) qui est (sont) exacte(s) :
- a- en France, tous les résumés des caractéristiques des spécialités pharmaceutiques contenant de la *pseudoéphédrine* contre-indiquent leur utilisation pendant la grossesse
 - b- d'après les données cliniques disponibles, la consommation par la mère de *pseudoéphédrine* durant le premier trimestre de la grossesse expose l'enfant à un risque de laparochisis
 - c- insomnies, convulsions, hallucinations, hypertension artérielle et troubles du rythme font partie des effets indésirables potentiels de la *pseudoéphédrine*
 - d- selon une étude française réalisée en 2001-2002, de nombreuses prescriptions de vasoconstricteurs ont été destinées à des enfants en dépit des contre-indications

- 6** Parmi les propositions suivantes concernant la conduite à tenir face à une victime d'asphyxie par corps étranger, cochez (s'il en existe) celle(s) qui est (sont) exacte(s) :
- a- devant tout adulte asphyxié par un corps étranger, les premiers gestes à effectuer sont des compressions abdominales
 - b- dans la prise en charge de l'asphyxie par corps étranger chez l'adulte, la méthode des claques dorsales est réservée aux personnes inconscientes
 - c- dans la prise en charge de l'asphyxie par corps étranger, la technique des compressions thoraciques est, dans son principe, semblable à celle du massage cardiaque externe
 - d- face à l'asphyxie par corps étranger chez l'enfant d'un an ou plus, les méthodes à essayer successivement sont les claques dorsales, puis les compressions thoraciques, puis les compressions abdominales réalisées sur un enfant allongé sur le dos

- 7** Parmi les propositions suivantes concernant une étude française des circonstances d'erreurs survenues au cours du circuit du médicament à l'hôpital, cochez (s'il en existe) celle(s) qui est (sont) exacte(s) :
- a- les anticancéreux et les digitaliques ont été à l'origine du plus grand nombre d'accidents graves par erreur médicamenteuse
 - b- les erreurs portant sur la confusion entre noms de médicaments ont été plus fréquentes entre dénominations communes qu'entre noms de spécialités
 - c- les facteurs humains apparaissent comme les causes d'erreurs les plus rares
 - d- dans les établissements hospitaliers où les médicaments sont distribués de manière globale par les pharmacies aux services hospitaliers, le taux d'erreurs relatives aux médicaments (erreurs de moment d'administration exclues) varie entre 25 % et 45 % des doses administrées

- 8** Parmi les propositions suivantes concernant la kératose actinique, cochez (s'il en existe) celle(s) qui est (sont) exacte(s) :
- a- le risque de kératose actinique est une des raisons pour conseiller de restreindre l'exposition solaire et aux rayons UV
 - b- les personnes à peau claire sont particulièrement à risque de présenter une kératose actinique
 - c- certaines lésions de kératose actinique évoluent vers un carcinome spinocellulaire
 - d- selon plusieurs essais cliniques comparatifs, l'application régulière, voire quotidienne, d'un écran solaire d'indice au moins 15 diminue le risque de développer des lésions de kératose actinique

- 9** Faire correspondre à chaque médicament (liste A à D) l'(es) effet(s) indésirable(s) (liste a à e) qui lui est (sont) attribué(s) dans le n° 248 de la revue *Prescrire* :
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> A- pergolide | <input type="checkbox"/> C- doxycycline |
| <input type="checkbox"/> B- topiramate | <input type="checkbox"/> D- diclofénac dermique |
| <input type="checkbox"/> a- myopie aiguë | <input type="checkbox"/> d- accès de sommeil brutaux |
| <input type="checkbox"/> b- ulcération œsophagienne | <input type="checkbox"/> e- valvulopathies cardiaques |
| <input type="checkbox"/> c- dermite de contact | |

- 10** Parmi les propositions suivantes concernant les patients prenant du millepertuis, cochez (s'il en existe) celle(s) qui est (sont) exacte(s) :
- a- les femmes sous contraceptif oral n'ont pas d'effet indésirable à craindre d'une interaction du millepertuis avec ce contraceptif
 - b- les patients traités par *méthadone* risquent de ressentir des symptômes de manque quand ils prennent en même temps du millepertuis
 - c- chez des transplantés cardiaques, hépatiques ou rénaux traités par *ciclosporine*, la prise d'extrait de millepertuis expose à un risque de rejet de la greffe
 - d- chez les patients traités par un inhibiteur dit "sélectif" de la recapture de la sérotonine tel que la *fluoxétine* ou la *sertraline*, la prise de millepertuis expose à un risque de symptômes caractéristiques d'un excès de sérotonine

ANNEXE 3.

ENTRETIEN avec le Docteur Alain Marié, directeur médical du Quotidien du Médecin le 26.01.04.

I Les Cahiers de FMC.

Q : Quelle est la philosophie des trois parties des Cahiers de FMC ?

R : Nous avons fait le constat que dans la plupart des journaux les articles de FMC étaient écrits sur le modèle des questions de l'Internat. Nous savions que nous ne voulions PAS faire cela parce que cela n'avait pas de sens que tout le monde se copie sans créativité aucune. A partir d'un questionnement sur un thème (Mise au point par exemple sur les infections génitales de la femme), c'est-à-dire toutes les questions qu'il faut toujours se poser sur les infections génitales de la femme, nous répondons à ces questions avec un arbre décisionnel. C'est simple mais souvent les bonnes idées sont simples.

Dans une deuxième partie (« Situations Pratiques »), nous voulions voir des problèmes particuliers à travers des cas particuliers puis voir en quoi cela pouvait modifier le diagnostic et la prise en charge. Nous essayons de choisir des cas qui permettent de moduler certaines règles générales énoncées dans le cahier « Mise au point ».

A la fin, le lecteur utilise le test d'auto-évaluation (troisième partie) pour voir ce qu'il a retenu. Un malade est la résultante de plusieurs facteurs.

Voici la philosophie des Cahiers. On a voulu faire quelque chose de simple : on a des recommandations aux auteurs assez rigoureuses (le plus dur est de faire court : densification du texte et choix des messages). Certains auteurs sont assez perturbés par ce type d'exercice lorsqu'ils débutent. Aussi notre équipe reformate souvent les articles. Plutôt que d'interviewer les auteurs, nous préférons qu'ils écrivent car l'effort de synthèse est plus important dans un article.

Q : Comment choisissez-vous les auteurs des Cahiers de FMC ?

R : Il est difficile de faire un choix parmi les auteurs. Les conseils du comité scientifique nous aident. Nous suivons avec attention l'actualité des congrès scientifiques. Ce qui nous permet d'identifier des auteurs.

Nous recherchons des auteurs intéressés par la vulgarisation. Nous nous trompons parfois. L'équipe de notre département FMC a un rôle important à jouer. Le conseil scientifique doit valider le choix de l'auteur par la suite. Il nous arrive parfois de demander tout de suite l'avis du comité scientifique lorsque nous ne connaissons pas d'auteurs. Il n'y a PAS une SEULE REGLE. Notre choix se porte sur un auteur disponible qui aime bien vulgariser.

Q : Quel est le rôle du comité de rédaction ?

R : Il est de valider et de corriger les articles. Avant l' UNAFORMEC jouait également ce rôle.

Q : Donc le comité de rédaction valide ce qu'a écrit l'auteur. Demande-t-on l'avis du comité de lecture ? Est-ce systématique ?

R : On demande systématiquement l'avis du comité de lecture en faisant appel au référent de la discipline traitée.

Q : Quel est le rôle de l' UNAFORMEC ?

R : Son rôle est de nous faire des remarques. Parfois une partie du texte ne lui convient pas et cela n'est pas toujours très simple à gérer d'ailleurs. Ces Cahiers sont difficiles à gérer car c'est multipartiste.

Dans les Cahiers de FMC, l'UNAFORMEC écrit un billet dans « Le point de vue de l'UNAFORMEC » pour donner son éclairage sur le thème traité.

II Le test d'autoévaluation.

Q : Qui rédige les QCM des tests d'autoévaluation des Cahiers de FMC ?

R : L'auteur de l'article et notre équipe élaborent en collaboration les QCM.

Cela dépend du degré d'implication de l'auteur. Nous avons plusieurs cas de figure :

-QCM élaborés par l'auteur dans un premier temps puis ensuite soumis à notre équipe pour validation

-QCM élaborés conjointement par l'auteur et notre équipe.

D'autres cas de figure existent : l'auteur rédige lui-même l'intégralité des questions ; parfois notre équipe rédige toutes les questions et l'auteur donne son approbation après.

Point fondamental : l'auteur doit toujours spécifier les points contrôlés par les QCM. De plus, les commentaires des QCM viennent toujours de l'auteur.

III Le financement des Cahiers de FMC.

Q : Comment sont financés les Cahiers de FMC ?

R : Nous avons un programme de formation sur l'année. Nous avons des thèmes orphelins (=sans sponsor). Nous recherchons des sponsors sur le mode anglo-saxon ou nordique selon la règle de l'Unrestricted Educational Grant. Cela correspond à un sponsoring d'environnement qui sert la diffusion d'une information intéressante une firme pharmaceutique mais sans droit de regard marketing sur le contenu. Beaucoup de programmes d'enseignement fonctionnent comme cela aux Etats-Unis, au Canada, en Australie, en Suède. Cette notion n'a pas été simple à faire comprendre à l'industrie pharmaceutique et aux pouvoirs publics.

Actuellement, nous avons réussi à ce que cela soit financièrement équilibré avec des résultats satisfaisants sur l'audience

ANNEXE 4 : Le test d'autoévaluation des Cahiers de FMC du Quotidien du Médecin.

AUTOEVALUATION ET CORRIGÉS
La maladie hémorroïdaire

Les questions

1 La maladie hémorroïdaire :

- a est plus fréquente chez la femme ;
- b est souvent déclenchée par des troubles du transit ;
- c se manifeste différemment selon qu'elle intéresse le plexus hémorroïdaire externe ou interne.

2 Les manifestations de la maladie hémorroïdaire sont :

- a la douleur, qui est constante et dépend du volume des hémorroïdes ;
- b les thromboses, qui peuvent se compliquer d'embolie pulmonaire ;
- c les rectorragies, qui peuvent être responsables d'une anémie.

3 Le traitement médical de la maladie hémorroïdaire :

- a repose sur l'association d'anti-inflammatoires, de veinotoniques, de topiques locaux et d'antalgiques ;
- b est indiqué en cas de polythrombose hémorroïdaire interne extériorisée et œdémateuse ;
- c est indiqué quel que soit le stade de la maladie hémorroïdaire.

4 Parmi les propositions suivantes concernant la thrombose hémorroïdaire externe, lesquelles sont exactes ?

- a il s'agit de la seule manifestation du plexus hémorroïdaire externe ;
- b son traitement repose sur l'excision ;
- c son évolution spontanée peut se faire vers la nécrose, nécessitant alors une intervention d'urgence ;

5 La polythrombose hémorroïdaire interne extériorisée et œdémateuse :

- a est secondaire à la thrombose d'un prolapsus hémorroïdaire ;
- b est un accident fréquent chez la femme enceinte ;
- c ne requiert pas l'incision des thromboses ;
- d est une contre-indication à l'hémorroïdectomie.

6 Les rectorragies hémorroïdaires :

- a sont indolores ;
- b ne se compliquent jamais d'anémie ;
- c sont la seule manifestation des hémorroïdes externes ;
- d relèvent préférentiellement d'un traitement instrumental.

7 La sclérose hémorroïdaire :

- a est supérieure à la photocoagulation aux infrarouges ;
- b est une technique peu coûteuse ;
- c est surtout utilisée en cas de prolapsus hémorroïdaire ;
- d peut être utilisée avec précaution chez les sujets sous traitement anticoagulant.

8 La ligature élastique :

- a entraîne la chute du paquet hémorroïdaire par nécrose ;
- b peut se compliquer d'une hémorragie par chute d'escarre ;
- c est le traitement de choix du prolapsus hémorroïdaire apparaissant à l'effort ;
- d est contre-indiquée chez les patients sous traitement anticoagulant.

9 Parmi les propositions suivantes concernant l'hémorroïdectomie de type Bellan, lesquelles sont exactes ?

- a l'intervention est peu douloureuse ;
- b l'intervention consiste en une excision du tissu hémorroïdaire ;
- c la cicatrisation nécessite en moyenne six semaines ;
- d les récurrences sont rares.

10 L'anopexie de Longo :

- a consiste en l'exérèse d'une collerette circulaire de muqueuse rectale ;
- b est possible en cas d'association à une fissure anale ;
- c peut se compliquer de thromboses hémorroïdaires ;
- d a des suites peu douloureuses.

→ RÉPONSES AU VERSO

Corrigés

1 La maladie hémorroïdaire :
 b est souvent déclenchée par des troubles du transit ;

c se manifeste différemment selon qu'elle intéresse le plexus hémorroïdaire externe ou interne.

Les troubles du transit représentent le seul facteur déclenchant certain, avec les épisodes de la vie génitale chez la femme. La thrombose est, par ailleurs, la seule manifestation des hémorroïdes externes.

2 Les manifestations de la maladie hémorroïdaire sont :

c les rectorragies, qui peuvent être responsables d'une anémie.

3 Le traitement médical de la maladie hémorroïdaire :

a repose sur l'association d'anti-inflammatoires, de topiques locaux et d'antalgiques ;

b est indiqué en cas de polythrombose hémorroïdaire interne extériorisée et œdémateuse.

Le traitement médical n'est utile qu'en cas de polythrombose hémorroïdaire interne extériorisée et œdémateuse, dont c'est la seule indication. Il est sans intérêt en traitement de fond.

4 Parmi les propositions suivantes concernant la thrombose hémorroïdaire externe, lesquelles sont exactes ?

a il s'agit de la seule manifestation du plexus hémorroïdaire externe ;

b son traitement repose sur l'excision.

5 La polythrombose hémorroïdaire interne extériorisée et œdémateuse :

b est un accident fréquent chez la femme enceinte ;

c ne requiert pas l'incision des thromboses.

Le traitement de ce trouble est, d'ailleurs, plus délicat chez la femme enceinte, les AINS étant contre-indiqués ; il est possible de recourir à une corticothérapie orale de courte durée à forte dose. L'incision des thromboses est sans intérêt, car c'est

surtout l'œdème qui est responsable de l'intensité de la douleur.

6 Les rectorragies hémorroïdaires :

a sont indolores ;

d relèvent préférentiellement d'un traitement instrumental.

7 La sclérose hémorroïdaire :

b est une technique peu coûteuse ;

d peut être utilisée avec précaution chez les sujets sous traitement anticoagulant.

Cette technique est envisageable chez les sujets sous traitement anticoagulant, car le risque de rectorragies par chute d'escarre est exceptionnel.

8 La ligature élastique :

b peut se compliquer d'une hémorragie par chute d'escarre ;

c est le traitement de choix du prolapsus hémorroïdaire apparaissant à l'effort ;

d est contre-indiquée chez les patients sous traitement anticoagulant.

La contre-indication chez les patients sous traitement anticoagulant est liée au risque hémorragique.

9 Parmi les propositions suivantes concernant l'hémorroïdectomie de type Bellan, lesquelles sont exactes ?

b l'intervention consiste en une excision du tissu hémorroïdaire ;

c la cicatrisation nécessite en moyenne six semaines ;

d les récurrences sont rares.

Le temps requis pour la cicatrisation est lié au fait qu'il s'agit d'une hémorroïdectomie pédiculaire ouverte.

10 L'anopexie de Longo :

a consiste en l'exérèse d'une collerette circulaire de muqueuse rectale ;

c peut se compliquer de thromboses hémorroïdaires ;

d a des suites peu douloureuses.

ANNEXE 5.

ENTRETIEN avec le Docteur Leduc, directeur de publication du Concours Médical le 02.03.04.

Q : Quel est le nombre d'abonnés au Concours Médical et à La Revue du Praticien Médecine Générale ?

R : Ces deux revues comptent chacune 20000 abonnés payants.

Q : Comment sont choisis les sujets traités dans les revues ?

R : Les sujets traités répondent à un besoin.

Les suggestions de nos conseillers hospitalo-universitaires, l'actualité médicale, une demande émanant de notre rédactrice en chef ou de nos lecteurs peuvent nous inciter à traiter un sujet. Nous contactons alors des auteurs pour leur commander des articles.

Q : Un éditorial de Florence Maréchaux du 23 Février 2004 dans la Revue du Praticien Médecine Générale plaide pour une plus grande transparence : « le circuit qui va du clavier de l'auteur à la publication dans les colonnes du journal médical doit devenir plus transparent vis à vis du lecteur en montrant les différentes étapes que le manuscrit doit franchir avec succès » Quelles sont donc ces étapes ?

R : L'article commandé est lu par notre comité de lecture. Des demandes de corrections sont adressées à l'auteur. L'auteur apporte ses corrections à l'article et nous le retourne. C'est un système classique de publication avec contrôle de la qualité

Q : Y a t-il des recommandations particulières données aux auteurs ?

R : Oui. Le Concours Médical et la Revue du Praticien Médecine Générale adressent des recommandations particulières à leurs auteurs.
Vous les demanderez à nos rédactrices en chef.

Q : La Revue du Praticien Médecine Générale et Le Concours Médical faisaient déjà des tests de lecture dans les années 90. Pourquoi ont ils été arrêtés ?

R : Les tests de lecture de la Revue du Praticien Médecine Générale n'étaient pas très utilisés par ses lecteurs. Ils avaient la forme de cas-cliniques avec réponse par courrier.
Le Concours Médical n'appartenait pas à notre groupe à l'époque.

Q : Qui élabore les nouveaux tests de lecture ?

R : Chaque rédaction de revue (La Revue du Praticien Monographie, La Revue du Praticien Médecine Générale et Le Concours médical). Vous pourrez leur poser vos questions.

Q : Quelle est la « philosophie » de ces tests ?

R : Notre objectif principal, en réintroduisant aujourd'hui des tests de lecture, est de permettre au médecin qui les fait, d'attester de son effort de Formation Médicale Continue. C'est d'autant plus important qu'il y a maintenant une obligation administrative de prouver son effort de FMC.

Aujourd'hui, on le fait d'une manière simple et astucieuse par Internet.

Le principe de nos tests de lecture est le suivant : nous proposons une série de questions avec réponse VRAI-FAUX à partir du numéro de la semaine. Le lecteur découvre chaque semaine les questions dans le sommaire de la revue ou dans la newsletter de la revue. Ceci l'incite à lire et à se former. Il se rend sur notre site Internet et répond alors VRAI ou FAUX aux questions. La correction est instantanée. En cas de réponse erronée à une question, il doit cliquer sur l'article, le relire puis répondre à nouveau.

Tous les professionnels de santé inscrits sur notre site peuvent participer. En revanche, pour obtenir une attestation (appelée certificat de participation), il faut répondre correctement aux questions et être abonné à la revue.

Internet est donc un outil formidable de formation. Le test de lecture permet premièrement d'inciter à lire et à se former. Deuxièmement, il permet de vérifier que le lecteur a bien lu (validation de sa lecture). Troisièmement, il permet de prouver une mémorisation. Quatrièmement, il permet d'attester un effort de FMC.

Q : Quelle est la « philosophie » de cette attestation ?

R : Elle prouve un effort de FMC. Le décret de Novembre 2003 rappelle l'obligation administrative de se former. Le Ministre de la Santé Jean-François MATTEI nous a déclaré lors d'un entretien sur la FMC paru dans le Concours Médical du 25 Février 2004 que le médecin devait se former pour améliorer la qualité des soins. La possibilité de justifier son effort de FMC pourrait l'aider s'il devait passer devant une juridiction lors d'un litige avec un patient.

Ceci peut inciter les médecins à justifier leur FMC.

ANNEXE 6.

ENTRETIEN avec le Docteur Philippe Eveillard, responsable de la rubrique Internet de la Revue du Praticien Médecine Générale et concepteur des Tdl de la RDPMG et du CM le 02.03.04.

I Le test de lecture de la Revue du Praticien Médecine Générale.

Q : Comment vous est venue l'idée de faire un test de lecture ?

R : Philippe Leduc m'a demandé de préparer un projet de test de lecture. Je lui ai proposé deux versions : une version élémentaire de tests de lecture et une plus sophistiquée. Il a choisi la version la plus simple. C'est un produit d'appel pour intéresser les médecins et les encourager à aller sur notre site internet.

Q : Qu'entendez-vous par version sophistiquée ?

R : En fait, ce n'était pas vraiment un test de lecture. Le participant devait effectuer une recherche personnelle sur Internet pour répondre au test. L'enjeu pour le participant était d'apprendre à interroger Internet. Sur un sujet comme l'Hémochromatose, nous lui aurions demandé quel mot-clef et quels outils il utiliserait pour interroger Internet. De notre côté, nous lui aurions proposé une dizaine de mots-clefs et une dizaine d'outils. A la fin, un corrigé aurait donné le mot clef et l'outil adéquats pour la recherche.

Q : D'où vient le choix de poser trois groupes de trois questions sur trois articles différents ?

R : En général il y a trois documents de formation dans la revue. Il était logique de poser trois questions sur ces trois documents.

Q : Qui élabore les tests de lecture ?

R : Dans La Revue du Praticien Médecine Générale, les tests de lecture sont élaborés par la secrétaire de rédaction Caroline van den Broek qui est médecin. La rédactrice en chef du Concours Médical, Christine Pasquet élabore ceux du Concours Médical. Les tests sont élaborés localement chez nous et non par les auteurs.

Q : Quelles sont les critères et recommandations pour l'élaboration des questions des tests de lecture ?

R : Il n'existe aucune recommandation. Les questions du test de lecture sont posées par la secrétaire de rédaction de La Revue du Praticien Médecine Générale et la rédactrice en chef du Concours Médical. Ces médecins ont assuré le contrôle des textes.

Q : Existe-t-il un comité de relecture des questions du test de lecture ?

R : Non. L'objectif était de faire simple pour le lecteur et simple pour la rédaction (pas de surcharge de travail). C'est la raison pour laquelle ce ne sont pas les auteurs qui proposent leurs questions. C'est aussi la raison pour laquelle c'est le praticien qui a suivi le cheminement des articles qui pose les questions du test de lecture.

II Le cheminement d'un article de la Revue du Praticien Médecine Générale.

Q : Quel est le cheminement d'un article de la Revue du Praticien Médecine Générale?

R : C'est le couple secrétaire de rédaction-rédacteur en chef qui suit le document depuis sa réception. Son rôle est de lire le document, de le transmettre au comité de lecture, puis de tenir compte des observations du comité de lecture, de corriger (intervention sur la lisibilité et non sur le contenu). Le tout est renvoyé à l'auteur (le premier auteur dans le cas d'une équipe) avec les remarques du comité de lecture. L'auteur va tenir compte des remarques du comité de lecture sur le fond du document (la rédaction intervient simplement sur la forme). L'auteur renvoie le tout à la rédaction. La secrétaire de rédaction et le rédacteur en chef vont faire une dernière lecture du texte corrigé pour vérifier la prise en compte des remarques et les corrections effectuées par l'auteur. Le texte mis en page par la maquette (document final prêt à être imprimé) est soumis à l'auteur pour délivrance de son bon à tirer. Il faut noter que l'auteur peut à tout moment bloquer le processus. Le couple secrétaire de rédaction-rédacteur en chef a suivi le cheminement de l'article de bout en bout.

Q : Quel type de recommandations donnez-vous aux auteurs ?

R : Nos recommandations aux auteurs sont classiques : les références doivent être appelées dans le texte et écrites de telle façon et selon tel critère. Nous ne donnons pas d'indications impératives de longueur. Nous ne donnons pas d'indications sur le fond.

Q : Quel est le pourcentage d'articles refusés ?

R : Je n'en ai aucune idée.

Q : Quel est le rôle du comité de rédaction scientifique ?

R : Le comité de rédaction scientifique se réunit régulièrement toutes les semaines pour décider de la ligne éditoriale générale de la revue. Au sein de ce comité de rédaction, certains membres participent au comité de lecture.

Q : Quel est le rôle du comité de lecture ?

R : Le comité de lecture intervient sur le fond de l'article (vérification de la validité des informations). Il prend connaissance de tous les articles.

Il y a cinq médecins hospitaliers et cinq médecins généralistes appartenant au comité éditorial des généralistes. Les noms des médecins du Comité de lecture et du Comité éditorial des généralistes sont dans « l'ours » de la revue (présentation de la rédaction).

Q : L'ensemble du comité de lecture est-il toujours mobilisé ?

R : Je pense qu'en général deux experts et deux médecins généralistes avec des connaissances sur le sujet examinent chaque article.

Q : Quel est le travail des secrétaires de rédaction ?

R : Il est de réviser *la forme*. Les secrétaires de rédaction sont des journalistes médecins qui récupèrent les documents et en améliorent la lisibilité. Elles ne modifient pas le fond. Le travail sur la forme est fait par la secrétaire de direction. La rédactrice en chef relit en dernier lieu l'article.

Q : Quelle est la fonction des rédacteurs réviseurs ?

R : Ils corrigent les fautes d'orthographe. Ils travaillent avec des dictionnaires. Ils ne sont pas médecins.

Q : Quels sont les intervenants dans l'élaboration d'un article ?

R : Une dizaine de personnes vont être mobilisées : deux secrétaires, deux médecins (la secrétaire de rédaction et la rédactrice en chef), deux médecins généralistes plus un hospitalier (comité de lecture), un maquettiste et deux rédacteurs réviseurs (les correcteurs selon notre terminologie : le second vérifie le travail du premier).

Q : L'appartenance de La Revue du Praticien et du Concours Médical à un même groupe peut-elle entraîner un problème de conflits d'intérêts ? Ressentez-vous une influence de l'industrie pharmaceutique ?

R : Non. L'indépendance est totale.

Les actions à caractère publicitaire sont faites au niveau du développement. Nous avons des fascicules pour l'industrie faits par d'autres équipes. Dans ce cas précis, le soutien financier du laboratoire est explicité. Ces fascicules ne sont pas routés avec la Revue du Praticien Médecine Générale. Ils sont distribués par la visite médicale.

LA REVUE DU PRATICIEN

MÉDECINE GÉNÉRALE

N° 641

février 2004

ÉDITORIAL

Alcool : repérer les consommateurs à risque p. 181
par Jean-Pierre Aubert

POINTS FORTS DE L'ACTUALITÉ
par Jean-Yves Nau p. 182

FORMATION

■ En pratique

Hypertension portale et varices
œsophagiennes p. 185
par Éric Vuillemin, Frédéric Oberti, Paul Calès

Infections sexuellement transmissibles
ano-rectales : en recrudescence p. 187
par Xavier Treton, Thierry Puy-Montbrun

L'ictus amnésique : une entité neurologique
particulière p. 191
par Anne Le Gagne et Laurent Verley

Aspergillus : sa présence n'est pas synonyme
de maladie p. 195
par Isabelle Tillie-Leblond, Yann Lefetz

Carnet de santé : comment respecter
les intérêts de l'enfant ? p. 199
par Catherine Dollfus

TEST DE LECTURE

● Article analysé : Les infections sexuellement transmissibles (IST) ano-rectales

Question 1 : Les IST ano-rectales sont en diminution.

Question 2 : Les polycontaminations sont fréquentes.

Question 3 : L'incidence du carcinome épidermoïde de l'anus est en nette augmentation.

● Article analysé : L'ictus amnésique

Question 4 : Il survient chez un sujet de plus de 50 ans.

Question 5 : Le diagnostic d'ictus amnésique nécessite des examens complémentaires.

Question 6 : C'est un déficit mnésique brutal, de durée limitée.

● Article analysé : L'Aspergillus

Question 7 : Un résultat positif de culture aspergillaire sur un produit d'expectoration suffit à mettre en route un traitement.

Question 8 : Pour qu'il devienne pathogène, il faut un terrain particulier.

Question 9 : Ubiquitaire dans notre environnement, son éviction est indispensable à tout traitement.

RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

■ Étude originale

Repérage précoce du risque alcool : savoir faire « FACE » p. 2

par Sonia Arfaoui, Anne-Violaine Dewost, Gérald Demortiere, Julie Abesdris, Francis Abramovici, Philippe Michaud

FORUM RÉSIDENT

Des **aides** à l'installation, dès la 1^{re} année du 3^e cycle de médecine générale p.

par Florence Maréchaux

ARRÊT SUR IMAGE

Une intoxication opaque p.

par Mohamed Hachelaf, Géraldine Gevrey, Jean-Marc Labourey, Gilles Capellier

ACTUALITÉ PHARMACEUTIQUE

PRESSE

INTERNET

L'**actualité** médicale dans les **agences sanitaires** et... ailleurs p.

par Philippe Eveillard

SENTINELLES

CHRONIQUE

La **globalisation** contre la **diversité** du monde p.
par Franck Nouchi

Crédit photo de la couverture: Michaels/Gettyimages

VRAI OU FAUX ?

ANNEXE 8.

ENTRETIEN avec le Docteur Pasquet, rédactrice en chef du Concours Médical le 02.04.04.

Q : Nous sommes dans un contexte de démarche qualité. Comment se situe une revue de la notoriété du Concours Médical sur le plan de la qualité scientifique de l'information et de l'indépendance ?

R : Les articles de fond du Concours Médical sont totalement indépendants. Les experts qui les écrivent sont toujours tenus de donner des références à leurs affirmations et de donner les dernières acquisitions des connaissances selon les articles publiés antérieurement. Tous les articles sont relus par un comité de lecture. Le comité de lecture demande presque toujours des rectifications, des précisions à l'auteur qui modifie son article lui-même et nous le renvoie. Les articles les plus importants du Concours Médical répondent toujours à ce circuit. Il s'écoule généralement six mois à un an entre le moment où l'article est écrit et le moment où il est publié. Ceci correspond à la partie « Formation » du Concours Médical.

Il existe également une partie « Consultations » qui est constituée de questions-réponses avec des avis d'experts référencés quand cela est possible.

Voici donc les deux piliers de la Formation publiés dans le Concours Médical. Il y a une coexistence de rubriques socio-professionnelles et juridiques. C'est la spécificité du Concours Médical.

Quel est le rôle de l'industrie dans tout cela ?

Nous avons de la publicité comme dans tous les journaux. Nous avons une rubrique « Médicaments » qui est constituée de conférences de presse des laboratoires identifiées comme telles. Ceci est bien explicite : les textes sont signés par les laboratoires et sont identifiés comme faisant la promotion de leurs produits. **Nous n'avons pas d'articles sponsorisés par l'industrie sans le dire.** Tout est transparent, nous sommes totalement indépendants. D'ailleurs nous avons eu souvent des désaccords avec les laboratoires.

Q : Combien avez-vous d'abonnés ?

R : 20000 déclarés par le Concours Médical. Nous avons comme lecteurs des médecins généralistes, des médecins spécialistes, des médecins hospitaliers, des médecins du travail, des médecins retraités, des institutions, des médecins de PMI, des médecins conseils de la Sécurité Sociale.

Q : Dans son éditorial du 23.02.04 dans la Revue du Praticien Médecine Générale, Florence Maréchaux plaide pour une plus grande transparence : « le circuit qui va du clavier de l'auteur à la publication dans les colonnes du journal médical doit devenir plus transparent vis à vis du lecteur en montrant les différentes étapes que le manuscrit doit franchir avec succès. »
J'aimerais savoir comment sont choisis les sujets traités par le Concours Médical?

R : 90 % des sujets sont commandés par moi-même. Je choisis les sujets et les auteurs. Parfois je demande l'avis de tel ou tel expert du comité scientifique pour le choix des auteurs. A sa réception, l'article est envoyé au comité de lecture. Il émet des remarques. L'article est renvoyé à son auteur pour corrections. C'est exceptionnel qu'il refuse de faire les modifications demandées. L'article est ensuite publié. C'est simple.

Nous avons un **comité de rédaction** qui se réunit une fois par semaine.

Q : Vous choisissez seule les sujets ?

R : Non **je choisis avec le comité de rédaction**. Nous faisons de la prospective comme dans tous les journaux. Le comité de rédaction est constitué du rédacteur en chef, du rédacteur en chef adjoint et des rédacteurs. Ce sont des gens travaillant ici en permanence qui fixent la politique éditoriale.

Q : Comment choisissez vous précisément les sujets ?

R : Je choisis les sujets de manière à pouvoir traiter les sujets les plus courants à peu près tous les 3-5 ans. Ceci dépend bien sûr des publications et des progrès médicaux. C'est l'occasion de refaire une mise au point sur un sujet, une maladie.

Q : C'est en gros la même organisation que la Revue du Praticien Médecine Générale ?

R : Je ne sais pas comment ils sont organisés. C'est un petit peu différent car je pense qu'ils ont une révision interne chez eux. Dans leur comité de rédaction, ils ont des spécialistes hospitaliers et un ou deux généralistes. Et ce sont eux qui font la relecture. En ce qui me concerne, je recherche des gens particulièrement spécialistes de la question : notre comité de lecture est mouvant même s'il existe une base. Sur des sujets très pointus, j'élargis le comité de lecture. J'ai un autre souci, je privilégie la validation du fond plutôt que celle de la forme. La Revue du Praticien Médecine Générale veut s'adresser quasi uniquement à des médecins généralistes et s'intéressent aussi à la manière dont les choses sont présentées. La Revue du Praticien s'oriente sur les soins primaires alors que nous sommes plus dans une logique de réseau car nous nous adressons à la fois à des généralistes et à des spécialistes.

Q : Vous prenez contact ensuite avec les auteurs. Comment faites-vous ? Avez-vous un fichier d'auteurs ?

R : *Ce n'est pas facile* car il faut trouver des gens qui savent écrire, qui peuvent écrire (donc disponibles) et qui sont particulièrement intéressés par le problème avec l'expérience concrète du traitement de ces affections. Je recherche des auteurs de référence. Ce n'est pas toujours facile. Je dois parfois contacter plusieurs auteurs car ils sont très occupés. Je change très souvent d'auteurs Je veux diversifier les expériences et les réflexions.

Q : Donnez-vous des recommandations particulières ?

R : Oui. On pourra vous les donner si vous voulez. Les recommandations sont adressées avec la commande. Ce sont surtout des recommandations sur la forme. J'insiste particulièrement sur l'iconographie scientifique, les schémas et les tableaux car je pense qu'ils apportent des informations importantes.

Q : Quel est le pourcentage d'articles refusés ?

R : Pour vous donner un ordre d'idées, nous publions une quinzaine d'articles de fond par mois soit 150 sur 10 mois.

Beaucoup de gens ont envie de publier dans le Concours Médical. Je refuse un certain nombre d'articles spontanés et un certain nombre d'articles commandés. Le nombre des articles commandés refusés est de trois à quatre par an

Les articles spontanés représentent seulement 10 % des articles publiés dans l'année. Les articles spontanés suivent la même procédure que les autres. Je refuse d'emblée ceux qui sont mal faits. Le comité de lecture refuse ceux qui nécessitent trop de modifications.

Le pourcentage d'articles non modifiés refusés (en raison de corrections refusées par l'auteur) est à peu près le même.

Q : Comment fonctionne le comité de lecture ?

R : C'est variable. Un certain nombre d'experts (« conseillers dans l'Ours de la revue ») participent au comité de lecture et sont sollicités comme relecteurs. Ils constituent un pool de relecteurs. Parfois, en fonction du thème, j'envoie l'article à un relecteur précis car je veux avoir son avis particulier.

Q : Comment est fait le choix des relecteurs (« les conseillers ») ?

R : Je sélectionne mes relecteurs en cherchant la personne qui a un point de vue pertinent sur la question. C'est compliqué car il faut être toujours à l'affût. Les conseillers sont assez mouvants. Certains conseillers changent d'orientation professionnelle ou partent à la retraite... De préférence, je choisis des conseillers en exercice.

Q : Combien de conseillers sollicitez-vous pour un article ?

R : En général un, parfois deux. Je sollicite deux conseillers, soit parce que la première critique est très sévère (un deuxième avis est nécessaire); soit parce que le sujet est à la frontière de plusieurs spécialités et nécessite donc plusieurs avis.

Q : Notez-vous vos relecteurs en fonction de la qualité de leur relecture ?

R : Je ne donne pas de note. Mais je sais à quels auteurs et à quels conseillers je ne ferai plus appel.

Q : Laissez-vous la possibilité à vos auteurs de faire appel à des collaborateurs pour écrire les articles ?

R : Certains auteurs écrivent seuls. Quelques uns délèguent l'écriture et retravaillent l'article ensuite (cas de certains chefs de service hospitalier sollicités qui délèguent à leur assistant).

Q : Quels sont les délais que vous vous donnez ?

R : Je m'organise pour avoir un pool d'articles qui fonctionne entre 4 à 6 mois. Je donne un délai aux auteurs de trois mois en général pour l'écriture (délai peu respecté) mais il est négociable. Dans la lettre de commande, je demande aux auteurs de préciser si le délai leur convient.

Q : Après l'examen de l'article par le comité de lecture, que devient l'article ?

R : J'adresse une lettre à l'auteur pour demander les corrections. L'auteur apporte ses corrections et me retourne son article. Je m'assure que les corrections ont été apportées à l'article et que toutes les demandes de précisions et d'actualisation ont été faites. Puis l'article part dans le circuit de fabrication. Une fois les corrections de style apportées par les correcteurs réviseurs, on renvoie l'article pour le « bon à tirer » à l'auteur. L'auteur signe le bon à tirer puis l'article part à la maquette.

Q : Quel est le rôle du comité éditorial ?

R : Le comité éditorial est composé de professeurs hospitaliers que nous réunissons régulièrement pour discuter des grandes orientations de la revue (au moins une fois par an). C'est une aide à l'orientation des articles dans chaque spécialité. C'est un complément au comité de rédaction hebdomadaire et aux conseillers scientifiques. C'est une source supplémentaire de connaissances du milieu médical et des tendances de l'évolution de la médecine et des spécialités (techniques médicales...).

Q : Comment sont choisis les membres du comité éditorial ?

R : Nous les choisissons parmi des membres éminents de chaque spécialité. Nous leur demandons s'ils veulent faire partie de notre comité éditorial. Depuis le changement de direction, nous avons renouvelé entièrement le comité éditorial. J'ai contacté des personnes que je connaissais personnellement ou de réputation. J'ai pensé que leur image ne pouvait qu'améliorer celle du Concours Médical et inversement. Ils sont censés lire le Concours Médical et nous faire des remarques quand quelque chose ne va pas.

II Les tests de lecture.

Q : Comment vous est venue l'idée de faire des tests de lecture ?

R : Les tests de lecture sont très anciens. Nous en faisons auparavant sous forme de QCM (à l'époque beaucoup d'examens se faisaient sous forme de QCM). Je n'aime pas du tout cette forme de raisonnement. En effet, je pense que l'idée est beaucoup plus de piéger l'étudiant finalement que de contrôler ses connaissances. Lorsque nous avons emménagé ainsi, nous avons commencé à réfléchir à une autre forme de tests. Entre temps la forme des examens a beaucoup évolué. Nous nous sommes remis aux tests de lecture pour laisser la possibilité à nos lecteurs de s'autoévaluer.

Q : Quelle est la « philosophie » des nouveaux tests de lecture ?

R : Le premier objectif est de permettre au médecin de s'évaluer sur un sujet donné. C'est pour cela qu'on les a mis en tête du journal. Si les gens ne savent pas répondre, c'est une incitation supplémentaire à la lecture car les gens se rendent compte qu'ils ont des lacunes dans ce domaine.

Le second point clef est de fournir aux lecteurs **une preuve de formation par ces tests de lecture**, une certification. Et cette certification n'est délivrée que s'ils ont répondu de manière exacte (en cas d'erreur, ils doivent relire l'article et répondre de nouveau à la question). On ne leur donne pas de certificat de participation sur la base de réponses fausses.

Q : Comment se déroule le processus d'élaboration ? Est-ce vous qui rédigez les questions ?

R : Oui.

Q : Comment rédigez vous les questions ?

R : L'idée est de mettre le doigt sur ce qu'il y a de plus important dans un article (données les plus récentes, révisions basiques primordiales et rappels de mémoire).

Q : Existe t-il des recommandations sur l'élaboration du test de lecture ?

R : Non. Je m'occupe seule de ces tests.

Q : Existe t-il un système de relecture des tests de lecture ?

R : Non. J'ai suivi l'élaboration des articles de bout en bout. Je précise quand même que je suis Interniste, que je travaille toujours à l'Hôpital où j'ai une consultation par semaine et que j'ai été généraliste installée pendant douze ans. J'ai une expérience de la pratique. Mon point de vue n'est pas uniquement livresque.

Q : Avez-vous mené des travaux sur l'impact de ces tests de lecture ?

R : Pour l'instant, nous tenons une comptabilisation du nombre de gens à s'être connecté aux tests de lecture sur Internet (avec leurs noms). 500 tests environ ont été comptabilisés depuis le retour des tests de lecture (depuis un mois et demi).

Nous commencerons par estimer le nombre de médecins ayant fait ces tests (est-ce que ce sont toujours les mêmes ?) On évaluera ensuite la manière dont ils répondent et leur nombre d'erreurs.

Pour une évaluation plus fine, il faudra les interroger directement. Nous pourrions envisager d'interroger les 10 médecins qui ont fait le plus de tests et leur demander leur opinion. L'outil Internet pour cela est extrêmement intéressant.

Autre possibilité, faire un questionnaire dans le Concours Médical qui s'adresserait à tous les médecins qui lisent les tests (et non pas forcément ceux qui les font car le système de certification est réservé à nos abonnés).

ANNEXE 9

LE CONCOURS MEDICAL

Conseillers

Dr P. Barjol,
Dr M. Baumgarth,
Pr C. Berthel,
Pr M.A. Bigard,
Pr M. Biéry,
Pr P. Bordure,
Dr T. Bourcier,
Pr F. Bricout,
Pr C. Buffet,
Dr E. Caumes,
Pr J.P. Clauvel,
Pr P. Colombeau,
Dr R. Dairou,
Dr C. de Gennes,
Pr P. Delaveau,
Dr M. Deveaux,
Dr A. Doucet,
Pr F. Dreyfus,
Pr M. Dreyfus,
Pr L. Drouet,
Dr M. Ducreux,
Dr R. Garnier,
Dr M. Gerson,
Dr C. Goujou,
Dr S. Gromb,
Pr P. Hartemann,
Dr C. Jamin,
Dr P. Jeambrom,
Dr H. Johanel,
Dr P. Langrand,
Dr J.P. Lemerle,
Pr J.M. Le Parc,
Pr C. Lepout,
Dr P. Le Touzé,
Pr D. Mellière,
Dr V. Mitz,
Dr F. Moutou,
Dr C. Nihoul-Fékété,
Dr F. Nourhashémi,
Dr H. Ouvrard,
Pr J.C. Paireau,
Dr L. Paris,
Dr P. Parneix,
Dr M. Pennecou,
Dr C. Piat,
Dr P. Priollet,
Dr E. Robert,
Dr M. Samama,
Dr E. Tonaty,
Pr G. Turpin,
Pr P. Van Es,
Pr J.L. Vildé,
Pr Von Théobald,
Dr P. Wullaert

Fabrication

Agnel Dheilly,
Laura Fendlington

Rédac. chef technique

Eric Tardivel

Directeur

du marketing
Alain Provenchère

Promotion- Abonnements

Caroline Lefort

Congrès

Lily-Claude Levasseur
(6897)

Directrice

commerciale
Catherine Le Menageze
(6915)

Directrice de la publicité

Frédérique Ronteix (6945)

Directrice de clientèle

Valérie Texier (6827)

Chef de publicité

Florence Ginestet (6855)

Responsable

gestion et trafic
Brigitte Schifano (6858)

Revue indexée dans la
base Pascal (INIST-CNRS)

DOSSIER

Journées francophones de pathologie digestive

Gastro-entérologie. Marc André Bigard.
Foie, voies biliaires, pancréas. Catherine Buffet.
Cancérologie. Michel Ducreux.
Chirurgie digestive. Yves Panis

1199

Fièvres récurrentes héréditaires

Gilles Grateau

1207

Diagnostic. Jusqu'au bout des ongles

Kamel Bouslama, Salwa Hamzaoui, Samia Goucha, Maya Abdallah, Amel ben Osman, Mohamed ben Dridi. Cette érythrodermie croûteuse n'épargne aucun territoire. Qu'est-ce ?

1213

Actualités de l'Internet médical

Philippe Eveillard

1215

Médicaments

1216

PROFESSION

L'hôpital cher au cœur des Français

Pierre-Yves Poindron

1219

En débat. Greffes d'organes : pour une révision de la réglementation

1221

Évaluer les programmes d'éducation à la santé

Didier Castiel

1222

JURIDIQUE

Affaire Distilbène : vers l'indemnisation des victimes ?

Soliman Le Bigot, Peggy Grivel

1226

Consultations

1228

Annonces et carrières

1229

Il y a un siècle dans le Concours

1231

TEST DE LECTURE

Douleur de l'enfant

• Les échelles d'autoévaluation peuvent être utilisées à partir de l'âge de 3 ans.

Oui Non

• Dès l'âge de 5 ans, l'enfant est capable de dessiner le siège de sa douleur sur un schéma du corps humain.

Oui Non

• Le grand calme d'un enfant est toujours un bon signe d'absence de douleurs.

Oui Non

Fièvres récurrentes héréditaires

• Elles débutent le plus souvent avant 5 ans ou à l'adolescence.

Oui Non

• Le tropisme pour les séreuses est la caractéristique principale de l'accès de la fièvre méditerranéenne familiale.

Oui Non

• Il existe depuis peu une possibilité de diagnostic génétique.

Oui Non

Trisomie 21

• La fille et le garçon sont tous deux fertiles, ce qui pose de difficiles problèmes de contraception.

Oui Non

• La cataracte, quasi constante, doit être opérée très tôt.

Oui Non

• Les séminomes et les lymphomes sont particulièrement fréquents.

Oui Non

Pour réaliser ce test et obtenir votre certificat-test de lecture, connectez-vous sur le site : 33docpro.com

ANNEXE 10 : Les critères de l'ACCME



THE ACCME'S ESSENTIAL AREAS AND THEIR ELEMENTS

The ACCME recognizes that the professional responsibility of physicians requires continuous learning throughout their careers, appropriate to the individual physician's needs. The ACCME also recognizes that physicians are responsible for choosing their CME activities in accordance with their perceived and documented needs, individual learning styles, and practice setting requirements and for evaluating their own learning achievements. The Essential Areas and policies¹, therefore, are designed to encourage providers to consider the needs and interests of potential physician participants in planning their CME activities and to encourage the physicians to assume active roles in the planning process.

In the Essential Areas and policies, the ACCME has identified certain elements of structure, method, and organization that contribute to the development of effective continuing medical education. The Essential Areas and policies are the practices that a provider must implement for accreditation.

ESSENTIAL AREA 1: PURPOSE AND MISSION

The provider must,

Elements	1.1	Have a written statement of its CME mission, which includes the CME purpose, content areas, target audience, type of activities provided, and expected results of the program.
	1.2	Demonstrate how the CME mission is congruent with and supported by the mission of the parent organization, if a parent organization exists.

ESSENTIAL AREA 2: EDUCATIONAL PLANNING AND EVALUATION

The provider must,

Elements	2.1	Use a planning process(es) that links identified educational needs with a desired result in its provision of all CME activities.
	2.2	Use needs assessment data to plan CME activities.
	2.3	Communicate the purpose or objectives of the activity so the learner is informed before participating in the activity.
	2.4	Evaluate the effectiveness of its CME activities in meeting identified educational needs.
	2.5	Evaluate the effectiveness of its overall CME program and make improvements to the program.

¹ Accreditation policies have been compiled in a compendium for ease of reference by providers. Please see ACCME's *Accreditation Policy Compendium*.

ESSENTIAL AREA 3: ADMINISTRATION

The provider must,

Elements	3.1	Have an organizational framework for the CME unit that provides the necessary resources to support its mission including support by the parent organization, if a parent organization exists
	3.2	Operate the business and management policies and procedures of its CME program (as they relate to human resources, financial affairs and legal obligations), so that its obligations and commitments are met.
	3.3	Present CME activities in compliance with the ACCME's policies for <i>disclosure and commercial support</i> . (see full text attached)

ANNEXE 11

STANDARDS FOR COMMERCIAL SUPPORT OF CONTINUING MEDICAL EDUCATION

PREAMBLE

The purpose of continuing medical education (CME) is to enhance the physician's ability to care for patients. It is the responsibility of the accredited provider of a CME activity to assure that the activity is designed primarily for that purpose.

Accredited providers often receive financial and other support from non-accredited commercial organizations. Such support can contribute significantly to the quality of CME activities. The purpose of these Standards is to describe appropriate behavior of accredited providers in planning, designing, implementing, and evaluating certified CME activities for which commercial support is received.

STANDARDS

1. GENERAL RESPONSIBILITIES OF ACCREDITED PROVIDERS

Accredited providers are responsible for the content, quality and scientific integrity of all CME activities certified for credit. Identification of continuing medical education needs, determination of educational objectives, and selection of content, faculty, educational methods and materials is the responsibility of the accredited provider. Similarly, evaluation must be designed and performed by the accredited provider.

a. *Basic Design Requirements for CME Activities*

In designing educational activities, the accredited provider must assure that the activities have the following characteristics: They must be free of commercial bias for or against any product; If the activities are concerned with commercial products, they must present objective information about those products, based on scientific methods generally accepted in the medical community.

b. *Independence of Accredited Providers*

The design and production of educational activities shall be the ultimate responsibility of the accredited provider. Commercial supporters of such activities shall not control the planning, content or execution of the activity. To assure compliance with this standard, the following requirements must be adhered to.

(1) *Assistance with Preparation of Educational Materials*

The content of slides and reference materials must remain the ultimate responsibility of the faculty selected by the accredited provider. A commercial supporter may be asked to help with the preparation of conference related educational materials, but these materials shall not, by their content or format, advance the specific proprietary interests of the commercial supporter.

(2) *Assistance with Educational Planning*

An accredited provider may obtain information that will assist in planning and producing an educational activity from any outside source whether commercial or not. However, acceptance by an accredited provider of advice or services concerning speakers, invitees or other educational matters, including content, shall not be among the conditions of providing support by a commercial organization.

(3) *Marketing CME Activities*

Only the accredited provider may authorize a commercial supporter to disseminate information about a CME activity to the medical community. However, the content of

such information is the responsibility of the accredited provider, and any such information must identify the educational activity as produced by the accredited provider.

(4) *Activities Repeated Many Times*

Accredited providers that offer commercially supported educational activities that repeat essentially the same information each time they are given, must demonstrate that every iteration of that activity meets all of the Essential Areas.

(5) *Educational Activities or Materials Prepared by Proprietary Entities*

When accredited providers offer educational activities consisting of concepts or materials prepared by proprietary entities, such activities must adhere to the Essential Areas in all respects, especially with regard to the provisions concerning the independence of the accredited provider in planning, designing, delivering, and evaluating such activities.

2. ENDURING MATERIALS

The accredited provider is responsible for the quality, content, and use of enduring materials for purposes of CME credit.

3. IDENTIFYING PRODUCTS, REPORTING ON RESEARCH, AND DISCUSSING UNLABELED USES OF PRODUCTS

a. *Generic and Trade Names*

Presentations must give a balanced view of therapeutic options. Faculty use of generic names will contribute to this impartiality. If trade names are used, those of several companies should be used rather than only that of a single supporting company.

b. *Reporting Scientific Research*

Objective rigorous, scientific research conducted by commercial companies is an essential part of the process of developing new pharmaceutical or other medical products or devices. It is desirable that direct reports of such research be communicated to the medical community. An offer by a commercial entity to provide a presentation reporting the results of scientific research shall be accompanied by a detailed outline of the presentation which shall be used by the accredited provider to confirm the scientific objectivity of the presentation. Such information must conform to the generally accepted standards of experimental design, data collection and analysis.

c. *Unlabeled Uses of Products*

When an unlabeled use of a commercial product, or an investigational use not yet approved for any purpose is discussed during an educational activity, the accredited provider shall require the speaker to disclose that the product is not labeled for the use under discussion or that the product is still investigational.

4. EXHIBITS AND OTHER COMMERCIAL ACTIVITIES

a. *Exhibits*

When commercial exhibits are part of the overall program, arrangements for these should not influence planning or interfere with the presentation of CME activities. Exhibit placement should not be a condition of support for a CME activity.

b. *Commercial Activities During Educational Activities*

No commercial promotional materials shall be displayed or distributed in the same room immediately before, during, or immediately after an educational activity certified for credit.

c. *Commercial Supporters at Educational Activities*

Representatives of commercial supporters may attend an educational activity, but may not engage in sales activities while in the room where the activity takes place.

5. MANAGEMENT OF FUNDS FROM COMMERCIAL SOURCES

a. Independence of the Accredited Provider in the Use of Contributed Funds

The ultimate decision regarding funding arrangements for CME activities must be the responsibility of the accredited provider. Funds from a commercial source should be in the form of an educational grant made payable to the accredited provider for the support of programming. The terms, conditions and purposes of such grants must be documented by a signed agreement between the commercial supporter and the accredited provider. All support associated with a CME activity, whether in the form of an educational grant or not, must be given with the full knowledge and approval of the accredited provider. No other funds from a commercial source shall be paid to the director of the activity, faculty, or others involved with the supported activity.

b. Payments to Faculty

Payment of reasonable honoraria and reimbursement of out-of-pocket expenses for faculty is customary and proper.

c. Acknowledgment of Commercial Support

Commercial support must be acknowledged in printed announcements and brochures, however, reference must not be made to specific products.

d. Accountability for Commercial Support

Following the CME activity, upon request, the accredited provider should be prepared to report to each commercial supporter, and other relevant parties, information concerning the expenditure of funds each has provided. Likewise, each commercial supporter should report to the accredited provider information concerning their expenditures in support of the activity.

6. COMMERCIALLY SUPPORTED SOCIAL EVENTS

Commercially supported social events at CME activities should not compete with, nor take precedence over the educational events.

7. POLICY ON DISCLOSURE OF FACULTY AND PROVIDER RELATIONSHIPS

a. Disclosure Policy for All CME Activities

An accredited provider shall have a policy requiring disclosure of the existence of any significant financial interest or other relationship a faculty member or the provider has with the manufacturer(s) of any commercial product(s) discussed in an educational presentation. All certified CME activities shall conform to this policy.

b. Disclosure in Conference Materials

CME faculty or provider relationships with commercial supporters shall be disclosed to participants prior to educational activities in brief statements in conference materials such as brochures, syllabi, exhibits, poster sessions, and also in post-meeting publications.

c. Disclosure for Regularly Scheduled Activities

In the case of regularly scheduled events, such as grand rounds, disclosure shall be made by the moderator of the activity after consultation with the faculty member or a representative of the supporter. Written documentation that disclosure information was given to participants shall be entered in the file for that activity.

8. FINANCIAL SUPPORT FOR PARTICIPANTS IN EDUCATIONAL ACTIVITIES

a. Expenses of Non-Faculty Attendees

In connection with an educational activity offered by an accredited provider, the provider may not use funds originating from a commercial source to pay travel, lodging, registration fees, honoraria, or personal expenses for non-faculty attendees. Subsidies for hospitality should not be provided outside of modest meals or social events that are held as part of the activity.

ANNEXE 12 : Les recommandations aux auteurs de la RDPMG.

LA REVUE DU PRATICIEN - MÉDECINE GÉNÉRALE

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

Afin de pouvoir publier votre article, nous vous serions reconnaissants de tenir compte des exigences rédactionnelles suivantes :

Les articles doivent être adressés sur papier et sur disquette (ou par courriel : rdpmg@jbbsante.fr) accompagnés de la bibliographie et de l'iconographie, et ne doivent pas dépasser 6 pages dactylographiées (double interligne). Les pages sont dûment numérotées. Les articles doivent être présentés le plus simplement possible, en limitant les effets de mise en pages.

* **Encadré**

Prévoir un petit encadré intitulé « *En pratique en médecine générale* » reprenant l'essentiel des informations directement utiles pour la pratique du médecin généraliste (au maximum 5 points, ne dépassant pas 10 à 12 lignes).

* **Bibliographie**

L'article comporte une bibliographie contenant au maximum 8 à 10 références, présentées selon les normes de Vancouver :

– Article de périodique :

Mostefa Kare M, Blin D, Langlet F, Mouly A, Montiers JR. Remplacement valvulaire mitral par bioprothèse chez l'enfant. Arch Mal Coeur 1984 ; 77 : 161-6.

– Livre :

Melki JP, Havasse D, Riché MC, Chaufour J, Merland IL L'angiographie numérisée. Techniques - Indications. Paris : Vigot, 1985 : 251 pp.

– Contribution à un livre ou une publication séparée :

Escat J, Fourtanier G. Traitement chirurgical. In: Pascal JC, Colin R (eds). Les hémorragies digestives hautes. Paris: Masson, 1981 : 548.

Jusqu'à 6 auteurs, les citer tous. Lorsqu'il y en a plus de 6, citer les 3 premiers et ajouter " *et al.* ". **Les références bibliographiques doivent être appelées dans le texte par ordre d'apparition (et non par ordre alphabétique).**

Les bibliographies globales ("on trouvera un utile complément de lecture dans les articles qui suivent") ne sont pas acceptées.

* **Iconographie**

L'illustration (couleur de préférence), les schémas, les tableaux sont les bienvenus afin de faciliter la lecture et la compréhension de l'article.

Les figures et tableaux, 4 à 6 au maximum, doivent être appelés dans le texte.

1. Les figures sont identifiées au verso, de préférence au crayon, par le nom du premier auteur et le numéro de la figure en chiffre arabe.

– Spécifier le haut et le bas de la figure et, dans certains cas, les côtés gauche et droit.

– La légende des figures doit être aussi concise que possible.

2. Chaque tableau est dactylographié sur une feuille séparée et numéroté en chiffres romains.

– Lui donner un titre bref.

– Eviter les abréviations dans les tableaux. Si cela n'est pas possible, les définir en bas du tableau dans l'ordre alphabétique.

3. Les schémas sont fournis si possible utilisables directement.

4. Quand il s'agit de radiographies ou d'échographies, préciser par une flèche les détails intéressants sur un calque ou une photocopie (jamais sur le cliché).

* **Adresse des auteurs**

Indiquer en bas de la première page l'adresse hospitalière et la localisation de l'auteur ou du groupe de travail, le plus simplement possible et une éventuelle adresse électronique. Ne pas oublier de préciser le prénom en entier de chaque auteur.

* **Recommandations complémentaires**

Lorsque le nom chimique d'un médicament est cité, adopter la dénomination commune internationale (DCI) et indiquer également son ou ses nom(s) commercial(aux) entre parenthèses, sans astérisque ni ®.

L'emploi des abréviations à l'intérieur du texte doit être évité ; celles qui sont utilisées doivent être explicitées dès la première apparition.

Les articles sont à adresser au Dr Florence Marechaux
La Revue du Praticien – Médecine Générale
2, Cité Paradis - 75010 Paris

ANNEXE 13

**LE CONCOURS
MEDICAL**

Hélène LOCKWOOD
2, cité Paradis - 75010 PARIS
Tél. : 01 55 33 68 75 - Fax : 01 55 33 69 79
E-mail : hlockwood@jbbsante.fr

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES AUX AUTEURS

① Présentation et longueur

L'article ne doit pas dépasser 6 pages dactylographiées à double interligne (25 lignes par feuillet).

Une marge, d'au moins 5 cm, doit être ménagée à gauche du texte.

Les titres et services hospitaliers sont à indiquer pour chacun des auteurs.

Ne pas utiliser d'abréviations en dehors de celles qui sont universellement acceptées.

Le texte doit être une frappe originale et non photocopié. Il convient de l'envoyer par e-mail à l'adresse indiquée, ou éventuellement sur disquette (Word, PC).

La rédaction pourra modifier le titre, ajouter chapeau et photos avec légende.

② L'Essentiel

Cet encadré doit être limité à 3 ou 4 phrases reprenant les notions les plus importantes à transmettre.

③ Références bibliographiques

Les références doivent être en principe limitées à une quinzaine, classées par ordre alphabétique et numérotées, appelées dans le texte.

Modèle pour une revue :

Nelson KE et coll. Evidence for lateral gene transfer between Archaea and bacteria from genome sequence of *Thermotoga maritima*. *Nature* 1999 ; 399 : 323.

Modèle pour un livre :

Keller PH. La médecine psychosomatique en questions. Paris, Odile Jacob éd., 1997.

Modèle pour un article à l'intérieur d'un livre :

El-Sawy A, Soldner H, Xambeu M. Perception du dépistage par le médecin généraliste. In : Bolla M Ed. Dépistage du cancer par le praticien. Paris, Masson éd., 1993, 103-110.

④ Documents iconographiques

Des illustrations sont souhaitées, comme les graphiques ou tableaux synoptiques. L'iconographie peut être en couleurs. Les schémas reproduits d'un document déjà publié ne seront acceptés que s'ils sont accompagnés d'une autorisation de reproduction.

Tous les documents doivent être numérotés, appelés dans le texte, chacun doit avoir une légende.

⑤ Articles déjà parus ou soumis à une autre revue

Un auteur qui a déjà publié sur un sujet donné s'engage à nous donner un texte inédit. Celui-ci ne doit pas avoir été soumis pour publication à une autre revue. Nous rappelons en effet aux auteurs que nous n'avons pas le droit de publier des textes déjà parus, en partie ou en totalité.

⑥ Comité de lecture

Tous les articles de mise au point, y compris les cas cliniques (Diagnostic ?), sont soumis à l'avis de lecteurs selon la règle du double anonymat : l'auteur et les lecteurs restant anonymes les uns vis-à-vis des autres.

⑦ Droits d'auteur

Conformément à la loi sur la reproduction des écrits, nous vous adresserons à l'acceptation de l'article un contrat de cession de droits d'auteur dont vous voudrez bien nous retourner un exemplaire signé en contrepartie de la rétribution forfaitaire prévue, par lequel vous céderez à titre exclusif à notre société, à l'exclusion de votre droit moral, les droits de reproduction (y compris par reprographie) et les droits de représentation relatifs à l'œuvre mentionnée, de même que la propriété matérielle de cette œuvre.

Toute reproduction de l'œuvre ainsi cédée ne se fera cependant qu'après que vous en aurez été informé et que vous aurez donné votre accord.

Toute reproduction à votre initiative suppose l'accord de l'éditeur

Adresse

Merci de fournir votre adresse personnelle en vue du règlement des honoraires ainsi que votre adresse e-mail

ANNEXE 14: Disclosure and Authorship Statement du New England Journal of Medicine.



The NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

EDITORIAL OFFICES

DISCLOSURE & AUTHORSHIP STATEMENT

Each author is required to complete this form. The editors' interest extends to those areas relevant to the article that, broadly viewed, could be construed as constituting a conflict of interest or the appearance thereof. This form should be submitted with the manuscript. The information will be used only in paraphrase to write disclosure statements. **If nothing to disclose, please so indicate.**

Name: _____ E-mail: _____

Manuscript Title or Number: _____

Entity **None** less than **U.S. \$10,000** more than **U.S. \$10,000**

Consulting fees or paid advisory boards
(per year, for the past two years or known future)

Equity ownership/stock options
(publicly or privately traded firms)

Lecture fees from speaking at the invitation of a commercial sponsor
(for the past two years or known future)

Are you employed by the commercial entity that sponsored the study? Yes No

Grant support from industry? If yes, complete next section. If none, indicate here: None

Current grant support, including nonprofit/government entities (attach "Other Support" page if necessary)	Total Amount	Years Covered

Do you have patents and/or royalties, have you served as an expert witness, or do you perform other activities for a commercial sponsor? (please provide a brief description)

I, the undersigned, certify that I accept responsibility for the conduct of this study and for the analysis and interpretation of the data. I helped write this manuscript and agree with the decisions about it. I meet the definition of an author as stated by the International Committee of Medical Journal Editors, and I have seen and approved the final manuscript. Neither the article nor any essential part of it, including tables and figures, will be published or submitted elsewhere before appearing in the journal.

Signature _____ Date _____

PLEASE RETURN THE COMPLETED FORM BY FAX TO (617) 739-9864 OR (800) 210-4350.

ANNEXE 15.

ENTRETIEN AVEC LES LECTEURS EMERITES DE LA REVUE PRESCRIRE.

Q : Vous êtes abonné(e) à une revue de formation continue, la revue Prescrire. Quelles sont les principales motivations qui vous ont incité à vous inscrire à ce test de lecture payant ?

Q : Pratiquez-vous d'autres tests de lecture ? Pourquoi ?

Q : Quelles sont les principales qualités que vous reconnaissez au test de lecture de la revue Prescrire ?

Q : Quelles critiques pouvez-vous formuler sur ce test ?

Q : Que pensez-vous en général du niveau d'intérêt des questions ? Ces questions répondent-elles à votre attente ?

Q : Avez-vous des critiques à formuler sur la façon dont sont rédigées les questions ?

Q : La participation à un test de lecture a-t-il influé sur votre manière de lire la revue ?

Q : Ce test de lecture a-t-il facilité votre mémorisation des connaissances ?

Q : Pensez-vous que la participation à un test de lecture contribuera à une amélioration de votre pratique quotidienne ?

Q : Quel temps estimez-vous avoir consacré annuellement à répondre aux questionnaires du test de lecture de la revue Prescrire ?

Q : Que représente pour vous ce titre de Lecteur Emérite ?

Q : Souhaitez-vous une reconnaissance officielle de ce titre ?

Q : Comptez-vous utiliser cette attestation de FMC auprès d'organismes officiels ?
Ou auprès de votre clientèle ?

Q : Quels commentaires voulez-vous faire sur l'intérêt du test de lecture pour votre formation et votre pratique ? Par rapport aux autres moyens traditionnels de FMC ?

ANNEXE 16

Entretien avec un Lecteur Emérite de la revue Prescrire.

ENTRETIEN avec le Docteur LEBON (Promotion 2002-2003) le 05.03.04.

Q : Vous êtes abonné à la revue Prescrire. Quelles sont les principales motivations qui vous ont incité à vous inscrire également au test de lecture payant de cette revue?

R : Mon objectif en tant que lecteur est de réactualiser mes connaissances mais aussi de mémoriser. Le test de lecture a l'intérêt de me faire mieux mémoriser, de me forcer à lire régulièrement la revue, de *remettre régulièrement en cause ma façon de travailler*. La lecture de la revue Prescrire a remis en cause pour moi un certain nombre de dogmes appris à la Faculté. Elle nous oblige à remettre en question nos connaissances et à les mettre à jour en fonction de l'avancée des progrès médicaux.

Q : Lisez-vous d'autres revues de la presse médicale ?

R : Je lis parfois Le Concours Médical et la Revue du Praticien. Mais ils compulsent beaucoup moins de données.

Q : Quelles sont les principales qualités que vous reconnaissez à cette revue ?

R : Elle traite tout d'une manière collégiale. Elle a une rigueur et utilise les compétences d'un certain nombre de médecins (généralistes et autres spécialistes), pharmaciens, pour faire ce que chacun d'entre nous n'a pas le temps et la possibilité de faire : guetter chaque nouvelle étude et voir les stratégies possibles de prise en charge d'une pathologie en fonction de la littérature. On a une bonne vision de tel ou tel élément dans un article : il n'est pas intéressant de tout savoir mais il faut savoir gérer les problèmes de la médecine générale avec un temps donné.

Q : Pratiquez-vous d'autres tests de lecture ?

R : De temps en temps, je regarde les Cahiers de FMC du Quotidien du Médecin lorsque le sujet m'intéresse. Mais je n'ai souvent pas le temps de le faire.

Q : Comment répondez-vous au test ?

R : A la réception du numéro de la revue, nous essayons, ma femme (également médecin) et moi-même de retenir les éléments qui nous intéressent : les médicaments qui apportent quelque chose et ceux qui n'apportent rien. La présentation rapide facilite la lecture dès les premières pages (mise en page de la revue modifiée depuis la prise en compte de l'avis des lecteurs).

Puis chacun lit en fonction de ces centres d'intérêts. Pour moi, ce sont surtout les interactions médicamenteuses, la pharmacovigilance et les sujets généraux avec leurs traitements.

Nous lisons certains articles en **totalité et d'autres en diagonale (en fonction des sujets, de nos centres d'intérêts et de ce qui peut nous servir dans un cabinet de médecine générale). Je ne lis pas toute la revue lors de ma première lecture.**

Nous appartenons à un groupe de lecture « Prescrire » (cinq participants au test de lecture).

Nous organisons ainsi des rencontres mensuelles pour faire le test ensemble. Ceci permet de confronter nos vues. C'est une véritable relecture surtout lorsqu'on fait l'intégralité du test ensemble. Nous revenons sur les questions (et donc les articles qui posent problème). Nous nous rendons compte qu'on a tendance personnellement à privilégier les articles qu'on préfère.

Le groupe de lecture est important parce qu'il me force à lire. C'est moins « rébarbatif » de faire le test ensemble, lors d'une soirée, à la suite d'un repas. Souvent nous nous « disputons » car nous ne sommes pas tous d'accord sur les réponses. Nous sommes amenés à confronter nos modes de prescription.

Q : Quelles sont les principales qualités que vous reconnaissez à un test de lecture ?

R : **Je vois si j'ai bien lu et enregistré pour ma pratique quotidienne.**

Les questions sont basées la plupart du temps sur des éléments qu'on nous demande de retenir. Pour certaines questions, la logique est telle que je pourrais y répondre sans avoir lu. Le côté ludique me plaît bien.

Je tire un bénéfice de ce travail.

Q : Quelles sont les critiques que vous pourriez formuler à l'égard du test et de ses questions ?

R : Le manque de clarté de certaines questions (1 à 2% des questions). Il nous est demandé parfois des pourcentages. Certaines questions ne sont pas ciblées sur des éléments de pratique quotidienne.

Bien sûr le test porte sur l'ensemble de la revue et donc certaines questions portent sur des articles qui nous intéressent moins. **Globalement dans 80 % des cas, le test permet de mémoriser ce qui doit être mémorisé pour la pratique.**

Q : Mémorisez-vous les items du test ?

R : Non. Le but de la manœuvre est d'enregistrer le message que les auteurs du test de lecture veulent nous faire passer.

Q : Iriez-vous jusqu'à dire que le test de lecture a modifié votre manière de lire ?

R : Oui. Avec le test de lecture, je retiens le message qu'on veut me faire passer et les éléments de base qu'il faut connaître. Le sommaire est important pour la lecture de la revue mais **le test lui-même me permet de mieux mémoriser ma lecture et de me faire revenir sur ce que j'ai lu en diagonale.** Il met en exergue également des notions que j'avais cru comprendre.

Le test de lecture me **permet aussi d'avoir un environnement de groupe. Nous avons une réflexion collégiale dans notre groupe de lecture** mais chacun répond personnellement.

Q : Comment faites-vous pour le onzième questionnaire ?

R : De la même manière. Mais il arrive que j'arrive à répondre spontanément tant les questions sont générales et évidentes.

Q : Comment jugez-vous le niveau des questions ?

R : Pertinentes pour la pratique. Elles permettent de mémoriser ce qu'il faut. En proportion 70 % des questions sont pertinentes, le reste des questions m'intéresse moins.

Q : Pensez-vous que la participation à un test de lecture a permis d'améliorer votre pratique quotidienne ?

R : Je pense que cela a changé ma manière de prescrire et de ne pas prescrire. Mon mode de prescription a changé en fonction de ma situation professionnelle : remplaçant, médecin de garde, médecin installé. Ma perception des problèmes médicaux a changé. Cela me permet de remettre en cause perpétuellement ma pratique quotidienne. J'aurai bien aimé faire moi-même le travail que fait la revue Prescrire.

La lecture de la revue est optimisée par les tests : on a l'impression de faire de la médecine qu'on met vraiment en pratique. Le test me permet d'exploiter le potentiel de la revue et d'appuyer sur ce qui est le plus important, de revenir sur les éléments et de les fixer. **L'objectif est de tirer la substantifique moelle, l'essentiel de la revue afin de mieux soigner ensuite. Le côté pratique est primordial. Il faut intégrer les données, les dispenser et ne pas nuire.**

Q : Quel temps estimez-vous avoir consacré à la lecture de la revue, à répondre aux questionnaires ?

R : Je lis la revue en une demie-journée (première lecture en trois ou quatre heures) puis nous passons une soirée à faire le test de lecture (trois à quatre heures).

Il y a deux façons de procéder en fonction du temps dont je dispose : soit je lis la revue et j'ai le temps de faire le test (je discute alors des articles avec le groupe lors de notre réunion), soit je lis la revue sans avoir eu le temps de faire le test et nous revenons ensemble sur les articles et le test. Avec cette organisation, nous sommes beaucoup plus constructifs. Cela nous évite de perdre du temps. Nous le faisons depuis 1997.

Q : Que représente pour vous le titre de Lecteur Emérite ?

R : Question difficile. C'est bien mais je n'en tire pas grand bénéfice. Cela m'apporte la satisfaction d'avoir acquis un niveau de connaissances.

Cela peut valoriser un travail personnel de lecture et de mémorisation.

Q : Souhaiteriez-vous une reconnaissance officielle de ce titre ?

R : Oui. Dans le cadre de la FMC obligatoire. Il faudrait donner une reconnaissance à ceux qui se donnent la peine de continuer à se former et valoriser le travail de ces médecins.

Q : Utiliseriez-vous une attestation officielle auprès d'organismes officiels ? Auprès de votre clientèle ?

R : Oui, s'il y a application de la FMC obligatoire.

Mais je ne l'afficherai pas auprès de ma clientèle. Mon associé n'est pas abonné à la revue Prescrire. **Je ne veux pas créer de disparité entre nous. Je veux que le patient choisisse en son âme et conscience en fonction de la pratique du médecin.** Les patients ne connaissent pas actuellement la revue Prescrire. Il faudrait changer cela.

Mais j'aimerais que les patients sachent que leur médecin s'astreint à une formation de qualité.

Q : Avez-vous d'autres moyens de FMC ?

R : Prescrire représente 90-95 % de mon effort de FMC (manque de temps et mauvaise expérience des autres moyens de FMC).

Q : Quelle est pour vous la place des tests de lecture dans la FMC du Médecin Généraliste ?

R : **Le test de lecture me permet un gain de temps par sa sélection des données indispensables à mémoriser.** Il me permet d'optimiser ma FMC.

De plus, **j'aime le côté test.**

Je pense devenir médecin référent et le test de lecture peut me permettre de justifier ma formation continue.

Avec ce test de lecture, je sais que l'information des articles est fiable car elle est indépendante des laboratoires pharmaceutiques. **L'indépendance vis à vis des laboratoires est primordiale ainsi que l'absence de conflits d'intérêts.**

Je pense devenir médecin référent et le test de lecture peut me permettre de justifier ma formation continue.

Pour conclure, je veux qu'on me laisse le libre choix de mes moyens de FMC.

ANNEXE 17

Entretien avec un Lecteur Emérite de la revue Prescrire.

ENTRETIEN avec le Docteur Lhuissier (Promotion 2002-2003) et ancien rédacteur du Tdl de la RDPMG (années 1990) le 11.03.04.

Q : Quelles étaient les principales motivations qui vous ont incité à vous inscrire au test de lecture de la revue Prescrire ?

R : D'abord un défi pour moi-même. Lorsqu'on est abonné à une revue de qualité, fiable en raison de ses références bibliographiques, de sa rigueur dans le développement et l'argumentaire de ses articles, on aimerait en tirer un maximum d'informations et les mémoriser.

Le test de lecture est un moyen de lire avec attention. Il demande un effort personnel qui oblige à un retour sur le numéro paru deux mois auparavant et qui teste déjà notre lecture initiale ! On peut ainsi savoir si on avait mémorisé telle donnée de l'article. La démarche de répondre pour soi-même puis de vérifier et de relire pour donner la bonne réponse est un bon exercice de mémorisation.

Q : Pratiquez-vous d'autres tests de lecture ?

R : Non plus maintenant. A un moment je faisais des tests du Concours Médical dans les années 90

Q: Comment faites-vous le test de lecture ?

R : Une règle fondamentale dans ce travail est d'être honnête avec soi-même et de participer au test non pas pour le seul titre de Lecteur Emérite qui nous réduirait à une recherche méthodique de la réponse et de s'en tenir là.

Selon le temps que j'ai, je fais une première lecture. Dans un deuxième temps je fais le test en deux ou trois fois selon le temps dont je dispose. Soit cela m'incite à lire : les questions portent sur tels articles et j'y vais, je les lis. Je lis l'article, je regarde les questions posées, j'y retourne et je prends point par point pour vérifier que j'apporte les bonnes réponses. C'est une lecture ciblée par rapport au test mais qui me fait aller de page en page : je recherche les réponses mais j'en profite en même temps pour lire ce qu'il y a à côté. Je sais que le rédacteur cherche à me faire lire ce qu'il y a à côté de la réponse. C'est ma lecture « homme pressé ».

Si j'ai plus de temps, je lis, je me fais une première évaluation puis je reprends en complétant les réponses. De principe, je fais une lecture de A à Z. Je suis très systématique. Je sais que le rédacteur cherche à nous obliger d'aller dans le détail pour nous forcer à bien intégrer. J'en tire une bonne mémorisation.

Q : Avez-vous des critiques à formuler sur ce test avec l'apport de votre propre expérience de rédacteur de test de lecture ?

R : Non. J'ai rédigé les premiers tests de lecture de la Revue du Praticien Médecine Générale au début des années 1990. On ne peut comparer la solitude du rédacteur que j'étais, rédigeant ses tests sans relecture critique de leur pertinence et surtout puisant les questions dans des articles sans garantie scientifique à la différence de Prescrire. Pourtant ces tests se voulaient cliniques, pratiques, utilisables dans l'exercice quotidien... peut-être plus ludiques que ceux de Prescrire en alternant questions ouvertes, QCM, oui-non etc...

Mais au fil de mon expérience et de ma participation au test de Prescrire, j'ai perçu les limites de mon travail de rédacteur et cela s'est arrêté au bout de trois ans. Il faut savoir que les deux dernières années, nous étions trois rédacteurs représentant trois régions : Bretagne avec le Collège des Hautes Etudes de Médecine Générale, Provence-Côte d'Azur et Pays de Loire. Chacun avait sa manière de rédiger et aucun regard extérieur sur la qualité et la pertinence de ses tests.

J'ai compris que le rédacteur des tests de lecture de Prescrire se veut pédagogue et veut amener le participant au test à élargir sa lecture et enregistrer les questions et réponses comme des points importants dans la pratique quotidienne. Il arrive ainsi que les questions s'éloignent de nos préoccupations cliniques ou thérapeutiques pour aborder des aspects administratifs, législatifs qui nous rebutent et pourtant sont indispensables à connaître.

C'est cette ouverture de la revue Prescrire qui la rend si incontournable et à même de soutenir des luttes vis à vis des enjeux financiers et industriels et forge sa renommée internationale dans sa démarche éthique et indépendante.

Q : Pensez-vous que le test de lecture vous demande un effort supplémentaire d'attention et de recherche ? Trouvez-vous facilement les réponses ?

R : Oui. Je trouve généralement facilement les réponses si j'ai bien lu. Le temps que je passe est à vérifier si j'ai bien compris les questions.

Q : Comment trouvez-vous la formulation des questions ?

R : Globalement bonne. S'il y a quelque petite ambiguïté, j'écris à Philippe Mura (responsable du test de lecture) qui me répond. En pourcentage, 1 à 2 % des questions.

Q : Pensez-vous que la participation à un test a influé votre manière de lire ?

R : Oui. Tout à fait. Quand on lit, il y a deux niveaux de lecture. Il y a la possibilité de lire le résumé en gras ou lire complètement l'article. Les concepteurs du test sont plus malins car ils essaient de trouver des questions pour qu'on aille chercher des informations pointues et forcer le lecteur paresseux à aller plus loin.

Q : Pensez-vous que la participation à un test a facilité votre mémorisation des connaissances ?

R : Je pense que oui. Le test m'impose une lecture et une relecture. On peut faire le test de deux façons selon l'envie qu'on a ou non d'être Lecteur Emérite. La volonté d'être Lecteur Emérite m'impose une lecture de qualité. Dans la lecture régulière de la revue Prescrire et dans la participation au test de lecture, il y a un renvoi régulier à des connaissances qu'on finit par mémoriser (image des strates d'un fleuve qui se déposent et qui s'enrichissent, fluctuent) et le rédacteur a cette idée en tête. Le meilleur rappel de mémorisation est fait dans le dernier test d'été : c'est un brassage de connaissances (travail de recherches avec remémorisation de connaissances par des piqûres de rappel faites par le test de lecture).

Q : Pensez-vous que la participation à un test a contribué à améliorer votre pratique quotidienne ?

R : Sincèrement oui. Cela donne plus d'exigence dans ce qu'on fait et ce qu'on dit. Cela donne plus de prudence dans le maniement des médicaments. C'est un élément clef.

Q : Quel temps estimez-vous avoir passé à répondre aux questions ?

R : Au moins deux heures pour répondre au test qui est aussi un temps de lecture pour moi. La première étape de lecture en diagonale me prend une heure (plusieurs fois) puis deux heures pour répondre au test de manière pointue en essayant de bien intégrer les choses. Je consacre au moins trois heures par mois à la lecture de Prescrire et au test.

Q : Que représente pour vous le titre de Lecteur Emérite ?

R : Le titre de Lecteur Emérite est d'abord une reconnaissance de la revue pour le lecteur lambda qu'elle ne connaît pas mais qui dans ce travail personnel mené sur plusieurs mois a montré sa constance dans l'envoi régulier des questionnaires et sa régularité, son sérieux dans l'application à bien répondre.

Le titre de Lecteur Emérite est aussi un aboutissement par la notation et l'envoi du diplôme. Il consacre l'effort et salue la qualité du travail accompli.

Q : Souhaitez-vous une reconnaissance officielle de ce titre ?

R : Oui. Le titre de Lecteur Emérite est le gage pour les patients d'une évaluation des connaissances et d'un effort de formation du professionnel de santé.

On aimerait que ce soit autre chose qu'un symbole et que les mutuelles, la caisse primaire d'assurance maladie, les divers intervenants du monde de la santé réalisent que nous ne sommes pas qu'une élite laborieuse mais aussi des interlocuteurs de qualité.

Depuis quelques années, j'affiche mon diplôme dans mon cabinet de consultation mais bien peu y font allusion par manque de connaissance de ce que représente ce titre.

Q : Que représente pour vous la lecture médicale dans votre effort global de FMC ?

R : J'ai animé pendant 20 ans des EPU. J'ai arrêté il y a 3 ans. Si je m'y remets, ce sera avec un label de qualité Prescrire. Je suis abonné à la revue Prescrire et à la revue blanche de la Revue du Praticien. La lecture représente mon mode principal de FMC. Je n'ai aucun autre mode de FMC. Je ne vais plus aux EPU (fatiguants et souvent sponsorisés par les labos) et je ne surfe pas sur internet. Donc 100% lecture.

Q : Quelle pourrait être la place des tests de lecture dans la FMC du Médecin Généraliste ?

R : Le test de lecture est une approche d'évaluation des connaissances qui pourrait se diversifier sous d'autres formes et devenir plus encore un label de qualité du professionnel de santé titulaire du diplôme de Lecteur Emérite.

Au niveau de la FMC, le test de lecture doit avoir sa place pleine et entière autant que les EPU. Il est plus facile d'accès, il est plus évaluable. Le gros problème de l'EPU est de ne pas pouvoir faire d'évaluation suffisante (on devrait faire des pré et post test).

Le gros avantage du test de lecture est de pouvoir le faire chez soi, quand on veut, à l'heure et à l'endroit qu'on veut. C'est vrai que l'audiovisuel et Internet ont les mêmes avantages mais c'est toujours l'idée de se faire évaluer et ce n'est pas une démarche banale. C'est admettre de se faire juger et mettre un niveau de valeur. C'est accepter un regard extérieur sur soi. Les EPU et les autres formations n'ont pas cela. Le test de lecture doit évoluer : il est actuellement à un stade élémentaire. On pourrait avoir un test de lecture où on s'évalue en direct sur Internet. C'est une première approche pour montrer aux médecins qu'il faut arrêter de faire n'importe quoi et donner du label de qualité.

Son inconvénient est qu'il est très consommateur de temps. Le temps qu'on y passe est indispensable. Il faut prévoir des évolutions notamment techniques. On pourrait faire « une bourse » de tests de lecture où on pourrait puiser : pas dans un but d'évaluation mais de connaissances.

ANNEXE 18

Déclaration personnelle de conflits d'intérêts.

Je n'ai reçu aucune rémunération ou n'ai été employé par un tiers ou une entreprise pharmaceutique pour élaborer ce travail.

Je suis abonné depuis 3 ans à la revue Prescrire, depuis 2 ans à la Revue du Praticien Gynécologie-Obstétrique. J'ai été abonné il y a deux ans à La Revue du Praticien Médecine Générale.

Je participe au Tdl de Lrp pour l'année 2003-2004.

Mon directeur de thèse, le Professeur Pierre Atlan est chargé de mission auprès de la revue Prescrire pour la valorisation du Test de Lecture et des Lecteurs Emérites.

RESUME

L'ordonnance du 24 Avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé promulgue la Formation médicale Continue (FMC) 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 Loi n° 2002-303 du 4 Mars 2002 décrit les modalités de validation de cette FMC obligatoire. Le Décret n° 2003-1077 du 14 Novembre 2003 précise les conditions d'agrément des organismes de FMC par les conseils nationaux de la FMC.

La lecture médicale occupe une place privilégiée dans les moyens de FMC utilisés par les praticiens selon plusieurs sondages. A ce jour, elle n'est pas reconnue comme un moyen de FMC. La validité de cette lecture est le principal obstacle à la reconnaissance des efforts de formation médicale par le lecteur.

Les tests de lecture se développent d'une manière croissante dans la presse médicale francophone et non francophone ainsi que sur les sites Internet de FMC. Ces tests de lecture ont fait l'objet de peu d'études et sont, de fait, méconnus.

Dans cette optique, notre travail a recensé 58 tests de lecture (27 tests de lecture dans la presse médicale et 31 tests de lecture sur Internet). Ils présentent des caractéristiques différentes. L'étude des tests de lecture a impliqué la description des caractéristiques des supports pédagogiques des tests de lecture. Des différences dans les modalités d'élaboration des supports des tests de lecture se retrouvent également.

L'analyse des enquêtes d'opinion complétée d'une enquête de terrain menée entre Janvier et Mars 2004 auprès de 15 Lecteurs Emérites de la revue Prescrire ont permis de dégager les intérêts potentiels d'un test de lecture comme celui de la revue Prescrire.

Notre travail d'analyse des tests de lecture existants nous a permis de tenter de définir les caractéristiques d'un test de lecture idéal. Un tel test de lecture pourrait avoir sa place dans les moyens de FMC du médecin généraliste.

MOTS CLEFS :

Formation Médicale Continue/ Test de lecture/ Conflits d'intérêts/ Evaluation/ Validation/ Accréditation/ Internet Médical/ Médecine Générale.

Les tests de lecture dans la formation continue des médecins. Une étude des tests de lecture dans les revues médicales francophones et non francophones ainsi que sur les sites Internet.

Readers' tests and continuing medical education. An international survey of the readers' tests in the medical journals and Web sites.

RESUME

L'ordonnance du 24 Avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé promulgue la Formation médicale Continue (FMC) 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 Loi n° 2002-303 du 4 Mars 2002 décrit les modalités de validation de cette FMC obligatoire. Le Décret n° 2003-1077 du 14 Novembre 2003 précise les conditions d'agrément des organismes de FMC par les conseils nationaux de la FMC.

La lecture médicale occupe une place privilégiée dans les moyens de FMC utilisés par les praticiens selon plusieurs sondages. A ce jour, elle n'est pas reconnue comme un moyen de FMC. La validité de cette lecture est le principal obstacle à la reconnaissance des efforts de formation médicale par le lecteur.

Les tests de lecture se développent d'une manière croissante dans la presse médicale francophone et non francophone ainsi que sur les sites Internet de FMC. Ces tests de lecture ont fait l'objet de peu d'études et sont, de fait, méconnus.

Dans cette optique, notre travail a recensé 58 tests de lecture (27 tests de lecture dans la presse médicale et 31 tests de lecture sur Internet). Ils présentent des caractéristiques différentes. L'étude des tests de lecture a impliqué la description des caractéristiques des supports pédagogiques des tests de lecture. Des différences dans les modalités d'élaboration des supports des tests de lecture se retrouvent également.

L'analyse des enquêtes d'opinion complétée d'une enquête de terrain menée entre Janvier et Mars 2004 auprès de 15 Lecteurs Emérites de la revue Prescrire ont permis de dégager les intérêts potentiels d'un test de lecture comme celui de la revue Prescrire.

Notre travail d'analyse des tests de lecture existants nous a permis de tenter de définir les caractéristiques d'un test de lecture idéal. Un tel test de lecture pourrait avoir sa place dans les moyens de FMC du médecin généraliste.

MOTS CLEFS :

Formation Médicale Continue/ Test de lecture/ Conflits d'intérêts/ Evaluation/ Validation/ Accréditation/ Internet Médical/ Médecine Générale