



HAL
open science

Intérêt de l'audit des pratiques dans l'évaluation des séminaires de formation médicale continue

Antoine Depaquet

► **To cite this version:**

Antoine Depaquet. Intérêt de l'audit des pratiques dans l'évaluation des séminaires de formation médicale continue. Sciences du Vivant [q-bio]. 2007. hal-01732500

HAL Id: hal-01732500

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732500>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

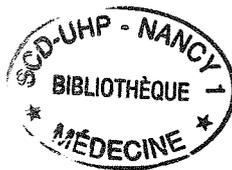
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

2007

N°



THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Antoine DEPAQUY

Le 12 janvier 2007

**INTERET DE L'AUDIT DES PRATIQUES DANS L'EVALUATION DES SEMINAIRES
DE FORMATION MEDICALE CONTINUE**

Examineurs de la thèse :

M. C. RABAUD	Professeur		Président
M. G. THIBAUT	Professeur	}	
M. J.P.CRANCE	Professeur	}	Juges
M. J.M. MARTY	Docteur en Médecine	}	

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Asseseurs :

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

M. le Docteur François ALLA

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Marc BRAUN

M. le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT

Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD

Jean-Pierre NICOLAS – Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Claude BURLET –

Jean-Pierre DELAGOUTTE – Jean-Pierre MALLIÉ – Danièle SOMMELET

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLÉ

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIÈRE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET –

Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUÉL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur François ALLA – Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Anne KENNEL

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET
RÉÉDUCATION**

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Docteur Jean PAYSANT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN – Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Paul VERT
Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU
Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET
Professeur Jean FLOQUET – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Michel PIERSON – Professeur Alain BERTRAND
Professeur Daniel BURNEL – Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Michel VIDAILHET –
Professeur Marie-Claire LAXENAIRE – Professeur Claude PERRIN – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ –
Mme le Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Christian RABAUD

Professeur de Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider cette thèse.

Pour votre disponibilité, vos précieux conseils qui nous ont permis de mener à bien ce travail.

Pour la qualité de votre enseignement.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Gilbert THIBAUT

Professeur Emérite de Médecine Interne

Pour l'intérêt et la spontanéité avec lesquels vous avez accepté de juger cette thèse.

Pour la qualité de votre enseignement.

Soyez assuré de notre profond respect et de notre gratitude.

Monsieur le Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur de Physiologie

Commandeur dans l'Ordre National de la Légion d'Honneur

Chevalier dans l'Ordre National du Mérite

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Pour le plaisir et l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Pour la qualité de votre enseignement.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude et de notre respect.

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Jean-Michel MARTY

Médecin Généraliste à Metz (Moselle)

Pour le dynamisme et l'énergie que vous consacrez à la formation médicale continue.

Pour votre constante disponibilité, votre enthousiasme et votre accueil chaleureux.

Veillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre respect.

A MES PARENTS

Pour leur soutien tout au long de mes études et leur confiance depuis toujours.

A CHRISTELLE, MON EPOUSE

Pour son amour et sa patience.

A LEANDRE, MON FILS

A MARIE, MA SOEUR

A MICHEL, ET EVELYNE, MES BEAUX-PARENTS

A MES AMIS

A SAMY

SERMENT

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

INTRODUCTION.....	18
1. Historique de la Formation Médicale Continue (FMC).....	19
1.1. Les premières étapes.....	19
1.1.1. Des formations centrées sur les universités.....	19
1.1.2. Un impact limité.....	19
1.2. Apparition de la Formation Médicale Continue.....	20
1.2.1. Emergence des associations locales.....	20
1.2.2. Une approche différente.....	20
1.2.3. Une énergie à canaliser.....	21
1.2.4. Plusieurs organisations, plusieurs objectifs.....	21
1.2.4.1. La loi Delors de 1971.....	21
1.2.4.3. Ebauche de fédération des associations.....	22
1.2.4.4. Le temps des divergences.....	23
1.2.5. Regroupement des structures et objectifs généraux.....	23
1.2.5.1. Création de L'UNAFORMEC (Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue).....	23
1.2.5.2. Directions de développement.....	24
1.2.5.3. Objectifs généraux.....	25
2. L'organisation actuelle.....	26
2.1. Que dit la loi ?.....	26
2.1.1. Obligation légale.....	26
2.1.2. Création du Conseil national de la formation médicale continue.....	26
2.1.3. Les Conseils régionaux de formation médicale continue.....	27
2.1.4. Le fonds d'assurance formation.....	28
2.2. Les autres structures.....	28
2.2.1. Les associations de formation permanente des médecins libéraux.....	28
2.2.2. Les URML (Union Régionale des Médecins libéraux).....	28
2.2.3. Les caisses de Sécurité Sociale.....	29
2.2.4. L'Ordre des Médecins.....	29
2.2.5. L'Université.....	30
2.2.6. L'industrie.....	30
2.3. L'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).....	30
2.4. La Formation Professionnelle Conventionnelle (FPC).....	31
2.4.1. Ce que dit la convention.....	31
2.4.2. Les instances de la FPC.....	32
2.4.2.1. Le Comité Paritaire National de Formation Professionnelle Conventionnelle.....	32
2.4.2.2. Le Conseil Scientifique de la Formation Professionnelle Conventionnelle	32
2.4.2.3. L'Organisme Gestionnaire Conventionnel (OGC).....	33
2.4.3. Fonctionnement.....	33
2.4.4. Financement.....	35
2.4.5. Indemnisation des médecins.....	35
2.4.6. Evaluation de la FPC.....	35
2.4.7. Omniprésence des conflits d'intérêt.....	36
2.4.7.1. Syndicats juges et parties.....	36
2.4.7.2. L'industrie biomédicale.....	36

2.4.7.3.	Les experts : importance de la charte contre les conflits d'intérêts.....	36
3.	Définitions.....	37
3.1.	Formation médicale continue.....	37
3.1.1.	La notion de formation permanente (14).....	37
3.2.	Evaluation.....	38
3.3.	Les caractéristiques d'une action de formation (15).....	39
3.3.1.	Le processus.....	39
3.3.2.	Le résultat.....	39
3.4.	Recommandations et interventions susceptibles d'influencer la pratique médicale	40
3.4.1.	Recommandations.....	40
3.4.1.1.	Pourquoi a-t-on besoin de recommandations ?.....	40
3.4.1.2.	Objectif.....	40
3.4.2.	Diffusion et formation.....	41
3.4.3.	Encadrement des pratiques.....	42
3.4.4.	Incitations financières.....	42
3.4.5.	Interventions organisationnelles.....	42
3.5.	La notion d'objectifs pédagogiques.....	43
3.6.	Outils d'évaluation en formation.....	44
3.6.1.	Outils quantitatifs.....	44
3.6.2.	Outils qualitatifs.....	44
3.6.3.	Trois niveaux d'évaluation.....	44
3.7.	Méthodes d'évaluation.....	45
3.7.1.	Mesures post-formation.....	45
3.7.2.	Mesures avant/après.....	45
3.7.3.	Groupe intervention/Groupe contrôle.....	45
3.7.4.	L'audit.....	46
3.7.4.1.	Définition.....	46
3.7.4.2.	Méthodologie.....	46
3.7.4.2.1.	Choix du thème.....	47
3.7.4.2.2.	Choix des critères.....	47
3.7.4.2.3.	Choix de la méthode de mesure.....	47
3.7.4.2.4.	Recueil des données.....	48
3.7.4.2.5.	Analyse des résultats.....	48
3.7.4.2.6.	Plan d'action d'amélioration et réévaluation.....	48
4.	Le séminaire des 15 et 16 novembre 2002.....	49
4.1.	Les concepteurs du projet.....	49
4.1.1.	L'AMMPPU (Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post-Universitaire).....	49
4.1.1.1.	Statuts.....	49
4.1.1.2.	Buts de l'association.....	49
4.1.2.	Le Groupe Lorrain d'Audit Médical (GLAM).....	50
4.2.	Choix du thème.....	51
4.2.1.	Choix d'actualité.....	51
4.2.2.	Choix lié aux objectifs.....	51
4.2.3.	Choix lié à la méthode.....	51
4.3.	Programme pédagogique.....	52
4.4.	Organisation.....	52
4.5.	L'audit des pratiques couplé au séminaire.....	53
4.5.1.	Description de l'audit.....	53
4.5.1.1.	Critères d'inclusion.....	53

4.5.1.2.	Mode d'inclusion.....	53
4.5.1.3.	Question posée au médecin	53
4.5.1.4.	Codification des résultats	54
4.5.1.5.	Particularités du second tour.....	55
4.5.2.	Recueil des résultats	55
4.5.2.1.	Participation.....	55
4.5.2.2.	Effectifs	55
4.5.2.2.1.	Premier tour	56
4.5.2.2.2.	Second tour	56
4.5.2.3.	Période d'inclusion	56
4.5.3.	Saisie des données	56
4.5.3.1.	Qui saisit les données ?.....	56
4.5.3.2.	Comment le font-ils ?	56
4.5.4.	Lecture collective des résultats.....	57
4.5.4.1.	Prescriptions A	57
4.5.4.1.1.	Prescriptions A1	57
4.5.4.1.2.	Prescriptions A2	57
4.5.4.1.3.	Prescriptions A3	57
4.5.4.1.4.	Au total	57
4.5.4.2.	Prescriptions B.....	57
4.5.4.2.1.	Prescriptions B1.....	57
4.5.4.2.2.	Prescriptions B2.....	57
4.5.4.2.3.	Prescriptions B3.....	58
4.5.4.2.4.	Prescriptions B4.....	58
4.5.4.2.5.	Prescriptions B5.....	58
4.5.4.2.6.	Prescriptions B6.....	58
4.5.4.2.7.	Au total	58
4.5.4.3.	Prescriptions C.....	58
4.5.5.	Lecture individuelle des résultats	58
4.5.5.1.	Prescriptions A	58
4.5.5.2.	Prescriptions B.....	59
4.5.5.3.	Prescriptions C.....	59
4.5.6.	La distribution est-elle significativement différente entre les deux audits ?	59
4.5.7.	La différence de prescription C est-elle significative ?.....	60
4.5.8.	Cas des prescriptions A et B.....	60
4.5.9.	Evaluation du séminaire	61
4.5.9.1.	Evaluation de niveau 1	61
4.5.9.2.	Evaluation de niveau 2	61
4.5.9.3.	Evaluation de niveau 3	61
4.5.10.	Interprétation	62
5.	Le séminaire du 19 et 20 novembre 2004.....	63
5.1.	Objectifs de formation.....	63
5.2.	Organisation	63
5.3.	Audits de pratiques	64
5.3.1.	Méthode.....	64
5.3.1.1.	Critères d'inclusion	64
5.3.1.2.	Mode d'inclusion.....	64
5.3.1.3.	Question posée.....	64
5.3.1.4.	Recueil des données.....	64
5.3.2.	Effectifs des participants	65

5.3.3.	Lecture des résultats	65
5.3.3.1.	Référentiel utilisé.....	65
5.3.3.2.	Premier tour	65
5.3.4.	Comparaison des deux tours.....	66
5.3.4.1.	Antibiothérapie justifiée	66
5.3.4.2.	Choix de la molécule	67
5.3.4.3.	Posologie	67
5.3.4.4.	Durée du traitement	67
5.4.	Evaluation du séminaire	68
5.4.1.	Evaluation de niveau 1	68
5.4.2.	Evaluation de niveau 2	68
5.4.3.	Evaluation de niveau 3	68
5.5.	Interprétation	69
6.	Discussion.....	70
6.1.	Introduction	70
6.2.	Evaluation de la pratique comme approche de l'évaluation d'un séminaire	70
6.3.	Points forts de la méthode	71
6.3.1.	Allongement de la période de formation	71
6.3.2.	Implication plus importante.....	71
6.4.	Limites de la méthode.....	72
6.4.1.	Limites d'utilisation.....	72
6.4.2.	Biais	72
6.4.2.1.	Sélection	72
6.4.2.2.	Jugement.....	72
6.4.3.	Pas une réelle évaluation du séminaire.....	73
6.4.4.	Problèmes particuliers liés à ces deux expériences	73
6.4.4.1.	Périodes de recueil.....	73
6.4.4.2.	Mode de recueil	74
6.4.4.3.	Mode de saisie	74
6.4.4.4.	Où se trouve la meilleure évaluation ?	74
6.4.4.5.	Variations épidémiques	74
6.5.	Expériences étudiées ici.....	75
6.5.1.	Thème particulier : l'antibiothérapie en médecine ambulatoire	75
6.5.2.	Rappel des résultats	76
6.6.	Bilan et perspectives.....	77
6.6.1.	Bilan	77
6.6.2.	Perspectives	78
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	80

INTRODUCTION

Grâce à la formation initiale puis la formation continue, un médecin est en apprentissage tout au long de sa carrière. Cela est d'autant plus vrai aujourd'hui que les progrès de la médecine rendent la formation initiale insuffisante pour pouvoir prétendre exercer tout au long de sa vie professionnelle.

La formation médicale continue (FMC) s'est donc développée au cours de l'Histoire de la médecine pour prendre son essor au cours du vingtième siècle, avant de se structurer pour obtenir actuellement un statut légal.

A partir des cours magistraux délivrés aux balbutiements de la FMC, les modes de formation se sont multipliés, pour donner aux médecins un choix de formations variées tant sur le fond que sur la forme.

La formation étant aujourd'hui obligatoire, beaucoup cherchent à savoir si la FMC a une influence réelle sur les connaissances des médecins, mais aussi et surtout sur les applications dans la pratique.

La FMC étant entrée dans l'ère de l'évaluation, il est légitime d'étudier les moyens dont nous disposons maintenant pour évaluer l'efficacité de cette FMC.

Après avoir retracé l'histoire de la FMC en France, nous nous intéresserons à ses aspects légaux.

Nous définirons ensuite les notions et les outils nécessaires actuellement à la FMC.

A partir de là, nous vous présenterons deux expériences d'évaluation d'action de formation. Inscrits à un séminaire sur le thème de l'antibiothérapie en médecine ambulatoire, les médecins étaient encouragés à participer au préalable à un audit de pratique. L'originalité de ces expériences réside dans le fait que ces mêmes médecins étaient invités à renouveler cet audit sur une forme identique quelques semaines après le séminaire. Ces deux séminaires ont eu lieu à deux ans d'intervalle, sur le même thème, mais avec des différences de méthode. Plus que l'analyse des résultats de ces audits, nous nous efforcerons de savoir si l'audit de pratique est un outil pertinent pour évaluer l'efficacité d'une action de formation, si il est un outil d'avenir, et si il faut persévérer afin d'améliorer cette méthode. Nous nous efforcerons enfin d'en définir les limites le cas échéant.

1. Historique de la Formation Médicale Continue (FMC)

1.1. Les premières étapes

1.1.1. Des formations centrées sur les universités

Les plus anciennes initiatives de formation médicale continue sont d'origine universitaire. En effet, les années 1930 ont vu la création tout d'abord de l'Association d'Enseignement des Hôpitaux de Paris, puis des Assises de la Médecine par Henri Godlewski. Elles sont d'origine universitaire et constituent les premiers pas de ce qui est appelé l'Enseignement Post Universitaire, ancêtre de la FMC.

A partir de 1945, les actions, toujours universitaires, se multiplient avec notamment les premiers Entretiens de Bichat en 1947, à l'initiative du Professeur Justin Besançon. Ce sera le point de départ de formations dans les facultés de province avec des cycles de conférences de mises au point cliniques et thérapeutiques à Toulouse dès 1948, puis à Lille, Nantes, Nancy, Mâcon, Lyon, Tours. En 1953 est né le Collège de Médecine des Hôpitaux (1) (2).

1.1.2. Un impact limité

Ces initiatives, qui avaient lieu dans les villes universitaires ou les chefs-lieux de province, proposaient des suites de conférences destinées à informer le corps médical de nouvelles acquisitions et des réactualisations des connaissances médicales. Extrêmement utile à une époque où de nouvelles données scientifiques apparaissaient à un rythme soutenu, ce mode d'enseignement présentait de nombreux défauts (3) :

- Importante centralisation géographique, mettant l'enseignement hors de portée des médecins ruraux.

- Dispensée sur le mode de la conférence magistrale, la formation ne portait que sur la transmission verticale du savoir théorique, négligeant les deux autres aspects que sont le savoir-faire et le savoir être.
- Le rythme des conférences, de quatre à six par an, les réduit plus à un saupoudrage de connaissances.

La fin des années 1950 a vu apparaître des semaines de stages cliniques qui associaient des cours magistraux et des tables rondes à la possibilité de suivre la visite dans les services, ou d'assister à des présentations de malades sélectionnés spécialement.

Mais globalement, ces Enseignements Post Universitaires n'attiraient à cette époque qu'une très petite partie du corps médical : seuls 5 à 10% des praticiens y participaient.

1.2. Apparition de la Formation Médicale Continue

1.2.1. Emergence des associations locales

En 1954 se créent les Collèges de Médecine Rurale en Saône et Loire, en 1958 l'Association Amicale d'Enseignement Post Universitaire d'Argenteuil, puis celle de Saint Germain en Laye, de Créteil, Pontoise, Neuilly, Tours (1963), Nancy (1965). Ces créations sont issues d'initiatives individuelles de praticiens insatisfaits et motivés, permettant ainsi à la formation de se tenir plus près du lieu d'exercice des praticiens et de se diversifier. Les termes de Perfectionnement Post Universitaires, puis de Formation Médicale Continue entrent en concurrence avec celui d'Enseignement Post Universitaire (2).

1.2.2. Une approche différente

Ces associations type « loi 1901 » sont organisées sur une base géographique locale et organisent une formation personnalisée des médecins. Ceux-ci, en effet, sont devenus de véritables organisateurs de leur formation. Ils maîtrisent les choix des sujets et des

intervenants spécialistes, la fréquence des réunions, les méthodes de travail (conférence, table ronde, résolution de cas cliniques, ...).

La FMC telle que nous la connaissons aujourd'hui est le résultat d'un changement idéologique : il ne s'agit plus d'un enseignement universitaire traditionnel, mais d'une formation professionnelle, privilégiant l'adaptation des compétences plutôt que l'acquisition de connaissances (2). Guy Scharf (médecin généraliste exerçant à Woippy en Moselle, président et fondateur de l'association médicale lorraine de perfectionnement post-universitaire), en défendant l'initiative professionnelle et la pédagogie d'adulte, aura été l'un des promoteurs de l'importance de la responsabilité du professionnel dans sa formation et de la promotion de cet individu par cette formation.

Les associations, très nombreuses et dynamiques, ont été la pépinière des transformations de l'enseignement de la médecine générale.

1.2.3. Une énergie à canaliser

Cette vie associative en plein essor n'était pas du tout coordonnée, chaque association travaillant pour son propre compte. Aussi positives soient elles, ces initiatives étaient bien trop dispersées pour permettre de couvrir tous les besoins. C'est pourquoi le Comité Interministériel de Robert Debré demanda un rapport à la Commission Jean Bernard en 1965, premier signe d'une réflexion nationale. Ce rapport décrit une situation anarchique, avec des besoins en enseignement mal définis et des moyens insuffisants (1).

1.2.4. Plusieurs organisations, plusieurs objectifs

1.2.4.1. La loi Delors de 1971

La loi Delors du 16 juillet 1971 (7) concerne la formation permanente des Français, dans le cadre d'une politique générale de promotion de l'individu à travers la formation. Cette loi est l'occasion d'essayer d'organiser le système de la FMC (2).

1.2.4.2. Deux visions pour un même but

Le premier objectif visait à promouvoir la profession à travers la qualité de l'exercice et les responsabilités exercées dans la formation, objectif sur lequel se sont appuyés les syndicats avec une approche promotionnelle, tout en prenant conscience de leur responsabilité dans la FMC. Le second objectif rejoint celui des premières initiatives universitaires, c'est-à-dire centré sur l'entretien et l'actualisation des connaissances (2).

1.2.4.3. Ebauche de fédération des associations

Début 1973, est créé le Comité National d'Initiative des Praticiens pour leur Formation Continue. Les objectifs de ce comité sont les suivants (3) :

- Prise en charge de l'organisation de la FMC par les praticiens eux-mêmes.
- Coordination des activités des associations locales et régionales déjà existantes dans le respect de leur autonomie et promotion d'autres associations de ce type.
- Mise au point d'une formation adaptée aux adultes responsables que sont les praticiens, conforme aux nécessités de l'exercice quotidien et du modelage permanent des connaissances.
- Création de structures (en liaison avec les responsables des unités d'enseignement) reconnues par les pouvoirs publics et les organismes sociaux, et destinées à préparer activement la promotion du praticien.

En avril 1973, ce Comité devient le GOFIMEC : Groupement des Organismes de Formation et d'Information Médicale Continue. Suite à des désaccords politiques, les deux centrales syndicales que sont la CSMF (Confédération des Syndicats Médicaux Français) et la FMF (Fédération des Médecins de France) interrompent les discussions avec le GOFIMEC et

créent, lors des Assises Nationales de la FMC en mai 1973, l'ASFORMED (Association Nationale pour la Formation Médicale Continue). Elle a pour but, dans le cadre de la loi du 16 juillet 1971, d'organiser, de promouvoir, de coordonner les actions de FMC, en réunissant dans un même organisme syndicats et associations de formation (2).

1.2.4.4. Le temps des divergences

Les zones de conflit portent sur les points suivants, dont certains sont toujours d'actualité.

- Dépendance statutaire de l'ASFORMED vis-à-vis du syndicalisme, les centrales syndicales ayant le monopole de fait sur la distribution des ressources.
- L'ASFORMED ne retient de la loi de 1971 que la possibilité d'un Fonds d'Assurance Formation national, grâce auquel les organisations syndicales auraient l'exclusivité de la création et de la gestion.

Les syndicats revendiquent, au sein de la formation continue, la place qui leur était assignée par le Code du Travail, estimant que le problème de la FMC ne pouvait se dissocier des grands problèmes de politique de santé.

Pendant ce temps, sur le terrain se développent dans toute la France des associations se regroupant en associations départementales et régionales (2).

1.2.5. Regroupement des structures et objectifs généraux

1.2.5.1. Création de L'UNAFORMEC (Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue)

A l'occasion des Entretiens de Bichat de 1977, le Président de la République souligne le niveau insuffisant de la FMC, tant en quantité qu'en qualité. Il propose que l'Etat et les organismes de Sécurité Sociale apportent leur aide si la profession en faisait la demande. Suite

à de nombreuses rencontres, Madame Simone Veil, ministre de la santé, fait savoir que l'Etat accorderait des subventions pour des objectifs précis, à condition que les associations de FMC se regroupent (2).

Février 1978 voit donc naître l'UNAFORMEC grâce à la fusion du GOFIMEC et de l'ASFORMED. Une subvention d'un million de francs est accordée, à répartir entre séminaires de formation sur des objectifs de santé publique, et formation des responsables et animateurs des associations.

1.2.5.2.Directions de développement

Les grands principes qui guident l'action de l'UNAFORMEC sont la qualité scientifique, la qualité pédagogique, l'inscription dans un projet de santé publique et l'adaptation des besoins aux médecins, le tout avec une indépendance revendiquée.

Les points suivants sont donc les principales préoccupations de l'organisation (3).

- Création dans toute la France de fédérations régionales, regroupant les associations locales.
- Création d'un centre de réflexion, d'initiative et d'innovation.
- Introduction en 1978 du concept d'évaluation, à la fois des besoins, des pratiques et de la FMC.
- Développement depuis 1985 de réflexion sur la validation et l'accréditation de la FMC.
- Participation active à la création du troisième cycle de médecine générale.
- Création, avec le soutien de l'industrie, de l'école de formation des généralistes enseignants à Riom.

- Dotation d'un centre de documentation, publication de dossiers documentaires.
- Participation à la création de la Revue Prescrire, revue financé par ses seuls lecteurs et donc indépendante de l'industrie pharmaceutique.

1.2.5.3.Objectifs généraux

La réunion de l'ordre, des syndicats et de l'UNAFORMEC a défini les objectifs généraux le 16 juillet 1981. Ils sont les suivants (2) :

- Entretenir, actualiser, améliorer les connaissances et les comportements.
- Permettre l'adaptation des praticiens à tout objectif particulier du système de santé (prévention, épidémiologie, éducation sanitaire).
- Participer à l'élaboration et à l'évaluation de connaissances et des filières de soins (recherches cliniques, recherches épidémiologiques, ...).
- Former le praticien à ses responsabilités individuelles et collectives (par exemple dans l'enseignement et l'autoévaluation des connaissances et des comportements).

2. L'organisation actuelle

2.1. Que dit la loi ?

2.1.1. Obligation légale

La Formation médicale Continue des médecins est passée ces dernières années de la liberté à l'obligation.

Ce sont les Ordonnances du 24 avril 1996 (96-345) relatives à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (4) (annexe 1), complétées par le Décret du 5 décembre 1996 (96-1050) relatif à la FMC des médecins exerçant à titre libéral (5) (annexe 2) qui ont rendu cette FMC obligatoire. Le législateur dit : « L'entretien et le perfectionnement de ses connaissances constituent pour chaque médecin un devoir professionnel » ; « [le médecin] doit justifier du respect de cette obligation ... auprès du Conseil Régional de la formation médicale continue... » ; « [Celui-ci] délivre tous les cinq ans à chaque médecin, après examen de son dossier, une attestation dont il transmet un exemplaire au conseil départemental de l'ordre des médecins et, s'agissant des médecins exerçant à titre libéral, un exemplaire au service du contrôle médical de la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'exercice ».

De ce fait, le médecin doit fournir tous les cinq ans au Conseil régional de formation médicale continue un dossier comprenant déclarations et justifications des formations qu'il a suivies.

2.1.2. Création du Conseil national de la formation médicale continue

Ces mêmes ordonnances instituent un Conseil national de la formation médicale continue. Il est chargé d'élaborer à l'échelon national la politique de formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral.

Ce conseil arrête notamment la liste des thèmes nationaux prioritaires, répartit les ressources et valide, en fonction de leur valeur scientifique et pédagogique, les projets de formation médicale continue qui lui sont adressés.

2.1.3. Les Conseils régionaux de formation médicale continue

Créés par ces mêmes Ordonnances, ces conseils ont pour mission d'élaborer une politique de FMC des médecins libéraux, en tenant compte des thèmes nationaux et en définissant des thèmes régionaux prioritaires. Parallèlement, ils recensent l'ensemble des moyens de formation de la région, et valident des projets de formation à caractère régional en fonction de leur valeur scientifique et pédagogique.

Néanmoins dans la pratique, les Conseils régionaux semblent ne devoir être que des chambres d'enregistrement de décisions prises au niveau national.

Depuis l'arrêté du 13 juillet 2006 (6) (annexe 3) portant homologation des règles de validation de la FMC, les Conseils régionaux ont pour mission de veiller au respect de l'obligation de formation continue. Cet arrêté en définit les règles et divise notamment les formations prises en compte en quatre catégories :

- Les formations présentiels (actions de formation nécessitant la présence du praticien, comme un séminaire ou une soirée de formation).
- Les formations individuelles et les formations à distance (cela comprend les abonnements aux périodiques, l'achat d'ouvrages médicaux).
- Les situations professionnelles formatrices (accomplissement d'un travail personnel au sein ou en dehors de son exercice habituel).
- Les dispositifs d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Ces différentes formations permettent au praticien d'obtenir des crédits. Il doit obtenir un total de 250 crédits tous les cinq ans dont au moins 100 dans la catégorie EPP pour satisfaire à son obligation de formation.

2.1.4. Le fonds d'assurance formation

La loi Delors de 1971 (7) sur la formation permanente des français définit un cadre permettant la création de ce fonds en 1974. Il devait permettre d'alimenter financièrement la FMC. Mais ce n'est qu'en 1982 qu'il devient opérationnel lorsque cet organisme devient partie prenante des négociations des conventions de financements attribués par l'Etat à l'UNAFORMEC.

Actuellement (8), les seuls financements dont le montant est connu sont les financements institutionnels. Pour 2005, le niveau des financements conventionnels de la FMC a été porté à environ 70 millions d'euro pris en charge par l'Assurance Maladie au titre de l'accord conventionnel, dont une trentaine pour l'indemnisation des participants. Le fonds d'assurance formation de la profession médicale (FAF-PM) finance à hauteur d'environ 5 millions d'euros. Mais le FAF-PM a connu ces dernières années de nombreuses turbulences qui nuisent à son efficacité et rendent son avenir incertain. Depuis le 13 septembre 2006, il se trouve en cessation de paiement suite à une décision de justice le condamnant à verser plus de 2,5 millions d'euros à la CNAMTS suite à un contentieux datant de 1997.

2.2. Les autres structures

2.2.1. Les associations de formation permanente des médecins libéraux

La plus ancienne est l'UNAFORMEC. Elle représente une majorité des associations locales, parfois groupées en associations départementales, et en tous cas en fédérations régionales.

Cette union est concurrencée par des associations d'obédience syndicale telle que l'association de formation des médecins généralistes (MG-form pour le syndicat MG-France), l'association nationale de formation et d'évaluation des médecins de famille (Formunof pour l'UNOF, branche de la CSMF pour les médecins généralistes) (2).

2.2.2. Les URML (Union Régionale des Médecins libéraux)

Ces Unions sont créées en 1993 dans chaque région (9). La loi leur demande d'améliorer la gestion du système de santé et la promotion de la qualité des soins. Il est précisé dans le texte de loi un rôle d'information et de formation des médecins et des usagers.

Elles participent notamment aux actions suivantes (10) :

- Analyses et études relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie, ainsi qu'à l'évaluation des besoins médicaux.
- Evaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins.
- Organisation et régulation du système de santé.
- Prévention et actions de santé publique.
- Coordination avec les autres professionnels de santé.
- Information et formation des médecins et des usagers.

2.2.3. Les caisses de Sécurité Sociale

Par la Convention Médicale, les caisses sont liées à la FMC, car l'intérêt économique est important. En effet, une meilleure formation entraîne une optimisation des dépenses. Les représentants des caisses sont présents dans la plupart des conseils décisionnaires concernant la Formation Professionnelle Conventiennelle.

2.2.4. L'Ordre des Médecins

De par le Code de Déontologie, l'Ordre ne peut que favoriser la FMC et être partie prenante dans les instances ayant pouvoir de décision dans le domaine.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a notamment défini en 2000 la compétence (11) comme la première exigence de la morale professionnelle. Cette approche est fondée sur l'article 11 du Code de Déontologie.

L'Ordre des Médecins s'est vu confier la charge d'enregistrer les attestations de formation continue, que chaque médecin doit remplir tous les cinq ans.

2.2.5. L'Université

La Conférence des Doyens, réunie à Nancy en mars 1976, affirme l'importance que les facultés attachent à la FMC (1).

Elle la définit comme une vocation majeure de l'Université qui, au cours de la formation initiale de l'étudiant, le préparera à assurer sa formation permanente. Par effet retour, l'analyse des besoins de la FMC permettra d'améliorer la formation initiale.

Chaque Faculté est dotée d'un département de formation médicale continue.

2.2.6. L'industrie

Historiquement, l'industrie pharmaceutique a été une grande pourvoyeuse de fonds pour la FMC. Actuellement (8), cette ressource reste opaque. Elle serait de l'ordre de plusieurs centaines de millions d'euros (400 à 600 millions), soit des niveaux bien supérieurs à ceux des financements publics. La frontière entre dépense de promotion et dépense de formation est floue et pose donc le problème de l'indépendance de la FMC.

2.3. L'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)

Le Décret No 99-1130 du 28 décembre 1999 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'analyse de l'évolution des dépenses médicales définit les grands principes de l'EPP (annexe 4).

L'article premier dit ceci : « L'évaluation individuelle des pratiques professionnelles vise à améliorer la qualité des soins en permettant à chaque praticien de disposer d'une appréciation et de recommandations formulées par ses pairs, sur la qualité de ses pratiques en matière de prévention, de diagnostic et de thérapeutique. Dans cette perspective, elle permet de

promouvoir le respect de la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. ».

Les médecins ont maintenant l'obligation de participer tous les cinq ans à un cycle d'évaluation. Ils doivent le faire auprès d'une structure d'évaluation habilitée par la Haute Autorité de Santé (HAS). La mise en place et l'organisation de l'EPP sont attribuées aux URML.

2.4. La Formation Professionnelle Conventiionnelle (FPC)

2.4.1. Ce que dit la convention

Comme son nom l'indique, cette partie de la formation médicale continue est celle qui provient de la Convention Médicale (12) qui lie les médecins libéraux et les Caisses d'assurance maladie. L'article L162-5 du Code de la sécurité sociale prévoit cette formation professionnelle conventionnelle. Elle est née de la convention médicale spécifique à la médecine générale de 1998. Celle-ci s'intègre dans l'obligation qu'ont tous les médecins de formation médicale continue et d'évaluation individuelle des pratiques professionnelles. Les orientations de la formation professionnelle conventionnelle des médecins libéraux sont définis par la Commission Paritaire Nationale et portent notamment sur :

- l'approfondissement d'une démarche qualité axée sur la médecine fondée sur les faits probants (Evidence Based Medicine).
- le développement de l'évaluation des pratiques en concertation avec la Haute Autorité de Santé.
- l'amélioration de la pratique médicale sur des priorités conventionnelles, et en particulier sur les référentiels et recommandations publiés par la Haute Autorité de Santé.

- l'accompagnement des médecins dans leurs missions de soins, dans le respect des objectifs prioritaires de santé publique définis par les pouvoirs publics et les partenaires conventionnels.
- les questions relatives à l'organisation du système de soins.
- l'économie de la santé et la prise en compte des conséquences économiques de la pratique médicale.
- l'informatique médicale.

La Commission Paritaire Nationale décide plus généralement d'assurer la réussite de la politique conventionnelle. Elle est composée à part égale de représentants des syndicats signataires de la convention et de représentants des différents régimes d'assurance maladie.

2.4.2. Les instances de la FPC

2.4.2.1. Le Comité Paritaire National de Formation Professionnelle Conventionnelle

Le CPN délègue la mise en œuvre de la FPC à ce comité. Il est composé de médecins généralistes et spécialistes ainsi que de représentants de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM).

2.4.2.2. Le Conseil Scientifique de la Formation Professionnelle Conventionnelle

Ce conseil, constitué de vingt médecins experts, met en place des groupes de travail pour traiter des formations spécifiques aux médecins. Il a le rôle de conseil scientifique et pédagogique du CPN-FPC.

2.4.2.3.L'Organisme Gestionnaire Conventionnel (OGC)

Cet organisme gère les sommes affectées à la FPC au titre de l'article L162-5 du code de la sécurité sociale. Son fonctionnement est précisé par le décret 2000-803 du 25 août 2000 (13). Il est administré par des représentants de l'UNCAM et des syndicats signataires de la convention. Ses missions sont :

- La gestion des appels d'offres sur les actions de formation.
- L'enregistrement des projets soumis par les organismes de formation.
- La gestion administrative et financière des actions agréées sur la base d'une convention de financement passée avec l'UNCAM.
- L'évaluation des actions de formation professionnelle conventionnelle.
- L'indemnisation des médecins participant aux actions de formation professionnelle conventionnelle.

2.4.3. Fonctionnement

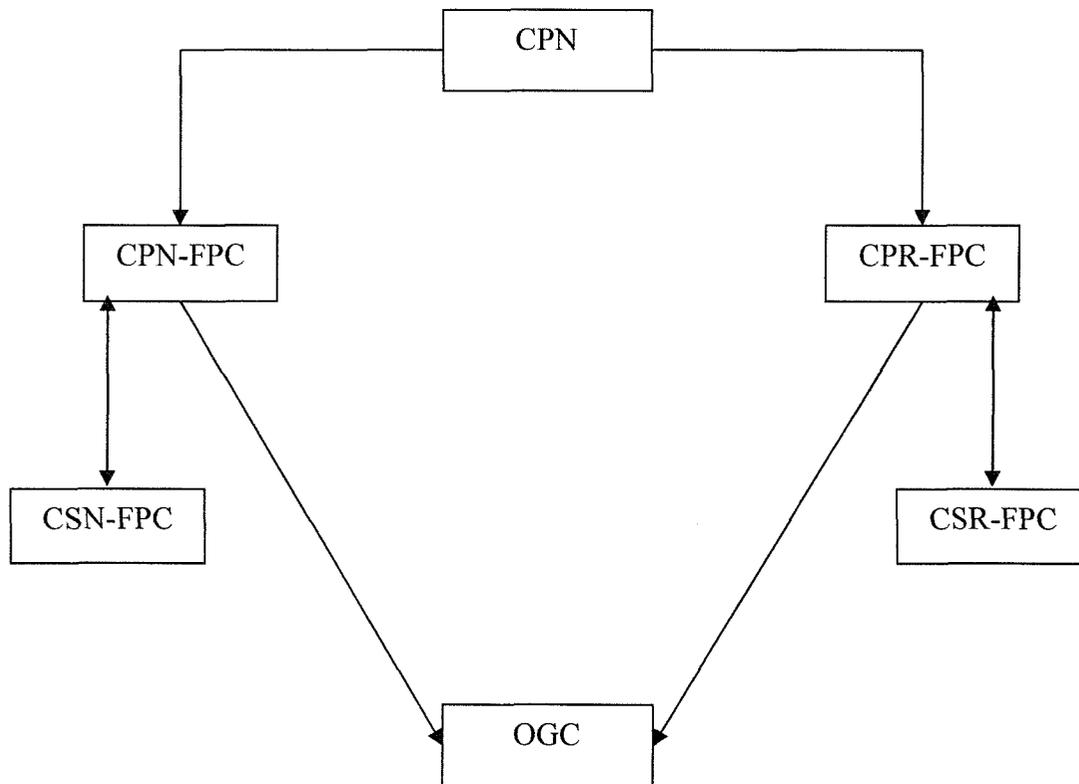
Sous l'égide de la CPN, le CPN-FPC est chargé de mettre en œuvre le dispositif de FPC. En collaboration avec l'OGC et le CS-FPC :

- Il arrête chaque année les thèmes de formation qui sont transmis pour information au conseil scientifique.
- Il prépare les appels à projet vers les organismes de formation.
- Il rédige les cahiers des charges.

- Il définit les critères d'agrément des organismes et des actions de formation.
- Il agréé les organismes et les actions de formation après avis du conseil scientifique (pas encore réalisé à ce jour).
- Il évalue le dispositif mis en place.

Il existe des organismes locaux que sont le comité paritaire régional de formation professionnelle conventionnelle et le conseil scientifique régional qui s'occupent des organismes de formation dont le champ d'action est régional ou départemental.

L'OGC assure le lancement et la gestion des appels d'offre et transmet les projets présentés par les organismes de formation aux conseils scientifiques compétents chargés de la validation scientifique et pédagogique.



-Organisation de la FPC-

2.4.4. Financement

Le montant de la contribution annuelle affectée à la formation professionnelle conventionnelle est fixé annuellement. Elle est versée à l'OGC. Concernant les actions de formation, plus de la moitié de la contribution sera consacrée à des actions de FPC au niveau régional.

2.4.5. Indemnisation des médecins

Les caisses nationales s'engagent à favoriser la participation des médecins généralistes et spécialistes conventionnés aux actions de formation professionnelle conventionnelle, en permettant le versement à leur profit d'une indemnité de formation. Pour pallier à la perte de ressource engendrée par la participation à une action de formation respectant le cahier des charges, une indemnité quotidienne de quinze fois la valeur d'une consultation sera versée par l'OGC, sans excéder huit journées indemnisées par année et par médecin.

2.4.6. Evaluation de la FPC

L'OGC réalise et transmet annuellement au CPN-FPC un rapport d'activité comprenant un bilan du programme annuel de formation. Ce rapport permet aux parties signataires d'apprécier notamment le coût et les conditions de réalisation matérielle des actions organisées et de disposer d'éléments relatifs à la nature des formations dispensées et aux médecins formés.

Les conseils scientifiques rédigent un rapport annuel évaluant l'aspect scientifique et pédagogique des actions dispensées. Ils apprécient notamment si les organismes de formation ont satisfait aux obligations d'évaluation définies dans le cahier des charges.

En 2005, le rapport d'activité de l'OGC dénombrait 11894 participants pour 1748 intervenants. 307 médecins lorrains ont été formés. Sur les 1287 sessions de formations, 415 ont vu un module d'évaluation être prévu et réalisé, en plus des évaluations classiques comme les questionnaires de satisfaction et les pré-tests post-tests.

2.4.7. Omniprésence des conflits d'intérêt

2.4.7.1. Syndicats juges et parties

Le rapport de l'IGAS concernant la FMC paru en janvier 2006 décrit un système où l'indépendance et l'impartialité dans les choix et les décisions ne sont pas assurées. En effet, siègent dans les différents conseils en charge de la FMC des médecins issus des syndicats signataires de la convention médicale. Les syndicats ayant chacun leur propre structure de FMC, le risque existe quant à l'attribution des financements des formations et des futurs agréments des organismes de FMC (8).

2.4.7.2. L'industrie biomédicale

Ce même rapport de l'IGAS critique le mode de financement des structures de FMC, notamment locales. Ce financement privé est tel qu'il est indispensable actuellement au fonctionnement et à la survie de ces associations. Même si celles-ci s'en défendent, les formations sont influencées par ce financement, au profit de l'industrie biomédicale au détriment parfois de celui du patient. L'indépendance d'une association sera inversement proportionnelle à la place qu'occupe l'industrie pharmaceutique dans son financement.

2.4.7.3. Les experts : importance de la charte contre les conflits d'intérêts

Les experts, aussi appelés leaders d'opinion, participent aux formations à l'invitation des organisateurs. Ils ont un rôle très important car ils doivent représenter pour le praticien l'excellence dans sa discipline. Comme toutes personnes désignées comme expertes, elles se doivent d'être irréprochables au sujet de leur indépendance vis-à-vis d'organisations ayant des intérêts dans le domaine médical. Mais il est fréquent que ces leaders d'opinion aient des intérêts, par rapport à l'industrie pharmaceutique notamment.

Récemment, l'association FORMINDEP a été créée. Elle milite pour une formation médicale indépendante au service des seuls professionnels de santé et des patients. Elle propose notamment une charte où le praticien s'engage à travailler en toute indépendance en se préservant des influences susceptibles de nuire à cette mission, en particulier venant d'intérêts industriels, financiers ou commerciaux.

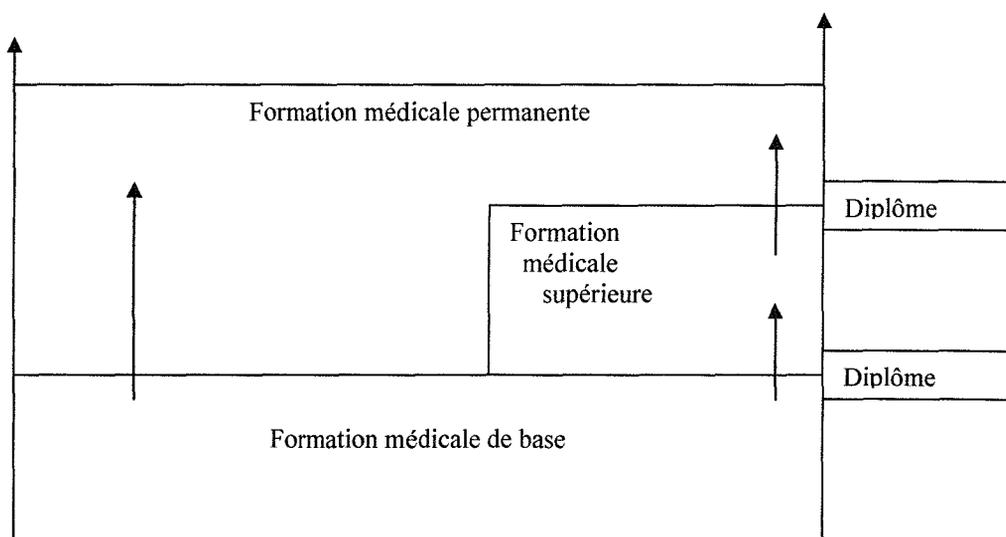
3. Définitions

3.1. Formation médicale continue

3.1.1. La notion de formation permanente (14)

La formation permanente est celle que le médecin entreprend à l'issue de ses études médicales de base et, le cas échéant, à l'issue de toutes études complémentaires préparant à une carrière d'omnipraticien ou de spécialiste. Il s'agit donc d'une formation destinée à améliorer la compétence du praticien et non d'obtenir un nouveau diplôme.

La formation permanente a pour but unique d'aider les médecins à conserver et à développer leurs compétences professionnelles, quel que soit le secteur dans lequel ils exercent.



-Les différentes formations dans la vie du médecin-

Ce schéma nous montre la différence qui existe entre formation initiale et permanente. La formation permanente accompagne le médecin tout au long de sa carrière, sans lui donner de diplôme complémentaire mais en essayant d'améliorer sa pratique de façon régulière.

3.1.2. Formation obligatoire ?

La formation médicale continue se distingue par définition de la formation médicale initiale. Elle débute dès la fin de celle-ci car elle est une obligation morale et déontologique, inscrite au code de déontologie (article 11) : « Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances, il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles ».

De plus, elle entre dans le cadre légal de la loi Delors de 1971 concernant la formation professionnelle. Elle est même devenue obligatoire par l'ordonnance du 24 avril 1996 : « tout médecin, qu'il exerce à titre libéral ou dans un établissement de santé public ou privé participant au service public hospitalier doit justifier du respect de cette obligation soit auprès du Conseil Régional de la Formation Médicale Continue, soit auprès de la Commission Médicale d'Etablissement ».

3.2. Evaluation

Les professionnels de la formation se sont dès l'origine préoccupés d'évaluer les formations qu'ils délivraient. Ils eurent à cœur de vérifier l'acquisition des connaissances nouvelles de leur public. Ils s'aperçurent rapidement que la seule évaluation des connaissances n'était pas suffisante et qu'elle ne permettait pas d'apprécier l'amélioration des pratiques, but ultime de toute formation (2).

Compte tenu de l'objectif qui est l'amélioration de la qualité des soins, la FMC a une obligation de résultat. LeCompte et Suchman, auteurs nord américains, décrivent l'évaluation comme « un processus d'application de méthodes scientifiques visant à rassembler des données fiables et valides pour savoir comment et à quel degré, des activités particulières produisent des effets ou des résultats particuliers » (15).

La FMC regroupe plusieurs moyens de formation, ayant tous le même objectif : l'amélioration de la qualité des soins. L'évaluation a pour but de rendre compte de l'efficacité de ces moyens. Si l'on considère l'activité de formation comme une activité de transformation de l'individu, alors l'évaluation est le moyen par lequel on cherchera à apprécier cette transformation (15).

On ne peut pas supposer qu'il y a eu apprentissage (modification de l'efficacité) dès lors qu'un praticien a suivi un enseignement quelconque. Une telle conclusion doit en effet reposer sur des preuves que seule l'évaluation peut fournir (14).

3.3. Les caractéristiques d'une action de formation (15)

3.3.1. Le processus

Le processus de l'action fera d'elle une véritable action de formation. Pour cela, il faut :

- Une notion de durée : le temps de formation est spécifique car il exclut que l'on se consacre à autre chose.
- L'adhésion du participant, qui se traduit par sa contribution financière, son déplacement, sa présence régulière.
- L'engagement intellectuel du participant qui doit se manifester par la production d'un travail.

3.3.2. Le résultat

Les résultats ou produits, qui s'apparentent à des savoir-faire, des savoirs, des savoir-être nouveaux, peuvent être exprimés en terme de changement de comportements, d'attitudes. Ce sont des comportements-produits qui permettent de dire si l'action a été ou non efficace.

Mais l'existence de changements ne permet pas de conclure à la présence d'une formation, car d'autres situations peuvent également induire des changements.

3.4. Recommandations et interventions susceptibles d'influencer la pratique médicale

3.4.1. Recommandations

3.4.1.1. Pourquoi a-t-on besoin de recommandations ?

La médecine est marquée par l'accroissement constant des données publiées et le développement rapide de nouvelles techniques qui modifient constamment les stratégies de prise en charge préventives, diagnostiques et thérapeutiques des malades. Dès lors, il est très difficile pour chaque professionnel de santé d'assimiler toutes les informations nouvelles apportées par la littérature scientifique, d'en faire la synthèse critique et de les incorporer dans sa pratique quotidienne. L'élaboration de recommandations professionnelles fait partie des réponses à ce défi de la médecine moderne et vise à améliorer en permanence la qualité des soins prodigués par les professionnels de santé (16).

3.4.1.2. Objectif

Les recommandations professionnelles sont définies comme « des propositions développées de manière claire pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». Leur objectif principal est de fournir aux professionnels de santé une synthèse des données actuelles de la science et de l'opinion d'experts sur un thème de pratique clinique, et d'être ainsi une aide à la décision en définissant ce qui est approprié, ce qui ne l'est pas ou ne l'est plus, et ce qui reste incertain ou controversé (16).

3.4.2. Diffusion et formation

Rédiger des recommandations professionnelles selon des critères méthodologiques optimaux ne suffit pas pour qu'elles créent un processus d'amélioration continue des pratiques. Il faut non seulement les porter à la connaissance des professionnels grâce à une diffusion large, mais surtout induire leur utilisation effective par des méthodes de mise en œuvre performantes. Le fait de connaître une recommandation et de déclarer qu'on la suit n'est pas suffisant pour démontrer qu'elle est réellement mise en œuvre.

L'origine d'une recommandation médicale peut influencer sur le degré de confiance des médecins envers cette recommandation, et par conséquent sur son application (17).

Les modes de diffusion sont les suivants :

- Distribution de documents imprimés ou de matériels audiovisuels.
- Publications dans la presse scientifique ou professionnelle.
- Conférences, présentations didactiques, ateliers éducatifs.
- Elaboration de consensus locaux, où les participants débattent de recommandations concernant la prise en charge d'un problème de santé spécifique, acceptent collectivement ces recommandations, voire discutent de la stratégie de mise en œuvre appropriée.
- La visite d'éducation au cabinet du médecin (outreach visit, academic detailing) est une méthodologie faisant intervenir la visite d'une personne spécialement formée au lieu d'exercice du professionnel de santé.
- Le leader d'opinion, défini comme un professionnel de santé désigné par ses collègues comme influant en terme de formation, afin de délivrer une information au niveau local.

- Marketing de l'industrie pharmaceutique, à analyser avec discernement quant à l'interprétation des recommandations.

3.4.3. Encadrement des pratiques

- Audit retour d'information.
- Rappels au moment de la décision (reminders) : toute intervention qui incite le praticien à effectuer une action spécifique. Ce rappel peut être sous forme papier (poster...), informatique (système d'aide à la décision), voire téléphonique.

3.4.4. Incitations financières

- Incitations collectives : modes de rémunération des professionnels, mode de remboursement des soins.
- Incitations individuelles : sanctions/bonus, en fonction de différents critères (activité, qualité des soins, résultat financier,...), responsabilité médicale, participation financière dans une structure de santé.

3.4.5. Interventions organisationnelles

- Impact des différents modes d'organisation des soins sur les pratiques (managed care, fun holding...).
- Impact des caractéristiques structurelles (systèmes de médecins référents, systèmes d'information, organisation du travail, coordination des soins).

3.5. La notion d'objectifs pédagogiques

« Celui qui ne sait pas où il veut aller risque de se retrouver ailleurs, et de ne même pas le savoir » Mager.

Cette citation montre l'intérêt qu'il y a à élaborer et à définir des objectifs pédagogiques permettant de faire progresser la qualité de l'évaluation d'une formation. Pour être opérationnel, un objectif pédagogique doit répondre à quatre critères (15).

- Définir une activité de l'étudiant aussi univoque que possible.
- Définir un comportement objectivement observable à l'issue de la formation.
- Décrire les conditions précises dans lesquelles ce comportement peut être observé.
- Préciser le niveau d'exigence, donc des critères, qui serviront à évaluer.

Les objectifs opérationnels correspondent parfaitement à la perspective d'une évaluation. Ils portent sur des aspects quantifiables de la connaissance. Par contre, en ce qui concerne les aspects qualitatifs, subjectifs, l'évaluation est difficile. En effet, en prenant l'exemple du savoir être, il est compliqué à évaluer et demande des techniques comme le jeu de rôle ou la glace sans tain. Même si elles sont enrichissantes, ces méthodes sont lourdes à mettre en place et demandent une grande implication tant aux participants qu'aux organisateurs.

3.6. Outils d'évaluation en formation

3.6.1. Outils quantitatifs

Ces outils mesurent des critères quantifiables. Nous pouvons citer les tests de connaissances type QCM, les examens ou exercices, les questionnaires fermés. L'audit est le représentant le plus complexe de ces outils quantitatifs.

3.6.2. Outils qualitatifs

Les outils sont moins explicites. Ils rassemblent les observations directes dans l'activité, les questionnaires ouverts, les comptes-rendus individuels ou de groupe, les mémoires, les séances de bilan ou de synthèse de fin de stage, les monographies, les mises en situation avec grille de relevé de performances, les regroupements périodiques (réseaux).

3.6.3. Trois niveaux d'évaluation

On peut hiérarchiser ces outils en déterminant trois niveaux

- Niveau 1 : mesures subjectives comme les questionnaires de satisfaction.
- Niveau 2 : appréciation du savoir par des questionnaires type pré-test post-test.
- Niveau 3 : analyse de la pratique comme l'audit de pratique, l'utilisation de groupes contrôles.

3.7. Méthodes d'évaluation

3.7.1. Mesures post-formation

Elle est la méthode la plus pauvre car elle constate un résultat, sans qu'il soit possible de le comparer à une mesure antérieure à la formation. Cela donne des résultats très relatifs qu'il est impossible d'attribuer à l'action de formation.

3.7.2. Mesures avant/après

Il s'agit de comparer les mesures obtenues avant et après la formation.

Cette méthode permet de s'approcher de l'impact qu'a pu avoir l'action de formation, en comparant les écarts de résultats obtenus avec l'outil choisi. Mais il est impossible par cette méthode de déterminer quelle aurait été l'évolution des pratiques ou des états de santé dans le temps si le groupe de médecins n'avait pas été formé. De plus, rien ne garantit que le participant appliquera réellement ce qu'il a appris.

3.7.3. Groupe intervention/Groupe contrôle

Cette technique consiste à établir une comparaison entre des groupes expérimentaux et des groupes de contrôle. Un groupe suit la formation, pendant que l'autre groupe ne suit pas de formation, ou en suit une sur le même thème mais à l'aide d'un autre support. Ces deux groupes doivent subir bien entendu la même évaluation, de type mesures avant/après ou par la réalisation d'un audit de pratique par exemple.

3.7.4. L'audit

3.7.4.1. Définition

Le terme d'audit provient du monde de l'entreprise, où nous pouvons en donner la définition suivante : un audit est une opération de diagnostic qui porte sur une activité particulière ou sur la situation d'une organisation, réalisée au moyen d'études, d'examens systématiques et de vérifications dont les résultats sont jugés en toute indépendance, et qui sert à émettre un avis ou à proposer des mesures correctives durables.

Dans le domaine médical, plus particulièrement celui de la formation médicale continue, l'audit est une méthode d'évaluation permettant à l'aide de critères déterminés, de comparer la pratique du médecin à des références admises pour améliorer la qualité des pratiques et des soins délivrés aux patients. Il ne porte pas sur les connaissances du médecin, mais sur sa performance, sur l'application du savoir à une activité professionnelle. Les premiers audits sont apparus au début des années 1980 au Royaume-Uni (18). La méthodologie est fixée en France depuis 1993.

D'abord développée comme une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles, l'audit est maintenant reconnu comme méthode pédagogique à part entière en mettant le médecin en face de sa propre pratique.

3.7.4.2. Méthodologie

L'audit clinique distingue six étapes (19) :

- Choix du thème.
- Choix des critères.
- Choix de la méthode de mesure.
- Recueil des données.

- Analyse des résultats.
- Plan d'action d'amélioration et réévaluation.

Il est également logique de réaliser ensuite une seconde mesure afin de juger de l'amélioration de la pratique, réalisant ainsi le « cycle de l'audit ».

3.7.4.2.1. Choix du thème

Le thème est choisi en fonction de sa fréquence dans la pratique, du risque pour le patient, du potentiel d'amélioration, de l'existence de références scientifiques, réglementaires et professionnelles.

Il peut provenir de l'expérience personnelle des médecins (difficultés, incidents, plaintes de patients), ou de considérations extérieures (recommandations des conférences de consensus, des organismes). En somme, tout problème ressenti comme un dysfonctionnement pour lequel une action correctrice peut être entreprise est un thème potentiel. Il faut aussi que le problème soit rencontré assez fréquemment afin de faciliter le recueil de données.

3.7.4.2.2. Choix des critères

Un critère est un élément sur lequel repose un jugement. Celui-ci doit être valide, quantifiable, fiable, sensible et spécifique. Une fois les critères choisis, il faut en définir la norme pour chacun. Selon le thème, cette norme pourra être arrêtée par l'analyse de la littérature (réglementations, recommandations, publications sur ce thème).

3.7.4.2.3. Choix de la méthode de mesure

Cette étape correspond à la construction de la grille de recueil des données. Les questions doivent être formulées de telle sorte que les réponses soient de type binaires ou fermées afin que le recueil soit rapide, critère indispensable quant à la faisabilité de l'audit. Il est nécessaire de déterminer le type de l'étude, la taille de l'échantillon, la période d'évaluation, la source d'information et le mode de recueil des données.

3.7.4.2.4. Recueil des données

Il doit correspondre aux critères retenus. Il sera soit rétrospectif (analyse du dossier du patient), soit prospectif c'est-à-dire recueilli au cours de la consultation. Il est important que le mode de recueil soit le plus simple possible, afin d'en favoriser la rapidité. Pour cela, il faut absolument que la fiche soit testée avant l'envoi des documents aux participants. Cette procédure est appelée « test de faisabilité », effectué par des observateurs naïfs.

3.7.4.2.5. Analyse des résultats

Cette analyse va estimer le niveau de la qualité de l'activité des médecins en mesurant l'écart entre les données recueillis et les normes. Le but est de déterminer le type d'action à mener en analysant les raisons de cet écart.

3.7.4.2.6. Plan d'action d'amélioration et réévaluation

Le but de l'audit n'étant pas de contrôler les médecins mais d'améliorer leur pratique, les conclusions de l'audit doivent amener un changement de comportement. Après avoir présenté les résultats aux professionnels concernés, il faut recenser et appliquer des actions correctives. L'impact de ces mesures devra être mesuré après une période de réévaluation. Il était donc logique d'imaginer une interconnexion entre l'audit et l'action de formation. Le premier servant d'outil de mesure, le second de méthode corrective.

4. Le séminaire des 15 et 16 novembre 2002

4.1. Les concepteurs du projet

4.1.1. L'AMMPPU (Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post-Universitaire)

4.1.1.1. Statuts

L'AMMPPU est une association régie par la loi de 1901 (1908 en régime local), indépendante, apolitique, gérée par des médecins généralistes de la Moselle.

Elle a pour but de promouvoir et d'organiser la formation médicale continue des médecins généralistes. Elle rassemble plus de 350 membres actifs sur l'ensemble du département. Elle comprend douze sections locales animées chacune par un responsable.

Elle vit des cotisations de ses adhérents, de subventions, de dons et de financements institutionnels.

4.1.1.2. Buts de l'association

L'association s'attache à dispenser une formation adaptée à l'exercice professionnel sous la forme d'un programme complet et souple :

- Plans de formation départementaux étalés sur un ou deux ans.
- Soirées départementales d'actualité.
- Conférences mensuelles décentralisées mises en place par les douze sections du département.
- Groupes d'inter formation.

- Groupes de pairs ou Groupe d'Echange de Pratiques.
- Cycles de formation.
- Ateliers pratiques.
- Stages cliniques.
- Séminaires conventionnels indemnisés, séminaires de formation non indemnisés.
- Partenariat avec la Société des Sciences Médicales de la Moselle et les réseaux Ville-Hôpital.
- Partenariat avec le département de la FMC de la Faculté de Médecine de Nancy : réalisation des « Journées d'Actualité Thérapeutiques », participation à la « Semaine Médicale de Lorraine »...

Enfin, l'AMMPPU a le statut d'Organisme Formateur enregistré auprès du Préfet de la région Lorraine.

4.1.2. Le Groupe Lorrain d'Audit Médical (GLAM)

Créé en 1993, le GLAM a pour objet le développement et la promotion de l'évaluation des pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire, au moyen de l'audit médical. A ce jour, vingt-trois audits ont été réalisés ou sont en cours.

4.2. Choix du thème

4.2.1. Choix d'actualité

Depuis quelques années, la réflexion sur l'usage des antibiotiques a été très riche. Les médecins généralistes français sont au premier rang européen en terme de volume de prescriptions d'antibiotiques.

Une part importante de ces prescriptions concerne les infections respiratoires hautes et basses (rhinopharyngites et bronchites essentiellement), pourtant presque toujours virales, pour lesquelles toutes les recommandations incitent à la non prescription d'antibiotiques. Cette sur prescription a des conséquences écologiques (émergence de souches résistantes) et économiques. Une enquête de 2001 (20) montrait que la méconnaissance des référentiels et la pression supposée des patients étaient les deux causes les plus fréquentes de sur prescription dans ces pathologies bénignes.

Selon une enquête de 1998 réalisée par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie de Rhône-Alpes, l'antibiothérapie est instaurée chez 43.5% des enfants atteints par une rhinopharyngite aiguë non compliquée. En cas de bronchite aiguë, cela atteint plus de 70 à 90% (21) (22).

4.2.2. Choix lié aux objectifs

L'antibiothérapie en médecine générale ne se trouvait pas au sein des thèmes prioritaires du rapport annuel de 2002 de l'OGC. En 2002 ont été traités 31 thèmes différents dont 10 considérés comme prioritaires.

Coupler le séminaire et un audit des pratiques avait pour l'équipe organisatrice un double intérêt. Tout d'abord, il permettait de satisfaire au cahier des charges de l'OGC qui comprend un module d'évaluation des pratiques. Ensuite, il permettait à beaucoup de participants de découvrir la procédure et l'intérêt de l'audit des pratiques.

4.2.3. Choix lié à la méthode

La méthode de l'audit demande un thème fréquent, afin de pouvoir inclure rapidement le nombre voulu de cas. Elle réclame des références scientifiques clairement établies, à la disposition de tous les médecins. L'antibiothérapie pour une affection respiratoire ou ORL

remplit toutes ces exigences. En effet, des recommandations claires ont été établies par l'AFSSAPS (23) (Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant).

4.3. Programme pédagogique

Comme toute action de FMC entrant dans le cadre de la Formation Professionnelle Conventionnelle, ce séminaire a demandé tout d'abord la rédaction d'un dossier scientifique et pédagogique (annexe 5). Ce dossier réunit la justification du thème, les objectifs de formation, l'organisation et les méthodes pédagogiques, et enfin le programme détaillé.

4.4. Organisation

Le séminaire s'est déroulé à Forbach (Moselle) les 15 et 16 novembre 2002.

Après l'accueil et la distribution des documents, les participants sont soumis à un pré-test pour faire le point sur leurs acquis avant ce séminaire.

Pour chaque thème, il y avait tout d'abord un travail en atelier d'une dizaine de médecins dont un animateur pour réfléchir sur plusieurs cas cliniques. Après un temps de réflexion personnel, les participants échangeaient leurs avis afin de tomber d'accord sur une conduite à tenir précise pour chaque cas. Après une heure et demi, ils se retrouvaient en séance plénière où un des groupes donnait ses réponses en présence d'un expert de la discipline. Ce moment était un échange où chaque médecin pouvait confronter son avis ou son expérience à son confrère expert. Cette séance durait aussi environ une heure et demie. Ces deux jours auront vu une alternance de ces deux animations pour quatre thèmes différents concernant l'antibiothérapie en médecine générale. Ces thèmes étaient la pneumologie, la dermatologie, l'oto-rhino-laryngologie et les infections uro-génitales.

Chaque journée se terminait par une séance d'arbitrage en plénière pour reparler des points forts de la journée et des messages importants du séminaire.

Enfin, la dernière journée s'est terminée par le remplissage par les participants des post-tests et des questionnaires d'évaluation.

4.5. L'audit des pratiques couplé au séminaire

4.5.1. Description de l'audit

Chaque médecin participant au séminaire était invité à inclure au fur et à mesure de ses consultations des patients répondants aux critères d'inclusion de l'étude (courrier envoyé aux médecins en annexe 6).

4.5.1.1. Critères d'inclusion

- Patients vus en consultation ou en visite.
- Antibiothérapie prescrite par le médecin concerné il y a moins d'un mois pour une affection respiratoire ou ORL.

4.5.1.2. Mode d'inclusion

Il s'agit d'un recueil rétrospectif sur le dossier médical pour vingt-cinq patients successifs qui correspondent aux critères d'inclusion.

4.5.1.3. Question posée au médecin

Quelle était la situation clinique ou le diagnostic qui a conduit à la prescription d'antibiotique?

4.5.1.4.Codification des résultats

Afin de faire ressortir plus facilement les prescriptions d'antibiotiques considérées comme non justifiées, un code a été attribué pour chaque prescription des patients inclus. C'est donc le prescripteur qui détermine lui-même a posteriori si l'antibiothérapie était justifiée.

- A : Groupe des indications formelles
 - A1 : Otite aiguë (tympa déformé) de l'enfant de moins de deux ans
 - A2 : Pneumopathie aiguë
 - A3 : Scarlatine

- B : Groupe des indications légitimes
 - B1 : Sinusite aiguë de l'enfant : forme sévère ou enfant à risque (asthme, cardiopathie...)
 - B2 : Sinusite aiguë de l'adulte avec deux des trois critères suivants :
 - Plus de 48 heures
 - Douleur typique
 - Augmentation de la purulence
 - B3 : Otite moyenne aiguë de l'enfant de plus de 2 ans si symptomatologie bruyante (fièvre élevée, otalgie intense)
 - B4 : Exacerbation de bronchite chronique
 - Simple si persistance de la fièvre supérieure à 38° au-delà du troisième jour
 - Obstructive (dyspnée d'effort hors exacerbation) si au moins 2 critères de la triade d'Anthonisen ou si fièvre persistante

- B5 : Angine
 - B6 : Rhinopharyngite (moins de 15 ans) à risque :
otite séreuse, évolution traînante, enfant à risque
- C : Tous les autres diagnostics et situations cliniques

4.5.1.5.Particularités du second tour

Le principe et la mise en œuvre sont les mêmes. En effet, les participants devaient inclure des patients selon le même mode, mais il est nécessaire que la prescription d'antibiotique soit postérieure au séminaire étudié.

Bien entendu, la période d'inclusion entre les deux audits est différente, ce qui peut avoir des répercussions sur les fréquences des types de pathologies infectieuses.

4.5.2. Recueil des résultats

4.5.2.1.Participation

Le nombre de médecins inscrits au séminaire était de trente-six. Parmi eux, trente médecins ont reçu un numéro d'anonymat au début de ce séminaire quand ils ont rendu le premier tour de l'audit ou si ils demandaient une grille pour le second tour. Quatre médecins n'ont pas reçu de numéro d'anonymat, dont un animateur. Deux résidents en stage auprès d'un médecin généraliste participaient au séminaire mais ne pouvaient pas participer à l'audit.

4.5.2.2.Effectifs

N'entreront dans l'étude des résultats de l'audit que les médecins ayant répondu aux deux tours d'audit. Parmi eux, un praticien n'a inclus aucun patient, que ce soit au premier ou au second tour. Il ne sera par conséquent pas comptabilisé. Il reste donc vingt-trois médecins dont les résultats sont exploitables, c'est-à-dire ayant rendu leurs deux grilles et ayant inclus au moins un patient par tour.

4.5.2.2.1. Premier tour

Les vingt-trois médecins ont inclus chacun un maximum de vingt-cinq patients. La moyenne de patient inclus est de 16 patients par médecin.

4.5.2.2.2. Second tour

Ces mêmes vingt-trois médecins ont inclus chacun un maximum de vingt-cinq patients. La moyenne de patients inclus est de 16.6 patients par médecin.

4.5.2.3.Période d'inclusion

Les patients inclus dans le premier audit l'ont été en général de fin septembre à la date du séminaire. Le problème se pose concernant le second, car un grand nombre de recueils voient la période d'inclusion débiter au lendemain du séminaire, alors qu'il s'agit d'un recueil rétrospectif sur des prescriptions datant de moins d'un mois. Nous pouvons donc penser que les premiers patients inclus par ces médecins ont été traités avant le séminaire, ce qui n'est pas intéressant pour cette étude.

4.5.3. Saisie des données

4.5.3.1. Qui saisit les données ?

Ce sont les médecins participant au séminaire et ayant reçu une grille de recueil qui saisissent les éléments, au cabinet ou en visite, lorsqu'un patient correspond aux critères d'inclusion de l'enquête.

4.5.3.2. Comment le font-ils ?

Les médecins remplissent une grille de recueil préalablement reçue, et la remplissent au fur et à mesure des patients à inclure, en fonction du cas clinique, aidés en cela par une liste de codes jointe à la grille.

4.5.4. Lecture collective des résultats

Nous avons mélangé ici tous les patients pour chaque tour afin de voir la progression globale de la pratique des médecins ayant participé au séminaire.

4.5.4.1. Prescriptions A

4.5.4.1.1. Prescriptions A1

15 patients sur 367 (4.09%) ont été codés A1 au premier audit et 25 sur 382 (6.54%) au second.

4.5.4.1.2. Prescriptions A2

11 patients sur 367 (3.00%) ont été codés A2 au premier audit et 20 sur 382 (5.24%) au second.

4.5.4.1.3. Prescriptions A3

2 patients sur 367 (0.54%) ont été codés A3 au premier audit et 3 sur 382 (0.79%) au second.

4.5.4.1.4. Au total

Les prescriptions codées A s'élèvent à 28 sur 367 (7.63%) au premier audit. Au second elles sont 47 sur 382 (12.3%).

4.5.4.2. Prescriptions B

4.5.4.2.1. Prescriptions B1

2 patients sur 367 (0.54%) ont été codés B1 au premier audit et 5 sur 382 (1.31%) au second.

4.5.4.2.2. Prescriptions B2

47 patients sur 367 (12.8%) ont été codés B2 au premier audit et 62 sur 382 (16.2%) au second.

4.5.4.2.3. Prescriptions B3

27 patients sur 367 (7.36%) ont été codés B3 au premier audit et 28 sur 382 (7.33%) au second.

4.5.4.2.4. Prescriptions B4

49 patients sur 367 (13.4%) ont été codés B4 au premier audit et 49 sur 382 (12.8%) au second.

4.5.4.2.5. Prescriptions B5

57 patients sur 367 (15.5%) ont été codés B5 au premier audit et 81 sur 382 (21.2%) au second.

4.5.4.2.6. Prescriptions B6

59 patients sur 367 (16.1%) ont été codés B6 au premier audit et 35 sur 382 (9.16%) au second.

4.5.4.2.7. Au total

Les prescriptions codées B s'élèvent à 241 sur 367 (65.7%) au premier audit. Au second elles sont 260 sur 382 (68.1%).

4.5.4.3. Prescriptions C

98 patients sur 367 (26.7%) ont été codés C au premier audit et 75 sur 382 (19.6%) au second.

4.5.5. Lecture individuelle des résultats

4.5.5.1. Prescriptions A

13 médecins ont vu la proportion de prescription A augmenter, contre 6 qui l'ont vu diminuer alors que 4 ne l'ont pas vu varier.

4.5.5.2.Prescriptions B

8 médecins ont vu la proportion de prescription B augmenter, contre 13 qui l'ont vu diminuer alors que 2 ne l'ont pas vu varier.

4.5.5.3.Prescriptions C

8 médecins ont vu la proportion de prescription C augmenter, contre 13 qui l'ont vu diminuer alors que 2 ne l'ont pas vu varier.

4.5.6. La distribution est-elle significativement différente entre les deux audits ?

Nous étudierons les différences de prescription en constituant un tableau de contingence.

	Audit 1	Audit 2	Effectifs
A	28	47	501
B	241	260	501
C	98	75	173
Effectifs	367	382	749

Nous appliquons un test du Khi2 à deux degrés de liberté. L'hypothèse testée ici est que la distribution ne diffère pas entre les deux audits.

Le Khi2 calculé est de 8.29. Nous rejetons donc l'hypothèse que la différence soit due au hasard avec un risque inférieur à 5%.

La distribution des prescriptions est donc significativement différente entre les deux audits.

4.5.7. La différence de prescription C est-elle significative ?

Nous considérons 2 échantillons de patients pris au hasard parmi les patients ayant eu une prescription d'antibiotique depuis moins d'un mois, pour pathologie infectieuse respiratoire ou ORL.

Nous mesurons ici la fréquence de prescriptions considérées C dans un échantillon de patient avant et après le séminaire.

Sur les 367 patients du premier tour, 98 ont reçu l'indication C.

Sur les 382 patients du second tour, 75 ont reçu l'indication C.

Nous réalisons un tableau de contingence regroupant les patients classés C et ceux classés non C. Nous considérons l'hypothèse suivante : les effectifs classés C et non C ne diffèrent pas entre le premier et le second audit.

	C	Non C	Effectifs
Audit 1	98	269	367
Audit 2	75	307	382
Effectifs	173	576	749

Le test du Khi2 retrouve un Khi2 calculé égal à 5.27, ce qui nous permet de rejeter l'hypothèse avec un risque inférieur à 2.5%.

Les prescriptions classées C sont donc significativement inférieures au second audit.

4.5.8. Cas des prescriptions A et B

Comparer l'évolution de ces prescriptions entre les deux audits rendrait l'étude statistique inexploitable, car étudier les mêmes effectifs plusieurs fois de suite augmente le risque d'erreur. De plus, seule l'évolution des prescriptions C n'est intéressante à étudier statistiquement.

4.5.9. Evaluation du séminaire

4.5.9.1. Evaluation de niveau 1

Elle correspond au questionnaire de satisfaction que les participants sont invités à remplir en fin de séminaire. Ce questionnaire est rédigé par l'OGC, il est donc identique pour tous les séminaires. Les participants y sont interrogés sur la réponse aux attentes, l'adaptation du contenu de la formation, la documentation, le dispositif pédagogique (communication, rythme), la clarté et la pertinence des experts, et la satisfaction globale du séminaire.

Sur les 31 médecins ayant participé, 28 ont rempli le questionnaire, dont 26 ont pu être exploités.

Les participants étaient invités à l'issue du séminaire à noter de 1 (insuffisant) à 4 (excellent) la satisfaction qu'ils ont ressentie par rapport à leurs attentes.

Les résultats sont excellents avec une appréciation globale notée à 3.73/4.

4.5.9.2. Evaluation de niveau 2

En début de session, il est présenté aux médecins une grille d'autoévaluation ou pré test permettant aux participants d'évaluer leurs connaissances sur le thème de la formation.

A l'issue de la formation, la même grille d'autoévaluation ou post test permet de rendre compte de la transmission des connaissances essentielles sur le thème de la formation. Cette grille comporte 16 questions.

Les 31 médecins ont répondu aux deux étapes, ainsi que trois animateurs.

Le nombre moyen de réponses exactes est de 13/16 au pré-test, et de 14.5/16 au post-test. Par approximation normale, la progression des médecins n'est pas significative.

4.5.9.3. Evaluation de niveau 3

Cette évaluation est réalisée par l'audit des pratiques que nous venons de présenter. Les prescriptions C, c'est-à-dire celles ne correspondant à aucune recommandation ou accord

professionnel, ont diminué chez 13 médecins sur 23, contre une augmentation chez 8 d'entre eux.

Comme le montre l'étude statistique réalisée plus haut, les prescriptions cotées C sur l'ensemble des médecins participants, c'est-à-dire ne correspondant à aucune recommandation ou accord professionnel, ont significativement diminuées après la formation, passant de 26.7 à 19.6%.

4.5.10. Interprétation

Au vu de ces résultats, nous pouvons affirmer que les médecins ont progressé dans l'ensemble, même si 8 d'entre eux présentent de moins bons résultats au second tour.

Nous pouvons noter que les performances réalisées au premier tour paraissent déjà très bonnes avec seulement 26.7% de prescriptions non conformes, alors que nous pouvions nous attendre à des scores bien moins bons avant la formation. En effet, l'audit réalisé en 2003 par le Glam sur l'antibiothérapie des infections respiratoires et/ou ORL en médecine ambulatoire retrouvait 40% de prescriptions non conformes (24).

Malgré le bon niveau initial des médecins, la méthode de l'audit a permis de mettre en évidence une amélioration globale des médecins pendant la période où a eu lieu la formation.

5. Le séminaire du 19 et 20 novembre 2004

Fort logiquement, l'expérience de 2002 sur le thème de l'antibiothérapie en médecine ambulatoire a été renouvelée. Ce séminaire reprend les quatre mêmes sous parties que sont les infections ORL, les infections respiratoires, les infections cutanées et les infections urogénitales courantes.

5.1. Objectifs de formation

Tout d'abord, l'objectif est de proposer une stratégie thérapeutique dans les principales situations cliniques infectieuses rencontrées en médecine générale, en prenant en considération les recommandations de pratiques cliniques, les autorisations de mise sur le marché et les conférences de consensus. Ensuite, il est de choisir une antibiothérapie adaptée à ces situations cliniques en tenant compte des contextes particuliers (allergies, effets secondaires, immunodépression, insuffisance rénale ou hépatique, grossesse, âge, contre indications). Enfin, il s'agira de veiller à proposer des schémas de traitement en tenant compte des durées optimales de traitement, des posologies optimales et du rapport coût efficacité (Dossier scientifique et pédagogique en annexe 7).

5.2. Organisation

Comme en 2002, le séminaire est divisé en quatre sous parties correspondant aux quatre thèmes traités. Elles alterneront résolutions de cas cliniques en groupe, discussions des résultats en plénière en présence d'experts de la discipline, et présentations des recommandations et des conférences de consensus.

5.3. Audits de pratiques

5.3.1. Méthode

Les participants étaient préalablement invités à réaliser un audit des pratiques sur le thème de l'antibiothérapie. En effet, comme le stipule le cahier des charges de l'OGC, le séminaire doit comprendre une évaluation. Les organisateurs ont choisi l'audit de pratiques. La même opération leur a été demandée à distance du séminaire, afin de chercher à mesurer l'impact de celui-ci (courrier avec grille de recueil en annexe 8).

5.3.1.1. Critères d'inclusion

Les médecins incluent un maximum de vingt patients vus en consultation ou en visite chez qui ils prescrivent une antibiothérapie.

5.3.1.2. Mode d'inclusion

Le recueil se fait au fur et à mesure des prescriptions, complété si nécessaire de manière rétrospective sur le dossier médical.

5.3.1.3. Question posée

Quelle est la situation clinique (à détailler) ou le diagnostic qui a conduit à la prescription d'antibiotiques ?

5.3.1.4. Recueil des données

Pour chaque patient répondant aux critères d'inclusion, le médecin doit noter son âge, l'antibiotique prescrit, la posologie quotidienne, la situation clinique et des commentaires.

5.3.2. Effectifs des participants

35 médecins se sont inscrits afin de participer à ce séminaire.

32 participants ont réalisé le premier tour d'audit, alors que 27 ont réalisé le second.

Au total, 22 médecins ont rendu les deux grilles d'audit avec des données exploitables. Nous évaluerons ce séminaire à partir de ces 22 participants.

5.3.3. Lecture des résultats

5.3.3.1. Référentiel utilisé

Pour chaque patient inclus, le médecin responsable de l'exploitation des grilles doit déterminer si le cas est exploitable. Pour cela, il utilise le référentiel Antibioville (25). Ne peuvent être exploitables que les patients dont la pathologie infectieuse est traitée dans ce référentiel.

Antibioville est un référentiel d'aide à la prescription antibiotique. Clair et simple, il porte sur l'analyse des situations cliniques et microbiologiques les plus fréquentes en pratique ambulatoire et propose une prescription antibiotique raisonnée (dénomination commune internationale, posologie, durée). Il a été conçu par des médecins libéraux et hospitaliers en s'appuyant sur les recommandations de l'AFSSAPS et de l'ANAES, ainsi que d'autres ouvrages d'infectiologie. Ce référentiel a fait l'objet d'un consensus au sein du groupe Antibiolor, composé de médecins spécialisés en infectiologie en Lorraine.

5.3.3.2. Premier tour

Les 22 médecins ont inclus 409 patients. 305 patients ont été jugés exploitables, c'est-à-dire que la grille comportait suffisamment d'information concernant le cas, et que la recommandation existe dans Antibioville.

Sur les 305 patients exploitables, 139 ont bénéficié d'une prescription conforme aux recommandations, ce qui correspond à 45.6%.

La molécule choisie était conforme pour 123 d'entre eux soit dans 88.5% des cas.

La posologie était correcte pour chacun de ceux-ci.

La durée de traitement était adaptée pour 94 patients, soit 76.4%.

5.3.3.3.Second tour

Les 22 médecins ont inclus 416 patients. 297 ont été jugés exploitables.

Sur ces 297 patients, 201 ont bénéficié d'une prescription conforme aux recommandations, ce qui correspond à 67.7%.

La molécule choisie était conforme pour 181 d'entre eux soit dans 90% des cas.

La posologie était correcte pour 175 patients, soit 96.7%.

La durée de traitement était adaptée pour 139 patients, soit 79.4%.

5.3.4. Comparaison des deux tours

5.3.4.1.Antibiothérapie justifiée

Sur les 22 médecins étudiés, 16 ont amélioré leurs prescriptions concernant la décision d'instaurer une antibiothérapie.

Afin d'approcher la progression globale des médecins après le séminaire, nous avons regroupé tous les patients traités par les participants. Pour cela nous réaliserons l'étude statistique suivante :

Nous considérons 2 échantillons de patients pris au hasard parmi les patients traités par antibiotique.

Le premier audit regroupe 22 médecins ayant inclus au total 305 patients exploitables.

Le second audit regroupe ces mêmes médecins ayant inclus 297 patients exploitables.

Sur les 305 patients du premier tour, 139 ont bénéficié à juste titre d'une antibiothérapie.

Sur les 297 patients du second tour, 201 ont bénéficié à juste titre d'une antibiothérapie.

Nous regroupons ces patients dans un tableau de contingence suivant.

	Conforme	Non conforme	Effectifs
Audit 1	139	166	305
Audit 2	201	96	297
Effectifs	340	262	602

Nous émettons l'hypothèse suivante : la distribution des prescriptions entre les deux tours est identique.

Le test du Khi2 à un degré de liberté donne un Khi2 calculé égal à 29.91. Nous pouvons donc rejeter l'hypothèse avec un risque inférieur à 5%.

Les prescriptions conformes ont progressé significativement entre le premier et le second audit.

5.3.4.2.Choix de la molécule

Individuellement, 8 médecins se sont améliorés dans le choix de la molécule, contre 9 qui ont régressé et 5 qui ont stagné (ces 5 médecins avaient un score à 100% pour cet item au premier audit).

En regroupant les patients, la performance globale du groupe est stable, passant de 88.5% de molécule choisie conforme, à 90%.

5.3.4.3.Posologie

Aucune progression n'était possible pour cet item, car 100% des molécules choisies de façon correcte l'étaient à la bonne posologie au premier audit. 5 médecins n'ont pas réussi à conserver ce score.

Au second tour, en regroupant les patients, 96.7% des posologies étaient conformes.

5.3.4.4.Durée du traitement

Individuellement, 17 médecins ont progressé, contre 3 qui ont régressé. Les 2 médecins qui ont stagné sont à 100% de durée correcte.

En regroupant les patients, la performance globale du groupe est en faible progression, passant de 76.4% de durée de traitement conforme, à 79.4%.

5.4. Evaluation du séminaire

5.4.1. Evaluation de niveau 1

Cette évaluation, comme en 2002, correspond au même questionnaire de satisfaction. Il a été complété à la fin du séminaire par 34 médecins. Les participants étaient invités à noter de 1 (insuffisant) à 4 (excellent) la satisfaction qu'ils ont ressentie par rapport à leurs attentes.

L'appréciation globale est tout aussi excellente qu'en 2002 avec un score de 3.73/4.

5.4.2. Evaluation de niveau 2

Cette évaluation correspond à la réalisation du pré-test et du post-test.

34 questionnaires ont été recueillis et interprétés.

Le score du pré-test est de 12 réponses exactes en moyenne contre 14.5 pour le post-test. La progression n'est pas statistiquement significative.

5.4.3. Evaluation de niveau 3

Cette évaluation correspond au module d'évaluation prévu au cahier des charges, représentée ici par la réalisation de cet audit de pratique avant et après le séminaire.

16 médecins sur 22 ont amélioré leur pratique concernant la décision d'instaurer une antibiothérapie. En regroupant les patients, nous retrouvons une amélioration significative de cette décision, passant de 45.5% à 67.7% de prescription justifiée selon les critères.

Concernant le choix de la molécule, nous pouvons voir une stagnation des performances, mais avec des niveaux de choix déjà excellents au premier tour.

Nous pouvons faire la même remarque concernant la posologie qui stagne à des niveaux de performances élevés.

Les durées de traitement ont progressé chez 17 médecins, même si cette amélioration ne peut être que relative vu le très bon niveau initial.

5.5. Interprétation

L'évaluation par l'audit a pu démontrer une amélioration de la pratique concernant la décision d'instaurer une antibiothérapie selon le cas clinique.

L'audit n'a pas montré d'amélioration des autres critères (choix de la molécule, posologie, durée de traitement). Cette stagnation peut soit être due à un niveau initial très performant, soit à un manque sur ces thèmes au moment du séminaire.

6. Discussion

6.1. Introduction

Pour introduire cette discussion, nous reprendrons une étude réalisée en 2001 concernant la première année de mise en place de la Formation professionnelle conventionnelle. Ce travail étudiait le rapport d'activité de l'OGC et concluait à des résultats encourageants notamment en terme de satisfaction des médecins formés. Ce premier niveau de l'évaluation permettait de refléter objectivement l'image et la crédibilité de la FPC. Cependant, la satisfaction des médecins sur la qualité et l'utilité des formations est un critère inadapté pour évaluer l'acquisition des compétences. La perspective à l'époque était d'élaborer de nouveaux outils et d'exploiter les méthodes permettant d'évaluer les acquisitions des pratiques et, ultérieurement, leur impact sur la santé des patients.

Nous discuterons donc de l'audit qui rentre dans le cadre d'une évaluation de niveau 3, c'est-à-dire l'évaluation du transfert des acquisitions dans la pratique.

6.2. Evaluation de la pratique comme approche de l'évaluation d'un séminaire

L'évaluation par l'audit est avant tout une évaluation de la pratique, ce qui fait son originalité, contrairement aux autres modes d'évaluation axés sur la satisfaction ou l'évolution des connaissances du participant.

Avant d'être une évaluation d'une action de FMC, l'audit des pratiques est un outil pédagogique préexistant, ayant déjà fait ses preuves en tant qu'outil de formation à part entière.

Nous pouvons reprendre la notion d'évaluation formative qui a pour but de renforcer le processus d'apprentissage. Avant la formation, elle implique la participation des formés à l'identification des besoins. Cette participation a déjà en elle-même une valeur formative.

Pendant la formation, elle consiste en la résolution de problèmes (cas-cliniques...), la réalisation de pré-test et de post-test.

Puis après la formation, elle consiste en la réalisation de tests de connaissance à distance, avec retour d'information concernant les comportements professionnels depuis la formation. Cette notion de retour d'information est présentée comme un des moyens les plus puissants de formation.

L'un des éléments primordiaux de l'acceptation de cette évaluation formative est la reconnaissance du droit à l'erreur. En aucun cas on ne pourrait se servir d'éléments à des fins de sanction. L'anonymat doit être une priorité dans l'organisation des formations.

Enfin, l'évaluation formative doit également conduire les formés à reprendre et compléter leur formation sur tous les points insuffisamment maîtrisés. Les démarches de formation continue doivent prévoir ces boucles d'adaptation pour chaque sujet étudié.

6.3. Points forts de la méthode

6.3.1. Allongement de la période de formation

Une formation ne durant souvent que deux jours comme c'est le cas ici, le couplage à l'audit permet une réflexion plus longue sur le thème, grâce au temps préparatoire que représente le premier audit, et au temps de l'évaluation, de la répercussion sur la pratique que représente le second. Ce deuxième audit agit comme une « injection de rappel » en renforçant le processus d'acquisition.

6.3.2. Implication plus importante

Sans ce type d'évaluation avec temps préparatoire, le médecin est plus spectateur de sa formation. Grâce à cette méthode, il est plus à même de prêter attention aux sujets pour lesquels il a pu déceler des lacunes.

6.4. Limites de la méthode

6.4.1. Limites d'utilisation

Réaliser un audit exige une rigueur méthodologique, du temps et une grande motivation des participants. Il nécessite un effort de formation et un gros investissement pour les organisateurs. Ce double handicap explique le retard de la généralisation des audits.

L'audit a également ses limites du fait de l'audit lui-même. En effet, il n'est pas universel et ne peut pas intéresser tous les domaines médicaux.

6.4.2. Biais

6.4.2.1.Sélection

Même si la FMC est une obligation, les participants à ce type de formation sont souvent des médecins qui participent régulièrement à la FMC quelle que soit sa forme. Nous pouvons croire que le groupe de médecins participant à ce type de formation ne représente pas un échantillon de la population médicale locale.

De plus, le médecin gardant le choix de sa FMC dans sa forme et dans les thèmes proposés, il ne participera pas obligatoirement à la formation qui lui sera la plus utile dans sa pratique. Les médecins ne connaissent pas forcément leurs lacunes et ont souvent tendance à choisir des formations où ils pourront se rassurer dans leurs domaines de compétence.

6.4.2.2.Jugement

Ce biais pose le problème de la réalisation de l'audit par le participant. En effet, au moment de l'inclusion du patient, le médecin peut être amené à porter un jugement sur sa prescription. L'audit de 2002 pose ce problème, car le médecin audité devait lui-même juger si sa prescription n'était pas conforme aux recommandations. Or il a été démontré qu'un médecin est souvent convaincu de faire au mieux pour son patient, ce qui pourrait amener le médecin à vouloir inconsciemment embellir le tableau. Ce problème ne s'est pas posé en 2004 car le

participant n'avait qu'une saisie descriptive à réaliser. Mais cela a demandé un travail d'analyse des données beaucoup plus important.

6.4.3. Pas une réelle évaluation du séminaire

En définitive, cette méthode n'évalue que l'efficacité du séminaire, en nous donnant une approche de l'évolution de la pratique des médecins sur un thème donné durant la période incluant une action de formation sur ce thème. Plus le second audit sera réalisé précocement après le séminaire, plus il concernera l'impact de la formation elle-même ; à l'inverse, un second audit tardif reflétera un changement de pratique plus profond sans pouvoir l'attribuer au séminaire en question.

On ne peut pas lier une progression au seul séminaire car il n'est pas le seul facteur influençant la pratique pendant la période de l'étude. En revanche, un défaut de progression des participants est un signe pertinent pour l'absence d'efficacité du séminaire. Mais l'audit ne peut pas individualiser tel ou tel défaut du séminaire. L'absence de progression doit inciter les organisateurs à se réunir et à questionner les participants pour savoir pourquoi les médecins n'ont pas progressé pendant ce séminaire. Les questionnaires de satisfaction et les tests de connaissance peuvent aider à individualiser les faiblesses de la formation.

6.4.4. Problèmes particuliers liés à ces deux expériences

6.4.4.1. Périodes de recueil

Tout d'abord, concernant les audits précédant le séminaire, la date de début du recueil n'a pas été précisée par tous les participants. La fin de l'inclusion correspond à la date du séminaire, même si beaucoup de médecins ont inclus 25 patients sans que l'on connaisse la date de fin du recueil (élément non demandé sur la grille). Ce problème se pose pour les audits suivant le séminaire, car les feuilles de recueil ont été renvoyées irrégulièrement, sur une période d'inclusion très variable. De plus nous rappelons que beaucoup de médecins ont débuté l'inclusion dès le lendemain du séminaire alors qu'il s'agit en 2002 d'un recueil rétrospectif sur des prescriptions suivant le séminaire.

Nous pensons qu'il serait important de déterminer une période d'inclusion fixe qui serait la même pour les deux tours d'audit. Il serait aussi bon de décaler la période d'inclusion du

deuxième tour de quelques semaines par rapport au séminaire afin d'éviter d'inclure des patients ayant été traités avant le séminaire en cas de recueil rétrospectif. Ceci pose cependant un problème car les modules d'évaluations sont à retourner à l'OGC dans les six mois suivant l'action de formation.

6.4.4.2.Mode de recueil

Le recueil des audits de 2002 était rétrospectif, c'est-à-dire qu'il se faisait par rapport au dossier médical du patient à distance de la prescription. Au contraire de 2004 où le recueil était prospectif avec une inclusion du patient au moment de la prescription.

6.4.4.3.Mode de saisie

La saisie en 2002 était codifiée. Le médecin devait classer sa prescription, donc juger de sa pertinence. En 2004, la saisie était purement descriptive, sans qu'aucun jugement sur la valeur de la prescription ne soit demandé par les organisateurs.

6.4.4.4.Où se trouve la meilleure évaluation ?

Les différences que nous venons de décrire sont importantes sur le fond. En effet, nous pouvons penser que le recueil rétrospectif est plus formateur car il permet au médecin de remettre en cause sa prescription car il doit la juger, même si on peut penser que son jugement pourra être discutable. En revanche, pour ce qui est de l'évaluation du séminaire mesurée par l'amélioration de la pratique, la méthode prospective descriptive de 2004 paraît meilleure. Le praticien ne juge pas sa pratique, ce qui donne des données plus fiables. En revanche, nous perdons l'apport pédagogique que peut avoir ce premier tour d'audit, qui participe lui aussi à l'amélioration de la pratique, but ultime de ces formations.

6.4.4.5.Variations épidémiques

Concernant les deux expériences, le premier tour d'audit s'est déroulé pendant les mois d'octobre et de novembre. Par contre, les seconds tours ont été effectués pendant les mois de décembre et janvier. Ces différences de période ont pu influencer sur les résultats. Prenons l'exemple d'une période d'épidémie de rhinopharyngites, les prescriptions non conformes

pourront augmenter en nombre, sans que leur proportion ait varié. En revanche, si la période est pauvre en ce genre de maladies virales, la part des prescriptions conformes aux recommandations va augmenter, sans que l'on puisse conclure à une amélioration de la pratique.

6.5. Expériences étudiées ici

6.5.1. Thème particulier : l'antibiothérapie en médecine ambulatoire

Concernant le thème de l'antibiothérapie en médecine ambulatoire, il faut reconnaître que ces dernières années ont vu un changement de pratique indéniable tant en quantité qu'en qualité de prescription. Mais les facteurs d'amélioration sont nombreux, nous empêchant d'attribuer ce succès à la seule FMC.

Le thème de l'antibiothérapie était un thème particulier. En effet, l'Assurance Maladie a mené une grande campagne à partir de 1999 au moyen d'un faisceau d'actes convergents. Débuté par des expériences pilotes de TDR (Test de Diagnostic Rapide) de l'angine, cela s'est poursuivi début 2002 par un grand programme de sensibilisation des médecins et des patients, destiné à préserver l'efficacité des antibiotiques en promouvant leur bon usage. La campagne grand public a commencé en 2002 sous le slogan « les antibiotiques c'est pas automatique ». Les professionnels ont été sensibilisés par des tables rondes avec des spécialistes (pédiatres, infectiologues), par la diffusion de fiches de connaissances et actualités thérapeutiques en pathologie infectieuse courante (AFSSAPS), par échanges confraternels et par des formations au TDR. En deux ans (2002 à 2004), la prescription d'antibiotiques a diminué de 16%. Cette diminution est surtout sensible chez les enfants, premières cibles des résistances (diminution de 20.6% chez les 0-6 ans). Le coût de cette campagne a été estimé par la CNAMTS à 22.5 millions d'euros pour une économie de prescription de 300 millions d'euros en deux ans.

Les raisons du succès sont multiples : un objectif de santé publique clairement identifié étant affirmé et aisément compréhensible ; plusieurs canaux (prescripteurs, patients) étaient utilisés de manière concomitante ; une aide était apportée aux médecins par une campagne médiatique et par distribution d'un matériel (le TDR) ; enfin, une action était menée en continu sur l'évolution des comportements et sur l'impact du programme.

Concernant le département de la Moselle, la diminution de la prescription des antibiotiques a été plus importante qu'au niveau national. Les prescriptions d'antibiotiques remboursables ont diminué de 4.9% pour les omnipraticiens mosellans contre une diminution de 3.9% au niveau national. Entre 2004 et 2005, ces prescriptions ont augmenté respectivement de 0.27% et 1.97%. Cette hausse correspond à la fin de la campagne de grande envergure de l'Assurance Maladie. Nous pouvons penser que les changements de comportement des médecins peuvent n'être que transitoires et auraient besoins de rappels réguliers aux règles de bonnes prescriptions des antibiotiques. L'évolution sera intéressante à observer afin de voir si l'amélioration constatée au moment de la campagne n'a pas été éphémère, uniquement engendré par la communication, ou si un réel changement pérenne est intervenu.

6.5.2. Rappel des résultats

L'évaluation de niveau 1 (questionnaire de satisfaction) montrait des résultats similaires pour les deux séminaires. Ces bons résultats ne donnent qu'une information sur le bon déroulement du séminaire dans son ensemble sans que l'on puisse conclure sur un accroissement des connaissances et encore moins un changement de pratique.

L'évaluation de niveau 2 (pré-test et post-test) montrait pour les deux expériences une progression des connaissances.

Concernant l'évaluation de niveau 3, sur le plan individuel, nous constatons que la majorité des médecins ont progressé entre les deux audits. Le trop faible effectif de patients inclus par chaque médecin ne permet pas de retrouver de résultats significatifs individuellement.

Collectivement, en ne considérant qu'un groupe de patients traité par un groupe de médecins en formation, nous notons une progression des médecins dans la décision d'instaurer une antibiothérapie justifiée par l'indication.

6.6. Bilan et perspectives

6.6.1. Bilan

Evaluer une formation n'est pas le plus simple. Il faut en rappeler la problématique : l'évaluation peut porter sur les qualités de la formation elle-même, ses résultats sur les connaissances ou mieux les compétences des participants, mais surtout son impact en terme de résultats sur la santé.

Nous avons pu découvrir grâce à cette méthode originale comment nous pouvions utiliser un outil pédagogique comme l'audit de pratique pour évaluer un séminaire. Plus que l'évaluation du séminaire lui-même, l'audit nous a permis de tenter d'en mesurer l'efficacité en terme de bénéfice sur la pratique.

En conclusion de ces deux expériences semblables sur le fond mais présentant quelques différences méthodologiques sur la forme, nous pouvons dire que l'audit donne au mieux une indication sur la qualité d'un séminaire. Les médecins ont globalement progressé pendant la période incluant le séminaire. Mais quelle est la part du séminaire dans cette progression ? L'audit à lui seul ne peut-il pas déjà améliorer la pratique en pointant les erreurs de pratique ? Qu'en est il aujourd'hui de la pratique de ces médecins ? Une évaluation de séminaire doit être une action qui soit proche de celui-ci dans le temps, alors que l'audit demande du temps et du recul. L'audit permet de faire un état des lieux de la prescription et d'en voir éventuellement la progression par sa répétition. Nous pensons que la réalisation de l'audit avant le séminaire est très formateur et permet d'appréhender au mieux la formation à suivre, par contre nous proposons que le second tour soit réalisé un an plus tard, aux mêmes dates et pendant une même durée. Nous nous éloignerons sûrement de l'évaluation à proprement parler du séminaire, mais nous approcherons bien mieux les améliorations durables de la pratique, grâce à la formation étudiée et à la progression du médecin par tout autre moyen de formation recensé.

6.6.2. Perspectives

Le niveau initialement élevé des participants pose aussi le problème du libre choix des médecins quant au fond et à la forme de leurs formations. Concernant le fond, c'est-à-dire le choix des thèmes de formation, les médecins ont souvent tendance à choisir des thèmes où ils se sentent le plus à l'aise, dénotant plus un besoin de se rassurer qu'un réel soucis de formation. Il serait avantageux que les médecins puissent bénéficier de formations ayant des thèmes correspondant à des zones où le médecin s'éloigne le plus des recommandations. Le rapport 2006 de l'IGAS¹³ sur la FMC préconise l'utilisation des données de l'Assurance Maladie afin de mesurer les écarts entre certains référentiels et la pratique. Ces écarts serviraient au médecin afin qu'il connaisse mieux sa pratique par rapport aux recommandations, et ainsi mieux diriger ses choix en terme de thème de FMC.

Nous avons envoyé un questionnaire à quelques médecins lorrains impliqués dans le processus d'évaluation.

Le Docteur PELLEGRINI d'Alsting (Moselle), président de MG FORM Lorraine, nous a répondu. Afin de généraliser l'audit en évaluation, il souhaite que les étudiants en médecine « baignent » dans l'audit dès la formation initiale. Idéalement à l'avenir, les médecins pourraient choisir dans une banque d'audit afin de s'évaluer eux-mêmes et de mettre en place des modifications nécessaires selon les recommandations. MG FORM Lorraine utilise aussi l'audit dans l'évaluation des formations, mais il ne trouve actuellement une utilité dans l'audit que si les participants sont impliqués dans sa conception.

Le Docteur CLEMENCE de Remiremont (Vosges), Président de l'AMVPPU (Association Médicale Vosgienne de Perfectionnement Post Universitaire) et vice-président de LORFORMEC (fédération lorraine des associations de FMC), est satisfait des expériences de ce type. Il trouve la méthode simple et, tout en étant formateur, permet de vérifier si la formation a atteint son but. Les difficultés sont, selon lui, de garder mobilisés les participants au moyen de relances itératives. Il nous indique que la généralisation de cette méthode passe par la qualité de l'audit, sur le fond comme sur la forme, afin que l'outil reste crédible. Il nous répond enfin que l'audit, aussi bon outil soit-il, ne constitue qu'un critère intermédiaire. Nous le rejoignons sur ce point car le but ultime de toutes ces formations et évaluations est bien l'amélioration de l'état de santé de la population.

Pour conclure, l'audit est un bon moyen d'évaluation des séminaires à condition qu'il soit réalisé avec beaucoup de rigueur et de motivation, que ce soit aux niveau des organisateurs et

des participants, mais il reste avant tout un formidable outil pédagogique qui permet, par sa répétition, de mesurer les progrès individuels des médecins.

Mais certains thèmes ne se prêtent pas à une évaluation par l'audit car ils ne peuvent pas s'évaluer grâce à un référentiel par l'intermédiaire d'une grille de recueil. Le savoir être, notamment dans l'attitude relationnelle par rapport à son patient.

A l'avenir, nous pensons que l'évaluation de niveau 3, bien ancrée actuellement au niveau de la FPC (63% des formations FPC comportaient un module d'évaluation en 2005) va encore progresser. La méthode de l'audit des pratiques, déjà utilisée en tant qu'outil pédagogique à part entière ou en tant que moyen d'évaluation de formation comme ici, va être de plus en plus utilisée à l'avenir. L'évolution de la FMC est tendue vers l'évaluation avec la mise en place de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles qui utilise l'audit pour mettre à jour des anomalies dans le comportement médical. Cette approche, dérivée des pratiques anglo-saxonnes sera peut-être le début de l'accréditation ou recertification déjà en place dans certains pays voisins.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. CONFERENCE DES DOYENS DES FACULTES DE MEDECINE DE NANCY
Les Facultés de Médecine et la Formation Médicale Continue : Conférence des
Doyens Des Facultés de Médecine
Nancy : Impr. Bialec, 1997.- 112p
2. GALLOIS Pierre
La Formation médicale Continue : Principes, Organisation, Objectifs,
Méthodes et Evaluation
Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 1997.- 280p
3. Agence pour le Développement De l'Evaluation Médicale
Formation Médiale Continue en Médecine Ambulatoire : Pratiques
d'Evaluation
Paris : Agence pour le Développement De l'Evaluation Médicale, 1995.- 129p
4. Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses
de soins
Journal Officiel no 98 du 25 avril 1996.- p6311
5. Décret n° 96-1050 du 5 décembre 1996 relatif à la formation médicale continue des
médecins exerçant à titre libéral
Journal Officiel n° 284 du 6 décembre 1996.- p17767
6. Arrêté du 13 juillet 2006
Journal Officiel n° 183 du 9 août 2006.- p11840
7. Loi Ordinaire n° 71-575 du 16 juillet 1971
Journal Officiel « Lois et Décrets » du 17 juillet 1971.- p7035
8. D'AUTUME Christine, POSTEL-VINAY Daniel
Mission relative à l'organisation juridique administrative et financière de la
formation continue des professions médicales et paramédicales.- Rapport
n° 2006 002
Paris : Inspection Générale des Affaires Sociales, 2006.- 116p

9. Article 5 sur les dispositions relatives aux unions des médecins exerçant à titre libéral, de la loi n° 93-8 concernant les relations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie
Journal Officiel n° 3 du 5 janvier 1993

10. MARECHAUX Florence
Evaluation des pratiques : des intentions à la mise en œuvre
La Revue du Praticien Médecine Générale, 2002, 16, n° 590, pp 1581-1582

11. MATILLON Yves
Modalités et Conditions d'évaluation des compétences professionnelles médicales
Rapport de mission, 2006.- 49p

12. Convention Médicale 2005

13. Décret no 2000-803 du 25 août 2000 portant statut et relatif au fonctionnement de l'Organisme Gestionnaire Conventionnel
Journal Officiel n° 198 du 27 août 2000.- p 13202

14. Organisation Mondiale de la Santé
La Formation Permanente des médecins / Rapport d'un comité d'experts de l'OMS
Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 1973.- 35p

15. Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale
L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine ambulatoire
Paris : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale, 1993.- 33p

16. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Service des recommandations et références professionnelles
Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales
Paris : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 2000.- 48p

17. DURIEUX Pierre, Institut d'Etude des Politiques de Santé
Comment améliorer les pratiques médicales ? Approche comparée internationale
Paris : Institut d'Etude des Politiques de Santé, Médecine-Sciences Flammarion, 1998.- 77p

18. DOUMENC Michel
L'audit médical : un outil d'avenir pour le généraliste
La Revue du Praticien Médecine Générale, 1995, 9, n° 300, pp34-37
19. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
L'audit clinique : bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques
professionnelles
Paris : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 1999.- 31p
20. BIRGE Jacques, HUTHER Philippe
Sur quels arguments se fonde la prescription d'une antibiothérapie dans les
infections respiratoires ?
La Revue du Praticien Médecine Générale, 2001, 15, n° 555, pp2055-2059
21. HOFLIGER Philippe
Les antibiotiques ont-ils un effet sur l'évolution naturelle de la bronchite
aiguë ?
La Revue du Praticien Médecine Générale, 2001, 15, n° 544, pp1448-1449
22. BOUVENOT G.
L'observatoire national des prescriptions et consommation des médicaments.
Prescription et consommation des antibiotiques en ambulatoire
Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 1999, 183, n°3
23. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections
respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant
Paris : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, 2005.-
62p
24. ENGLER Eric
Evaluation de l'application des recommandations sur l'antibiothérapie des
infections ORL et respiratoires en médecine ambulatoire.- 237p
Th D : Méd. : Nancy 1 : 2005 ; n° 42
25. Antibioville
Référentiel lorrain d'antibiologie en pratique ambulatoire
Association Antibiolor Hôpitaux de Brabois Vandoeuvre-lès-Nancy

ANNEXE 1

Extrait des Ordonnances du 24 avril 1996 (96-345) relatives à la maîtrise médicalisées des dépenses de soins.

<< Paragraphe 3

<< Règles relatives à la formation médicale continue

<< 1o Dispositions générales.

<< Art. L. 367-2. - L'entretien et le perfectionnement de ses connaissances constituent pour chaque médecin un devoir professionnel.

<< Tout médecin, qu'il exerce à titre libéral ou dans un établissement de santé public ou privé participant au service public hospitalier, doit justifier du respect de cette obligation soit auprès du conseil régional de la formation médicale continue mentionné à l'article L. 367-5, soit auprès de la commission médicale d'établissement mentionnée à l'article L. 714-16 ou à l'article L. 715-8.

<< Ces organismes délivrent tous les cinq ans à chaque médecin, après examen de son dossier, une attestation dont ils transmettent un exemplaire au conseil départemental de l'ordre des médecins et, s'agissant des médecins exerçant à titre libéral, un exemplaire au service du contrôle médical de la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'exercice. Cette attestation peut, le cas échéant, être assortie d'observations et de recommandations.

<< La méconnaissance de cette obligation est de nature à entraîner des sanctions disciplinaires. Le conseil régional de la formation médicale continue et la commission médicale d'établissement saisissent à cet effet le conseil régional de l'ordre des médecins.

<< 2o Dispositions relatives à l'organisation de la formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral.

<< Art. L. 367-3. - Il est institué un Conseil national de la formation médicale continue doté de la personnalité morale. Ce conseil est chargé :

<< 1o D'élaborer à l'échelon national la politique de formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral ; le conseil national arrête notamment la liste des thèmes nationaux prioritaires et recense les moyens de formation disponibles ;

<< 2o De répartir les ressources affectées à la formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral entre les actions à caractère national et les actions à caractère régional ;

<< 3o De valider, en fonction de leur valeur scientifique et pédagogique, les projets de formation médicale continue qui lui sont adressés, dans le respect des priorités nationales, par le fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral visé à l'article L. 367-7, à l'issue des appels d'offre gérés par cet organisme ; la liste des actions validées est portée à la connaissance du fonds d'assurance formation susmentionné par le conseil national.

<< Art. L. 367-4. - Le Conseil national de la formation médicale continue est composé :

<< 1o De représentants de l'ordre des médecins ;

<< 2o De représentants des unités de formation et de recherche de médecine ; << 3o De représentants des associations ou fédérations d'associations de formation médicale continue ;

<< 4o De représentants des unions des médecins exerçant à titre libéral mentionnées à l'article 5 de la loi no 93-8 du 4 janvier 1993.

<< La durée du mandat des membres du conseil national est de quatre ans. Un président et trois vice-présidents sont élus en leur sein par les membres du conseil.

<< Un représentant du ministre chargé de la santé, un représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur, un représentant de chacune des caisses nationales d'assurance maladie et un représentant du fonds d'assurance formation mentionné à l'article L. 367-7 participent avec voix consultative aux travaux du conseil national.

<< Art. L. 367-5. - Il est institué dans chaque région sanitaire un conseil régional de la

formation médicale continue doté de la personnalité morale. Ce conseil est chargé :

- << 1o D'élaborer une politique régionale de formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral tenant compte des thèmes nationaux ; à cet effet, les conseils régionaux arrêtent notamment la liste des thèmes régionaux prioritaires et recensent l'ensemble des moyens de formation disponibles dans la région ;
- << 2o De valider, en fonction de leur valeur scientifique et pédagogique, les projets de formation médicale continue à caractère régional qui lui sont adressés par le fonds d'assurance formation à l'issue des appels d'offres gérés par cet organisme ; la liste des actions validées est portée à la connaissance du fonds d'assurance formation par le conseil régional ;
- << 3o De délivrer une attestation aux médecins qui ont satisfait à l'obligation de formation médicale continue ;
- << 4o D'évaluer, en liaison avec les unions des médecins exerçant à titre libéral, l'impact sur l'évolution des pratiques professionnelles des actions de formation validées.

<< Art. L. 367-6. - Les conseils régionaux de la formation médicale continue sont composés de représentants des catégories mentionnées au premier alinéa de l'article L. 367-4. Le préfet de région ou son représentant et un représentant des organismes d'assurance maladie désigné par chacune des caisses nationales d'assurance maladie participent à leurs travaux avec voix consultative.

<< Art. L. 367-7. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 961-10 du code du travail, il ne peut être habilité qu'un seul fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral.

<< Les statuts de ce fonds sont agréés par les ministres chargés de la formation professionnelle et de la santé. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 961-9 du code du travail, ils doivent prévoir la présence au conseil de gestion de l'ensemble des syndicats représentatifs des médecins libéraux et, à titre consultatif, de représentants du Conseil national de la formation médicale continue.

<< Le ministre chargé de la santé désigne auprès du conseil de gestion un commissaire du Gouvernement.

<< Art. L. 367-8. - Les ressources du fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral proviennent :

<< 1o Des cotisations versées par ces médecins en application des dispositions de l'article L. 953-1 du code du travail ;

<< 2o D'une contribution annuelle des organismes nationaux d'assurance maladie, dont le montant est fixé par les conventions prévues à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ; à défaut, les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget fixent le montant de cette contribution après avis du conseil de gestion du fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral et du conseil d'administration de chaque organisme national d'assurance maladie ;

<< 3o De toutes autres ressources, et notamment de subventions versées par des organismes privés.

<< Art. L. 367-9. - Seules peuvent faire l'objet d'un financement par le fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral les actions de formation validées par le Conseil national ou les conseils régionaux de la formation médicale continue.

<< Art. L. 367-10. - Une contribution annuelle, destinée à assurer le fonctionnement du Conseil national de la formation médicale continue, lui est versée par le fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral. Une contribution destinée à assurer son fonctionnement est versée annuellement à chaque conseil régional de la formation médicale continue par l'union des médecins exerçant à titre libéral située dans le même ressort territorial. Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe le montant de chacune de

ces contributions.

<< Art. L. 367-11. - Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application des articles L. 367-2 à L. 367-10, notamment la composition du Conseil national et des conseils régionaux de la formation médicale continue ainsi que les modalités du contrôle de l'Etat sur le fonds d'assurance formation. >> III. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1er janvier 1997.

A compter de cette date, les fonds confiés à l'Association pour la gestion de la contribution conventionnelle des médecins à la formation continue sont reversés au fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral mentionné à l'article L. 367-7 du code de la santé publique.

ANNEXE 2

Extrait du Décret du 5 décembre 1996 (96-1050) relatif à la FMC des médecins exerçant à titre libéral.

Art. 1er. - Pour assurer les missions qui lui sont dévolues par l'article L. 367-3 du code de la santé publique, le Conseil national de la formation médicale continue :

1o Elabore une liste annuelle des thèmes de formation médicale continue prioritaires au plan national et la transmet au ministre chargé de la santé, qui peut formuler des observations et, le cas échéant, demander une nouvelle délibération du conseil national ; la liste est ensuite adressée aux conseils régionaux de la formation médicale continue, au Conseil national de l'ordre des médecins et au conseil de gestion du fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral ;

2o Recense les moyens nationaux de formation continue disponibles dont il a connaissance, y compris ceux qui ne font pas l'objet d'un financement par le fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral, et apprécie leur valeur scientifique et pédagogique en fonction des critères qu'il détermine ; ces critères, réunis dans une grille d'évaluation, sont soumis au ministre chargé de la santé qui les approuve par arrêté ;

3o En vue d'harmoniser les conditions dans lesquelles les médecins exerçant à titre libéral sont reconnus comme ayant satisfait à l'obligation de formation médicale continue instituée par l'article L. 367-2 du code de la santé publique, établit un barème définissant notamment la part respective des différentes actions et moyens de formation médicale continue qui permettent à chaque médecin de se conformer à cette obligation ; ce barème est soumis au ministre chargé de la santé qui l'approuve par arrêté ;

4o Etablit un rapport quinquennal qu'il transmet au ministre chargé de la santé ; ce rapport, qui s'appuie sur les rapports annuels établis par les conseils régionaux de la formation médicale continue, conformément au 3o de l'article 4 du présent décret, retrace la politique menée en matière de formation médicale continue, notamment les actions entreprises au niveau national et les conditions dans lesquelles les médecins ont actualisé et perfectionné leurs connaissances.

Art. 2. - I. - Le Conseil national de la formation médicale continue est composé de quarante médecins, à raison de :

1o Pour les bénéficiaires de la formation médicale continue :

a) Dix représentants de l'ordre des médecins, dont cinq médecins généralistes et cinq médecins spécialistes, nommés parmi les membres des conseils de l'ordre par le ministre chargé de la santé sur proposition du Conseil national de l'ordre des médecins ;

b) Dix représentants des unions des médecins exerçant à titre libéral mentionnées à l'article 5 de la loi du 4 janvier 1993 susvisée, dont cinq médecins généralistes et cinq médecins spécialistes, nommés parmi les membres de ces unions par le ministre chargé de la santé, après avis des présidents des unions, sur proposition des présidents des sections desdites unions ;

pour chacune des deux catégories de médecins, la répartition des sièges entre les différentes organisations syndicales les représentant est proportionnelle aux résultats, consolidés au niveau national, des dernières élections aux unions des médecins, les restes étant répartis à la plus forte moyenne ;

2o Pour les prestataires de formation médicale continue :

a) Dix représentants des unités de formation et de recherche de médecine, dont des enseignants associés de médecine générale, nommés parmi les membres de ces unités par le ministre chargé de la santé, sur proposition de la conférence des directeurs des unités de formation et de recherche médicale ; b) Dix représentants des associations ou fédérations d'associations de formation médicale continue de médecins généralistes ou spécialistes, nommés par le ministre chargé de la santé sur proposition des associations ou fédérations d'associations figurant sur une liste que ce ministre établit en tenant compte de

leur activité et de leur expérience en matière de formation médicale continue ; à défaut d'une telle proposition, le ministre chargé de la santé répartit les sièges en fonction de l'importance respective des associations et des fédérations d'associations figurant sur la liste.

Sont désignés dans les mêmes conditions au moins un et au plus deux membres suppléants pour chaque membre titulaire. Lorsqu'il y a deux suppléants, le premier nommé est appelé à remplacer le membre titulaire, pour la durée du mandat restant à courir, en cas de cessation des fonctions de ce dernier.

II. - Les fonctions de membre du Conseil national de la formation médicale continue sont incompatibles avec celles de membre du conseil de gestion du fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral.

III. - Participent également aux travaux du Conseil national de la formation médicale continue, avec voix consultative :

- a) Un représentant du ministre chargé de la santé ;
- b) Un représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur ;
- c) Trois médecins représentant respectivement la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, désignés chacun par le directeur de la Caisse nationale concernée ;
- d) Un représentant du fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral, désigné par le conseil de gestion dudit fonds.

Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe la composition nominative du Conseil national de la formation médicale continue.

Art. 3. - I. - Le Conseil national de la formation médicale continue élit son président parmi ceux de ses membres qui représentent les bénéficiaires de la formation médicale continue. Il élit ses trois vice-présidents parmi les membres de chacune de ses trois composantes mentionnées au I de l'article 2 ci-dessus auxquelles n'appartient pas le président.

Lors de sa première réunion, le Conseil national désigne un bureau de douze membres comprenant le président et les trois vice-présidents du conseil ainsi que deux représentants, élus par le conseil, de chacune de ses quatre composantes mentionnées au I de l'article 2 ci-dessus.

En cas de cessation des fonctions, pour quelque cause que ce soit, du président du conseil national, d'un vice-président ou d'un autre membre du bureau, il est procédé à la désignation de son remplaçant dans les conditions prévues ci-dessus, pour la durée du mandat restant à courir.

Les modalités de fonctionnement du Conseil national de la formation médicale continue sont précisées par un règlement intérieur approuvé par arrêté du ministre chargé de la santé.

II. - Le Conseil national de la formation médicale continue fait appel en tant que de besoin à des collègues d'experts. Ces experts sont choisis en nombre égal parmi les experts inscrits sur des listes présentées par chacune des quatre composantes du conseil. Chaque collège d'experts doit être composé pour moitié au moins de médecins soumis à l'obligation de formation médicale continue dans les conditions prévues par le présent décret. Les fonctions d'expert ne sont pas cumulables avec celles de dirigeant, de responsable ou de salarié d'un organisme de formation médicale continue. Elles sont incompatibles avec celles de membre du conseil de gestion du fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral.

III. - Le Conseil national de la formation médicale continue adresse chaque année au ministre chargé de la santé et au fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral son projet de budget pour l'année à venir. Ce budget est ensuite arrêté par le conseil national au vu de la somme allouée par le ministre chargé de la santé en application de l'article L.

367-10 du code de la santé publique.

Le conseil national communique également au ministre et au fonds le bilan annuel comptable et financier de ses opérations, dès que ce bilan est arrêté.

Art. 4. - Pour assurer les missions qui leur sont dévolues par l'article L. 367-5 du code de la santé publique, les conseils régionaux de la formation médicale continue :

1o Recensent l'ensemble des moyens de formation à caractère régional dont ils ont connaissance, y compris ceux qui ne font pas l'objet d'un financement par le fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral,

apprécient leur valeur scientifique et pédagogique en fonction des critères d'évaluation mentionnés au 2o de l'article 1er ci-dessus et valident ceux de ces moyens qui font l'objet d'un financement par le fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral ; l'évaluation ainsi faite s'impose au conseil régional de la formation médicale continue compétent pour délivrer l'attestation de formation médicale continue ;

2o Délivrent, pour chaque médecin exerçant à titre libéral dans leur ressort, l'attestation mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 367-2 du code de la santé publique, au vu d'un dossier rendant compte de ses activités de formation médicale continue ; ce dossier est constitué des déclarations, accompagnées des documents justificatifs, que le médecin doit produire obligatoirement chaque année pour indiquer les formations qu'il a suivies au cours de la période annuelle écoulée ; ce dossier est analysé selon les dispositions du barème prévu au 3o de l'article 1er du présent décret ; le refus de délivrance de l'attestation doit être motivé ;

3o Etablissent chaque année, pour le Conseil national de la formation médicale continue, un rapport qui rend compte de la mise en oeuvre dans la région de la politique de formation médicale continue et se prononce sur la qualité de la formation dispensée ; ce rapport, qui met notamment en évidence l'impact des actions de formation validées sur l'évolution des pratiques professionnelles, tel qu'il a pu être constaté par l'union régionale des médecins exerçant à titre libéral dans une étude remise annuellement au conseil régional de la formation médicale continue, contient des propositions relatives à la politique de formation médicale continue.

Art. 5. - I. - Chaque conseil régional de la formation médicale continue est composé de trente-deux médecins, à raison de :

1o Pour les bénéficiaires de formation médicale continue :

a) Huit représentants de l'ordre des médecins, dont quatre médecins généralistes et quatre médecins spécialistes, nommés par le préfet de région parmi les membres des conseils départementaux de l'ordre des médecins, sur proposition des présidents de ces conseils ;

b) Huit représentants de l'union des médecins exerçant à titre libéral créée dans la région, dont quatre médecins généralistes et quatre médecins spécialistes, nommés parmi les membres de l'union par le préfet de région,

après avis du président de l'union, sur proposition des présidents des sections de ladite union ; pour chacune des deux catégories de médecins, la répartition des sièges entre les différentes organisations syndicales les représentant est proportionnelle aux résultats des dernières élections aux collèges de l'union, les restes étant répartis à la plus forte moyenne ;

2o Pour les prestataires de formation médicale continue :

a) Huit représentants des unités de formation et de recherche de médecine de la région concernée, dont des enseignants associés de médecine générale, nommés parmi les membres de ces unités par le préfet de région, sur proposition des directeurs desdites unités ;

b) Huit représentants des associations ou fédérations d'associations de formation médicale continue de médecins généralistes ou spécialistes, nommés par le préfet de région sur

proposition des associations ou fédérations d'associations figurant sur une liste que le préfet établit en tenant compte de leur activité et de leur expérience en matière de formation médicale continue ; à défaut d'une telle proposition, le préfet de région répartit les sièges en fonction de l'importance respective des associations et des fédérations d'associations figurant sur la liste.

Sont désignés dans les mêmes conditions au moins un et au plus deux suppléants pour chaque membre titulaire. Lorsqu'il y a deux suppléants, le premier nommé est appelé à remplacer le membre titulaire, pour la durée du mandat restant à courir, en cas de cessation des fonctions de ce dernier.

II. - Par dérogation aux dispositions du I du présent article, le nombre des membres des conseils régionaux de la formation médicale continue est fixé pour la Corse et les départements d'outre-mer par arrêté du ministre chargé de la santé. Ce nombre ne peut être inférieur à douze.

III. - Les fonctions de membre de conseil régional de la formation médicale continue sont incompatibles avec celles de membre du conseil de gestion du fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral.

IV. - Participent également aux travaux du conseil régional de la formation médicale continue, avec voix consultative :

a) Le préfet de la région ou son représentant ;

b) Trois médecins représentant, respectivement, chacune des trois caisses régionale ou locale d'assurance maladie désignée respectivement par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ; chacun de ces médecins est nommé par le directeur de la caisse régionale ou locale concernée.

Un arrêté du préfet de région fixe la composition nominative du conseil régional de la formation médicale continue.

Art. 6. - I. - Le conseil régional de la formation médicale continue élit son président parmi ceux de ses membres qui représentent les bénéficiaires de la formation médicale continue.

Il élit ses trois vice-présidents parmi les membres de chacune de ses trois composantes mentionnées au I de l'article 5 ci-dessus auxquelles n'appartient pas le président.

Lors de sa première réunion, le conseil régional désigne un bureau de douze membres comprenant le président et les trois vice-présidents du conseil ainsi que deux représentants, élus par le conseil, de chacune de ses quatre composantes mentionnées au I de l'article 5 ci-dessus.

En cas de cessation des fonctions, pour quelque cause que ce soit, du président du conseil régional, d'un vice-président ou d'un autre membre du bureau, il est procédé à la désignation de son remplaçant dans les conditions prévues ci-dessus, pour la durée du mandat restant à courir.

Les modalités de fonctionnement du conseil régional de la formation médicale continue sont précisées par un règlement intérieur approuvé par arrêté du préfet de région.

II. - Les conseils régionaux de la formation médicale continue font appel en tant que de besoin à des experts désignés dans les mêmes conditions que celles prévues pour le conseil national au II de l'article 3 ci-dessus.

III. - Chaque conseil régional de la formation médicale continue adresse, au plus tard le 15 août de chaque année, au ministre chargé de la santé et à l'union régionale des médecins exerçant à titre libéral son projet de budget pour l'année en cours. Ce budget est ensuite arrêté par le conseil régional au vu de la somme allouée par le ministre chargé de la santé en application de l'article L. 367-10 du code de la santé publique. La répartition des sommes prévues au budget entre les différentes catégories de dépenses n'est adoptée que si la délibération du conseil régional a recueilli les voix de la moitié des représentants de l'union régionale des médecins exerçant à titre libéral. A défaut, cette répartition est, après mise en demeure, arrêtée par le ministre chargé de la santé.

Le conseil régional communique également au ministre et à l'union le bilan annuel comptable et financier de ses opérations, dès que ce bilan est arrêté.

Chapitre II

Du fonds d'assurance formation

des médecins exerçant à titre libéral

Art. 7. - Le fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral prévu par l'article L. 367-7 du code de la santé publique est régi par les dispositions du livre IX du code du travail applicables aux fonds d'assurance formation de non-salariés, sous réserve des dispositions ci-après.

I. - La composition du conseil de gestion du fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral est arrêtée par le ministre chargé de la formation professionnelle et le ministre chargé de la santé.

Les fonctions de membre du conseil de gestion du fonds d'assurance formation ne sont pas cumulables avec celles de dirigeant, de responsable ou de salarié d'un organisme prestataire de formation médicale continue financé par le fonds d'assurance formation ou intervenant dans une action de formation financée par ledit fonds.

Les tâches de gestion du fonds d'assurance formation ne peuvent être confiées directement ou indirectement à un prestataire de formation médicale continue.

II. - Les ressources du fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral font l'objet d'une mutualisation immédiate.

III. - Les décisions relatives à l'adoption et à la modification des statuts du fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral sont prises par son conseil de gestion à la majorité des deux tiers des membres composant ce conseil. Ces décisions sont soumises à l'agrément du ministre chargé de la formation professionnelle et du ministre chargé de la santé.

IV. - L'habilitation du fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral est prononcée par arrêté du ministre chargé de la formation professionnelle et du ministre chargé de la santé, après avis de la commission permanente du Conseil national de la formation professionnelle, de la promotion sociale et de l'emploi.

L'habilitation peut être retirée par arrêté des mêmes ministres lorsque les dispositions législatives et réglementaires applicables aux fonds d'assurance formation des non-salariés, ou les conditions particulières auxquelles était subordonnée l'habilitation, ne sont pas respectées.

La décision de retrait ne peut intervenir sans que le conseil de gestion du fonds en ait été préalablement informé et invité à s'expliquer.

V. - Le commissaire du Gouvernement placé auprès du fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral est nommé par arrêté du ministre chargé de la santé. Il assiste de droit aux séances du conseil de gestion et de toute instance du fonds ayant un pouvoir de décision. Il dispose sur leurs décisions d'un droit de veto suspensif d'un mois. Ce veto doit être écrit, motivé et notifié. Pendant le délai d'un mois susmentionné, l'instance qui a pris la décision procède à un nouvel examen.

Le commissaire du Gouvernement a communication de tous les documents relatifs à la gestion du fonds d'assurance formation.

Chapitre III

Dispositions transitoires

Art. 8. - Par dérogation aux dispositions de l'article R. 964-1-6 du code du travail, la dévolution des biens du fonds d'assurance formation de la profession médicale agréé par arrêté du ministre chargé de la formation professionnelle en date du 17 mars 1993 au fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral créé par l'article L. 367-7 du code de la santé publique est prononcée par le ministre chargé de la formation professionnelle et le ministre chargé de la santé, dès que ce dernier fonds aura été habilité conformément à l'article 7 du présent décret.
Les ressources ainsi dévolues font l'objet d'une mutualisation immédiate.

Art. 9. - Le point de départ de la première période quinquennale prévue par le troisième alinéa de l'article L. 367-2 du code de la santé publique est fixé au 1er janvier 1997. Chaque médecin soumis aux dispositions du présent décret devra attester au plus tard le 1er janvier 1999, auprès du conseil régional de la formation médicale continue dont il relève, qu'il a rempli à cette date au moins un quart de son obligation de formation correspondant à cette première période quinquennale. Les médecins qui justifieront à ladite date de l'accomplissement d'au moins deux cinquièmes de cette obligation ne seront appelés à justifier à nouveau du respect de l'obligation quinquennale de formation continue que le 31 décembre 2003 pour les cinq années écoulées.

Art. 10. - Les dispositions du présent décret entrent en vigueur le 1er janvier 1997.

Art. 11. - Le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, le ministre du travail et des affaires sociales et le secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 5 décembre 1996.

Alain Juppé

ANNEXE 3

Extrait de l'arrêté du 13 juillet 2006 portant homologation des règles de validation de la FMC.

RÈGLES SUIVIES PAR LES CONSEILS RÉGIONAUX POUR VALIDER LE RESPECT DE L'OBLIGATION DE FORMATION MÉDICALE CONTINUE

1. Le conseil régional de la formation médicale continue examine selon les modalités prévues à l'article R. 4133-16 les dossiers déposés par les praticiens qui dépendent de lui au titre de leur activité principale.
2. Chaque dossier comprend les certificats délivrés par les organismes de formation agréés, les éléments justifiant l'accomplissement de processus de formation dans le cadre de l'activité du praticien, les éléments justifiant de la participation du praticien à des dispositifs d'évaluation, notamment ceux mentionnés à l'article L. 4133-1-1.
3. Les formations prises en compte se répartissent en quatre catégories : les formations présentielles (catégorie 1), les formations individuelles et les formations à distance (catégorie 2), les situations professionnelles formatrices (catégorie 3) et les dispositifs d'évaluation (catégorie 4).
4. La catégorie 1 regroupe les formations présentielles, délivrées par des organismes agréés publics et privés, pour lesquelles la présence du praticien sur le lieu de formation est requise. Chaque action de formation de la catégorie 1 donne lieu à l'attribution de 8 crédits pour une journée de formation et de 4 crédits pour une demi-journée ou une soirée.
5. La catégorie 2 comprend les formations individuelles et à distance utilisant tout support matériel ou électronique, notamment les abonnements à des périodiques ou l'acquisition d'ouvrages médicaux. Lorsqu'une action de formation de la catégorie 2 est délivrée par un organisme de formation agréé, le nombre de crédits attribuables est fixé dans le cadre de l'agrément par analogie aux règles prévues pour les formations de la catégorie 1. Le titulaire d'un abonnement à un périodique médical ou l'acquéreur d'un ouvrage médical bénéficie de 2 crédits par an, dans la limite de 10 crédits sur cinq ans. Cette valeur peut être portée à 4 crédits par an pour un abonnement à un périodique de formation répondant à des critères de qualité définis conjointement par les conseils nationaux de la formation médicale continue, dans la limite de 40 crédits par période de cinq ans.
6. La catégorie 3 regroupe les situations professionnelles formatrices. Il s'agit de situations dans lesquelles le praticien accomplit un travail personnel, en sa qualité de praticien, au sein ou en dehors de son exercice habituel. Les situations professionnelles formatrices se répartissent en 4 groupes. Le groupe 1 comprend la formation professionnelle des salariés hospitaliers et non hospitaliers et les staffs protocolisés, le groupe 2 l'accomplissement de missions d'intérêt général au service de la qualité et de l'organisation des soins et de la prévention, y compris électives, dans le cadre de structures organisées. Le groupe 3 comprend les activités de formateur et la participation à des jurys, dans le champ de la santé. Le groupe 4 comprend la réalisation effective de travaux de recherche et de publications personnelles, dans le champ de la santé. Les actions de chaque groupe ouvrent droit à l'attribution de crédits au prorata du temps passé et selon les valeurs fixées pour les formations de la catégorie 1 dans la limite de 50 crédits par groupe pour chaque période de cinq ans sans que le total des crédits pris en compte au titre de la catégorie 3 ne puisse dépasser 100 crédits par période de cinq ans.
7. La catégorie 4 regroupe les dispositifs d'évaluation des pratiques professionnelles. Pour les actions de la catégorie 4, un forfait de 100 crédits est attribué à chaque médecin ayant satisfait, sur la période de cinq ans, à l'obligation d'évaluation dans les conditions fixées par la Haute Autorité de santé.
8. Pour satisfaire à son obligation de formation continue, chaque praticien doit avoir recueilli, pour chaque période de cinq ans, au moins 250 crédits dont 150 crédits dans au moins deux des catégories 1 à 3, et 100 crédits dans la catégorie 4.
9. La participation à des études et enquêtes sur des produits de santé, notamment les études de phase IV, n'est pas éligible au titre de la FMC.
10. Lorsque des formations des catégories 1 à 3 s'inscrivent dans les orientations nationales fixées par les conseils nationaux de la formation médicale continue dans le cadre des priorités arrêtées par le ministre de la santé telles que définies à l'article R. 4133-1 du code de la santé publique, les crédits attribuables sont bonifiés de 20 %.
11. Les justificatifs des actions de formation prises en compte au titre de l'obligation de formation médicale continue comprennent les certificats délivrés par les organismes de formation agréés, les attestations ou factures délivrées par tout organisme ayant contribué aux formations prises en compte dans les catégories 2 et 3, et tout élément attestant de la réalité des formations et des évaluations accomplies. Les justificatifs sont conservés par le praticien et tenus à la disposition du conseil régional de la formation médicale continue pendant une durée de cinq années après la validation de son obligation de formation médicale continue.

ANNEXE 4

Extrait du Décret No 99-1130 du 28 décembre 1999 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'analyse de l'évolution des dépenses médicales.

Section 1

L'évaluation individuelle des pratiques professionnelles

Art. 1er. - L'évaluation individuelle des pratiques professionnelles vise à améliorer la qualité des soins en permettant à chaque praticien de disposer d'une appréciation et de recommandations formulées par ses pairs, sur la qualité de ses pratiques en matière de prévention, de diagnostic et de thérapeutique. Dans cette perspective, elle permet de promouvoir le respect de la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

Art. 2. - L'évaluation individuelle des pratiques d'un médecin est réalisée à la demande de ce médecin.

Art. 3. - L'évaluation est réalisée par un ou plusieurs médecins habilités. Pour être habilité un médecin doit assurer une activité médicale depuis au moins cinq ans.

L'habilitation à exercer l'évaluation des pratiques est prononcée par le directeur de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé dans des conditions et selon des modalités définies par l'assemblée plénière du conseil scientifique de cette agence.

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé assure la formation des médecins habilités.

L'habilitation est prononcée pour une durée de cinq ans. L'habilitation ne peut être renouvelée que si la pratique du médecin a été évaluée dans les conditions prévues au présent décret au cours de cette période. Les résultats de cette évaluation sont transmis par le médecin concerné au directeur de l'agence en vue du renouvellement de l'habilitation. Les modalités d'application de ces dispositions aux médecins n'exerçant pas d'activité médicale à titre libéral sont fixées par le directeur de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé dans des conditions et selon des modalités définies par l'assemblée plénière du conseil scientifique de ladite agence.

La liste des médecins habilités est transmise par le directeur de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé aux sections constituant les unions des médecins exerçant à titre libéral.

Art. 4. - L'évaluation des pratiques professionnelles est menée à partir de guides d'évaluation professionnelle, élaborés ou validés par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Les guides d'évaluation permettent aux médecins qui le souhaitent de procéder à une auto-évaluation de leurs pratiques.

L'évaluation des pratiques professionnelles prend en compte les recommandations de bonne pratique, les référentiels de pratique et les références médicales, mentionnées à l'article L. 791-2 du code de la santé publique et à l'article L. 162-12-15 du code de la sécurité sociale, de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Les sections constituant les unions assurent la diffusion des guides d'évaluation auprès des médecins concernés relevant de leur compétence.

Art. 5. - L'évaluation des pratiques professionnelles est organisée localement par les sections constituant les unions, qui reçoivent les demandes des médecins intéressés et font appel aux médecins figurant sur la liste mentionnée à l'article 3.

La récusation d'un médecin habilité ne peut être motivée par le médecin demandeur d'une évaluation de sa pratique professionnelle qu'au motif d'un conflit d'intérêt. Elle est formulée auprès du président de la section constituant l'union.

Art. 6. - L'évaluation individuelle est réalisée au lieu d'exercice du médecin dans le respect du secret professionnel. Le ou les médecins habilités peuvent consulter, sur leur demande, les dossiers ou documents médicaux rendus anonymes.

Le ou les médecins habilités procèdent au nombre de visites d'évaluation qu'ils estiment nécessaires.

Après ces visites d'évaluation et à l'issue d'une phase contradictoire, ils formulent par écrit au médecin concerné leurs conclusions, des recommandations visant à l'amélioration de la pratique du médecin évalué et, le cas échéant, des réserves.

A l'issue des visites d'évaluation, le ou les médecins habilités informent la section constituant l'union de l'achèvement du cycle d'évaluation. Cette dernière informe le conseil départemental de l'ordre des médecins au tableau duquel le médecin évalué est inscrit que le médecin a suivi un cycle d'évaluation de sa pratique.

Lorsque le médecin a satisfait sans réserve à l'évaluation de sa pratique professionnelle, la section constituant l'union adresse au médecin évalué et au conseil départemental une attestation. Le médecin peut, dans ce même cas, en faire mention selon les dispositions prévues à l'article 79 du code de déontologie médicale en précisant la date de délivrance de l'attestation.

Lorsque au cours de l'évaluation sont constatés des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients, le ou les médecins habilités le signalent au médecin concerné, qui peut leur formuler ses observations. Le ou les médecins évaluateurs proposent au médecin concerné les mesures correctrices à mettre en oeuvre et assurent le suivi. En cas de refus par le médecin concerné de ces mesures ou si le suivi fait apparaître la persistance des faits ou manquements de même nature, le ou les médecins habilités sont tenus de transmettre immédiatement leur constat circonstancié au conseil départemental de l'ordre des médecins.

Art. 7. - Les médecins habilités perçoivent au titre de ces fonctions le remboursement des frais de déplacement par les sections constituant les unions dans des conditions fixées par le règlement intérieur desdites sections. Ce règlement intérieur prévoit l'attribution par la section constituant l'union d'une indemnité forfaitaire destinée à compenser la réduction de l'activité professionnelle entraînée par ces fonctions, dans la limite d'un montant égal, par réunion d'une demi-journée, à douze fois la valeur de la consultation du médecin généraliste telle qu'elle résulte de l'application des articles L. 162-5-2, L. 162-5-9 ou L. 162-38 du code de la sécurité sociale.

Section 2

L'évaluation collective des pratiques

Art. 8. - L'évaluation collective des pratiques vise à améliorer la qualité des soins en permettant à chaque praticien de confronter ses pratiques à celles de ses confrères ou aux référentiels des pratiques élaborées ou validées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

Art. 9. - L'évaluation collective des pratiques est organisée par les sections constituant les unions. Elle peut notamment prendre la forme de réunions associant des médecins d'activité similaire en vue de l'analyse de cas cliniques relevant de la pratique de ces médecins rendus anonymes vis-à-vis des patients et des écarts entre l'activité de ces médecins et les référentiels de pratique.

Art. 10. - Les actions concourant à l'évaluation collective des pratiques sont conduites par des médecins habilités dans les conditions prévues à l'article 3 du présent décret.

Art. 11. - Les médecins habilités perçoivent au titre de ces fonctions le remboursement des frais de

déplacement par les sections constituant les unions dans des conditions fixées par le règlement intérieur desdites sections. Ce règlement intérieur prévoit l'attribution par la section constituant l'union d'une indemnité forfaitaire destinée à compenser la réduction de l'activité professionnelle entraînée par ces fonctions, dans la limite d'un montant égal, par heure, à trois fois la valeur de la consultation du médecin généraliste telle qu'elle résulte de l'application des articles L. 162-5-2, L. 162-5-9 et L. 162-38 du code de la sécurité sociale.

Section 3

Analyse de l'évolution des dépenses

Art. 12. - L'analyse de l'évolution des dépenses est réalisée trimestriellement par les sections constituant les unions de médecins exerçant à titre libéral.

Les unions régionales de caisses d'assurance maladie transmettent, au plus tard dans un délai de deux mois à l'issue de chaque trimestre civil, les données nécessaires aux sections pour qu'elles puissent procéder à cette analyse.

L'analyse de l'évolution des dépenses consiste en une présentation de l'activité des médecins ainsi que de leurs prescriptions au niveau régional et départemental. Cette présentation distingue les diverses spécialités. Elle comporte une comparaison entre les données départementales, régionales et nationales.

Cette analyse est transmise au plus tard dans un délai de trois mois à l'issue de chaque trimestre civil au représentant de l'Etat dans les régions. L'Etat assure la diffusion par voie électronique des analyses réalisées par les unions de médecins.

Section 4

Dispositions générales

Art. 13. - Les médecins habilités sont soumis aux obligations énoncées à l'article R. 791-4-2 du code de la santé publique.

Art. 14. - Les médecins habilités établissent chaque année, dans le respect de l'anonymat dû aux médecins évalués, un rapport retraçant leur activité d'évaluation qu'ils transmettent aux sections constituant les unions.

Les sections constituant les unions transmettent annuellement à l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé un rapport d'activité sur l'évaluation présentant l'ensemble des actions qu'elles ont menées et proposant toute mesure visant à l'amélioration des pratiques professionnelles, en particulier en ce qui concerne la formation médicale continue.

Art. 15. - La ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de l'agriculture et de la pêche et la secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 28 décembre 1999.

Lionel Jospin

ANNEXE 5

Dossier scientifique et pédagogique du séminaire « Antibiothérapie des affections respiratoires et ORL en médecine ambulatoire » des 15 et 16 novembre 2002.

DOSSIER SCIENTIFIQUE & PÉDAGOGIQUE
2002,

**Mieux prescrire les antibiotiques
en situations courantes d'infectiologie
en médecine ambulatoire.**

1. JUSTIFICATION ET INTENTION GENERALE DU PROJET DE FORMATION

- a. Apparition sur le marché de ville en 1993-1994 de nouveaux antibiotiques prescrits dans le domaine de l'infection communautaire (céphalosporines de 2° et 3° génération, inhibiteurs de bêta-lactamases, macrolides, fluoroquinolones...) entraînant une remise en cause des pratiques habituelles antérieures de prescription.
- b. Evolution actuelle de la sensibilité des bactéries isolées dans les infections communautaires (Pneumocoques, Haemophilus, B. catarrhalis, E. coli, Salmonelles...) ; Les résistances, de plus en plus fréquentes, s'expliquent en partie par une pression de sélection liée à une utilisation trop forte d'antibiotiques à large spectre.
- c. Poids financier très lourd de la prise en charge des maladies infectieuses (infections respiratoires saisonnières, infections génito-urinaires...). Nécessité de tenir compte des rapports "coût-efficacité" en choisissant, à efficacité et toxicité égales, l'antibiotique le moins coûteux, et même de définir des situations courantes d'infectiologie où le recours aux antibiotiques ne se justifie pas. (15 antibiotiques figurent dans les 100 premiers produits classés selon leur chiffre d'affaires : CERP Matin , n° 2645, 28/01/94).
- d. L'étude de la prescription des antibiotiques en pratique de ville retrouve que dans 15 à 20 % des situations infectieuses, celles-ci paraissent exposées à des risques potentiels de toxicité qui auraient pu être avantageusement prévenus par l'utilisation d'une autre classe d'antibiotiques (thèse M.M TRASSART).
- e. Apparition, lors des dernières années, des modifications de stratégie codifiées par les recommandations de bonne pratique et les conférences de consensus (Traitement de l'infection urinaire de la femme jeune, diminution notoire de la durée de prescription des antibiotiques dans les angines, sinusites ou prostatites par exemple). La diffusion de ces informations sur ces modifications de pratique insuffisamment appliquées serait source d'économie.

2. OBJECTIFS DE FORMATION

1 - Lister les prescriptions d'antibiotiques possibles en fonction d'une situation simple identifiée : infections ORL courantes, pathologies infectieuses respiratoires basses, infections uro-génitales, infections cutanées.

2a - Justifier le choix d'un traitement antibiotique dans une situation infectieuse précise en fonction d'un facteur individuel particulier (âge, grossesse, insuffisant rénal, insuffisant hépatique, immuno-déprimé...).

2b - Citer les contre-indications, les résistances et les critères de surveillance des principaux antibiotiques.

3 - Déterminer le choix de prescription d'un antibiotique dans une situation identifiée selon des critères "coût-efficacité" et des recommandations de pratique clinique (RPC et Conférences de consensus)

3. ORGANISATION ET MÉTHODES PÉDAGOGIQUES

Méthodes de travail interactif en sous-groupes gérés par les animateurs et supervisés par les experts, alternées avec des séances de travail en séance plénière permettant la synthèse.

Objectif 1 : résolution de cas cliniques préparés en collaboration par les animateurs et les experts en fonction des expériences de chacun : travail en sous-groupe et synthèse en plénière.

Objectif 2a et 2b : résolution de cas cliniques en sous-groupes avec synthèse en plénière à l'issue de la séquence de travail.

Objectif 3 : exposé magistral en plénière par l'expert de la spécialité concernée avec remise de documents de référence : RPC, Conférences de consensus et Fiches de transparence.

4. PROGRAMME DETAILLE

Remarques préliminaires : Le séminaire sera découpé en quatre demi-journées construites sur le même modèle :

Travail en trois sous -groupes de 10 participants sur des cas cliniques confectionnés avec les experts et portant sur les quatre thèmes choisis (infections ORL , infections respiratoires basses, infections uro-génitales et infections cutanées).

Ces cas cliniques feront apparaître les diversités de la prise en charge liées au terrain (âge, grossesse, insuffisance rénale ou hépatique), Lors de la synthèse, l'expert s'attachera à présenter les références existantes et à établir les rapports "coût-efficacité".

Cette démarche nous paraît adaptée à une pratique médicale optimale en médecine ambulatoire.

Première Journée : Vendredi 15 mars 2002	
8 h 30 à 9 h	Accueil des participants, Emargement, Distribution des dossiers et remise des badges.
9 h à 9 h 30	Présentation du séminaire en plénière : Objectifs et programme, Pré-test.
9 h 30 à 11 h	Travail en atelier en trois sous-groupes sur cas cliniques sur le thème des infections respiratoires basses.
11 h à 11 h 30	Pause
11 h 30 à 12 h 30 Dr Tallon	Synthèse en plénière du travail des groupes avec intervention de l'expert concerné (Pneumologue).
12 h 30 à 14 h	Repas
14 h à 15 h 30	Travail en atelier en trois sous-groupes sur cas cliniques sur le thème des infections cutanées.
15 h 30 à 15 h 45	Pause
15 h 45 à 17 h Dr Samy	Synthèse en plénière du travail des groupes avec intervention de l'expert concerné (Dermatologue).
17 h à 18 h Dr Maguabou Dr Tallon Dr Samy	Séance plénière d'arbitrage et de validation des points-forts sous forme d'une table ronde animée par l'organisateur avec l'expert infectiologue, l'expert pneumologue et l'expert dermatologue.
Deuxième Journée : Samedi 16 mars 2002	
8 h 30 à 10 h	Travail en atelier en trois sous-groupes sur cas cliniques sur le thème des infections ORL.
10 h à 10 h 30	Pause
10 h 30 à 12 h Dr J.-S. - ?	Synthèse en plénière du travail des groupes avec l'expert concerné (Pneumologue) et arbitrage avec l'expert infectiologue.
12 h 30 à 13 h 30	Repas
13 h 30 à 15 h 30	Travail en atelier en trois sous groupes sur cas cliniques sur le thème des infections uro-génitales.
15 h 30 à 16 h Dr Lamine et Dr M. S.	Synthèse en plénière du travail des groupes avec les experts concernés (Gynécologue et Urologue)
16 h à 16 h 30	Pause
16 h 30 à 17 h 30 Dr H. S. Dr Maguabou Dr Lamine Dr M. S.	Séance d'arbitrage en plénière des points forts de la journée et des messages importants du séminaire sous forme de table ronde : Organisateur, Expert infectiologue et expert gynécologue et expert urologue.
17 h 30 à 18 h	Post test, Questionnaire d'évaluation, Remerciements et clôture du séminaire.

5. EVALUATION

- 1° Pré-test & Post-test sous forme d'un questionnaire vrai-faux de quatre questions pour chacun des quatre objectifs (1 , 2a, 2b, et 3).
- 2° Questionnaire d'opinion.
- 3° Evaluation par l'équipe pédagogique : mesure de la progression entre pré-test et post-test, et adaptation du projet en fonction des résultats pour optimiser la formation à l'avenir.

6. OUTILS ET SUPPORTS PEDAGOGIQUES

Photocopies de cas cliniques.
Transparents et Rétro-projecteurs.
Tableaux de papier pour transcription d' informations pertinentes.
Polycopiés des -Conférences de consensus
-RPC
-Fiches de transparence.
Articles documentaires scientifiques.

7. RESSOURCES HUMAINES

ORGANISATEURS & ANIMATEURS

a) Responsable

Dr. Francis RAPHAEL
Médecin généraliste - BEHREN LES FORBACH
Vice-Président AMMPPU
Président AMGERL
D U Pédagogie médicale
Chargé d'enseignement à la Faculté de Médecine de NANCY

b) Animateurs

- > **Dr. Philippe HOLLER**
Médecin généraliste - BEHREN LES FORBACH
DIU Formation à la communication et à l'éducation pour la santé
Animateur régional AMMPPU - Responsable de la section de FORBACH
- > **Dr. J-Michel MARTY**
Médecin généraliste - METZ
Président LORFORMEC
Vice-Président AMMPPU
DU Pédagogie médicale
Chargé d'enseignement à la Faculté de Médecine de NANCY

- > Dr. J-Marc PERRIER
 Médecin généraliste - STIRING WENDEL
 Formation pédagogique AMMPPU
 Responsable de la section de FORBACH
 Membre du GLAM (groupe lorrain d'audit médical)

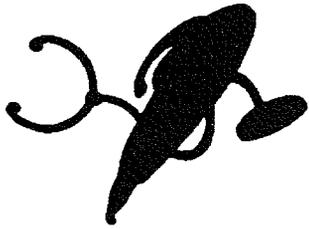
EXPERTS - FORMATEURS		
Identité	Qualification	Lieu d'exercice
Professeur Thierry MAY	Professeur de maladies infectieuses à la Faculté de Médecine de NANCY	Chef de Service de maladies infectieuses CHU NANCY
Professeur Christian RABAUD	Professeur de maladies infectieuses à la Faculté de Médecine de NANCY	Service de maladies infectieuses CHU NANCY
Professeur Roger JANKOWSKI	Professeur d'ORL à la Faculté de Médecine de NANCY	Clinique ORL CHU NANCY
Professeur Jacques HUBER	Professeur d'Urologie à la Faculté de Médecine de NANCY	Clinique urologique CHU NANCY
Pr Jacques SCHMUTZ	Professeur de Dermatologie à la Faculté de Médecine de NANCY	Chef de Service Dermatologie CHU NANCY
Dr. Philippe LEMARIE	Gynécologue-Obstétricien	Chef du Service Gynécologie - CHR Bon-Secours METZ
Dr. Bernard TELLAROLI		Chef de Service Pneumologie Hospitalor FORBACH

Références bibliographiques

- Antibiotiques, quelle aide à la décision ?
REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE n° 532, Tome 15 p 635
- Conduite à tenir devant une infection respiratoire basse communautaire de l'adulte.
REVUE DES MALADIES RESPIRATOIRES Volume 16 n° 2 Avril 1999
- L'arsenal des antibiotiques est-il suffisant? Le point sur les résistances bactériennes.
REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE Tome 15 n° 534 p 791
- Bronchiolite du nourrisson: le consensus.
REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE Tome 14 n° 513 p 1877 octobre 2000
- Sinusites : quand aller plus loin?
REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE Tome 15 n° 525 p 205 février 2001
- Urgences infectieuses de l'adulte
REVUE DU PRATICIEN MONOGRAPHIE Tome 51 n° 6 mars 2001

ANNEXE 6

Courrier envoyé aux médecins participant au séminaire des 15 et 16 novembre 2002.



ammppu

E.mail

ammpu@wanadoo.fr

Site

<http://assoc.wanadoo.fr/ammpu>

**ANTIBIOTHERAPE DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES ET ORL
EN MEDICINE AVANCEE
Séminaire des 15 et 16 novembre 2002**

Metz, le 15/10/2002

Cher Confrère, cher(e) Ami(e)

L'évaluation des pratiques est appelée à prendre une part de plus en plus importante dans notre vie professionnelle, comme en Formation Médicale Continue, les deux étant intimement liées.

Le séminaire auquel vous vous êtes inscrit comprend nécessairement (cela faisait partie du cahier des charges de l'OGC) une évaluation, et nous avons opté pour un audit de pratique. C'est pourquoi il est fondamental que vous nous retourniez le questionnaire ci joint, dûment rempli.

Si cette pratique ne vous est pas familière, nous vous conseillons de poser la grille sur votre bureau, pour pouvoir inclure rapidement les 25 premiers patients qui correspondent aux critères de l'enquête. Cela ne devrait prendre guère plus d'une minute par consultation. Vous pourrez ainsi, plus tard, au gré de vos disponibilités, et en 1 heure environ, remplir les autres cases, et notamment celle qui concerne les situations cliniques ou diagnostics, en vous aidant de la fiche explicative permettant de coder ces situations.

La même opération vous sera demandée à distance du séminaire, ceci permettant de mesurer l'impact de ce dernier. Nous vous rappelons que l'anonymat sera assuré par un code qui sera attribué par le secrétariat de l'AMMPPU, au hasard des retours des grilles d'audit. Même les responsables du séminaire n'auront pas accès à ces données. Par contre, votre code figurera d'emblée sur les grilles qui vous seront adressées par la secrétaire en vue du 2ème tour de l'audit

En vous remerciant par avance de votre bonne volonté, et en espérant vous faire partager notre intérêt pour cette pratique novatrice, nous vous adressons nos plus cordiales salutations

Pour l'équipe organisatrice
Dr Jean-Michel MARTY

PS : Tél Dr Jean-Michel MARTY : 03 87 75 49 51

Attention : Bien utiliser l'enveloppe jointe pour les retours des grilles

Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post-Universitaire

6, Quai Richepance 57000 METZ Tél. : 03.87.31.98.98 Fax : 03.87.32.07.14

Organisme formateur auprès du Préfet de la Région Lorraine sous le n°41 57 01022 57 - Siret 392 407 763 00011 - Code APE 804C

**ANTIBIOTHERAPIE DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES ET ORL
EN MEDECINE AMBULATOIRE
Séminaire des 15 et 16 novembre 2002**

ARGUMENTAIRE

Préambule : cet argumentaire ne sera pas celui d'un audit, mais celui du séminaire auquel il se rapporte. Un audit plus complet est en cours d'élaboration, au sein du Groupe Lorrain d'Audit Médical, et portant sur le même thème. Nous vous encourageons bien évidemment à le faire quand il sera au point. En attendant, cet audit aura pour nous un double intérêt : satisfaire au cahier des charges qui comprend un module d'évaluation des pratiques, et probablement faire découvrir à un certain nombre d'entre vous la procédure et l'intérêt de l'audit.

En 1993-1994 sont apparues sur le marché de nouvelles molécules antibiotiques prescrites dans le domaine des affections communautaires (céphalosporines de 2^{ème} et 3^{ème} générations, inhibiteurs des bêta-lactamases, nouveaux macrolides, fluoroquinolones), entraînant une remise en cause des pratiques habituelles

On constate actuellement une évolution de la sensibilité des bactéries isolées dans les affections communautaires (Pneumocoques, Haemophilus, B. Catarrhalis, E. Coli, Salmonelles..) Les résistances, de plus en plus fréquentes, s'expliquent en partie par une pression de sélection, liée à une utilisation trop forte d'antibiotiques à large spectre.

Le poids financier de la prise en charge des maladies infectieuses s'avère très lourd (infections respiratoires saisonnières, infections génito-urinaires..) Ceci implique de tenir compte des rapports coûts / efficacité en choisissant, à efficacité et toxicité égales, l'antibiotique le moins coûteux, et même de définir des situations courantes d'infectiologie où le recours aux antibiotiques ne se justifie pas. (15 antibiotiques figurent dans les 100 premiers produits classés selon leur chiffre d'affaire : CERP matin, N°2645, 28/1/94)

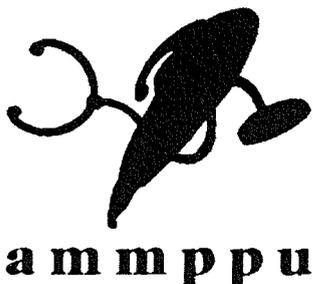
L'étude de prescription des antibiotiques en pratique de ville retrouve que dans 15 à 20% des situations infectieuses, celles ci paraissent exposées à des risques potentiels de toxicité qui auraient pu être avantageusement prévenues par l'utilisation d'une autre classe d'antibiotiques (Thèse M.M TRASSART)

Les recommandations de bonne pratique et les conférences de consensus ont fait apparaître lors de ces dernières années des modifications de stratégies (traitement de l'infection urinaire de la femme jeune, diminution notoire de la durée de prescription des antibiotiques dans les angines, sinusites ou prostatites par exemple) La diffusion d'informations sur ces modifications de pratique insuffisamment appliquées serait source d'économie

La dernière modification apparue dans le domaine des pratiques concerne les tests de diagnostic rapide des angines, source également d'économie de prescriptions.

Toutes ces raisons justifient amplement l'organisation d'un séminaire portant sur la prescription des antibiotiques, et justifie également un audit destiné à faire un état des lieux avant le séminaire, dans la mesure où les résultats pourront donner matière à réflexion aux experts, dans l'intérêt de tous. Le deuxième tour de l'audit permettra de mesurer l'impact du séminaire sur l'ensemble des participants, et à chacun de ceux ci d'évaluer sa trajectoire personnelle.

Pour l'équipe organisatrice,
Dr Jean-Michel MARTY



La qualité des soins par la formation médicale continue

E.mail
ammpu@wanadoo.fr

Site
<http://assoc.wanadoo.fr/ammpu>

**ANTIBIOTHERAPIE DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES ET ORL
ET MEDICINE AMBULATOIRE
Séminaire Des 19 et 20 novembre 2002**

LISTE DES SITUATIONS CLINIQUES SOURCES DE PRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUES

Rappel : cette liste doit servir à remplir la case « situation clinique » de la grille d'audit
Bien entendu, vous ne porterez dans cette case que le code correspondant à la situation clinique

CODE SITUATION CLINIQUE OU DIAGNOSTIC

Groupe des Indications formelles (grade A)

- | | |
|----|--|
| A1 | Otite aiguë (tympan déformé) de l'enfant de moins de 2 ans |
| A2 | Pneumopathie aiguë |
| A3 | Scarlatine |

Groupe des Indications légitimes (grade B, C, ou accord professionnel)

- | | |
|----|---|
| B1 | Sinusite aiguë de l'enfant : forme sévère ou enfant à risque (asthme, cardiopathie..) |
| B2 | Sinusite aiguë de l'adulte : 2 des 3 critères suivants :
Plus de 48 heures
Douleur typique
Augmentation de la purulence |
| B3 | Otite moyenne aiguë de l'enfant de plus de 2 ans si symptomatologie bruyante
(fièvre élevée, otalgie intense) |
| B4 | Exacerbation de bronchite chronique
Simple si persistance de la fièvre > 38° au delà du 3 ^{ème} jour
Obstructive (dyspnée d'effort hors exacerbation) si au moins 2 critères
de la triade d'Anthonisen ou si fièvre persistante |
| B5 | Angine |
| B6 | Rhinopharyngite (moins de 15 ans) à risque : otite séreuse, évolution traînante,
enfant à risque |

Groupe de toutes les autres indications

- | | |
|---|---|
| C | Tous les autres diagnostics et situations cliniques |
|---|---|



Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post-Universitaire

Avec l'aimable autorisation du GLAM (Groupe Lorrain d'Audit Médical)



ANTIBIOTHÉRAPIE DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES et ORL en MÉDECINE AMBULATOIRE - Séminaire des 15 & 16 novembre 2002

Critères d'inclusion : - Patients vus en consultation ou en visite
 - Antibiothérapie prescrite par vous il y a moins d'UN MOIS pour une affection respiratoire ou ORL .

Mode d'inclusion : Recueil rétrospectif sur le dossier médical pour 25 patients successifs qui répondent aux critères d'inclusion (une antibiothérapie prescrite le jour même n'est pas à prendre en considération).

La question : Quelle était la situation clinique ou le diagnostic qui a conduit à la prescription d'antibiotique ? (situation à choisir et à coder à l'aide de la liste jointe .
 Prière de noter simplement le code correspondant à la situation clinique .)

Partie à conserver			Partie à adresser à l'aide de l'enveloppe jointe : Secrétariat de l'AMPPU B quai Richemont 57008 METZ						
Code médecin : / / /			Code médecin : / / /						
			Date de début du recueil : / /						
N°	Nom	Prénom	N°	Age	Antibiotique prescrit	Posologie	Durée	Situation clinique	Commentaires éventuels
1.			1.						
2.			2.						
3.			3.						
4.			4.						
5.			5.						
6.			6.						
7.			7.						
8.			8.						
9.			9.						
10.			10.						
11.			11.						
12.			12.						
13.			13.						
14.			14.						
15.			15.						
16.			16.						
17.			17.						
18.			18.						
19.			19.						
20.			20.						
21.			21.						
22.			22.						
23.			23.						
24.			24.						
25.			25.						

ANNEXE 7

Dossier scientifique et pédagogique du séminaire « Mieux prescrire les antibiotiques en médecine ambulatoire » du 19 et 20 novembre 2004.

2 ^{ème} page d'un projet d'action ou de plan FPC 2004 (1 ^{ère} page ANONYME du dossier scientifique et pédagogique)		N° provisoire EDO-OGC (Ne pas remplir)
Projet nouveau <input type="checkbox"/>		Projet précédemment agréé <input checked="" type="checkbox"/>
INTITULE de l'action (six mots maximum) : MIEUX PRESCRIRE les ANTIBIOTIQUES en MEDECINE AMBULATOIRE		
NUMERO du THEME (Cf. liste des thèmes, annexe 3) : 10	Prioritaire <input type="checkbox"/>	Non prioritaire <input checked="" type="checkbox"/>
Si thème non prioritaire, proposition d'un module d'évaluation ? OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

DOSSIER SCIENTIFIQUE ET PEDAGOGIQUE

1. JUSTIFICATION & INTENTION GÉNÉRALE DU PROJET DE FORMATION

L'introduction des antibiotiques a contribué à la disparition de certaines formes graves de maladies bactériennes et à la diminution des complications de pathologies courantes, dans les pays où ils sont économiquement accessibles. (1) Mais une prescription excessive expose à 2 conséquences essentielles : un surcoût et la sélection de germes résistants (1)

La fluctuation des prescriptions d'antibiotiques peut relever de critères cliniques n'obéissant pas forcément à une AMM (ex : augmentation des prescriptions en 1993, lors d'une épidémie de grippe) ou à des critères réglementaires (ex : diminution des prescriptions, et surtout C2G, C3G, Augmentin suite aux RMO en 1994) selon les enquêtes des CPAM (2)

Les habitudes de prescription ne répondent pas toujours à la logique de la médecine basée sur les preuves (EBM) Ainsi, contrairement aux recommandations (5) , une enquête de la CRAM (6) a montré que 43.5% des enfants de 0 à 7 ans, présentant une rhinopharyngite non compliquée étaient traités par antibiotiques pendant 6 à 8 jours.

Les comparaisons des pratiques au niveau international (4) font apparaître une prescription d'antibiotiques 2 fois supérieure à l'Allemagne et au Royaume Uni, dans les rhinopharyngites et les angines. De même, la prescription d'antibiotiques dans les infections respiratoires hautes et basses est plus importante en France que dans ces 2 pays voisins.

Les campagnes menées par les CRAM dans le cadre des opérations TDR (Tests de dépistages rapides) des Angines a permis également la diffusion de données épidémiologiques et notamment de la notion de parallélisme entre fréquence de prescription et multiplication des souches bactériennes résistantes (7)

La résistance bactérienne devient menaçante pour des espèces très courantes et très pathogènes : S. Pneumoniae, H. Influenzae, E. Coll, N. Gonorrhoeae... (1)

Références des sources (1 à 9) en page 3

Les conséquences économiques ne sont pas négligeables non plus. En 1996, la part des principaux antibiotiques représentait 7.7% des ventes en officine, soit 6 Milliards de francs (900 000 000 Euros) Le taux d'accroissement moyen de la fréquence de consommation des antibiotiques a été de 3.7% par an , en France, entre 1980/81 et 1991/92 (3)

En conséquence de tout ce qui précède, le rapport de l'Agence du Médicament sur l'étude de la prescription des antibiotiques, publié en 1998, concluait à la nécessité (1) :

- **d'associer les praticiens de ville à l'élaboration des schémas thérapeutiques adaptés**
- **d'assurer une diffusion la plus large possible de ces schémas, notamment dans le cadre de la formation médicale initiale (FMI) et continue (FMC)**

Il existe de plus, maintenant, toute une série de recommandations de pratique clinique et de conférences de consensus (AFSSAPS et ANAES notamment), dont la divulgation se doit d'être faite, notamment au niveau de la FMC (8 et 9) :

2. OBJECTIFS DE FORMATION

- **Proposer une stratégie thérapeutique dans les principales situations cliniques infectieuses rencontrées en médecine générale (stratégie prenant en considération les recommandations de pratiques cliniques, les autorisations de mise sur le marché et les conférences de consensus) :**
 - **Dans les infections ORL (otites, sinusites, angines, rhinopharyngites)**
 - **Dans les infections respiratoires (bronchites aiguës, surinfections de BPCO, pneumopathies)**
 - **Dans les infections cutanées (érysypèle, staphylococcies cutanées, plaies infectées, acné)**
 - **Dans les infections urogénitales courantes : cystites, prostatites, vaginites, cervicites, ..)**
- **Choisir une antibiothérapie adaptée à ces situations cliniques en tenant compte des contextes particuliers que constituent :**
 - **Les allergies (alternatives)**
 - **Les effets secondaires (rapport bénéfice / risque)**
 - **L'immunodépression**
 - **L'insuffisance rénale ou hépatique**
 - **La grossesse**
 - **L'âge**
 - **Les contre indications**
- **Proposer des schémas de traitement dans les principales situations cliniques rencontrées en médecine générale, en tenant compte :**
 - **Des durées optimales de traitement**
 - **Des posologies optimales**
 - **Des schémas de surveillance recommandés**
 - **Du rapport coût / efficacité**

Références des sources (1 à 9) en page 3

3. ORGANISATION & MÉTHODES PÉDAGOGIQUES

Le séminaire sera découpé en 4 parties d'une demi journée. Chaque partie sera consacrée à un module, construit sur le même schéma :

- **1 Heure de travaux de groupes : résolution de cas cliniques, sous la conduite d'un animateur, qui sera chargé d'en produire la synthèse sur transparent lors de la plénière qui suivra.**
- **Pause de ¼ à ½ Heure**
- **Plénière de 1H30 : pendant la 1^{ère} heure, les experts se prononceront sur les résultats des travaux des groupes. Les experts seront un spécialiste du domaine abordé et un infectiologue.**
- **La dernière ½ Heure sera consacrée à une présentation des recommandations et conférences des consensus existant à l'heure actuelle : ces données seront présentées par un généraliste, correspondant régional de l'ANAES.**

1^{ère} séquence : Pathologies ORL

2^{ème} séquence : Pathologies respiratoires

3^{ème} séquence : Pathologies cutanées

4^{ème} séquence : Pathologies urogénitales

Chaque module permettra d'aborder en même temps les 3 objectifs du séminaire, les cas cliniques abordant également les contextes particuliers, les posologies ainsi que les notions de coût.

A l'issue de chaque journée, la documentation concernant les sujets traités dans le courant de cette journée sera remise aux participants (RPC, conférences de consensus).

Références Sources

- 1. Etude de la prescription et de la consommation des antibiotiques en ambulatoire, Agence du Médicament, 1998**
- 2. Enquête de pratique thérapeutique réalisée par les Caisses d'Assurance Maladie**
- 3. Enquêtes décennales de l'INSEE + INSERM U12 et U13 + CREDES**
- 4. Société IMS : comparaison des prescriptions en France, Allemagne, Royaume Uni)**
- 5. Agence du médicament : Antibiothérapie par voie générale en pratique courante : infections ORL et respiratoires basses RBP**
- 6. Enquête de la CRAM de Rhône Alpes : infections respiratoires et ORL de l'enfant de 0 à 7 ans**
- 7. Campagnes TDR Angines 2002 - 2003**
- 8. Recommandations de pratique clinique de l'AFSSAPS et de l'ANAES**
- 9. Conférences de consensus (idem)**

4. PROGRAMME DÉTAILLÉ

Première journée : VENDREDI

- 8 H 30 à 9 h 00** **Accueil des participants, émargement, distribution des dossiers et remise des badges.**
Recueil du premier tour d'audit, remise des pré tests
- 9 h à 9 h 15** **Présentation du séminaire, des intervenants, des objectifs (coordinateur)**
- 9 h 15 à 12 h 15** **MODULE ORL**
- 9 h 15 à 10 h 15** **Travaux en trois groupes : chaque groupe traite l'ensemble des cas cliniques**
L'animateur veille à la réalisation de transparents à présenter en plénière.
L'Animation est assurée par les trois Médecins Généralistes formés
à l'animation de séminaires médicaux
- 10 h 15 à 10 h 45 – Pause**
- 10 h 45 à 12 h 15** **Plénière - Animation : Coordinateur**
- 10 h 45 à 11 h 45** **présentation des travaux des groupes et remarques des experts**
(infectiologue et ORL)
Experts pressentis : Pr RABAUD (infectiologue) et Dr STRINGINI (ORL)
- 11 H 45 à 12 H 15** **RPC et consensus : exposé : Dr BIRGE, correspondant régional de l'ANAES.**
- 12 h 15 à 14 h – Repas**
- 14 h à 17 h** **MODULE INFECTIONS RESPIRATOIRES**
- 14 h à 15 h** **Travaux en trois groupes : chaque groupe traite l'ensemble des cas cliniques.**
L'animateur veille à la réalisation de transparents à présenter en plénière.
L'Animation est assurée par les trois Médecins Généralistes formés
à l'animation de séminaires médicaux
- 15 h à 15 h 30 – Pause**
- 15 h 30 à 17 h 00** **Plénière - Animation : Coordinateur**
- 15 h 30 à 16 h 30** **présentation des travaux des groupes et remarques des experts**
(infectiologue et pneumologue)
Experts pressentis : Pr RABAUD (infectiologue) et Dr ZUCK (pneumologue)
- 16 H 30 à 17 h** **RPC et consensus : exposé : Dr BIRGE, correspondant régional de l'ANAES.**
- 17 h à 17 h 30** **Présentation des résultats du premier tour d'audit (Coordinateur)**
Remise de documents.

FIN DE LA PREMIERE JOURNEE

Deuxième journée : SAMEDI

8 H 30 à 9 h 00 **Accueil des participants, émargement**

9 h 00 à 12 h 00 **MODULE INFECTIONS CUTANÉES**

9 h 00 à 10 h 00 **Travaux en trois groupes : chaque groupe traite l'ensemble des cas cliniques**
L'animateur veille à la réalisation de transparents à présenter en plénière.
L'Animation est assurée par les trois Médecins Généralistes formés
à l'animation de séminaires médicaux

10 h 00 à 10 h 30 - Pause

10 h 30 à 12 h 30 **Plénière - Animation : Coordinateur**

10 h 30 à 11 h 30 **présentation des travaux des groupes et remarques des experts**
(infectiologue et dermatologue)
Experts pressentis : Pr RABAUD (infectiologue) et Pr SCHMUTZ (dermatologue)

11 h 30 à 12 h 00 **RPC et consensus : exposé : Dr BIRGE, correspondant régional de l'ANAES.**

12 h 00 à 14 h - Repas

14 h à 17 h **MODULE INFECTIONS UROGÉNITALES**

14 h à 15 h **Travaux en trois groupes : chaque groupe traite l'ensemble des cas**
cliniques.
L'animateur veille à la réalisation de transparents à présenter en
plénière.
L'Animation est assurée par les trois Médecins Généralistes formés
à l'animation de séminaires médicaux

15 h à 15 h 30 - Pause

15 h 30 à 17 h 00 **Plénière - Animation assurée par le Coordinateur**

15 h 30 à 16 h 30 **présentation des travaux des groupes et remarques des experts**
(Infectiologue, gynécologue et urologue)
Experts pressentis : Pr RABAUD (Infectiologue), Dr LEMARIÉ (gynécologue)
et Pr HUBER (urologue).

16 H 30 à 17 h **RPC et consensus : exposé : Dr BIRGE, correspondant régional de l'ANAES.**

17 h à 17 h 30 **Post-tests. Réponses aux tests.**
Remise de documents.
Explication à propos du 2^{ème} tour d'audit
Clôture du séminaire.

} **Coordinateur**

5. EVALUATION

- **Sur la forme : questionnaire d'opinion, recueilli à la fin du séminaire, type échelle de Lickert ou cible (critères classiques : réponses aux attentes, modification de la pratique, qualités pédagogiques, etc : type OGC).**
- **Sur le fond :**
 - o **Pré tests / Post tests : 20 QCM (5 par module, explorant l'ensemble des objectifs).**
 - o **Audit de pratique :**
 - **1^{er} tour réalisé pendant les 2 mois précédant le séminaire, si les dates d'inscription le permettent**
 - **2^{ème} tour réalisé dans les 2 mois qui suivent le séminaire : la comparaison permettra une mesure d'impact. (pièce jointe : documents utilisés en 2002 pour un séminaire très proche de celui ci)**

6. OUTILS & SUPPORTS PÉDAGOGIQUES

Photocopies de cas cliniques.

Transparents et retro-projecteurs.

Tableaux de papier pour transcription d'informations pertinentes.

Polycopiés des - Conférences de consensus

- RPC

- Fiches de transparence.

Articles documentaires scientifiques.

7. RESSOURCES HUMAINES

- Animateurs

- o **Coordinateur- Animateur : Médecin Généraliste chargé d'enseignement à la Faculté, D.I.U de pédagogie médicale**
- o **Deux Animateurs Médecins Généralistes formés à l'animation de séminaires médicaux et ayant l'expérience d'animation de séminaires médicaux.**
- o **Un Animateur Médecin Généraliste, Maître de Conférences Universitaire Associé à la Faculté de Nancy, D.I.U de pédagogue médicale.**

- Experts et Formateurs :

- o **Dr BIRGE, médecin généraliste, Correspondant régional de l'ANAES, responsable du Groupe Lorrain d'Audit Médical, Maître de stage, Enseignant de médecine générale**
- o **Pr HUBER, chef de service en Urologie au CHU de NANCY**
- o **Dr LEMARIE, gynécologue, CHR de METZ**
- o **Pr RABAUD, infectiologue, CHU NANCY**
- o **Pr SCHMUTZ, chef de service, dermatologie, CHU NANCY**
- o **Dr STRINGINI, chef de service ORL, Hôpital Sainte Blandine, METZ**
- o **Dr ZUCK, chef de service, pneumologie, CHR METZ**

ANNEXE 8

Courrier envoyé aux médecins participant au séminaire des 19 et 20 novembre 2004.



Metz, le 30 septembre 2004

PRESCRIPTION des ANTIBIOTIQUES en MEDECINE AMBULATOIRE
SÉMINAIRE des 19 & 20 NOVEMBRE 2004 – agrément LOR 01 04 02 10 NP

Cher Confrère,

L'évaluation des pratiques est appelée à prendre une part de plus en plus importante dans notre vie professionnelle, comme en Formation Médicale Continue, les deux étant intimement liées.

Le séminaire auquel vous vous êtes inscrit comprend nécessairement (cela faisait partie du cahier des charges de l'OGC) une évaluation, et nous avons opté pour un audit de pratique. C'est pourquoi il est fondamental que vous nous retourniez le questionnaire ci joint, dûment rempli.

Si cette pratique ne vous est pas familière, nous vous conseillons de poser la grille sur votre bureau, pour pouvoir inclure rapidement les 20 premiers patients qui correspondent aux critères de l'enquête. Cela ne devrait prendre guère plus d'une minute par consultation. Vous pourrez ainsi, plus tard, au gré de vos disponibilités, et en 1 heure environ, remplir les autres cases, et notamment celle qui concerne les situations cliniques ou diagnostics.

La même opération vous sera demandée à distance du séminaire, ceci permettant de mesurer l'impact de ce dernier. Nous vous rappelons que l'anonymat sera assuré par un code qui sera attribué par le secrétariat de l'AMMPPU, au hasard des retours des grilles d'audit. Même les responsables du séminaire n'auront pas accès à ces données. Par contre, votre code figurera d'emblée sur les grilles qui vous seront adressées par la secrétaire en vue du 2ème tour de l'audit.

En vous remerciant par avance de votre bonne volonté, et en espérant vous faire partager notre intérêt pour cette pratique novatrice, nous vous adressons nos plus cordiales salutations

L'équipe organisatrice
Dr Marie-France BAUDOIN
Dr Philippe HOLLER
Dr Jean-Michel MARTY
Dr Julien WEBER



Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post-Universitaire
La qualité des soins par la formation médicale continue

PRESCRIPTION des ANTIBIOTIQUES en MEDECINE AMBULATOIRE
SÉMINAIRE des 19 & 20 NOVEMBRE 2004 – agrément LOR 01 04 02 10 NP

22

Avec l'aimable autorisation du GLAM - (Groupe Lorrain d'Audit Médical)

critères d'inclusion

- Patients vus en consultation ou en visite
- Antibiothérapie prescrite par vous

mode de recueil : Recueil au fur et à mesure des prescriptions, complété si nécessaire de manière rétrospective sur le dossier médical

nombre de patients à inclure : 20

question : Quelle est la situation clinique (à détailler) ou le diagnostic qui a conduit à la prescription d'antibiotique ?

Partie à conserver Code médecin : 2004-A-		Secrétariat AMMPU - DOMUS MEDICA 6 quai Paul Wiltzer 5700 METZ					Date de début du recueil : / /
Nom-Prénom du Patient	N°	Age	Antibiotique prescrit	Posologie	Durée	Situation Clinique	Commentaires éventuels
	1.						
	2.						
	3.						
	4.						
	5.						
	6.						
	7.						
	8.						
	9.						
	10.						
	11.						
	12.						
	13.						
	14.						
	15.						
	16.						
	17.						
	18.						
	19.						
	20.						



VU

NANCY, le 20 novembre 2006
Le Président de Thèse

Professeur Ch. RABAUD

NANCY, le 4 décembre 2006
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation

Docteur F. ALLA

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 7 décembre 2006

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

RESUME DE LA THESE

Devenue une obligation pour tout médecin en France, nous nous devons de savoir si la formation médicale continue a une réelle influence sur les connaissances des médecins et plus encore sur sa pratique. Après avoir retracé l'Histoire de la FMC en France, ses aspects légaux actuels et les outils de formation et d'évaluation, nous avons étudié à travers deux expériences l'intérêt de l'audit des pratiques, outil pédagogique à lui seul, pour évaluer l'efficacité des séminaires de FMC. Ces deux actions se sont déroulées en 2002 et 2004 sur le même thème de l'antibiothérapie en médecine ambulatoire. Elles étaient couplées à un audit de pratique réalisé par les participants au séminaire avant et après celles-ci. Plus qu'aux résultats qui ont montré une progression globale des participants, nous avons cherché à savoir si l'audit permettait une réelle évaluation de l'audit, quels étaient ses avantages, ses limites et comment pourrions nous permettre à l'audit d'évaluer au mieux une action de formation. En conclusion, l'audit ne donne qu'une approche de l'efficacité d'un séminaire car on ne peut pas attribuer au seul séminaire un changement dans la pratique car l'audit est un processus long et lui-même formateur. Plus qu'un outil d'évaluation, l'audit reste un excellent outil pédagogique qui, couplé à une action de formation, permet par sa répétition d'évaluer la progression de la pratique médicale, quelles que soient les méthodes de formation utilisées.

TITRE EN ANGLAIS

Importance of practice audit in assessment of continuing medical education' seminar

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2007

MOTS CLEFS : Formation continue - Qualité soins - Audit médical - Evaluation programme
- Antiinfectieux

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Faculté de médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
