

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 1997



THESE N°

127/1

SOURCES D'INFORMATIONS UTILISEES
POUR LA FORMATION CONTINUE
INDIVIDUELLE

Enquête auprès de 150 médecins généralistes de la Haute-Vienne



THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 13 juin 1997

PAR
Frédéric TALLIER
né le 29 novembre 1967 à Limoges

EXAMINATEURS DE LA THESE

Mr le Professeur BONNAUD François
Mme le Professeur BORDESSOULE Dominique
Mr le Professeur LAUBIE Bernard
Mr le Professeur MOULIN Jean-Louis

Président
Juge
Juge
Juge

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 1997

THESE N° 27

SOURCES D'INFORMATIONS UTILISEES
POUR LA FORMATION CONTINUE
INDIVIDUELLE

Enquête auprès de 150 médecins généralistes de la Haute-Vienne



THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 13 juin 1997

PAR
Frédéric TALLIER
né le 29 novembre 1967 à Limoges

EXAMINATEURS DE LA THESE

Mr le Professeur BONNAUD François
Mme le Professeur BORDESSOULE Dominique
Mr le Professeur LAUBIE Bernard
Mr le Professeur MOULIN Jean-Louis

Président
Juge
Juge
Juge

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE :

Monsieur le Professeur PIVA Claude

ASSESSEURS :

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean Claude
Monsieur le Professeur DENIS François

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS
HOSPITALIERS :

ADENIS Jean-Paul (C.S)	ophtalmologie
ALAIN Luc (C.S)	chirurgie infantile
ALDIGIER Jean-Claude	néphrologie
ARCHAMBEAUD Françoise	médecine interne
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	chirurgie orthopédique et traumatologique
BARTHE Dominique (C.S)	histologie-embryologie- cytogénétique
BAUDET Jean (C.S)	clinique obstétricale et gynécologique
BENSAID Julien (C.S)	clinique médicale cardiologique
BERNARD Philippe	dermatologie
BERTIN Philippe	thérapeutique
BESSEDE Jean-Pierre	oto-rhino-laryngologie
BONNAUD François (C.S)	pneumologie
BONNETBLANC Jean-Marie (C.S)	dermatologie
BORDESSOULE Dominique (C.S)	hématologie et transfusion
BOULESTEIX Jean (C.S)	pédiatrie
BOUQUIER Jean-José	clinique de pédiatrie
BOUTROS-TONI Fernand	biostatistique et informatique médicale
BRETON Jean-Christian (C.S)	biochimie et biologie moléculaire
CATANZANO Gilbert (C.S)	anatomie et cytologie pathologique
CHRISTIDES Constantin	chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
COGNE Michel	immunologie
COLOMBEAU Pierre (C.S)	urologie
CUBERTAFOND Pierre (C.S)	clinique de chirurgie digestive

DARDE Marie-Laure (C.S)	parasitologie
DE LUMLEY WOODYEAR	pédiatrie
Lionel (C.S)	
DENIS François (C.S)	bactériologie-virologie
DESCOTTES Bernard (C.S)	anatomie
DUDOIGNON Pierre	rééducation fonctionnelle
DUMAS Jean-Philippe	urologie
DUMAS Michel (C.S)	neurologie
DUMONT Daniel	médecine du travail
DUPUY Jean-Paul (C.S)	radiologie et imagerie médicale
FEISS Pierre (C.S)	anesthésiologie et réanimation médicale
GAINANT Alain	chirurgie digestive
GAROUX Roger (C.S)	pédopsychiatrie
GASTINNE Hervé	réanimation médicale
GAY Roger (C.S)	réanimation médicale
GERMOUTY Jean	pathologie médicale et respiratoire
HUGON Jacques	histologie-embryologie- cytogénétique
LABROUSSE Claude (C.S)	rééducation fonctionnelle
LABROUSSE François	anatomie et cytologie pathologiques
LASKAR Marc (C.S)	chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
LAUBIE Bernard (C.S)	endocrinologie et maladies métaboliques
LEGER Jean-Marie (C.S)	psychiatrie d'adultes
LEROUX-ROBERT Claude (C.S)	néphrologie
LIOZON Frédéric	clinique médicale
MABIT Christian	anatomie-chirurgie orthopédique et traumatologique
MELLONI Boris	pneumologie
MENIER Robert (C.S)	physiologie
MERLE Louis	pharmacologie
MOREAU Jean-Jacques (C.S)	neurochirurgie
MOULIES Dominique	chirurgie infantile
NATHAN-DENIZOT Nathalie	anesthésiologie et réanimation médicale
PECOUT Claude (C.S)	chirurgie orthopédique et traumatologique
PERDRISOT Rémy	biophysique et traitement de l'image
PILLEGAND Bernard (C.S)	hépto-gastro-entérologie
PIVA Claude (C.S)	médecine légale
PRALORAN Vincent (C.S)	hématologie et transfusion
RAVON Robert (C.S)	neurochirurgie
RIGAUD Michel (C.S)	biochimie et biologie moléculaire
ROUSSEAU Jacques (C.S)	radiologie et imagerie médicale
SAUTEREAU Denis	hépto-gastro-entérologie

SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)	oto-rhino-laryngologie
TABASTE Jean-Louis (C.S)	gynécologie obstétrique
TREVES Richard (C.S)	rhumatologie
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)	cancérologie
VALLAT Jean-Michel	neurologie
VALLEIX Denis	anatomie
VANDROUX Jean-Claude (C.S)	biophysique et traitement de l'image
VIDAL Elisabeth (C.S)	médecine interne
WEINBRECK Pierre (C.S)	maladies infectieuses

PROFESSEUR ASSOCIE A MI-TEMPS :

MOULIN Jean-Louis

3ème cycle de médecine générale

**SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES
SERVICES ADMINISTRATIFS :**

POMMARET Maryse

Nous remercions Monsieur le Professeur François BONNAUD,
Professeur des Universités de Pneumologie,
Médecin des Hôpitaux,
Chef de Service,
Doyen Honoraire,
d'avoir accepté de présider notre jury. Nous vous remercions également de vos conseils et de votre disponibilité. En passant dans votre service, nous avons aussi pu apprécier votre compétence et votre sens pédagogique.

Nous remercions Madame le Professeur Dominique
BORDESSOULE,
Professeur des Universités d'Hématologie et de Transfusion,
Médecin des Hôpitaux,
Chef de Service,
d'avoir accepté de faire partie de notre jury. Notre stage dans votre service nous a permis d'apprécier vos compétences.

Nous remercions Monsieur le Professeur Bernard LAUBIE,
Professeur des Universités d'Endocrinologie et des Maladies
Métaboliques,
Médecin des Hôpitaux,
Chef de Service,

d'avoir bien voulu participer à notre jury. Nos stages dans votre service nous ont permis d'apprécier votre gentillesse, votre disponibilité à l'égard de vos externes et votre compétence.

Nous remercions Monsieur le Docteur Jean-Louis MOULIN,
Professeur Associé à Mi-Temps,
d'avoir accepté de faire partie de notre jury. Nous avons apprécié votre investissement dans l'enseignement du 3ème cycle de médecine générale.

Nous remercions Monsieur le Docteur Jean-Gabriel BUISSON
d'avoir accepté d'être notre directeur de thèse. Vos conseils nous ont permis d'arriver au terme de notre travail.

Nous remercions Monsieur le Professeur Fernand BOUTROS-TONI,
Professeur des Universités de Biostatistiques et d'Informatique
Médicale,
Biologiste des Hôpitaux,
Docteur es Sciences Naturelles,
Docteur en Biologie Humaine, Mathématiques et Statistiques,
Lauréat de l'Académie Nationale de Médecine,
pour son aide et ses conseils.

Nous remercions également Monsieur le Docteur Pierre Marie
PREUX,
Chef de Clinique de Neurologie,
pour son aide, sa disponibilité et sa gentillesse. Sans vos conseils
nous n'aurions pas pu terminer notre travail.

Nous remercions enfin Monsieur PECHENART,
Conservateur de la Section Médecine Pharmacie de la Bibliothèque
Universitaire de Limoges,
pour sa gentillesse et sa participation à notre travail.

A Marina, ma femme, pour sa collaboration et son soutien. Avec tout mon amour.

A mes enfants, Edouard et Victoria, mon avenir.

A la mémoire de ma mère, en souvenir de tout ce qu'elle a pu faire pour nous.

A mon père, que ce travail soit un témoin de l'amour et de l'admiration que je lui porte.

A Pascale, ma soeur; à Jacques et à Eric, mes frères.

A ma belle mère et à Henri.

A ma belle famille.

A la mémoire de Marcel LIMOUSIN, mon beau-père, du Docteur Gorges-Paul GAMBELON et de Monsieur Jean DARNAJOU.

PLAN

PROLOGUE

1ère PARTIE : LA FMC

I) - DEFINITIONS

II) - HISTORIQUE

A - Les Débuts

B - Mise en Place de la FMC Actuelle

III) - ASPECT LEGAL

A - La Formation Professionnelle Continue

B - La Formation Médicale Continue

1 - Une Obligation Morale

2 - Une Obligation Déontologique

3 - Une Obligation Légale

C - Organisation

1 - Antérieure

2 - Actuelle

D - Financement

1 - Antérieur

2 - Actuel

IV) - L'ÉVALUATION

2ème PARTIE : LES SOURCES D'INFORMATIONS

I) - LES SOURCES COLLECTIVES

A - Gérées par le Corps Médical

1 - La FMC Locale

2 - La FMC Conventionnelle

3 - L'Enseignement Post Universitaire

4 - Les Congrès

B - Gestion Extra Médicale

II) - LES SOURCES INDIVIDUELLES

A - Les Supports Ecrits

- 1 - La Presse
 - a - La Presse Grand Public
 - b - La Presse Médicale Professionnelle
 - 1 - la presse de formation
 - 2 - la presse d'information
- 2 - Les Livres
 - a - Les Types d'Ouvrages
 - 1 - les documents primaires
 - 2 - les documents secondaires
 - 3 - les ouvrages de référence
 - b - Les Différentes Structures
 - 1 - la bibliothèque médicale personnelle
 - 2 - les centres de bibliographie des laboratoires
 - 3 - les bibliothèques universitaires
- 3 - Le Courrier Médical

B - Les Supports Oraux

- 1 - La Radio
- 2 - Les Cassettes Audio
- 3 - La Visite Médicale
- 4 - Les Contacts Entre Confrères
- 5 - Capacités et DU
 - a - Les Capacités
 - b - Les Diplômes Universitaires et Inter Universitaires

C - Les Supports Audiovisuels

- 1 - La Télévision
- 2 - Les Cassettes Vidéo
- 3 - L'Informatique
 - a - Les Différentes Techniques
 - 1 - les disquettes
 - 2 - les vidéodisques interactifs
 - 3 - les CD Rom
 - 4 - la télématique
 - b - Les Différentes Utilisations
 - 1 - les banques de données
 - 2 - les systèmes d'aide à la décision
 - 3 - l'enseignement assisté par ordinateur

D - Les Supports Manuels

- 1 - Les Expérimentations
- 2 - La Fréquentation de l'Hôpital
 - a - Les Stages Hospitaliers
 - b - Les Vacances Hospitalières

3ème PARTIE : L'ENQUETE

I) - METHODOLOGIE

II) - RESULTATS

A - *Résultat Global*

B - *Résultats Spécifiques*

1 - Age

a - *Groupes 1 et 2*

b - *Groupes 2 et 3*

c - *Groupes 1 et 3*

d - *Conclusion sur l'Age*

2 - Sexe

3 - Mode d'Exercice

4 - Lieu d'Activité

5 - Nombre d'Actes

a - *Groupes 2 et 3*

b - *Groupes 3 et 4*

c - *Groupes 2 et 4*

d - *Conclusion sur le Nombre d'Actes*

6 - Fonction Hospitalière

7 - Organisation de la FMI

8 - Organisation de la FMC

III) - CONCLUSION

EPILOGUE

ANNEXES

PROLOGUE

« Plus on va loin,
moins on en sait »
Lao Tseu

Une grande question, non résolue, est la source d'un débat dans le monde médical. Il s'agit de savoir si la médecine est une science ou un art. A notre avis, elle n'est ni l'un ni l'autre, mais les deux à la fois: «*La médecine c'est la science des maladies et l'art de les guérir*»

Comme toutes les sciences, elle a connu une évolution. Celle-ci n'a pas été continue. Elle s'est d'abord faite par accoups, entrecoupés de périodes de stagnation (et parfois de régression). Suite aux avancées scientifiques et aux progrès techniques successifs nous sommes passés à une évolution progressive et continue, avec même une accélération depuis les dernières décennies.

Tout ceci a contribué à une somme de savoirs médicaux de plus en plus importante. Nous savons actuellement qu'il n'y aura pas de limite à l'évolution des connaissances car chaque avancée du savoir est le prélude d'une autre.

Ainsi, s'il était encore possible au début du siècle de tout connaître en médecine, il n'est désormais plus envisageable qu'un individu soit au courant de tout ce que son champ recouvre.

Malgré tout, il paraît quand même utile et souhaitable d'avoir des connaissances médicales scientifiques étendues. Celles-ci regroupent deux parties bien distinctes, mais inséparables:

- ⇒ les **connaissances de base** acquises lors de la formation médicale initiale, plus ou moins vastes en fonction du travail fourni par chacun au cours de ses études
- ⇒ les **connaissances d'acquisition secondaire** entrant dans le cadre d'une formation continue

Il est donc nécessaire que chaque médecin essaie, au cours de ses études, d'acquérir un savoir important et apprenne à l'utiliser à bon escient. Mais il doit également apprendre à se former seul, de manière continue, pour se tenir au courant des modifications de la science médicale.

Mais, la médecine n'est pas une science exacte et ce qui s'applique à un individu ne s'applique pas obligatoirement aux autres. C'est ici que la médecine quitte le monde scientifique pour entrer dans celui de l'art.

En effet, c'est un art de savoir quel traitement sera le mieux adapté à un patient en fonction de ses caractéristiques (et de celles de la pathologie qu'il présente), de savoir relier les symptômes pour définir la bonne maladie ou d'arriver à établir une relation de confiance. Ceci va s'acquérir progressivement au cours de l'exercice professionnel en fonction des expériences rencontrées et vécues.

Mais, cette partie de la pratique médicale va aussi passer par un apprentissage. Ce dernier doit trouver sa place pendant la formation des étudiants et durant la période d'activité professionnelle des médecins.

Nous pouvons constater une évolution permanente des connaissances des praticiens. Que celles-ci soient scientifiques ou non. Cette évolution ne peut se faire que par remise en question régulière des acquis scientifiques et des comportements. Les médecins vont ainsi effectuer une formation permanente dans le cadre de la **Formation Médicale Continue** (FMC).

Celle-ci est double: individuelle et collective. Elle va servir aussi bien à améliorer nos connaissances que nos comportements. Elle nous permet de nous remémorer ce que nous avons appris (mais oublié ou déformé) et d'actualiser notre savoir en y incorporant les nouveautés ou en corrigeant ce qui est devenu inexact. Elle complète et met à jour la **Formation Médicale Initiale** permettant l'adaptation des praticiens aux variations diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques.

Nous nous trouvons dans une période de grands changements politiques liés à un besoin de maîtriser les dépenses de santé. Ceci a un retentissement sur les habitudes de pratique médicale: il faut arriver à de meilleurs résultats en coûtant moins cher. La formation continue est ainsi devenue le cheval de bataille des législateurs pour qui un médecin bien formé est un médecin faisant faire des économies (ceci n'a d'ailleurs jamais été démontré).

Dans cette période de transition (où de facultative la FMC devient obligatoire) il nous a paru intéressant de savoir ce que faisaient les médecins. Afin d'augmenter leurs connaissances et d'améliorer leurs pratiques les praticiens doivent obligatoirement s'informer avant de se former. Nous avons donc décidé d'aborder la formation sous l'angle des sources d'informations disponibles et utilisées.

Les méthodes collectives de formation, et d'information, ont déjà été étudiées. Qu'en est il des méthodes individuelles ? Elles ont rarement été explorées car elles sont souvent peu considérées, sauf comme le parent pauvre de la FMC. Nous nous focaliserons donc plus particulièrement sur ces sources individuelles d'information.

Nous ferons dans un premier temps un rappel général sur la FMC. Il sera suivi d'un survol des sources collectives avant d'approfondir les sources individuelles. Enfin, nous terminerons par une étude réalisée auprès d'un échantillon de médecins généralistes de la Haute Vienne.

1 ère PARTIE:

LA FMC

Avant de nous lancer dans l'étude proprement dite, il paraît quand même intéressant de se pencher sur la FMC:

- qu'est elle exactement ?
- comment s'est elle mise en place ?
- qu'est ce qui la justifie et sur quoi repose t'elle ?

La formation continue concerne l'ensemble du corps médical, aussi bien les **spécialistes** que les **omnipraticiens**. Ces deux modes d'exercice sont complémentaires dans la prise en charge et le suivi des patients et des pathologies, mais la formation permanente y est différente.

En effet, elle ne fait pas appel aux mêmes méthodes et pour une même technique l'importance accordée n'est pas identique dans les deux branches de la profession.

Ceci a bien été démontré lors des enquêtes effectuées par le **Centre de Sociologie et de Démographie Médicales** en 1983, 1986 et 1991. **Les spécialistes ont bien plus souvent recours au milieu hospitalier** et à ce qu'il peut proposer (fréquentation de l'hôpital, FMC organisée par un service hospitalier, congrès médicaux) que les généralistes.

C'est pourquoi, notre thèse étant une thèse de médecine générale, nous préférons restreindre notre étude uniquement aux **omnipraticiens**.

*« Tout a été dit,
mais comme tout a été oublié
tout est à recommencer »
André Gide*

I) - DEFINITIONS:

En premier lieu, il faut d'abord définir ce qu'est la FMC. Comme son nom l'indique c'est une formation, ou une éducation (puisque les anglo-saxons préfèrent employer le terme de **Continuing Medical Education**), portant uniquement sur les connaissances médicales théoriques ou pratiques. Elle s'effectue de manière prolongée sans aucune limite dans le temps (sauf en cas d'arrêt définitif de l'exercice médical).

Mais il faut aller plus loin car, jusqu'à présent, il était difficile de savoir vraiment ce que délimitaient ces termes. Les praticiens avaient pris l'habitude de se servir de ce sigle comme d'un gigantesque fourre-tout où chacun mettait ce que bon lui semblait en fonction de ses besoins et de ce que cela représentait pour lui:

⇒ pour certains, le fait de parler de FMC était un moyen de **s'opposer aux universitaires** parlant d'Enseignement Post Universitaire: il fallait à tout prix se démarquer de la tutelle des facultés assurant la Formation Médicale Initiale qu'ils jugeaient insuffisante et inadaptée à leur pratique

- ⇒ pour d'autres, le fait de parler de FMC ne renvoyait qu'à des **méthodes collectives**, délaissant le côté individuel
- ⇒ enfin, il était également fréquent que ce terme soit amené à ne recouvrir que le champ de la **FMC conventionnée**

Il n'y avait pas de définition exacte et il était ainsi difficile, en fonction de son interlocuteur, de savoir vraiment de quoi il était question.

Suite à la convention médicale de 1993 la **Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés** (CNAMTS) a donné la définition suivante:

«La Formation Médicale Continue porte sur l'entretien des connaissances, sur l'évolution des techniques et des pratiques diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des pathologies, sur l'économie de la santé, sur la formation des représentants des médecins à la vie conventionnelle»

Cette définition avait l'avantage de concilier toutes les exigences du moment et toutes les définitions qui avaient pu être établies auparavant. Mais, elle ne parlait que des buts et n'abordait pas les supports de cette formation permanente.

Ce fût chose faite avec l'ordonnance du 24 avril 1996 (rendant obligatoire la FMC à partir du 1er janvier 1997) qui définit ce qui permet d'être inclus dans la formation continue:

«Sont pris en compte tous les supports de formation actuellement utilisés dans la pratique médicale quotidienne à partir du moment où il est reconnu qu'ils comportent un contenu même modeste de formation»

Ceci inclus les méthodes individuelles et collectives. Cette définition a ainsi le mérite de clarifier la situation.

La FMC devrait s'inscrire naturellement dans le cursus médical. Celui-ci devrait comprendre deux parties:

- la Formation Médicale Initiale(FMI) délivrée par les universitaires et les hospitaliers mais également par des omnipraticiens (généraliste enseignant ou maître de stage). L'importance de ces derniers est de plus en plus nette et le passage du stage chez le praticien à 6 mois va encore augmenter leur participation à la FMI.

Elle fournit la majorité des connaissances mais il existe inévitablement des lacunes. Elles sont liées à l'inégalité du travail des étudiants, aux évolutions des connaissances médicales et à un enseignement plus basé sur une pratique hospitalière que sur celle d'un cabinet médical.

- **la Formation Médicale Continue** qui permet de pallier aux carences de la FMI et de développer ses apports. En effet la formation d'un médecin ne s'arrête pas à la sortie des études universitaires : **aucun individu sensé ne peut prétendre exercer une profession sa vie entière avec les seules connaissances issues d'une formation initiale.** Ceci est particulièrement vrai en médecine.

Il faut donc que, dans le déroulement des études universitaires, le futur médecin soit sensibilisé à l'inachèvement des programmes soumis à examen (du fait de l'évolution des connaissances médicales et de l'impossibilité matérielle d'enseigner la totalité du savoir médical) et encouragé à développer ses propres initiatives afin d'y remédier.

La FMC doit ainsi trouver sa place dans la carrière de chaque médecin. Elle est nécessaire pour 3 raisons:

- * premièrement, il est actuellement reconnu qu'**au bout de 5 ans la moitié des connaissances des médecins devient dépassée.**
- * deuxièmement, nous assistons à une augmentation continue des **dépenses de santé.** Pour l'année 1995 elles se sont élevées à **782 milliards de francs** (soit 9,8% du produit intérieur brut) et la **consommation des soins et biens médicaux est arrivée à 11735 francs par personne et par an.**

- * troisièmement, le **rapport Béraud** de 1992 (du nom du médecin conseil national qui a présidé à sa réalisation) portant sur les activités médicales met bien en évidence la présence « *d'excès* ».

Ce sont des fautes professionnelles non intentionnelles le plus souvent par défaut de connaissance (lié à un défaut de formation ou d'utilisation des acquis).

La bonne volonté des praticiens ne garantit plus la qualité médicale et économique de leur exercice.

La formation continue répond également à une double exigence, sociale et éthique:

- ⇒ celle du public à **être bien soigné**
- ⇒ celle du médecin à **demeurer compétent** et garantir la pertinence des décisions médicales

Jusqu'à présent nous avons donc envisagé la FMC comme vecteur d'informations et de connaissances. Elle permet en effet:

- * **d'entretenir** et de **mettre à jour les connaissances** diagnostiques et thérapeutiques en fonction des progrès scientifiques et techniques
- * **d'acquérir des connaissances nouvelles** pouvant parfois déborder le cadre strict de la profession (langues étrangères, informatique, droit médical)

Mais elle a également d'autres rôles:

- * **réorienter** à l'intérieur ou non de la profession médicale
- * **former à la gestion** de l'entreprise médicale et à l'accès aux données professionnelles et économiques de la médecine
- * **promouvoir les actions de santé publique**
- * **faire circuler l'information**, en faisant connaître les consensus et en permettant l'accès aux références et aux guides de bonne conduite
- * **modifier les comportements**

Très souvent une grande partie des rôles de cette formation permanente n'est pas connue, ou reconnue, par les praticiens.

En effet, une enquête de 1992 de la **Gazette Médicale**, sur l'utilité reconnue à la FMC, retrouvait les résultats suivants:

- * pour **32% des praticiens** c'était un moyen d'être **informé sur les nouveautés**
- * pour **29%**, un moyen de **rafraîchir la formation universitaire**
- * pour **23%**, de **pallier à l'insuffisance de la formation initiale**
- * pour **8%**, d'**étendre leur champ d'activité**

Le milieu médical s'intéresse ainsi surtout à l'acquisition et à la réactualisation des connaissances et occulte le reste. Cela devrait changer dans les années à venir avec, en particulier, développement de tout ce qui concerne la réorientation.

La FMC n'est pas un gadget devenu à la mode. Elle est vraiment utile comme ont pu le démontrer **Glazier et al.**. Ils ont pu mettre en évidence des modifications positives dans la prise en charge d'affections rhumatologiques après recours à la formation continue, quelle que soit la technique utilisée. Il en a été de même avec **M.F.Le Goaziou** lors de son étude sur la cystite de la femme où la formation permettait une diminution des durées de traitement et du nombre d'ECBU prescrits. La FMC a donc réellement un impact sur la pratique. Encore faut-il être motivé pour y participer et en retenir quelque chose.

Malheureusement, elle était peu suivie, surtout sur le plan collectif, même lorsqu'il y avait des avantages financiers consentis (indemnisation des participants à la formation conventionnelle). En effet, même si **l'Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue (UNAFORMEC)** avançait en 1992 le chiffre de 90,6% de participation, il semblerait plus exact que le nombre se situe aux alentours des 15 à 20% avancés par **les Conseils Régionaux de FMC (CRFMC)**.

Au niveau individuel, il est plus difficile de savoir exactement les pourcentages de recours. Il n'est pas possible de surveiller en permanence les praticiens et ce qu'ils font. Il faut recourir obligatoirement à des enquêtes.

Après ces mises au point, il semble intéressant de connaître l'histoire de la formation continue.

« *Errare humanum est...
sed perseverare diabolicum* »

II) - HISTORIQUE:

A) - Les Débuts:

Contrairement à ce qu'il serait tentant de penser la formation permanente n'est pas une découverte récente. Ses origines remontent à peu près à celles de la médecine. C'est **Hippocrate** qui, dans son serment, introduira pour la première fois la notion d'obligation de formation continue: « *conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir* ».

La forme initialement empruntée était, compte tenu des modes de communication disponibles, une formation continue individuelle.

Bien sûr, elle fût d'abord effectuée de façon orale par poursuite de la relation maître-élève et par contact entre praticiens. Mais il fallait aussi pouvoir fixer ces connaissances car il est bien connu que les paroles s'envolent.

C'est ainsi que, dès les débuts de la médecine, toutes les connaissances progressivement acquises ont été recueillies dans un triple but:

- **transmettre aux générations futures** ce qui était connu afin de pouvoir démontrer l'importance du savoir
- **assurer la formation médicale initiale**
- **assurer la formation continue** en permettant la vérification et l'évolution de ses connaissances

Il fallait pouvoir synthétiser et stocker pour rendre accessible et transmissible. C'est pourquoi la formation continue a employé tous les modes de conservation et de transmission de l'information existant, s'adaptant toujours aux techniques les plus récentes.

L'écriture est apparue au III^{ème} millénaire avant JC, à peu près en même temps en Egypte, en Mésopotamie et en Chine. Que ce soit sur des tablettes d'argile ou sur du papyrus, la médecine s'est d'abord servie de ce support.

Le plus ancien témoignage d'informations médicales dont nous disposons est l'ensemble des tablettes regroupant le code d'**Hammourabi** (roi de Babylone) datant de **2 000 ans avant JC**.

En Egypte, nous pouvons retrouver 6 des 42 livres sacrés du dieu **Thot** (qui veille sur l'humanité souffrante) se rapportant à l'art de guérir. Il y a également les papyrus **Edwin Smith** (reprenant la symptomatologie de 48 affections et leurs traitements) et **Ebers** (recueil de chirurgie et de formules médicinales).

Par la suite, le monde gréco-romain nous laissera les écrits d'**Hippocrate** avec le « *Corpus Hippocraticum* » regroupant 72 écrits médicaux. Ainsi que ceux de **Galien** dont les 500 traités servirent de référence jusqu'au 16ème siècle.

Suite à cette époque, s'était installée une longue période d'obscurantisme scientifique secondaire à des interdits religieux. Pendant cette période l'absence d'expérimentation et d'exploration du corps humain empêcha l'évolution de la médecine. **La FMC n'étant plus de mise, les traités et autres manuels avaient repris une fonction unique de formation initiale.**

C'est grâce à la médecine arabe, avec en particulier l'école de **Salerne**, que le monde médical va se réveiller et que le besoin de formation continue va réapparaître. De cette époque datent des traités médicaux comme « *L' Antidotarium* ».

Jusqu'à présent, les livres étaient le travail des copistes et des enlumineurs reproduisant d'autres livres (et les corrigeant parfois en fonction de leurs idées) sur du parchemin puis du vélin et enfin du papier. Malheureusement cela prenait beaucoup de temps et coûtait fort cher ce qui retardait la diffusion des connaissances.

En 1445 **Gutenberg** va tout révolutionner en introduisant l'imprimerie reposant sur la typographie. La production et la diffusion vont ainsi être facilitées et la transmission des connaissances pourra être plus rapide.

Nous retrouvons à partir de cette période des livres tels que le « *De Humani Corporis Fabrica* » de **Vésale** en 1543 (comprenant des planches d'anatomie illustrées par le **Titien**) ou les manuels de médecine de guerre d'**Ambroise Paré** (qui furent les premiers livres de médecine édités en français).

La transmission du savoir, pour la formation initiale ou continue, s'était toujours faite par l'oral ou les livres. Mais en 1631 **Théophraste Renaudot** lançait le premier journal imprimé: « *La Gazette* », contenant quelques bribes médicales (T. Renaudot était avant tout médecin).

Après lui, **Nicolas De Blégnny** créa le premier journal médical. Il s'agissait des « *Premières Découvertes sur Toutes les Parties de la Médecine* ». Chacun pouvait y adresser ses observations ou remarques et celles-ci étaient publiées: en somme l'ancêtre du courrier des lecteurs de nos revues actuelles !!

A partir de ce moment là un courant continu de nouvelles s'était mis en place grâce à une mise à jour rapide de ce qui pouvait servir au progrès de la science médicale. La formation permanente était vraiment lancée même si ce premier journal médical fût arrêté en 1681.

Le flambeau sera repris par **Claude Brunet** en 1709 avec « *Le Progrès de la Médecine* ». Par la suite, seront fondées d'autres revues médicales dont une, créée en 1879, existe toujours: « *Le Concours Médical* ».

Sur un autre plan, en 1748, fût créée à Paris la **Société Royale de Médecine** chargée d'entretenir une correspondance continue avec les médecins de province pour les tenir au courant des évolutions de la médecine et des éventuelles épidémies: en quelque sorte l'association d'un premier réseau de santé publique et d'une première structure de FMC à audience nationale !!!

A partir de ce moment, les progrès techniques aidant, la formation permanente va utiliser tous les supports de transmission de l'information: photographie, cinématographie, radiographie, télévision, informatique. Toutes les découvertes seront exploitées.

Les premières photographies médicales datent de 1829 et l'**Institut Pasteur** avait créé une **banque photographique dès 1885**. Le **premier film médical fût réalisé en 1896** (« La Séparation des Soeurs Siamois Radika et Dodika » du Docteur Doyen). Les émissions de radio à caractère médical apparurent dans les années 40 et celles à la télévision dans les années 50. Actuellement, nous sommes arrivés à l'informatique multimédia à l'échelon mondial.

Nous venons de voir l'histoire générale de la formation continue. Voyons maintenant comment s'est installée en France la FMC actuelle, individuelle et collective. Le commencement de son histoire est surtout celle des formes collectives. Car, dans le souci de mettre en place une FMC efficace, et répondant aux besoins de tous, l'impasse avait été faite sur le versant individuel de la formation continue.

B) - Mise en Place de la FMC Actuelle:

La FMC a d'abord été réalisée de manière individuelle. Sur le plan collectif les choses se sont mises en place plus récemment. Dès le 18ème siècle apparurent des sociétés savantes réunissant les praticiens afin d'échanger leurs avis et techniques. De même, au 19ème siècle étaient lancés les premiers congrès médicaux. Mais c'est au cours de notre siècle qu'un besoin de coordination c'est fait ressentir.

En France, c'est en 1930 que furent créés les premiers **Enseignements Post Universitaires (EPU)**. Ils vont se développer après la 2ème guerre mondiale sur l'initiative du doyen **Léon Binet** avec l'aide de **Louis Pasteur Vallery Radot**. Ces enseignements étaient effectués par des hospitalo-universitaires et prenaient la forme de cours magistraux.

Dès le départ une opposition apparut, contestant aux universitaires la primauté de l'enseignement continu. C'est ainsi qu'en 1932 furent créées les **Assises de Médecine** sous l'égide d'**Henri Goldlewski** qui voulait mettre en place un système de formation non universitaire.

En 1947 les professeurs **Laroche** et **Besançon** fondèrent les **Entretiens de Bichat**. Il s'agissait de la première FMC d'audience nationale.

Peu à peu vont également apparaître des associations locales de praticiens. Ce mouvement associatif va surtout se développer dans les années 60, essaimant progressivement sur tout le territoire. Cette vie associative était d'abord non coordonnée, chacun travaillant pour son propre compte.

En 1965 le professeur **Jean Bernard** rendit publique le rapport d'activité de la **Commission d'Etude des Problèmes d'Enseignement Post Universitaire** (mise en place en 1962 par un comité inter ministériel sous l'autorité du professeur **Robert Debré**). Il était envisagé de créer un office administratif dépendant de la Santé Publique, ainsi que de l'Education Nationale, et d'ouvrir dans chaque centre universitaire des postes d'enseignants spécialisés en FMC. Les pouvoirs publics envisageaient donc la FMC comme une **prolongation de la FMI devant revenir aux universitaires**.

Mai 1968 va passer par là et apporter également des changements. Les associations locales avaient pris de plus en plus d'ampleur et leur poids politique se faisait ressentir. Les pouvoirs publics prenant conscience de la situation vont alors répartir les responsabilités de la formation permanente entre les différents professionnels de la santé.

C'est ainsi que, en 1971, le rapport de la **Commission pour l'Organisation de la FMC** envisageait qu'elle soit structurée en associations:

- ⇒ départementales (regroupant généralistes et hospitaliers)
- ⇒ régionales (avec adjonction des universitaires)

Ces associations devaient être sous la tutelle d'un office central de coordination (regroupant les représentants des différentes caisses de sécurité sociale, de l'Ordre des Médecins et des ministères concernés). Il était également envisagé que la FMC soit financée par les praticiens.

En 1972, aux entretiens de Bichat, devant la peur de voir se multiplier des comités locaux de FMC de qualités et d'importances inégales, il fût proposé de mettre en place une **FMC nationale** afin de créer un programme unique, régulièrement révisable, sous la **tutelle des universitaires**.

En 1973, les associations locales désirant garder leur indépendance, une trentaine de responsables d'associations se regroupèrent pour créer le **Groupement des Organismes de Formation et d'Information Médicale Continue (GOFIMEC)** dont les buts étaient:

- * assurer la prise en charge de l'organisation de la FMC
- * coordonner les activités des associations loco-régionales
- * créer des structures reconnues par les pouvoirs publics et les organismes sociaux en liaison avec les responsables des unités d'enseignement

Il s'agissait du premier organisme d'audience nationale.

Devant ce qui fût ressenti par les syndicats médicaux comme une menace, en mai 1973, la **Confédération Syndicale des Médecins de France (CSMF)** et la **Fédération des Médecins de France (FMF)** créèrent l'**Association Nationale pour la Formation Médicale Continue (ASFORMED)**.

En 1974 le terme, jusque là utilisé par les médecins généralistes, de **Perfectionnement Post Universitaire** fût abandonné au profit de celui de **Formation Médicale Continue**.

En 1978, sous l'impulsion du Ministère de la Santé, l'**ASFORMED** et le **GOFIMEC** fusionnèrent pour donner naissance à l'**Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue (UNAFORMEC)**. De par ses rôles, elle devint un partenaire incontournable en matière de FMC (annexe 1). La création de cet organisme permettait aux omnipraticiens gérant la formation permanente:

- ◆ de pouvoir obtenir des aides financières de l'état
- ◆ d'intégrer la FMC dans la politique globale de santé
- ◆ de définir exactement leur collaboration avec les universitaires

Peu à peu tous les éléments de notre formation permanente vont être mis en place. En **septembre 1978**, les différents intervenants arrivèrent à concrétiser leurs idées par un accord:

- *la FMC est la responsabilité de l'ensemble de la profession médicale et sa conception ainsi que son organisation sont spécifiques de chaque groupe professionnel concerné*
- *les associations loco-régionales de praticiens apparaissent comme la structure la mieux adaptée*
- *les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) ont pour mission d'assurer la diffusion de la FMC*
- *la concertation est donc nécessaire entre les associations et les CHU*

Les choses en resteront là, sans évolution notable, jusqu'en 1982 date de la création du **Comité National de la Formation Médicale Continue (CNFMC)** à l'initiative des syndicats médicaux et de l'UNAFORMEC. Y participaient les syndicats médicaux, l'UNAFORMEC, l'Ordre des Médecins et les universités. Etaient également présents, avec voix consultative, des représentants des caisses d'assurance maladie, du Ministère de la Santé et de la presse médicale.

Son but était simple: coordonner la FMC en donnant la parole à tous les intervenants. Il fallait aussi définir, promouvoir la FMC et en analyser les besoins.

A cette époque, furent également mises en place les **Fédérations Régionales** regroupant les associations locales. Enfin, les **Conseils Régionaux de Formation Médicale Continue (CRFMC)** furent aussi créés regroupant des représentants des Unités de Formation et de Recherche, des Fédérations Régionales, des syndicats médicaux, de l'Ordre des Médecins, des caisses d'assurance maladie, des pouvoirs publics et de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS).

En 1983, sous l'impulsion de la CSMF et de la FMF, fût relancé le **Fonds d'Action Formation (FAF)** de la profession médicale mis en place conformément aux directives légales de 1971. Il était composé de 15 représentants des syndicats médicaux et de 2 représentants du CNFMC (avec voix consultative). Ce FAF était chargé de recevoir et de gérer les fonds de toutes origines qui étaient affectés à la formation permanente des médecins libéraux.

La nouvelle **convention médicale de 1985** reconnaissait la FMC comme « *un des éléments essentiels au bon usage des soins* ». De plus, les praticiens « *s'engagent à faire bénéficier leurs malades de soins consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes aux données acquises de la science* ».

Le financement de la formation professionnelle des représentants des médecins était laissé à la charge des caisses. Le principe d'une rémunération des praticiens, afin de les encourager à se former, était admis mais non mis en oeuvre.

Il faudra attendre la **convention de 1990** pour que cela soit fait. La FMC y trouvera une place importante avec mise en place de budgets pour l'organisation des actions et pour l'indemnisation des médecins participants.

La FMC conventionnelle était née: « *elle repose sur le besoin d'une maîtrise conventionnelle de l'évolution des dépenses, sur l'optimisation des soins, l'amélioration de leur qualité et de leur usage ainsi que la diffusion des recommandations de bonne pratique aux médecins* ».

La nouvelle **convention médicale de 1993** reconnaissait aussi la FMC comme « *un élément essentiel de la qualité et du bon usage des soins concourant à la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses* ». La formation conventionnelle était toujours en vigueur.

Cette convention a été dénoncée par les caisses en novembre 1996 suite au refus du CSMF d'accepter le reversement des honoraires. De **nouvelles conventions** séparées entre médecins généralistes et spécialistes ont été **signées le 29 mars 1997** après que des accords aient été passés le 28 février 1997. Elles intègrent le fait que la **FMC** soit devenue **obligatoire depuis le 1er janvier 1997** (conformément à la loi du 24 avril 1996). **La formation continue individuelle est, à nouveau, reconnue et considérée comme utile.**

Malheureusement, à l'heure actuelle tout n'est pas encore mis en place et il reste quelques parts d'incertitudes, en particulier sur la manière dont cette formation continue doit être réalisée pour répondre à l'obligation légale.

Après cet aspect historique nous allons maintenant étudier le versant légal de la formation permanente afin de voir quels sont les supports officiels de la FMC.

*« Pour bien savoir les choses il faut en savoir le détail,
et comme il est presque infini, nos connaissances
sont toujours superficielles et imparfaites »
La Rochefoucauld*

III) - ASPECT LEGAL:

La formation permanente n'a pas toujours été considérée comme utile par le corps médical. Sur le plan de la pratique elle venait surcharger le planning quotidien des praticiens. Malgré tout elle a su s'imposer (et être imposée). Mais il lui fallait un support légal afin d'être officialisée.

La formation continue n'est pas spécifique au corps médical. Elle s'inscrit dans le cadre beaucoup plus large de la **Formation Professionnelle Continue**.

A) - La Formation Professionnelle Continue:

Cette formation relève du **Ministère du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle**. Elle est régie par le code du travail et des accords professionnels et interprofessionnels.

La formation permanente a été mise en place de façon progressive depuis la loi Delors du 16 juillet 1971. Celle-ci stipule dans son article 1 que: « *l'éducation permanente constitue une obligation nationale. Elle a pour objet d'assurer, à toutes les époques de sa vie, la formation et le développement de l'homme, de lui permettre d'acquérir les connaissances et l'ensemble des aptitudes intellectuelles ou manuelles qui concourent à son épanouissement comme aux progrès culturel, économique et social* ».

Cette loi fait de la formation continue un **droit du salarié** et institue parallèlement une **participation financière obligatoire des employeurs**, de plus de 10 salariés, à la formation professionnelle continue. Ces sommes sont reversées à des Fonds d'Action Formation (FAF) chargés de les gérer et de financer des actions de formation.

Les **grands objectifs** de ce premier cadre légal sont de:

- **permettre l'adaptation** des travailleurs aux changements des techniques et des conditions de travail
- **favoriser leur promotion sociale**, par l'accès aux différents niveaux de qualification professionnelle, mais aussi de culture
- **favoriser leur contribution** au développement culturel, économique et social

Ce sont les accords interprofessionnels signés le 09 juillet 1991, aboutissant à la **loi du 31 décembre 1991**, qui étendent à tous (salariés ou non) le droit au bénéfice de la formation professionnelle avec participation financière obligatoire:

« Les travailleurs indépendants, les membres des professions libérales, des professions non salariées, y compris ceux n'employant aucun salarié, bénéficient personnellement du droit à la formation professionnelle continue...ils doivent consacrer au financement des actions, chaque année, une contribution minimale de 0,15% du montant annuel du plafond de la sécurité sociale ».

Cette formation permanente se fait:

- ⇒ soit sur initiative de l'employeur dans le cadre du plan de formation de l'entreprise
- ⇒ soit sur celle du salarié dans le cadre du **congé individuel de formation (CIF)** ou du « **co-investissement** »

Cette notion de co-investissement implique que le salarié, sur son temps personnel (sans rémunération supplémentaire), peut effectuer une partie des actions de formation réalisées dans le cadre du plan de formation de l'entreprise (au maximum 25% de la durée de cette formation).

Les **conditions de sa mise en oeuvre** sont la participation à:

- **des formations diplômantes ou qualifiantes**
- des actions d'une **durée supérieure à 300 heures**
- des formations pour lesquelles **le salarié a donné son accord**

De plus, tout salarié peut demander un congé individuel de formation d'une durée maximum de 1 an pour un stage à temps plein, ou de 1 200 heures pour un stage discontinu ou à temps partiel. Il sera alors rémunéré par un FAF ou son entreprise en cas de co-investissement.

Si la formation a été suivie avec assiduité l'entreprise doit s'employer à faire accéder en priorité le salarié aux fonctions disponibles correspondantes aux connaissances acquises. Elle doit aussi prendre en compte les efforts fournis par des primes ou des majorations de salaire.

Actuellement la contribution pour la formation continue varie en fonction des entreprises:

- **moins de 10 salariés: 0,15% des salaires bruts payés pendant l'année civile en cours** (majorée de 0,10% au titre des contrats d'insertion en alternance en cas de paiement de la taxe d'apprentissage)
- **plus de 10 salariés: 1,5% du montant des salaires bruts payés pendant l'année civile en cours** (0,20% sont reversés à un FAF et 0,30% à la formation en alternance. Le reste sert à financer les actions de formation de l'entreprise ou de développement de la formation professionnelle de l'état)

Au niveau médical la loi de 1991 nous permet de bénéficier de la formation professionnelle permanente et nous oblige à verser une contribution individuelle. Celle-ci est de **0,15% du plafond de la sécurité sociale** et est recouvrée par l'**Union Nationale pour le Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF)** auprès des médecins installés et des remplaçants. Elle est par la suite reversée au **FAF de la profession médicale**.

Jusqu'à présent, cette loi n'impliquait pas que la formation continue soit obligatoire à mettre en oeuvre. C'est maintenant chose faite...

B) - La Formation Médicale Continue:

Avant de devenir une obligation légale, la FMC a d'abord été une obligation morale et déontologique.

1 - Une Obligation Morale:

Il paraît logique dans une profession telle que celle de médecin de se former de manière continue. Surtout lorsque, de façon quotidienne, la pratique professionnelle nous amène à mettre en jeu la santé et la vie de nos patients.

Chaque praticien doit en permanence savoir se remettre en question au niveau de ses connaissances et de sa pratique afin de connaître ses faiblesses et d'essayer d'y remédier. C'est un gage de la bonne qualité des soins. Ceci entraîne également une satisfaction morale pour le médecin.

Les patients nous font confiance en venant nous voir, nous ne devons pas les décevoir. C'est pourquoi, chacun devrait ressentir l'obligation morale de se tenir à jour dans ses connaissances.

2 - Une Obligation Déontologique:

Pour **Hippocrate**, la formation permanente était déjà un devoir des praticiens. Il faudra attendre **1979** pour que ce devoir soit clairement énoncé, pour la première fois, dans le **Code de Déontologie Médicale** français. L'article 16 de ce code stipulait que: *« les médecins ont le devoir d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances »*.

Ce code fût changé le 04 septembre **1995**. L'obligation de FMC y est confirmée. L'article 11 de ce nouveau code reprend l'article 16 de l'ancien et va même plus loin: *« tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles »*.

L'Ordre des Médecins est même chargé, d'après l'article 1 de ce nouveau code, de faire respecter cette obligation: « *l'article 2403 du Code de Santé Publique stipule que l'Ordre des Médecins est chargé de veiller au respect de ces dispositions. L'infraction à ces dispositions relève de la juridiction disciplinaire de l'Ordre* ».

3 - Une Obligation Légale:

La formation professionnelle permanente était un droit, le législateur a fait de la FMC un devoir.

La première mention légale d'un devoir de formation continue des praticiens remonte à l'arrêt **Mercier de 1936**. Cet arrêt de la cour de cassation fait depuis jurisprudence. Il considère que la relation médecin-malade est assimilable à un contrat liant les deux parties. Le médecin a des devoirs envers ses patients: « *(il) s'engage à prodiguer des soins conformes aux données acquises de la science* ».

En 1990 la convention a instauré une **contribution conventionnelle de 1,6 pour mille des honoraires conventionnels** de l'avant dernière année (versée directement par les caisses au FAF de la profession médicale). Cette contribution est passée en 1993 à **1,35 pour mille**. Elle sert au financement des actions de formation continue dites conventionnelles.

Parallèlement une **indemnisation des médecins** participants à ces formations a été instaurée. La somme prévue pour ces indemnisations était **initialement de 2,1 pour mille des honoraires conventionnels** de l'avant dernière année. Elle a depuis été ramenée à **1,85 pour mille**.

L'indemnisation est de **15 C par jour dans la limite de 10 jours par an**. Elle ne se fait qu'en fonction de certains critères:

- ◆ **praticien conventionné**
- ◆ **formation d'au moins 2 jours ouvrables consécutifs**
- ◆ **justification de la présence à la totalité de la formation**
- ◆ **action ayant l'agrément du FAF pour l'accréditation**
- ◆ **arrêt de toute activité professionnelle** (sauf en cas d'urgence) et aucun bénéfice en cas de remplacement
- ◆ **présentation aux caisses d'une attestation** établie par l'organisme formateur (dans un délai de 2 mois)

Depuis l'ordonnance 96-345 du 24 avril 1996 la FMC est devenue **obligatoire**. Elle est inscrite dans le Code de la Santé Publique des articles L 367-2 à L 367-11: « *L'entretien et le perfectionnement de ses connaissances constituent pour le 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, soit auprès de la Commission Médicale d'Etablissement.*

Ces organismes délivrent tous les 5 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 médical de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du lieu d'exercice. Cette attestation peut le cas échéant être assortie d'observations ou de recommandations.

La méconnaissance de cette obligation est de nature à entraîner des sanctions disciplinaires. Le Conseil Régional de la Formation Médicale Continue ou la Commission Médicale d'Etablissement saisissent à cet effet le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins ».

L'obligation de formation permanente est **effective depuis le 1er janvier 1997**. La loi prévoit que, au plus tard, le 1er janvier 1999 chaque praticien devra prouver auprès du CRFMC qu'il a déjà effectué au moins un quart de sa formation. Pour ceux qui en auront accompli au moins 40%, le nouvel appel à justification du respect de l'obligation quinquennale ne se fera que le 31 décembre 2003.

Les médecins devront recourir à des actions de formation validées (reconnaissance de la qualité scientifique et pédagogique) et validantes. Cette habilitation sera étendue aux différents supports de l'information qu'ils soient collectifs ou individuels. A chaque action correspondra un certain nombre de points et il faudra que **chaque praticien justifie de 250 points sur 5 ans**.

Pour l'instant les actions validantes, ainsi que le barème des points, ne sont pas encore connus. Différentes grilles ont quand même été proposées mais n'ont pas été officialisées (la première a été faite par le CNFMC en septembre 1996). Le plus récent de ces barèmes se trouve en annexe 2. Des principes généraux concernant l'obtention des attestations ont aussi été édictés et se trouvent en annexe 3.

Alors que la formation permanente fût d'abord individuelle, les premiers législateurs n'avaient pas du tout tenu compte de ce type de formation: **toute la FMC était organisée autour des formations collectives**. Il a donc fallu attendre, jusqu'à l'année dernière, avant que cette partie de la formation continue soit officiellement reconnue.

La loi prévoit également les différentes structures devant être mises en place afin de permettre le bon déroulement de cette FMC.

C) - Organisation:

1 - Antérieure:

En 1982 avait été créé le **Comité National de la FMC**, chargé de coordonner la formation continue sur le plan national (il deviendra Conseil National en janvier 1996). A la même période étaient créés les **Conseils régionaux** chargés des actions régionales.

La convention de 1990 avait mis en place un **Comité Paritaire National de la FMC (CPNFMC)** chargé de:

- **définir le programme annuel des thèmes** de FMC conventionnelle
- **fixer le montant des subventions des caisses** pour l'indemnisation des praticiens
- **répartir la contribution** conventionnelle entre les parts nationale et régionale , spécialiste et généraliste
- **agréer les actions de formation** présentées par le conseil de gestion du FAF

Des **Comités Paritaires Régionaux de la FMC (CPRFMC)** avaient également été mis en place afin de:

- **définir les actions** de formation **régionales**
- **valider les attestations** pour l'indemnisation des médecins

Enfin, en 1993, les **Unions Professionnelles (UP)** furent mises en place. Elles sont composées de médecins élus par les praticiens conventionnés à partir de listes présentées par les syndicats. Elles sont constituées de 2 collèges: 1 pour les généralistes et 1 pour les spécialistes. Leurs **buts** sont de:

- * **suivre l'activité des praticiens**
- * **proposer des actions** de formation **régionales**
- * **aider les médecins** à trouver les formations qui leur conviennent
- * **informer les usagers** et aider aux actions de santé publique

C'est ainsi que tout un système complexe s'était mis en place. Il regroupait des organismes multiples, concurrentiels et de représentativité inégale, tous plus ou moins chargés de définir et de gérer la FMC. Les points de friction entre ces organismes étaient nombreux, consécutifs aux chevauchements de leurs missions, et la progression vers l'amélioration de la FMC en devenait cahotique et incertaine.

On retrouvait ainsi dans cette univers de la formation permanente tous les partenaires suivants:

- * Comités Paritaires National et Régionaux de FMC
- * Conseils National et Régionaux de FMC
- * Unions Professionnelles
- * Conseil de l'Ordre des Médecins
- * FAF de la profession médicale
- * syndicats médicaux libéraux représentatifs (Confédération Syndicale des Médecins de France, Fédération des Médecins de France, Syndicat des Médecins Libéraux, Médecins Généralistes de France)
- * Universités
- * UNAFORMEC et autres associations de FMC (Association pour la Formation des Médecins Libéraux, MG Form...)

Chaque organisme désirait imposer ses points de vue et cherchait à avoir le plus d'influence et de pouvoir possible (ceci se traduisant par des apports financiers plus importants).

2 - Actuelle:

La loi de 1996 met en place de nouvelles structures nationales et régionales de formation continue.

Un **nouveau Conseil National de la FMC** est créé. Il regroupe 40 membres, désignés par les ministres des Affaires Sociales et de la Santé, et est quadripartite (chaque partie bénéficiant de 10 membres). L'équilibre de représentation entre les généralistes et les spécialistes a été voulu et respecté lors de la formation de ce conseil:

- ⇒ **Conseil de l'Ordre:** 5 généralistes et 5 spécialistes
- ⇒ **Unions professionnelles:** 5 généralistes et 5 spécialistes
- ⇒ **Universités:** 2 généralistes et 8 spécialistes
- ⇒ **Associations de FMC:** 7 généralistes et 3 spécialistes

De plus, font partie de ce conseil (avec voix consultative) des représentants des **Ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur**, des **caisses d'assurance maladie** (Mutualité Sociale Agricole, Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Maternité des Travailleurs Non Salariés, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) et du **FAF**. Actuellement la présidence de ce conseil revient à l'Ordre des Médecins.

Les rôles de ce conseil national sont:

- **élaborer à l'échelon national la politique de FMC** des médecins libéraux. Il arrête la liste des thèmes nationaux et recense les moyens de formation disponibles.
- **répartir les ressources** affectées à la FMC entre les actions à caractère national et celles à caractère régional.
- **valider**, en fonction de la valeur scientifique et pédagogique, **les projets de FMC** adressés par le FAF à l'issue des appels d'offre. La liste de ces actions est portée à la connaissance du FAF par le conseil national.
- **établir un barème** concernant la « *valeur* » des actions de formation après évaluation de leur qualité.
- **établir un rapport quinquennal** (en fonction des rapports des CRFMC) retraçant la politique de FMC sur cette période.

De **nouveaux Conseils Régionaux de FMC** sont aussi mis en place dans chaque région sanitaire. Ils regroupent 32 membres désignés par les préfets (avec répartition égale entre les généralistes et les spécialistes):

- ⇒ 8 pour le **Conseil de l'Ordre**
- ⇒ 8 pour les **Unions Professionnelles**
- ⇒ 8 pour les **Universités**
- ⇒ 8 pour les **Associations de FMC**

Il y a également des participants avec voix consultative:

- ⇒ **le préfet** (ou son représentant)
- ⇒ **3 médecins représentant les caisses d'assurance maladie**
(MSA, CANAM, CNAMTS)

Les rôles de ces CRFMC sont:

- **élaborer une politique régionale de FMC**, tenant compte des thèmes nationaux. Ils arrêtent la liste des thèmes prioritaires et recensent l'ensemble des moyens de formation disponibles dans les régions.
- **valider**, en fonction de leur valeur scientifique et pédagogique, **les projets de FMC à caractère régional** adressés par le FAF à l'issue des appels d'offre. La liste de ces actions est portée à la connaissance du FAF par les conseils régionaux.
- **délivrer une attestation aux médecins** qui ont satisfait à l'obligation de FMC.
- **évaluer**, en liaison avec les unions de médecins, **l'impact sur l'évolution des pratiques professionnelles** des actions de formation validées.
- **établir**, chaque année, **un rapport** rendant compte de la mise en oeuvre de la politique de FMC et se prononçant sur la qualité de la formation dispensée.

Tout est donc créé et progressivement mis en place pour que la nouvelle formation permanente, à la fois individuelle et collective, puisse être lancée et qu'elle soit gérée par la profession médicale. Reste maintenant l'épineux problème de son financement.

D) - Financement:

1 - Antérieur:

Auparavant les praticiens finançaient seuls leur formation continue. Par la suite, avec le développement des moyens collectifs de formation permanente, l'état et les caisses d'assurance maladie vont participer à ce financement.

En 1983, les institutions nationales recevant des fonds de plus en plus importants (à peu près 15 millions de francs par an), le **Fonds d'Action Formation** fût vraiment mis en route. Jusqu'en 1990 il fût chargé de collecter, gérer et redistribuer ces fonds (de 1983 à 1993 les sommes destinées à la formation permanente des médecins ont été multipliées par 30).

La Convention Nationale de 1990 lui attribua d'autres fonctions: lancer les appels d'offre (concernant les actions de FMC conventionnelle) nationaux et interrégionaux; instruire les dossiers des actions souhaitant être validées et agréées.

Mais en même temps, les fonds provenant de la contribution conventionnelle furent confiés à un autre organisme: l'**Association de Gestion de la Contribution Conventionnelle** (AGECOMED) regroupant 2 syndicats médicaux (la CSMF et le SML).

Il y avait donc **2 FAF** de la profession médicale gérant chacun une partie de cette somme provenant des prélèvements obligatoires et destinée à la formation collective.

De manière globale, les fonds de formation servant à financer les actions de formation, qu'elles soient individuelles ou collectives, provenaient de diverses sources diverses d'importances inégales:

- **les contrats de la profession médicale** (passant par le FAF) **avec l'industrie pharmaceutique ou le Ministère de la Santé** (concernant la prévention et la lutte contre le SIDA ou la toxicomanie: cette subvention publique était de 8 millions de francs en 1996). L'ensemble représentant **entre 10 et 15 millions de francs par an.**

- **les contributions individuelles obligatoires** pour la FMC, versées au FAF par l'URSSAF, représentant une somme de **20 millions de francs par an.**

- **les apports de l'industrie pharmaceutique** (en dehors des contrats passés avec le FAF) reposant sur:
 - * **des actions de formation** dans le cadre du mécénat d'entreprise (congrès, films pédagogiques...)
 - * **la sponsoring** d'associations locales de FMC
 - * **le marketing** (visiteurs médicaux, publicité...)

Ils représentent 17% du chiffre d'affaire global de l'industrie pharmaceutique. Depuis la loi portant Diverses Mesures d'Ordre Social du 27 janvier 1997 (loi « anti-cadeau ») il y a eu normalisation et moralisation des pratiques de ce secteur. L'ensemble représente actuellement **entre 2 et 2,5 milliards de francs par an.**

- **les contributions conventionnelles** gérées par l'AGECOMED se montant à **125 millions de francs** en 1996.

- **les apports des universités et des structures hospitalières**, publiques ou privées, reposent sur:

- * le **prêt** de locaux ou de matériel pédagogique
- * **l'organisation d'actions** de formation
- * la mise en place de **stages pratiques**
- * le **bénévolat** de certains hospitaliers

Cette part est difficilement chiffrable. Elle varie d'une région à l'autre, mais elle n'est pas négligeable.

- **le financement direct par les praticiens** (en dehors des cotisations obligatoires):

- * **abonnements aux revues**
- * **cotisations** aux sociétés savantes ou **aux associations** locorégionales de FMC
- * **inscriptions** aux congrès et formations universitaires
- * **participation aux actions non indemnisées** (manque à gagner, frais de déplacement ou d'hébergement...)

Cette part est très variable d'un praticien à l'autre et difficilement chiffrable.

2 - Actuel:

Suite à cette nouvelle loi de 1996, et à la nouvelle convention de 1997, le paysage du financement de la formation continue se trouve simplifié.

Il n'y a plus désormais qu'un seul et unique FAF de la profession médicale qui devait recevoir le solde, au 31 décembre 1996, des fonds de l'ancien FAF ainsi que celui de l'AGECOMED. La liste des actions validées et accréditées en 1996, pour l'exercice 1997, par les anciennes structures est maintenue.

Son conseil de gestion regroupe l'ensemble des syndicats médicaux dits représentatifs (CSMF, FMF, SML, MG France), ainsi qu'à titre consultatif un représentant du CNFMC et un commissaire du gouvernement (délégué par le ministre chargé de la santé).

Les **ressources de ce nouveau FAF** sont (en dehors des fonds versés par les anciennes structures):

- ◇ la **contribution annuelle des Organismes d'Assurance Maladie**, fixée par la convention, désormais dénommée contribution des caisses (au lieu de contribution conventionnelle), et devant passer cette année à 100 millions de francs
- ◇ les **cotisations obligatoires individuelles** pour la FMC
- ◇ les **subventions des organismes privés** (industrie pharmaceutique...)
- ◇ éventuellement des **subventions de l'état**

Le FAF va gérer ces fonds et financer les actions de FMC validées par le CNFMC et les CRFMC. C'est à dire uniquement, pour l'instant, les formations collectives. Il est également chargé de verser tous les ans au CNFMC une dotation budgétaire de fonctionnement, fixée cette année à 3 millions de francs (le CNFMC est aussi financé par les Unions Professionnelles qui devront lui verser 3 millions de francs en 1997).

Les Conseils Régionaux de la FMC doivent être financés par les Unions Professionnelles chargées de verser 100 francs par médecin libéral de la région. Ceci représente 11,5 millions de francs pour l'ensemble du territoire (à peu près 13 % du budget global des unions) et 138 000 francs pour le Limousin.

La FMC obligatoire pour tous va coûter cher. La somme nécessaire à un bon fonctionnement est estimée à **250 à 300 millions de francs par an.** Or, les apports des caisses et les contributions des praticiens sont inférieurs à 150 millions de francs. Sans compter la part de l'industrie pharmaceutique, qui dépend de son bon vouloir, nous sommes loin du compte.

Différentes solutions sont envisagées mais rien n'a encore été décidé:

- ◆ **augmentation de la contribution individuelle** à 1,5% au lieu de 0,15%
- ◆ **diminution de l'indemnisation des praticiens** avec 1 000 francs de forfait pour 2 jours de formation au lieu de 15 C par jour

De plus, nous assistons déjà aux premiers heurts. Les unions professionnelles ne veulent pas financer les conseils régionaux. Les caisses d'assurance maladie, qui devaient verser 100 millions de francs, envisagent de ne verser que 70 millions au FAF. Le reste des fonds leur permettant de mettre en place leur propre système de FMC. Tel le phénix, la FMC conventionnelle renaît de ses cendres... et les conflits devraient réapparaître.

Pour l'instant, il est trop tôt pour pouvoir juger de l'efficacité de ce nouveau système. Il faut attendre, mais il est quand même évident que cette FMC obligatoire sera à l'origine d'une amélioration des connaissances des praticiens.

En revanche, il est impossible de savoir si cela se traduira par des modifications de la pratique et, comme cela a été prévu, une diminution du coût des soins.

De toutes façons, cette obligation semble n'être que le premier pas d'une modification plus complète et plus profonde de nos habitudes de pratique. Très certainement, dans les années à venir, nous verrons se mettre en place des structures nationales (obligatoires ou non) d'évaluation de la pratique voire de recertification comme cela se passe chez certains de nos confrères étrangers (USA, Pays Bas).

*« Tout le monde se plaint de sa mémoire
et personne ne se plaint de son jugement »
La Rochefoucauld*

IV) - L ' EVALUATION:

Il n'est actuellement plus possible de traiter de formation continue, qu'elle soit individuelle ou collective, sans évoquer l'évaluation. Celle-ci est devenue incontournable. Elle se trouve en marge de notre sujet, c'est pourquoi nous ne ferons que l'aborder.

Il faut attendre la fin des années 70 pour voir apparaître un besoin d'évaluation. Ce n'est qu'en 1987 que la première structure officielle chargée de ce sujet fût créée: **le Comité National d'Evaluation Médicale.**

Il était chargé de **promouvoir la démarche évaluative** et **d'étudier les différentes méthodes possibles d'évaluation.** Il se basait pour cela sur 3 critères:

- * **l'indépendance et l'autonomie** des instances évaluatives
- * **le respect des principes** éthiques et déontologiques médicaux
- * **la rigueur** scientifique et méthodologique des actions évaluatives

En 1990, ce comité a été remplacé par l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM). Elle avait repris les **mêmes actions** et sur un autre plan, dès 1994, elle avait publié des recommandations de **références médicales** servant à l'élaboration des Références Médicales Opposables.

Afin d'élargir le champ d'action il fût décidé, en avril 1996, de créer à sa place l'Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Évaluation en Santé (ANAES). Le décret du 08 avril 1997 a officialisé cette dernière agence et permis sa mise en place. Ses actions sont:

- * **promouvoir l'évaluation et favoriser son développement** dans le système de santé
- * **définir les RMO et les références professionnelles** de bonne pratique
- * **évaluer et accréditer les réseaux de soins et les établissements hospitaliers**, publics ou privés
- * **évaluer la politique de santé publique**

Les structures sont désormais en place pour permettre le développement de l'évaluation. Mais, qu'est ce exactement que l'évaluation?

Par définition, évaluer consiste à **porter un jugement sur quelque chose par rapport à sa valeur estimée ou réelle**. Jusqu'à présent en médecine générale elle était surtout faite par les patients en fonction des résultats obtenus dans la prise en charge des pathologies et des malades.

L'évaluation doit changer. Elle doit devenir une habitude et être réalisée par le corps médical lui même. Comme la formation continue a su le faire, elle doit s'insérer dans la pratique médicale régulière.

L'évaluation doit ainsi trouver sa place à plusieurs niveaux dans la formation continue individuelle ou collective:

- **avant**, afin de déterminer les besoins
- **pendant**, pour vérifier si elle correspond bien aux besoins
- **juste après**, afin de vérifier ce qu'elle a apporté
- **à distance**, pour vérifier ce qu'il en reste (elle doit d'ailleurs être refaite de façon régulière)

Mais, il ne faut pas évaluer que les médecins. Cela doit aussi s'appliquer aux méthodes de formation. Ce rôle est déjà dévolu aux conseils national et régionaux de FMC.

Une évaluation correcte des besoins de formation des praticiens est la garantie d'une formation continue adaptée. Le plus important n'est pas les apports mais l'impact sur la pratique. C'est lui qui doit être déterminé en premier. C'est pourquoi l'évaluation doit porter sur:

- ◇ les **modifications des connaissances**
- ◇ les **changements dans les pratiques et les comportements**

Elle peut se faire par différents moyens:

- ◆ **Des examens théoriques**: avant et après la formation. Ils ne sont que le reflet des connaissances mais pas de la pratique. Ils ne mesurent que l'intention de faire.
- ◆ **Des examens pratiques**: ils sont difficiles à faire accepter lorsqu'il s'agit d'une pratique courante.
- ◆ **Des observations directes en situation réelle**: ce sont les plus difficiles à réaliser. Elles sont difficilement acceptables (et acceptées) par les médecins et les patients.
- ◆ **Des revues de pairs**: il s'agit de l'évaluation d'un professionnel de la santé par un ou plusieurs de ses confrères, de la même discipline, avec les mêmes qualifications.
- ◆ **Des audits internes**: ils font suite à la prise de conscience d'un déficit dans sa pratique par un praticien. Il s'agit de mettre en évidence les divergences entre la pratique réelle et une pratique de référence acceptée par ce même médecin. Cela doit être fait avant et après la formation pour vérifier si il y a des changements de pratique et de comportement dans l'exercice quotidien. Ils mesurent ce qui est fait, la performance et non la compétence.

- ◆ **Des audits externes:** il s'agit de la même chose que les audits internes. Mais ici, l'évaluation ne fait pas suite à une démarche personnelle de la part du médecin. Elle est imposée et effectuée par un observateur extérieur.

La comparaison au cours de l'évaluation se fait par rapport à un référentiel. Actuellement le plus courant est d'avoir recours aux **conférences de consensus** ou aux **recommandations de pratique clinique**.

L'évaluation peut se faire par auto-évaluation de ses besoins et de ses performances (audit de pratique) ainsi que de ses compétences (tests de lecture). Il s'agit de bilans professionnels personnalisés réguliers. Il peut également s'agir d'une évaluation individuelle faite par une tierce personne, comme c'est le cas pour la vérification du respect des RMO.

Actuellement seule une formation continue adaptée, performante et évaluée peut permettre de modifier les pratiques médicales et d'améliorer la qualité des soins. **Il n'existe pas pour l'instant d'obligation d'évaluation.** Mais, si les praticiens ne s'y intéressent pas assez vite, d'autres le feront pour eux. Il y a ainsi le **risque de voir apparaître une évaluation systématique imposée.** Une évaluation a posteriori de la pratique médicale (par exemple par audit externe), de façon régulière, serait tout à fait possible. Elle pourrait même ouvrir la voie de la **recertification** régulière.

2 ème PARTIE :
LES SOURCES
D'INFORMATIONS

La FMC n'est pas uniquement un terme isolé ne servant qu'aux discussions et dénué de tout support pratique. Elle englobe différents moyens de formation. Plusieurs classifications en ont été proposées. Parmi celles-ci nous en retiendrons deux, les plus courantes.

La première est celle de l'UNAFORMEC qui forme 5 groupes d'actions de formation (annexe 4). Les activités du premier groupe sont les plus formatrices, celles du dernier les moins valorisantes.

La deuxième ne distingue que 3 catégories de moyens:

- **passifs** (lecture, radio, télévision, cours magistraux...) ne nécessitant pas d'effort de la part du praticien. **Les échanges n'y sont pas possibles.**
- **semi-actifs** (visite médicale, conférences...) nécessitant un faible investissement du praticien. **Les échanges y sont limités.**
- **actifs** (FMC conventionnelle, FMC locale...) nécessitant la participation du médecin. **Les échanges y sont permanents.**

Cette classification a été reprise par A. Viallon, en 1993, dans son étude sur les médecins généralistes issus de la faculté de Saint Etienne. Il avait pu mettre en évidence que **l'utilisation d'un moyen par les praticiens était inversement proportionnelle au degré d'investissement requis mais que l'influence sur la pratique médicale était proportionnelle à l'investissement** (annexe 5).

Nous trouvons que ces classifications ont l'inconvénient de donner dès le départ une valeur, parfois péjorative, à chaque moyen de formation. C'est un peu comme si n'étaient reconnues que les défauts ou les qualités.

C'est pourquoi, nous préférons faire une classification plus simple opposant les moyens de FMC collectifs et individuels. Ces moyens reposent sur des méthodes différentes. Elles ont toutes en commun d'avoir pour but l'apport d'informations.

En effet, **la FMC repose toujours sur l'acquisition d'informations**, qu'elles soient **théoriques ou pratiques**. Ces informations portent sur le **savoir** (uniquement théorique), le **savoir-faire** (théorique et pratique) et le **savoir-être** (théorique et pratique). Pour fournir toutes ces informations les différents moyens de FMC font appel à de nombreuses sources. Celles-ci utilisent des supports multiples et sont utilisables de manière isolée ou collective. Les variations d'utilisation en fonction des médecins dépendent des préférences, du mode d'exercice et des possibilités.

Si toute formation est d'abord information, il est évident que l'inverse n'est pas obligatoirement vrai. Certaines informations sont inutiles. D'autres, ne seront jamais intégrées et n'auront pas d'impact sur la pratique: elles ne seront pas formatrices.

C'est donc à chaque médecin de faire un tri des renseignements obtenus: il doit choisir les bonnes informations. Nous pensons que les praticiens sont aptes, même s'ils n'y ont pas été formés, à définir ce qui leur est utile.

La différence entre celles qui seront utiles et les autres ne se fait donc que secondairement. Les praticiens doivent d'abord acquérir les informations pour connaître leur valeur.

Elles ne se trouvent pas de manière spontanée. Les médecins doivent aller les chercher dans ce qui est appelé des **sources d'informations**. Ce sont ces différentes sources et leurs supports que nous allons étudier les unes après les autres.

Sur le plan collectif, nous n'en ferons qu'un panorama. En revanche, sur le plan individuel nous les étudierons plus en détail.

« Plus les hommes seront éclairés
plus ils seront libres »
Voltaire

I) - Les Sources Collectives:

Elles se trouvent à la limite de notre sujet et ont été très souvent étudiées. Nous considérons comme sources collectives toutes les possibilités offertes à des groupes d'obtenir des informations de façon simultanée. Nous en distinguerons plusieurs types suivant le fait qu'elles soient gérées ou non par la profession médicale.

A) - Gérées par le Corps Médical:

Ce groupe est le plus important. Différentes sources y sont regroupées. Les informations proviennent toutes de médecins. Elles sont vérifiables.

1 - La FMC locale:

Elle repose sur les associations locales de praticiens (il en existe 2 à 3 000 en France). Leur audience est généralement limitée à une ville ou un canton.

Il s'agit de réunions informelles reposant sur des échanges de points de vue ou de discussions plus pointues sur un sujet précis. Il y a parfois recours à un spécialiste jouant le rôle d'expert.

Les relations y sont personnalisées. Elle est financée par les praticiens et parfois l'industrie pharmaceutique.

2 - La FMC Conventionnelle:

Elle est thématisée, accréditée et indemnisée. Il s'agit dans la grande majorité des cas de séminaires. La formation se fait par groupes de travail.

Le dialogue y est important. Les relations sont moins personnalisées que dans les associations locales. Elle est financée par les contributions des caisses d'assurance maladie et la contribution individuelle obligatoire. Son avenir est incertain.

3 - L'Enseignement Post Universitaire:

Il est organisé par des hospitalo-universitaires et se déroule dans les locaux des hôpitaux ou des facultés. Cet enseignement très varié va des soirées aux journées ou semaines de formation. Il peut s'agir de cours magistraux ou de discussions.

C'est une des obligations légales des facultés qui doivent avoir un responsable et une Commission Permanente de la FMC regroupant des universitaires, des représentants des associations locales de praticiens, de l'Ordre des Médecins et des syndicats médicaux. Il est financé par les universités.

4 - Les Congrès:

Ils sont d'audience très variable. Ils peuvent être régionaux, nationaux ou internationaux (intéressant plutôt les spécialistes). Leur objectif principal est de faire connaître les dernières avancées, les découvertes et les mises à jour les plus récentes. Cela touche la compréhension des maladies, les avancées diagnostiques ou les innovations thérapeutiques.

Ce sont également les lieux où s'édicte les règles de prise en charge des pathologies sur la base des paramètres validés par la communauté scientifique, aboutissant à la diffusion dans le corps médical sous forme de recommandations.

Leur financement repose surtout sur l'industrie médicale.

B) - Gestion Extra Médicale:

Il s'agit des **soirées organisées par les laboratoires pharmaceutiques** autour d'un délégué médical avec parfois présence d'un expert. Leur finalité est souvent purement commerciale ce qui peut faire douter de leur objectivité. Elles ont pour elles l'avantage d'un cadre de réunion agréable favorisant un moment de détente et de convivialité.

L'intérêt des sources collectives d'informations, de façon globale, n'est plus à démontrer. Mais leur utilisation n'est pas celle que nous serions en droit d'attendre (en moyenne 15 à 20% pour les CRFMC).

Les raisons de cette **désaffection** ont été mises en évidence par l'étude de **J. Pitts et al.** en Grande Bretagne. Elle repose en premier sur des problèmes de distance par rapport aux lieux de formation. Viennent ensuite le manque de temps, les charges professionnelles excessives et les pressions familiales. La structure des sources n'est remise en cause qu'en dernier. Il s'agit donc, surtout, de **problèmes matériels plus que pédagogiques.**

Dans la formation collective les informations sont fournies aux praticiens par les organisateurs. Au contraire, sur le plan individuel, les médecins sont obligés d'aller chercher les informations qui leur seront utiles.

*« Savoir c'est connaître
mais surtout pouvoir se renseigner »
A.Einstein*

II) - Les Sources Individuelles:

Les praticiens, de façon individuelle, ont recours à différentes sources d'informations. Nous allons toutes les étudier. Nous essayerons à chaque fois de voir ce qui les constitue, quels sont leurs avantages et leurs défauts et ce qu'elles peuvent apporter. Nous avons décidé pour une raison de facilité de les classer en fonction de leurs supports: **écrits, oraux, audiovisuels et « manuels »**.

A) - Les Supports Ecrits:

Entrent dans ce groupe tous les moyens de formation continue pour lesquels l'information est véhiculée par le graphisme. Le support matériel est surtout le papier. Cela va de la presse au courrier médical en passant par les livres.

1 - La Presse:

C'est un support très ancien (elle existe depuis 1631). La presse est une banque de données d'accès facile et permanent. Son archivage et sa mise à jour permettent une transmission simple, régulière et variée de l'information médicale.

Elle regroupe les quotidiens et les périodiques. Nous débuterons notre étude par la presse la plus répandue, même si ce n'est pas la plus objective et la plus utilisée par les médecins : la presse grand public.

a - La Presse Grand Public:

L'intérêt du public pour la médecine croît de façon considérable. L'information médicale arrive en tête des informations scientifiques réclamées par la population.

Presque tous les quotidiens, les magazines hebdomadaires ou mensuels contiennent des articles médicaux. Cela touche bien sûr la presse scientifique (*Pour la Science, la Recherche, Science et Vie* ou *Sciences et Avenir*). La presse féminine est également concernée. Que celle-ci soit généraliste (*Avantage, Femme Actuelle, Femme Pratique...*), familiale (*Famili, Enfants Magazine, Parents...*) ou de mode et de beauté (*20 Ans, Elle, Marie Claire...*).

Depuis une quinzaine d'années sont apparues des revues dites **de santé** (*ABC Santé, Réponse à Tout Santé, Top Santé, Santé Magazine...*) s'intéressant uniquement à la médecine. Il en existe d'autres, dites **de bien-être** (*Biotonic Mag, En Forme, Feuille Verte, Vie Naturelle...*) mêlant la médecine avec la beauté du corps ou l'harmonie avec la nature.

Cette presse santé grand public est en croissance constante et est produite à **plus de 800 000 exemplaires par mois**. Les 2 plus importants titres sont *Santé Magazine* (290 000 exemplaires par mois, 4ème place des titres français les plus puissants) et *Top Santé*.

La presse grand public aborde la médecine sous deux angles:

- le premier est celui d'une presse médicalisant tous les problèmes et médiatisant toutes les erreurs médicales ainsi que les scandales des institutions sanitaires ou les découvertes incertaines. Leur principal but est de créer des scandales et de dénigrer la médecine traditionnelle.
- le deuxième mélange savoir médical scientifique et discours médical populaire. Ces revues privilégient l'explication, la prévention, le vécu quotidien, les implications familiales et les aspects pratiques.

C'est ce deuxième type de presse médicale grand public qui peut être intéressant pour les praticiens. Une étude du Centre d'Etude sur les Supports de l'Information Médicale (CESSIM) de 1987 retrouvait d'ailleurs une **utilisation professionnelle de la presse médicale grand public par 30% des praticiens**.

Lorsqu'elle est bien faite, cette presse peut:

- * **augmenter les connaissances médicales théoriques** surtout sur des sujets d'actualité. C'est l'avantage le plus rare.
- * essentiellement permettre de **connaître les informations médicales obtenues par les patients** et ainsi savoir qu'elle est l'image qu'ils se font des pathologies et de la médecine en général. Le praticien peut alors **adapter son comportement**. Il va ainsi mieux gérer la relation médecin-malade et **améliorer son savoir-être**.
- * **déclencher** chez le praticien **l'envie de se documenter ou de se former**. Cela peut être consécutif à la lecture par les médecins d'articles intéressants mais incomplets. Cela peut aussi faire suite aux questions des patients sur les sujets de ces revues.

Il peut y avoir ainsi des **acquis théoriques** (savoir) mais aussi des **répercussions sur la pratique** (savoir-être). Il s'agit quand même d'une source accessoire.

Cette presse présente quand même plusieurs inconvénients:

- * elle n'est **pas toujours objective et bien informée** (en France, sur 28 000 journalistes seulement 200 sont scientifiques et tous n'ont pas une formation médicale). Cela peut aboutir à des **mésinformations** voire des **désinformations**.
- * les **patients** se croyant bien informés sont **plus revendicatifs** (à propos des examens ou des traitements). Ils sont aussi **plus difficiles à convaincre** du bien fondé d'une démarche diagnostique ou thérapeutique.

Globalement, même si les praticiens doivent à priori se méfier et ne pas se reposer sur ce type de presse, ils ont parfois quelques avantages à en retirer. Il est quand même préférable de se tourner vers la presse médicale professionnelle.

b - La Presse Médicale Professionnelle:

Les publications médicales n'étaient que de quelques dizaines au 19ème siècle. Leur nombre s'est rapidement accru et il existe actuellement à peu près 20 000 revues biomédicales sur le plan mondial , dont un peu plus de 1 000 sont en français.

En France, il existe à peu près **250 titres médicaux**, qu'il s'agisse de quotidiens, de périodiques ou de revues syndicales. Cette presse professionnelle occupe le 3ème rang de la presse spécialisée française. Sa diffusion globale est de **1 600 000 exemplaires par mois**. Il n'existe malheureusement qu'une trentaine de titres de médecine générale.

Cette presse a été officiellement reconnue comme un des vecteurs essentiels de la formation initiale et continue des médecins. En 1994 Mme S.Veil déclarait: « *la presse médicale joue un rôle essentiel dans la FMC* ».

De nombreuses études ont montré l'importance de l'utilisation de ce support. Le **Quotidien du Médecin** retrouvait une **utilisation de la presse professionnelle par 97,8% des praticiens**.

Dans l'étude de **D. Maupeu**, en 1988, elle était même utilisée comme **moyen exclusif de formation par 30% des médecins généralistes.**

D'après l'enquête de **V.Houdy**, le **recours à la presse professionnelle se faisait de manière fréquente dans 90% des cas et de temps en temps dans 10% des cas.** De plus, elle était jugée plutôt **bien faite par 93% des praticiens.**

Son utilisation est de plus en plus importante. L'étude du Centre de Sociologie et de Démographie Médicales retrouve, **de 1983 à 1991, un passage de 90 à 95 du pourcentage de médecins y ayant recours.**

Enfin, une autre enquête réalisée en 1995 pour le compte du **Syndicat National de la Presse Médicale** retrouvait que:

- pour **90%** des professionnels la presse est **indispensable**
- pour **91%**, c'est un **moyen de FMC**
- pour **97%**, elle est **utile à la mise à jour des connaissances**

Nous en arrivons ainsi aux **raisons d'utilisation** de la presse médicale. De façon globale, elle sert à:

- * **communiquer et diffuser des travaux scientifiques**
- * **informer régulièrement sur la pratique médicale**
- * **analyser et synthétiser l'évolution des pratiques**
- * **stocker l'information**

Les **motivations individuelles** des praticiens sont pourtant plus matérialistes car, d'après **R. Salmi**, elle leur permet surtout de:

- * **se tenir au courant** des actualités professionnelles
- * **comprendre la physiopathologie**
- * leur **apprendre comment un clinicien expérimenté prend en charge** un problème particulier
- * **découvrir si il faut utiliser un nouveau test** diagnostic chez leurs patients
- * **connaître l'histoire naturelle et le pronostic** d'une maladie
- * **distinguer les thérapeutiques** utiles des inutiles

De façon quotidienne les praticiens sont « *inondés* » par la presse professionnelle. La moyenne est de **10 titres différents reçus par semaine**. La moyenne de lecture n'est pourtant que de **3 revues par semaine**. Ce qui explique que **50% de la presse reçue soit détruit sans être lu**.

Deux grands groupes existent dans la presse professionnelle:

- ⇒ la presse de formation
- ⇒ la presse d'information

1 - La Presse de Formation:

C'est la plus ancienne et la plus traditionnelle des presses médicales. Elle sert à la **transmission ou à l'actualisation d'un savoir théorique** et parfois de **gestes pratiques** (l'acquisition de petits gestes peut se faire par visualisation photographique des différentes phases d'exécution).

Cette presse contient **surtout des articles de formation médicale** et quelques informations professionnelles ou en provenance de l'industrie biomédicale. Chaque sujet est traité de la façon la plus complète possible. Ces revues sont toutes à peu près égales au niveau valeur sur le plan de l'information et de la formation.

Il s'agit toujours de périodiques. Ils sont hebdomadaires (*La Revue du Praticien-Médecine Générale, Le Concours Médical, La Gazette Médicale...*), bimensuels (*Tempo Médical*) ou mensuels (*Prescrire, JAMA, Sud-Ouest Médecine...*).

Ces revues possèdent un **comité de lecture** permettant une vérification de l'information avant sa diffusion. C'est une garantie d'objectivité et de fiabilité. Il est possible de constater de plus en plus fréquemment la participation de généralistes à la rédaction de ces revues afin d'apporter un reflet de la pratique quotidienne.

Cette presse apparaît comme étant la source individuelle d'informations la plus essentielle pour la majorité des médecins généralistes.

2 - La Presse d'Information:

C'est une spécificité française. Elle a rompu avec le style des revues médicales traditionnelles afin de privilégier l'actualité et le mode de lecture. Les articles sont plus courts et moins complets. **Les apports au niveau théorique sont moins importants.**

Il existe en revanche une amélioration de la pagination et de l'iconographie afin d'avoir des revues plus agréables à lire. Cette presse est plus événementielle et plus superficielle. Elle donne la priorité:

- aux nouvelles professionnelles et syndicales
- aux nouvelles médico-scientifiques tirées de la littérature médicale internationale
- aux données de loisir et aux petites annonces

Il n'y a généralement pas de comité de lecture au niveau de la rédaction de ces revues. Le contenu varie beaucoup d'une revue à l'autre. C'est dans ce groupe que se trouve la plus grande disparité de valeur, et donc d'intérêt, entre les titres. Il est possible de distinguer plusieurs sous-groupes:

- ◆ ***Les tabloïds***: leur format est identique à celui des quotidiens nationaux. Le premier fut *Tonus* en 1971. Puis d'autres apparurent : *le Quotidien du Médecin, la Pratique Médicale Quotidienne, Synthèse Médicale, Impact Médecin Quotidien, le Généraliste...*

Ils contiennent très peu d'informations médicales, mais surtout des informations professionnelles et de la publicité. Ils sont rarement lus en entier.

- ◆ ***Les news magazines***: leur format est réduit à 21/29,7. Le premier fût *Impact Médecin Hebdo*. Par la suite sont apparus *le Journal du Jeune Praticien, le Panorama du Médecin, le Journal International de Médecine, la Vie Médicale, la Tribune Médicale...*

Ces revues ont une part d'information médicale plus importante. **L'information professionnelle y est égale à la formation médicale.** Ce sont les plus lues des revues d'information.

Certaines revues (comme *Impact Médecin Hebdo* avec *le Perfectionnement Pratique du Praticien*) ont développé une véritable partie de formation.

Les journaux professionnels: il s'agit de périodiques provenant de sources diverses: ordinale (*Bulletin de l'Ordre des Médecins*), syndicales (FMF, CSMF...), associatives (*Médecins de Réserve*, revue de la Croix Rouge...).

Ces revues ne contiennent pas de sujet médical, mais **uniquement de l'information professionnelle.**

- ◆ Les houses organs: ils servent **uniquement de support publicitaire** à certains laboratoires pharmaceutiques.

Entrent dans ce groupe des revues comme *Propos Biopharma*, *Quintessence*, *Echothérapie*, *Essentiel*, *Gyn Info*, *Gastro à la Une*... Ils sont rarement lus.

Cette presse d'information a plusieurs rythmes de parution. On y retrouve des quotidiens (*le Quotidien du Médecin*, *Impact Médecin Quotidien*...), des bihebdomadaires (*le Généraliste*), des hebdomadaires (*Impact Médecin Hebdo*, *la Tribune Médicale*...) ou des mensuels (*Bulletin de l'Ordre*, *Journal International de Médecine*...). Essentielle pour certains elle est accessoire pour d'autres.

De façon globale, le **financement** de la presse professionnelle, qu'elle soit de formation ou d'information, est très variable mais **repose essentiellement sur l'industrie médicale et sa promotion**. La publicité écrite représente **18% des investissements promotionnels des laboratoires**, soit à peu près **350 millions de francs** (le montant s'élève même à 1 milliard en incluant les houses organs). Parallèlement à l'industrie, le financement est aussi assuré par les revenus des **abonnements**.

La répartition entre les deux sources est très variable. Elle permet d'avoir un bon reflet de l'objectivité des articles. Les revues de formation comme *la Revue du Praticien* ou *le Concours Médical* ont 60% de leurs recettes d'origine publicitaire et 40% liées à leurs abonnements. A l'opposé, certaines revues d'information (surtout les tabloïds) ont 90% de leurs recettes qui sont d'origine publicitaire. **Plus les laboratoires sont impliqués, moins les revues sont libres.**

Une seule revue ne dépend que de ses abonnés: *Prescrire*. Ceci est une garantie d'indépendance totale assurant une plus grande objectivité, au prix d'un aspect moins attrayant.

De plus, la distribution de la presse peut se faire de deux façons:

- suite à un **abonnement direct du praticien** (peu onéreux: à peu près 1000 francs par an)
- **de façon gratuite** (même s'il s'agit de revues normalement payantes) après financement par les laboratoires

Il est difficile de définir exactement la quantité des informations transmises par cette source. Le recours ne correspond pas obligatoirement à une bonne utilisation. Cela, pour deux raisons:

- **le degré de lecture n'est pas le même pour tous:** certains se contentent d'un simple feuilletage, d'autres font des lectures approfondies.
- **la valeur scientifique et pédagogique des revues varie:** les plus intéressantes sont les revues de formation.

L'essentiel est surtout que lorsqu'un médecin décide de s'abonner, il entre dans la partie active de la formation individuelle. C'est lui qui décide de s'investir, d'aller chercher l'information pour en faire un mode de formation régulier.

Cette presse professionnelle est une **source inépuisable d'informations théoriques sur le plan du savoir et du savoir-faire.** Elle est **essentielle** à la formation. Toutes les revues n'ont pas la même valeur, mais elles peuvent toutes apporter quelque chose.

C'est au praticien de choisir ce qui l'intéresse en fonction de ses besoins et de ses goûts. Il doit **trier**, filtrer les informations puisque cela n'a pas toujours été fait en amont.

Il s'agit d'un outil **très maniable.** Il n'y a **pas de contrainte horaire** à son utilisation. C'est une source d'informations **simple à utiliser, arrivant directement chez le praticien.** Enfin, elle **se renouvelle régulièrement** et est toujours d'actualité.

Avec la nouvelle législation (nécessitant la validation des revues pour obtenir des points et l'obligation d'être personnellement abonné pour en bénéficier), nous assistons à une modification de la presse professionnelle. Dans les revues de formation, **les tests de lecture se développent**, les articles se tournent de plus en plus vers la pratique quotidienne et les **conférences de consensus** sont **publiées**. Dans les revues d'information apparaissent des **cahiers de FMC** (*le Quotidien du Médecin, Impact Médecin Quotidien*) et des **comités de lecture** se mettent en place.

Il y a ainsi une **amélioration globale** suite au désir de chaque revue de devenir revue de formation (ce qui est la garantie de leur survie). Les médecins n'ont donc que des avantages à attendre de ces changements. Ils disposeront d'une **presse plus indépendante, plus objective et plus fiable**.

Mais il faudra quand même **rester critique**. En attendant d'en arriver là, le mieux est de suivre si possible les recommandations de **l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM)** définissant les critères de qualité des publications médicales (annexe 6).

Nous allons maintenant étudier la deuxième source d'informations reposant sur les supports écrits: **les livres**.

2 - Les « Livres »:

Ce sont les **supports les plus anciens de l'information médicale écrite**. Ils constituent la base de la mémoire médicale. Comme pour la presse, il existe des ouvrages professionnels et d'autres de vulgarisation destinés au grand public. Nous ne nous intéresserons qu'au premier. Les autres n'ont aucun intérêt dans la formation médicale: ils ont les inconvénients de la presse grand public sans en avoir les avantages car ils ne se renouvellent pas.

Tous les ouvrages médicaux professionnels ne sont pas d'égale valeur scientifique. Il faut donc, ici aussi, **savoir trier**. Il s'agit d'un moyen **onéreux** (le prix moyen pour un ouvrage se situe entre 300 et 400 francs et dépasse parfois 2 ou 3 000 francs).

Les ouvrages médicaux représentent une **source d'informations moins maniable que la presse** (ils sont plus difficilement transportables) et **plus difficile à utiliser**.

Dans la majorité des cas, ces ouvrages sont **moins attrayants** que la presse suite à une iconographie plus rare (sauf pour les atlas de dermatologie et d'anatomie) et ont une **présentation moins agréable**. Ils sont plus complets mais généralement **fastidieux**. Ils présentent plus d'intérêt dans la recherche d'une information précise sur un sujet donné (information succincte ou plus approfondie) que dans la lecture in extenso.

De plus, il n'est **pas toujours facile de se les procurer**. Pour les livres, les librairies spécialisées sont rares et leur choix est limité (surtout en province). Il faut alors recourir à la commande sans consulter au préalable les ouvrages et connaître leur valeur.

Enfin, le plus gros défaut est le caractère **rapidement périmé** de l'information véhiculée par ce support, il n'y a pas d'adaptation à l'actualité.

Les livres trouvent pourtant leur place dans la formation pour 3 raisons:

- ◇ ils permettent de **se remémorer** ce qui a été oublié
- ◇ ils peuvent nous **faire découvrir** un nouveau champ de la médecine
- ◇ ils nous permettent **d'actualiser nos connaissances** médicales (seulement pour les ouvrages les plus récents)

De façon globale, les informations obtenues sont **théoriques** et touchent le **savoir**, le **savoir-faire** et le **savoir-être**. En fonction des documents et des ouvrages ces composantes sont plus ou moins développées. Enfin, **il existe parfois un retentissement rapide sur la pratique**.

C'est une source utilisée de manière importante comme a pu le démontrer l'étude de **D.Maupeu** retrouvant **70% de praticiens y ayant déjà eu recours** pour s'informer. Dans cette même étude, **50% des médecins continuaient à l'utiliser de façon régulière** et **20% la considéraient comme importante pour la FMC**.

Il est possible dans cette source de distinguer plusieurs types d'ouvrages regroupés dans différentes structures.

a - Les Types d'Ouvrages:

Ne s'intéresser qu'aux livres serait trop restrictif car il existe d'autres ouvrages médicaux permettant d'élargir la palette des sources d'informations.

De façon habituelle, les ouvrages médicaux, comme tous les ouvrages, sont répartis en 3 grands groupes:

- ⇒ **les documents primaires**
- ⇒ **les documents secondaires**
- ⇒ **les ouvrages de référence**

1 - Les Documents Primaires:

Ce sont des documents originaux fournissant une information de première main. Les ouvrages de ce groupe les plus fréquents en médecine sont **les périodiques** (que nous avons déjà vu) et la **littérature grise**.

Cette dernière est l'ensemble des documents dactylographiés ou imprimés, souvent de caractère provisoire, reproduits et diffusés à un nombre d'exemplaires inférieur à 1 000, en dehors des circuits commerciaux de l'édition et de la diffusion. En font partie les thèses et les comptes rendus de congrès:

- ◆ Les thèses et les mémoires: ils sont **rarement utilisés** par les médecins généralistes. Sauf en cas de recherche d'informations précises motivée, par exemple, par la réalisation d'un mémoire. Ils sont **peu faciles d'utilisation** pour la recherche courante d'informations médicales et ne jouent que sur le théorique.
- ◆ Les comptes rendus de congrès et de séminaires: leur usage est **de plus en plus fréquent** du fait de l'augmentation de ces moyens de formation collectifs.

Ils sont utilisés en deux temps. Premièrement pendant les réunions en servant de guide. Deuxièmement ils permettent aux praticiens de conserver des documents leur servant de référence en cas de recherche ultérieure d'informations. Pour les ex-participants ils sont un **aide-mémoire**, pour les autres une **source de nouvelles connaissances**. Ce sont aussi des apports théoriques.

Ces documents primaires constituent une source **accessoire** d'informations.

2 - Les Documents Secondaires:

Ils recensent et analysent les documents primaires afin d'y renvoyer. Ce sont les **bibliographies médicales**. Elles sont **peu utilisées par les omnipraticiens** sauf, à nouveau, dans le cadre de la réalisation d'un élément de littérature grise. C'est également une source **accessoire**.

3 - Les Ouvrages de Référence:

Ce sont les plus fréquemment utilisés. Ils sont représentés par les livres au sens strict du terme. Ils regroupent:

- Les guides thérapeutiques: ces ouvrages (comme le Vidal ou le Dorosz) sont là pour fournir des informations rapides et précises dans le cadre de la pratique quotidienne. Chaque praticien en possède et leur utilisation est généralement simple. Ils bénéficient d'une réédition fréquente avec mise à jour. Ils sont **très utiles** car ils réactualisent nos connaissances, nous en font découvrir d'autres et nous évitent les oublis. Ce sont les plus fréquemment utilisés. **P.Vigier** retrouvait une **utilisation quotidienne par 2 médecins sur 3**. Seulement **4,7%** des praticiens ne les utilisaient **jamais**. Ils sont **essentiels**.
- Les encyclopédies: ce sont les ouvrages les plus complets, méritant vraiment leur nom de référence (**Encyclopédie Médico Chirurgicale...**), mais les plus chers. Ce sont ceux qui se périment le moins vite. Ils sont normalement acquis dans le cadre de la FMI et utilisés par la suite de **manière irrégulière** pour rechercher une information précise. **Ils sont essentiels mais leur utilisation est accessoire**.
- Les dictionnaires de médecine: ils sont généralement acquis pendant la FMI. Leur utilisation est rare par la suite et ne se fait qu'en complément d'une autre source d'informations. C'est une source **accessoire**.

- Les « ouvrages de librairie »: ce sont les plus nombreux. Qu'il s'agisse de **manuels**, de **traités**, de **précis** ou d'**abrégés**, ils couvrent chacun une matière ou une partie de cette matière.

Les plus utilisés sont les **abrégés** et les **précis**. D'après l'enquête de **D.Levy**, de 1983 à 1991, leur utilisation est passée de **53 à 72% des praticiens**.

Ils sont de prix modérés, régulièrement réactualisés et sont plus faciles à utiliser car l'information y est plus accessible. Ils nous permettent d'entretenir et d'actualiser notre savoir plus facilement qu'avec les premiers types d'ouvrages. Ils s'agit d'une source **essentielle**.

Enfin, après ces 4 groupes d'ouvrages médicaux, se trouvent ce que nous appellerons les **fascicules d'information**. Il s'agit de documents remis aux praticiens pour les informer des modifications survenues susceptibles d'interférer avec leur pratique. Ils sont de deux ordres:

- D'origine officielle: comme les **fiches de transparence du Ministère de la Santé** (d'après l'étude de **P.Vigier** : 2 médecins sur 3 ne s'en servent pas de manière régulière et seulement 1 praticien sur 50 les utilise quotidiennement) ou les **fascicules de Recommandations Médicales Opposables** publiés et diffusés par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Ils devraient être essentiels.

- ***D'origine « industrielle »***: leur distribution se fait par les visiteurs médicaux. Ces documents sont de plusieurs types: les **fiches signalétiques** concernant les différents médicaments, les **tirés à part** (extraits de publications scientifiques) et les **brochures** concernant leurs médicaments ou les pathologies visées. Leur recours est très variable et dépend surtout de leur qualité scientifique.

Il existe de plus quelques monographies de bon niveau, sans démarche publicitaire importante. Ce sont les plus rares et aussi les plus prisées.

Ces ouvrages de référence permettent des apports **théoriques** jouant surtout sur le **savoir** mais aussi sur le **savoir-faire** et le **savoir-être**. Le retentissement sur la pratique est plus ou moins rapide.

Tous les ouvrages et documents que nous venons de voir ne sont pas d'égale valeur pour une utilisation régulière. Ils peuvent quand même être tous utilisés. Certains ouvrages sont **essentiels** (guides thérapeutiques, abrégés...), d'autres sont **accessoires** mais **complémentaires** (dictionnaires, encyclopédies, littérature grise...).

Nous venons de voir les différents types d'ouvrages, et de documents, existants. Voyons maintenant dans quelles structures ils viennent s'insérer de manière à être disponibles.

b - Les Différentes Structures:

Sont comprises dans ces structures celles regroupant les différents types d'ouvrages médicaux et permettant leur archivage afin de pouvoir y avoir recours dans des conditions optimales.

1 - La Bibliothèque Médicale Personnelle:

C'est la plus répandue. Chaque praticien en a constitué une, plus ou moins étoffée et utilisée. Son histoire et son contenu sont calqués sur la FMI et les activités de FMC de son utilisateur.

Tous les types d'ouvrages et de documents peuvent s'y retrouver. Leur présence dépend des goûts du propriétaire et, paradoxalement, **le maximum de documents correspond à ce que le médecin préfère mais pas à ce qu'il connaît le moins**. Ceci a été mis en évidence lors de l'étude réalisée par F.Lavarenne en 1987.

Le recours à la bibliothèque médicale personnelle pour rechercher des informations varie en fonction du temps. Toujours d'après F.Lavarenne, **l'utilisation est plus importante lors des débuts professionnels et également vers la fin de la carrière des praticiens** (quand cette bibliothèque est la plus développée). C'est une source **essentielle** car très facilement accessible.

2 - Les Centres de Bibliographie des Laboratoires:

Ils mettent à la disposition du corps médical les ressources bibliographiques, souvent volumineuses et régulièrement réactualisées, de l'industrie pharmaceutique. Il existe également des structures de ce type dans les associations nationales de FMC (UNAFORMEC).

Les demandes de documents émanent surtout de praticiens faisant des recherches bien précises (mémoire) ou d'organiseurs de la FMC. Il s'agit souvent de documents très spécialisés et beaucoup plus indépendants, donc objectifs, que les ouvrages remis lors des congrès ou des visites médicales. Ils proviennent de l'ensemble des publications mondiales. Ils sont **peu utilisés de manière courante**. Il s'agit d'une **source accessoire**. En annexe 7 se trouvent quelques uns de ces centres bibliographiques.

3 - Les Bibliothèques Universitaires :

Chaque faculté de médecine en possède une. Son importance est variable, proportionnelle à la taille de l'université. Ces bibliothèques sont généralement **peu utilisées** par les médecins généralistes (**entre 5 et 10%**).

L'étude de **Brodman** a montré que l'utilisation de ces bibliothèques dépendait de 2 paramètres:

- la **distance par rapport au lieu d'activité**: les praticiens n'y ont pas, ou peu, recours quand l'éloignement est supérieur à 10 miles (soit à peu près 15 kilomètres).
- **l'habitude d'utilisation**: l'importance du recours au cours de l'activité professionnelle est proportionnelle à l'intensité de l'utilisation pendant les études.

Ces structures universitaires sont pourtant complètes et permettent d'accéder à l'information écrite sous toutes ses formes. Les périodiques, les ouvrages de référence et la littérature grise sont bien représentés et accessibles rapidement, sur place ou de manière différée dans le cadre du prêt inter bibliothèques (celui-ci augmente les capacités d'accès à l'information en multipliant la masse documentaire). De plus, le support informatique y a fait son entrée facilitant la recherche d'informations.

L'accès à ces bibliothèques est gratuit. Il en est de même pour les prêts d'ouvrages ou de documents. En annexe 7 se trouve la liste des plus grands centres français ainsi que leurs potentiels.

Dans notre région, la **bibliothèque universitaire de Limoges**, section médecine-pharmacie, propose de nombreux ouvrages et 295 périodiques. Parmi ceux-ci, 120 sont en français et seulement 15 sont destinés aux omnipraticiens (*Tempo Médical, Prescrire, la Revue du Praticien-Médecine Générale, le Concours Médical, Impact Médecin Hebdo...*).

Sa **fréquentation** et **l'utilisation de sa masse documentaire** par les médecins généralistes sont **faibles**. Les statistiques de la bibliothèque pour 1996 retrouvent 34 **médecins libéraux inscrits** (il n'est pas possible de connaître la répartition entre généralistes et spécialistes) sur un total de 798 inscrits (soit **4,26%**). Les **prêts demandés** par ce groupe se montent à 677 sur un total de 13397 (soit **5,06%**). Ces chiffres permettent déjà de se faire une idée du **peu d'intérêt porté** à cette source d'information.

Les services et les possibilités qui y sont offerts ne sont pas connus, ou reconnus, à leur juste valeur. Il s'agit d'une source **essentielle mais utilisée de manière très accessoire**.

Après ces ouvrages de diffusion plus ou moins grande, étudions maintenant des documents de très faible diffusion. Il s'agit du dernier support écrit: **le courrier médical**.

3 - Le Courrier Médical :

Ce mode de transmission d'informations est lui aussi très ancien. Normalement, chaque consultation d'un confrère ou hospitalisation devrait être à l'origine d'un courrier.

Celui-ci doit contenir les éléments les plus importants, ou les plus marquants, faire le point sur la situation actuelle et déboucher sur une conduite à tenir pratique (traitement, suivi...).

Malheureusement, il **arrive parfois que ce courrier ne soit pas fait ou qu'il soit incomplet, superficiel**. Il faudrait pourtant que le courrier médical soit le trait d'union entre les praticiens, qu'il permette le passage du relais d'un médecin à l'autre afin d'assurer la continuité des soins. Il devrait être le plus complet et le plus explicite possible.

De part les informations qu'il devrait contenir, il devrait permettre:

- ◇ de **confirmer les hypothèses** que les praticiens émettent, ou de **les infirmer** en expliquant alors pourquoi
- ◇ de **faire remémorer** aux médecins certains points séméiologiques ou thérapeutiques
- ◇ **d'élargir le champ des connaissances théoriques**
- ◇ **d'actualiser le savoir** des praticiens en leur fournissant les données les plus récentes utiles au suivi des patients

Le courrier médical a donc un rôle important à jouer dans l'information médicale des praticiens généralistes. Il est d'ailleurs reconnu comme tel. Dans l'étude de **P.Brun**, les médecins généralistes classent le courrier en **troisième position des sources d'informations pour la FMC**.

Ceci fût confirmé par l'étude de **J.M.Deruy** qui retrouvait **60% d'omnipraticiens considérant le courrier comme essentiel** à la formation individuelle.

Il intervient surtout sur le côté **théorique** (**savoir, savoir-faire**) mais il permet un **retentissement pratique rapide**. C'est une **source essentielle** d'informations.

Après ces supports classiques et très répandus, étudions maintenant les supports oraux d'apparition plus récente.

B) - Les Supports Oraux:

Nous faisons entrer dans ce groupe toutes les sources d'informations utilisables en FMC et reposant sur le **support vocal**.

1 - La Radio:

Les débuts de la radiodiffusion remontent à 1920. C'était une révolution car il était désormais possible de transmettre à distance des informations orales à de multiples correspondants. Ainsi naissait un nouveau mode de communication de masse, plus rapide que tout ce qui existait auparavant et aussi plus vivant.

Dans les années 40 vont apparaître les premières émissions médicales grand public radiodiffusées comme « *Un Médecin Vous Parle* » ou « *La Science au Service de l'Homme* ».

Les informations médicales radiodiffusées peuvent prendre 3 formes: les flashes, les émissions médicales professionnelles, les émissions médicales grand public.

Les « flashes »: leur but est de transmettre des **informations à caractère médical**, plus que vraiment médicales. Elles concernent des scandales touchant les milieux médicaux ou des nouveautés médicales généralement non vérifiées aboutissant à une mésinformation.

Cette forme n'est **pas intéressante** pour les praticiens car elle ne peut rien leur apporter du fait du manque de précision et de sérieux des informations.

Les émissions médicales professionnelles: elles **n'existent pas en France**. Des essais ont été effectués aux USA avec la chaîne PRN (Physician's Radio Network) diffusant régulièrement dans la journée la même émission. Chaque praticien possédait un poste de réception utilisable uniquement pour capter ces émissions, la fréquence étant calée sur celle de la chaîne.

Les émissions médicales grand public: elles sont peu fréquentes mais souvent de bonne qualité. Elles sont réalisées sur le mode de l'interview d'un spécialiste ou de débats de praticiens avec possibilité d'intervention des auditeurs.

Actuellement les programmes les plus intéressants sont ceux de **France Inter** (dans l'émission « *Le Téléphone Sonne* », le *Quotidien du Médecin* participe une fois par mois à la réalisation d'un débat) de **France Info** ou de **France Culture**. Cette dernière propose plusieurs émissions exclusivement ou partiellement médicales. Il y a, par exemple, « *Archipel Médecine* » (le mardi à 20h30), « *A Voix Nue* » (du lundi au vendredi à 8h30) ainsi que plusieurs émissions le samedi (« *Vivre l'Ethique* », « *La Voix du Silence* », « *Grand Angle* », « *Questions d'Epoque* »).

L'intérêt de ces dernières émissions peut être double:

- **augmenter les connaissances médicales théoriques**, en particulier sur des sujets d'actualité
- **connaître les informations que les patients recevront**. Il est ainsi possible de se préparer à leurs questions et d'**adapter son comportement**

Ce média peut ainsi être utile pour l'amélioration **théorique** du **savoir** et du **savoir-être**. Il s'agit d'une source **accessoire**. Son recours est assez rare. L'étude de **P.Vigier** retrouvait une **utilisation par seulement 8,1% des praticiens**.

Il est vrai que, depuis l'avènement des nouveaux médias, la radio n'occupe plus la place qu'elle avait. De plus, il n'y a **pas d'échange possible**. Enfin, de part les horaires fixes des émissions, il n'est pas évident pour un praticien de pouvoir les suivre de façon régulière.

Après ces émissions de radio étudions le deuxième composant de l'audio médical : **les cassettes audio**.

2 - Les Cassettes Audio:

Elles sont apparues dans les années 60. Elles permettent le transport et la transmission d'informations sur de petites bandes magnétiques avec un faible risque d'endommagement. Elles sont facilement utilisables.

Le milieu médical c'est servi de ce support pour transmettre des résultats de congrès ou de véritables cours, édités de façon régulière. A notre connaissance, la production est actuellement inexistante mais de nombreux praticiens en possèdent encore.

Auparavant les fournisseurs étaient les laboratoires pharmaceutiques, la presse professionnelle (*le Panorama du Médecin, le Quotidien du Médecin*) ou des sociétés d'audio médical (*Audio Journal*).

Comme pour la radio, l'impact n'a pas été énorme. Son pourcentage d'utilisation a toujours été faible. Même si, dans l'étude de V.Houdry en 1989, les praticiens jugeaient les informations transmises par ce moyen comme étant **bien faites à 69%**, ils n'étaient que **44% à l'utiliser de temps en temps** et **3% de façon régulière**.

Les informations transmises permettent l'**augmentation des connaissances théoriques uniquement sur le plan du savoir**. Il n'y a aucun échange possible.

L'audio médical apparaît ainsi comme une **source accessoire** d'informations. Elle est peu développée et certainement appelée à disparaître. Nous allons maintenant nous intéresser à des sources orales où les échanges entre informateurs et informés deviennent possibles.

3 - La Visite Médicale:

Elle assure la **promotion** des produits pharmaceutiques et représente **70% des investissements promotionnels** de l'industrie médicale. Avec la presse professionnelle, il s'agit de la principale source d'information des praticiens sur le médicament.

La visite médicale se veut le véhicule d'une information orale si possible personnalisée et destinée à établir le dialogue entre les professionnels de la santé et l'industrie pharmaceutique

Il s'agit d'une **forme de publicité** (définie comme étant l'ensemble des moyens employés pour faire connaître une entreprise ou pour vanter un produit). Elle répond aux normes édictées par la directive européenne 92-28 CEE de 1992, reprises dans l'article L-551 du code de la santé publique, concernant la publicité faite à l'égard des médicaments à usage humain.

Elle doit être effectuée par un professionnel: **le délégué médical**. D'après leur convention professionnelle, leur rôle consiste à: « *exposer les propriétés thérapeutiques des spécialités pharmaceutiques, en mettre en valeur les avantages et les inconvénients, en détailler les présentations, les contre-indications et la posologie... afin d'en permettre une meilleure connaissance et une meilleure utilisation par les membres du corps médical* ».

Les **informations** transmises doivent être **complètes, démontrées et loyales**. Dans le respect de la vérité des produits et des connaissances médicales, le délégué doit avoir pour but de répondre aux besoins et attentes des professionnels de la santé.

Le visiteur médical utilise pour la présentation de ses produits un **argumentaire oral** et des **documents écrits** (aide visuelle, fiches signalétiques, tirés à part...). Il doit obligatoirement transmettre le nom commercial du produit, sa dénomination commune internationale, ses propriétés pharmacologiques, ses indications et contre-indications, ses effets indésirables, ses précautions et mode d'emploi, sa posologie, ses formes de présentation, son classement en matière de prescription et de délivrance, son prix limite de vente au public et sa situation en regard du remboursement par les caisses d'assurance maladie. Enfin, il doit remettre une fiche signalétique du produit et éventuellement des brochures ou des échantillons.

La visite médicale doit permettre de présenter les nouveaux produits et de rappeler les caractéristiques des plus anciens.

Cette visite est là pour apporter uniquement des informations thérapeutiques. Ceci est bien utile car il y a actuellement, en France, 3 000 substances actives commercialisées dans 4 200 produits et spécialités et sous 8 500 présentations. De plus le développement des génériques (qui devraient représenter entre 50 et 75% du marché des médicaments dans 10 ans) va immanquablement compliquer le travail des médecins.

Actuellement c'est une partie intégrante de l'activité médicale quotidienne. La moyenne est de **15 délégués reçus par semaine** (avec une accentuation constante de la pression exercée sur les praticiens: **le nombre des visites augmente** à peu près de **17% par an**). Les omnipraticiens sont deux fois plus sollicités que les médecins spécialistes. La durée d'une visite va de 5 minutes à un quart d'heure et la moyenne est de 3 produits présentés à chaque fois.

D'après une enquête de **Impact Médecin**, seulement **51% des praticiens jugent les visites trop fréquentes**. De plus, **54% des médecins reçoivent encore tous les délégués se présentant au cabinet**.

L'étude de **V.Brionne** retrouve **35,5% de praticiens** estimant que **le maximum d'informations** qu'ils reçoivent, sur les médicaments, **vient de la visite médicale**. Elle est considérée comme un élément de **FMC** pour **72% des médecins** qui retirent des **informations utiles du tiers des visites reçus**.

L'**utilisation** de ce moyen d'information est **plus fréquente** qu'auparavant. D'après **D.Levy**, la **fréquence du recours aux délégués médicaux est passée de 59 à 64% de 1983 à 1991.**

Malgré tout, les médecins restent prudents car, d'après une autre enquête de **Impact Médecin**, **68% des omnipraticiens jugent les informations souvent trop promotionnelles** au détriment des aspects techniques (les plus utiles).

L'enquête de **C.Remignon Dalverny**, a permis de mettre en évidence que **les omnipraticiens recherchent**, à travers la visite médicale, **des informations honnêtes, claires, précises et concises sur les médicaments.**

Pour les **nouvelles classes thérapeutiques**, ils sont surtout intéressés par les **indications** (26% des cas) puis les **effets secondaires** (21% des cas). En revanche, pour les **anciens produits** l'intérêt se porte d'abord sur les **effets secondaires** (25% des cas) puis sur les **modifications d'indications** (20% des cas).

Les visiteurs médicaux sont là pour nous apporter des informations « *fraîches* » sur les médicaments. Ils nous informent des **nouveaux produits**, nous **remémorent les anciens** et nous **informent de leurs modifications** (extension d'indication, nouvelles présentation ou posologies, retrait de produit, nouveaux effets secondaires connus...).

La visite médicale intervient ainsi dans notre formation continue en modifiant notre **savoir théorique. L'impact sur la pratique est rapide.**

Malheureusement, les informations sont souvent **trop promotionnelles et peu objectives**. Les discours tenus ne sont pas assez rigoureux. Enfin, certains visiteurs ne sont pas assez formés pour permettre un dialogue constructif. Cela devrait changer avec la loi du 1er juillet 1992. Elle impose une formation spécifique pour les délégués médicaux (sanctionnée par un diplôme national), avec accentuation de la partie médicale. Actuellement, sur 18 000 délégués seulement **15% sont diplômés!!**

Jusqu'ici nous avons vu la visite médicale sous l'angle d'une information apportée par un non-médecin. Une expérience originale a été tentée dans le Tennessee. Il s'agit de la **Visite Educative** (étudiée par **W.A.Ray et al.**).

Au début les omnipraticiens sont formés sur un sujet donné. Cette formation est dispensée par un ou plusieurs spécialistes. Ils bénéficient également d'un enseignement sur les méthodes éducatives.

Ces médecins vont chez leurs collègues afin de dialoguer avec eux sur certains points de leur pratique médicale. Ils leur proposent, éventuellement, de modifier certaines de leurs habitudes.

Dans l'étude de Ray le but était d'obtenir une diminution des prescriptions de diazépam. Cette enquête a mis en évidence un impact notable sur la pratique. Cette visite éducative avait permis d'obtenir une **modification du comportement des praticiens dans 18% des cas après la première visite**. Des résultats similaires ont été enregistrés lorsque les visites étaient effectuées par des pharmaciens (étude de Soumerai).

Le grand intérêt de cette technique est que les **informations sont objectives**. De plus elles sont transmises par un professionnel médical dont les capacités ne sont pas remises en cause. L'esprit de ces visites éducatives est de tenter de recréer les conditions d'un échange d'informations entre confrères. Ce sont justement ces contacts que nous allons maintenant étudier.

4 - Les Contacts Entre Confrères:

Ils remontent aux origines de la médecine. Ce sont d'importantes sources d'informations. Ces contacts peuvent revêtir plusieurs aspects:

- * dialogue entre deux omnipraticiens ou entre un spécialiste et un généraliste
- * contact prévu ou fortuit
- * rencontre sur le lieu de travail de l'un ou de l'autre (cabinet, hôpital), dans un lieu public, sur un lieu de réunion prévue pour un autre motif (séminaire, congrès...) ou contact téléphonique

Par le dialogue, le praticien pourra **augmenter ses connaissances théoriques**. Cette amélioration de son savoir n'est pas massive et elle ne touche que des points précis. Mais il s'agit de détails ayant un retentissement rapide sur la pratique médicale. Il peut ainsi y avoir une **modification du savoir, du savoir-être** voire une **amélioration du savoir-faire**.

Le médecin pourra également trouver à travers ces contacts une confirmation, ou une infirmation, de sa pratique. Ceci permet soit de le rassurer, soit de l'amener à se former. Ces contacts jouent donc aussi le rôle de **stimulus pour la recherche d'informations**.

L'importance de cette source est bien reconnue par les médecins. L'étude de **A.B.Boiteux** plaçait les contacts entre confrères au **troisième rang des sources d'informations** des praticiens. Ils étaient 65% à la juger très utile. C'est une **source essentielle**.

Il existe un moyen dérivé de celui-ci. Il s'agit du système **Info-Médecine**. Il fût créé à Tours, en 1974, par des hospitaliers afin **d'aider les omnipraticiens à trouver plus facilement des informations**. Un tour de garde des chefs de clinique ou des praticiens hospitaliers est mis en place. Ceux-ci reçoivent directement, ou par l'intermédiaire d'un secrétariat, les appels des médecins extra-hospitaliers. Le but des praticiens téléphonant est de **se rafraîchir la mémoire, d'affiner une démarche** ou de **connaître les derniers traitements**. Après ce contact téléphonique les omnipraticiens reçoivent par courrier la confirmation des renseignements obtenus.

Ce système s'est lentement mis en place et n'existe pas partout (il ne touche qu'une quinzaine de villes). Il peut pourtant être très utile en améliorant le **savoir**. Dans l'étude de **D.Maupeu**, **53%** des praticiens (de la ville de Tours) avaient eu **recours, au moins une fois, à ce service**.

5 - Capacités et DU:

Ce sont des **examens passés volontairement par les praticiens** après la fin de leur cursus universitaire initial. Ils complètent leur formation et leur fournissent une qualification ou un titre supplémentaire et parfois complémentaire.

Comme tout examen officiel en médecine, leur préparation est sous la responsabilité des universités. Les cours sont effectués par des hospitalo-universitaires. Le financement se fait par les facultés et les participants (frais d'inscription: 1 500 francs).

Ils sont constitués de **cours magistraux**, pour la plus grande partie, mais également de **stages pratiques** en service hospitalier ou dans des organismes extra hospitaliers. Nous les avons classés dans les supports oraux plutôt que manuels car la partie théorique est plus importante que la partie pratique (surtout dans les DU). La formation se fait sur plusieurs mois ou années. Elle est sanctionnée par un examen final nécessitant parfois la réalisation d'un mémoire.

Il s'agit de sources d'informations permettant:

- ◆ **l'actualisation des connaissances**
- ◆ **l'augmentation du volume des connaissances de base**
- ◆ **l'amélioration des pratiques irrégulières**
- ◆ **l'acquisition de nouvelles connaissances techniques**
- ◆ **la diversification de l'activité et parfois la reconversion**

L'importance du recours à ces examens n'a été estimée qu'à 14% des praticiens dans l'étude de **D.Maupeu**. Ceci est surtout dû au manque de temps et à la nécessité de s'investir. Ces formations nécessitent une motivation suffisante. **Il devrait s'agir de sources essentielles car leurs apports sont théoriques et pratiques. Ils touchent le savoir, le savoir-faire et le savoir-être. Ces sources sont malheureusement utilisées de façon accessoire.**

a - Les Capacités:

Il s'agit de **diplômes nationaux**. Les qualifications acquises peuvent être exercées conjointement avec celles antérieurement reconnues. Sont admis à s'y inscrire les titulaires du doctorat français de médecine. L'inscription à une capacité est subordonnée à la réussite d'un **examen probatoire** comportant des épreuves écrites et un entretien. La justification d'au moins 3 années d'exercice professionnel permet d'être dispensé des épreuves écrites.

La durée de l'enseignement est variable (de 1 à 2 ans). Deux parties sont prévues:

- * **un enseignement théorique** (de 80 à 160 heures)
- * **une formation pratique** (jusqu'à 120 demi-journées)

Il existe actuellement **13 capacités de médecine** différentes:

- **aide médicale urgente, 2 ans**
- **allergologie, 2 ans**
- **angiologie, 2 ans**
- **évaluation et traitement de la douleur, 2 ans**
- **gérontologie, 2 ans**
- **hydrologie et climatologie tropicales, 2 ans**
- **médecine aérospatiale, 1 an**
- **médecine et biologie du sport, 1 an**
- **médecine de catastrophe, 1 an**
- **médecine pénitentiaire, 2 ans**
- **médecine tropicale, 2 ans**
- **technologie transfusionnelle, 2 ans**
- **toxicomanie et alcoologie, 2 ans**

Sur Limoges 4 capacités peuvent être réalisées: gérontologie, médecine et biologie du sport, angiologie, aide médicale urgente.

b - Les Diplômes Universitaires et Inter-Universitaires (DU et DIU):

Du fait de leur autonomie pédagogique, **les universités ont le droit de décerner leurs propres diplômes**. Ils sont soumis, pour reconnaissance, **au Conseil National de l'Ordre des Médecins**. Il existe à peu près **700 DU dont 400 sont accessibles aux médecins généralistes**.

Dans la majorité des cas, l'inscription à un DU ou un DIU est soumise à l'**autorisation préalable de son responsable**. Ils sont accessibles aux docteurs en médecine français ou étrangers ainsi qu'aux internes de spécialité ou aux résidents. Certains sont parfois réservés aux spécialistes.

A Limoges, la **faculté de médecine** propose 12 DU dont 6 sont accessibles aux **médecins généralistes**:

- DU de **soins palliatifs**, 1 an
- DU d'**études médicales relatives à la réparation juridique du dommage corporel**, 1 an
- DU de **psychogériatrie**, 1 an
- DU d'**assurance vie et d'assurance des personnes**, 1 an
- DU d'**allergologie**, 1 an
- DU de **la douleur**, 1 an

Il existe également 7 DIU dont 2 sont accessibles aux **omnipraticiens**:

- DIU d'**homéopathie et de thérapeutique homéopathique**, 2 ans
- DIU de **prise en charge de l'infection par le VIH**, 1 an

La **faculté de pharmacie** de Limoges organise aussi des DU dont 3 sont accessibles aux **médecins généralistes**:

- DU de **nutrition**, 1 an
- DU d'**interactions et de contre indications médicamenteuses**, 1 an
- DU de **pharmacologie expérimentale et des mécanismes d'action des médicaments**, 1 an

Dans ce groupe des supports oraux les deux dernières sources étudiées (contacts entre confrères, capacités et DU) sont les plus intéressantes. Les informations y sont fiables. Elles mériteraient d'être des sources essentielles d'information des omnipraticiens.

Nous allons maintenant découvrir les sources d'informations les plus récentes : **l'audiovisuel**.

C) - Les Supports Audiovisuels:

Par définition, sont considérés comme supports audiovisuels tous ceux où l'information repose à la fois sur l'**oral** et l'**image**. Ils permettent par cette association d'augmenter l'impact des informations et d'obtenir une meilleure mémorisation.

Ce sont des moyens récents, développés surtout depuis la moitié de notre siècle et prenant de plus en plus d'importance. Il en existe deux types :

- ◆ ceux où l'échange n'est pas possible (télévision, films...)
- ◆ ceux où une interaction apparaît (informatique)

L'impact de ces supports dépend de leur fréquence d'utilisation. Jusqu'à présent, la **moyenne de recours** à ces techniques audiovisuelles, en individuel, était située aux alentours de 20% des praticiens (19% pour D.Maupeu en 1988 et 23% pour D.Levy en 1991).

1 - La Télévision:

Elle fait partie des anciens supports audiovisuels. Les premières télévisions sont apparues en 1935. Mais il faudra attendre les années 50 pour que ce média commence à se développer et à être diffusé. L'avènement des satellites permet désormais de transmettre instantanément une information audiovisuelle à la planète entière.

Les **premières émissions médicales télévisées** ont vu le jour dans les **années 50**. Il s'agissait au départ d'**émissions grand public**. Elles montraient une médecine spectaculaire (comme « *Les Médicales* » d'Igor Barrère avec les interventions cardiaques du Professeur Barnard) ou initiaient les spectateurs à une culture médicale de base (comme « *Les Jours de Notre Vie* » de Pierre Desgraupes).

Sur le **plan professionnel**, en France, il faudra attendre 1966 avant que des émissions spécifiques soient créées à l'initiative du conseil de l'Ordre des Médecins. La **première émission** eut lieu le **17 novembre 1966** sur le thème « *Leucocytoses et Neutropénies* » traité par le **Professeur Jean Bernard**.

Ces émissions étaient diffusées le dimanche matin à 9 heures et duraient une demi-heure. L'aspect volontairement austère dissuadait le grand public de les suivre. A son apogée, ce système d'EPU touchait **35% des praticiens**, surtout en milieu rural. Malgré tout, ces émissions étaient fastidieuses, et trop rares, ce qui expliqua la chute progressive de l'audience motivant l'arrêt des programmes en 1987.

Dans les années 80, des chaînes de télévision médicales vont être mises en place. La première sera **Médical Satellite** créée en décembre 1986. Ses émissions étaient diffusées via le satellite sur tout le territoire français. La réception se faisait dans des structures hospitalières publiques ou privées chargées d'organiser des réunions de praticiens. Les chaînes **Vidéospace** et **QS Bellon Vidéo Satellite** ont utilisé les mêmes procédés.

Les résultats ne furent pas très importants: **2% seulement des praticiens s'y intéressèrent**. Il fallait se déplacer et les émissions étaient trop rares pour être une véritable source d'informations. De plus, les moyens techniques de réception étaient chers (antenne parabolique).

Devant cet insuccès, un nouveau concept arriva: **la télévision médicale par chaîne spécialisée directement au domicile des médecins**.

La première fût **Santé TV**. Il s'agissait d'une chaîne privée cryptée passant sur le réseau hertzien de FR3. Elle était destinée aux omnipraticiens. Ceux-ci devaient s'abonner afin de pouvoir suivre les émissions. Elle fût lancée en mai 1988 et diffusait une émission par semaine. Elle disparu 6 mois plus tard.

Il y eut aussi, en 1988, un essai durant quelques mois sur le réseau de M6 (**TV Médicale**). Par la suite fût lancée la chaîne privée **Canal Santé**. Celle-ci diffusait quotidiennement des émissions de 1 heure et demi.

Le but de ces émissions était de permettre aux médecins généralistes la réception d'un enseignement et d'informations variées, indépendantes et de haute qualité scientifique. Ceci dans les meilleures conditions possibles de respect de l'éthique, de confort et d'écoute.

Ces émissions (en dehors de **Canal Santé**) étaient **trop rares** (une fois par semaine) et **trop courtes** (à peu près une heure) pour pouvoir devenir une source régulière d'informations. Il n'y avait **pas de choix possible du sujet ou de l'horaire**. De plus, elles **revenaient cher** à la réalisation (de 600 000 à 1 million de francs par émission) ou à la réception (location d'un décodeur: 2 500 francs par an). Enfin, ces émissions ont essayé d'informer les praticiens en passant par un **support traditionnellement réservé à la détente**.

Elles permettaient pourtant une **augmentation des connaissances théoriques sur le plan du savoir et du savoir-faire**.

Ceci peut expliquer l'échec de ces différentes tentatives et l'arrêt des émissions professionnelles. En revanche, les émissions grand public, elles, sont en pleine expansion.

Actuellement, les informations médicales télévisées sont de plusieurs types:

- * ***La publicité***: elle est de plus en plus fréquente et **n'apporte rien aux praticiens** car les informations sont inférieures à celles de la visite médicale.

- * *Les « flashs »*: il s'agit de la diffusion rapide d'informations souvent non confirmées. Ces informations brutes sont très médiatisées afin de faire de l'audience. Elles sont généralement à l'origine de mésinformations et de désinformations. Cela **n'apporte rien aux médecins.**

- * *La partie médicale des émissions généralistes*: l'information médicale y est très vulgarisée, peu explicite, toujours trop courte et incomplète. Elle est faite par des journalistes et parfois des médecins (*Télé Matin...*). Elle **n'est pas utile aux praticiens.**

- * *les séries médicales*: elles remportent un succès de plus en plus important. Au départ surtout romancées (*Médecins de Nuit*) elles deviennent plus techniques et bénéficient même des conseils de praticiens (*Urgences*). Elles **n'apportent rien non plus aux médecins.**

- * *Les émissions médicales grand public*: la qualité est très variable. Actuellement, il existe des émissions régulières sur les principales chaînes. Il y a ainsi « *Savoir Plus Santé* » sur France 2, « *Sidamag* » et « *Comment Ca Va ?* » sur France 3 ou « *Qui Vive* », « *Attention Santé* » et « *La Vie en Plus* » sur la 5.

Plusieurs magazines font également des émissions hors série concernant la médecine (*Reportages, Envoyé Spécial, Etats d'Urgence, La Marche du Siècle...*).

D'après un sondage du CESSIM , ces émissions grand public sont suivies par **31,7% des omnipraticiens**. Leurs buts sont:

- ◇ **acquérir des connaissances théoriques nouvelles** quand elles traitent de sujets d'actualité. De plus des spécialistes se trouvent parfois sur les plateaux et peuvent apporter des informations utiles.
- ◇ **savoir ce que leurs patients auront entendu**, pour pouvoir éventuellement en discuter avec eux et **adapter leur comportement, leur savoir-être**.

Globalement, **la télévision n'est pas une source majeure d'informations**. Elle intervient surtout en tant que complément. D'autres techniques audiovisuelles ont été testées. Elles n'ont pas non plus réussi à s'imposer. Nous allons maintenant les étudier.

2 - Les Cassettes Vidéo:

Elles ne sont pas apparues spontanément mais ont succédé aux **films médicaux**. La cinématographie est apparue dès 1895. Elle a permis la transmission des informations visuelles en introduisant de plus le mouvement. En 1896, le premier film médical fût réalisé. Mais il faudra attendre les années 50 pour que cette technique connaisse son essor dans le milieu médical.

Dans la majorité des cas ces films étaient dits « *de prestige* ». Ils concernaient des sujets médicaux sans aucun rapport avec les activités des laboratoires qui les finançaient. Ils seront peu à peu remplacés, dans les années 60 et 70, par des films dits « *de produits* » (concernant les productions de l'industrie médicale). Ils étaient moins chers et plus courts.

Dans les **années 70**, la production était à peu près de 500 films par an et **80% des praticiens** y avait eu **recours au moins une fois**. Leur déclin sera rapide et déjà en **1982** il n'y avait **plus que 30% des praticiens à s'y intéresser**. Actuellement la production est très faible car l'industrie pharmaceutique s'en est complètement désintéressée. L'utilisation comme source d'informations est quasi nulle.

D'autres techniques audiovisuelles sont apparues comme les **montages diapos-son**. Il était possible de se les faire prêter par les visiteurs médicaux afin de pouvoir effectuer des séances individuelles à domicile. Leur utilisation laborieuse explique leur faible développement en tant que source d'informations individuelle (au **maximum 5% d'utilisation**) et leur quasi disparition actuelle.

En 1975 est apparue une nouvelle technique changeant totalement le monde de l'audiovisuel: **la vidéocassette**. Elles permettaient pour la première fois une utilisation individuelle facile. Elles simplifiaient l'enregistrement, la duplication, la diffusion et la conservation des informations médicales. Il n'y a aucune contrainte horaire d'utilisation.

Dès 1982 ces cassettes ont supplanté les films médicaux classiques. D'après **A.B.Boiteux**, les **praticiens y ayant recours sont passés de 8 à 50% de 1975 à 1982**. En revanche, par la suite, l'utilisation a régressé. Une enquête effectuée en **1985** par la société **Indice** retrouve une **utilisation fréquente par seulement 5% des médecins et irrégulière par 14% de ces mêmes praticiens**.

Pourtant, les praticiens jugent les **cassettes vidéo bien faites à 68%**. L'absence d'utilisation peut s'expliquer comme pour la télévision professionnelle par 3 raisons: **pas de possibilité de choisir la façon d'aborder le sujet, manque d'interactivité et utilisation d'un média normalement fait pour se distraire**.

Ces cassettes permettent d'augmenter les connaissances médicales par des apports **théoriques**. Elles peuvent également montrer au praticien la manière de mener un examen clinique ou de réaliser des gestes pratiques. En plus d'améliorer le **savoir**, les vidéocassettes complètent et perfectionnent le **savoir-faire**. Il s'agit d'une **source accessoire**.

Il existe deux types de producteurs:

- **laboratoires pharmaceutiques**: les cassettes représentent 2% des investissements promotionnels de l'industrie médicale. Elles sont généralement de courte durée (de 20 à 30 minutes). Il y a toujours un message publicitaire plus ou moins direct. Certaines de ces cassettes sont plus intéressantes car elles ne comprennent que des informations médicales. Elles sont généralement réservées au secteur hospitalo-universitaire et aux associations de FMC.

- ***producteurs indépendants***: à notre connaissance, ils ont tous disparus. Leur but était de fournir régulièrement des cassettes strictement médicales. Plusieurs sociétés avaient été créées comme **TIVE Santé, Méditel, Télémed, Canal 33, la Vidéo du Généraliste** ou **Canal Santé**. Elles proposaient des cassettes de 1 à 2 heures éditées au rythme moyen de 5 à 6 par an.

Il existait aussi des cassettes reprenant les émissions médicales télévisées professionnelles. Mais, leur production et leur diffusion ont cessé avec l'arrêt de ces émissions.

Nous venons de terminer l'étude des supports audiovisuels classiques. Ceux-ci manquent d'interactivité. Ce sont des sources complémentaires mais accessoires d'informations. Elles disparaissent progressivement. Nous allons maintenant nous intéresser à un nouveau support: **l'informatique**.

3 - L'Informatique:

Les systèmes informatiques sont les derniers supports audiovisuels que nous étudierons. Toutes les composantes de ce groupe ne sont pas obligatoirement audiovisuelles. Nous traiterons de l'informatique à ce niveau car le multimédia (regroupant texte, image et son) se développe de plus en plus et s'inscrit dans l'audiovisuel.

L'informatique est apparue au cours de la seconde guerre mondiale pour stocker et traiter automatiquement les informations. Elle s'est depuis rapidement développée et a diffusé vers le grand public. Son apparition dans le monde médical s'est faite dans les années 50.

L'informatique offre une **très grande capacité de mémorisation et de programmation** et apporte surtout un **gain de temps**. Les informations sont obtenues rapidement sans avoir à se déplacer. Sa **disponibilité est importante**. Mais , elle présente aussi des **inconvenients**:

- **coût élevé**, à l'acquisition (environ 15 000 francs pour un micro ordinateur) et lors de la réactualisation des programmes (parfois 5 ou 10 000 francs pour un logiciel médical)
- **nécessité d'un apprentissage préalable** à toute utilisation

Ceci peut expliquer le peu d'intérêt porté à ce média par les omnipraticiens. En effet, actuellement, d'après une enquête du **Conseil National de l'Ordre des Médecins** de 1996, seulement **12% des cabinets de médecine générale sont équipés sur le plan informatique** représentant **25% des médecins généralistes** (contre les deux tiers en Grande Bretagne).

Cette enquête montrait de plus que ces ordinateurs étaient **surtout utilisés pour la gestion des cabinets** (comptabilité dans 79% des cas) ou **pour faciliter la pratique quotidienne** (traitement de texte pour le courrier dans 77% des cas, gestion des dossiers pour 58% et rédaction des ordonnances pour 44%).

Pourtant, les ordinateurs (et donc l'informatique) peuvent aussi être utilisés comme source d'informations. Que ce soit par l'accès à des banques de données, à des systèmes d'aide à la décision ou pour l'enseignement assisté par ordinateur (EAO). Plusieurs techniques sont utilisables. Nous allons maintenant les étudier.

a - Les Différentes Techniques:

L'informatique ne peut se concevoir sans l'utilisation d'un ordinateur. Il faut de plus des programmes, ou logiciels, spécifiques sans lesquels il ne sert à rien. Sur le plan médical, plusieurs types de logiciels existent:

- ◇ de gestion de cabinet (ce sont les plus utilisés)
- ◇ éducatifs (qu'il s'agisse de banques de données ou de systèmes d'enseignement assisté par ordinateur)

C'est ce deuxième type de logiciel qui constitue une source d'informations utilisable pour la formation continue. Ces programmes se présentent principalement sous deux formes: disquettes ou CD Rom. L'utilisation de l'ordinateur peut se faire de façon isolée ou en se connectant à des réseaux.

1 - Les Disquettes:

Depuis l'avènement de la micro informatique, les particuliers ont la possibilité de disposer de leurs propres programmes. Le support utilisé pour la transmission des informations a d'abord été la disquette informatique.

Ce support dispose de tous les avantages de l'informatique en général: **rapidité, disponibilité et grandes capacités de stockage**. Il existe soit des banques de données soit des systèmes d'EAO.

Par les informations apportées ces logiciels sur disquettes jouent sur les **connaissances théoriques** avec en particulier des apports sur le plan du **savoir** et du **savoir-faire**. La **pratique** est également **améliorée** par les simulations. Ils sont rarement utilisés.

Malgré tout, il existe des limites techniques avec en particulier une limitation des capacités de mémorisation face aux besoins importants des informations multimédias. C'est pourquoi d'autres techniques se sont développées.

2 - Les Vidéo Disques Interactifs:

Leur but est de pallier aux insuffisances de capacité des disquettes. Ils permettent d'enregistrer 36 minutes de films accompagnés de commentaires écrits et sonores. Ce support offre de plus une résistance plus importante aux agressions physiques.

Le vidéo disque permet encore plus de développer l'interactivité et la simulation. Il est surtout utilisé pour l'enseignement assisté par ordinateur. Ils sont peu nombreux et ont surtout été développés dans les facultés. Leur coût élevé n'en fait pas une source d'informations très diffusée.

Les connaissances transmises sont **théoriques** et portent aussi sur le **savoir** et le **savoir-faire**. Les systèmes de simulation permettent une **amélioration de la pratique**. Ils sont très rarement utilisés de façon individuelle.

Ce système n'est pas parfait et il présente également des limites techniques (capacités de mémorisation...) expliquant le développement d'une autre source d'informations: **le CD Rom**.

3 - Les CD Rom:

Cet acronyme signifie Compact Disk Read Only Memory. Ils présentent des capacités exceptionnelles de stockage de l'information: un CD Rom correspond à peu près à 500 disquettes.

Ils sont d'utilisation **simple, rapide** et **conviviale**. L'interactivité y est maximale. Il existe sur ce support des systèmes de simulation très performants et proches de la réalité. Il en existe deux types: bibliographiques ou éducatifs.

Ce système présente aussi des inconvénients:

- ◆ **durée de vie inconnue** (estimée d'abord à 100 ans, puis à 30 elle est actuellement inconnue par manque de recul)
- ◆ **nécessité d'un lecteur spécifique** ajouté au micro ordinateur (autour de 1 500 francs)
- ◆ le **coût** des CD Rom médicaux (parfois jusqu'à 4 000 francs)
- ◆ leur **production** est **limitée** et surtout **en anglais**

Ils permettent d'augmenter les **connaissances théoriques**, les apports se faisant sur le plan du **savoir** et du **savoir-faire**. Les simulations permettent aussi une **amélioration secondaire de la pratique**. Du fait des informations à « la carte » qu'ils apportent, ils sont appelés à être de plus en plus utilisés.

Pourtant, pour l'instant, sur les 25% de praticiens équipés en informatique 30% seulement ont un lecteur de CD Rom. **Leur utilisation est donc très accessoire.**

Jusqu'à présent, nous avons envisagé l'informatique utilisée de façon isolée sans possibilité d'extension au delà des capacités des programmes utilisés. Il paraît donc intéressant de pouvoir se connecter à d'autres ordinateurs afin d'élargir la source d'informations. Cela repose sur le principe de **la télématique**.

4 - La Télématique:

C'est le traitement automatique de l'information à distance. Son principal intérêt est de permettre l'accès à de multiples serveurs éloignés en un minimum de temps. Cela se fait grâce à l'interconnexion de réseaux informatiques (en France, il s'agit du réseau **Transpac**) mettant en communication différents ordinateurs.

L'application la plus connue et la plus répandue en France est le **Minitel**.

Le minitel: en France, le plus souvent, le terme de télématique n'est employé que pour recouvrir le champ du minitel. C'est dans ce sens que nous l'avons d'ailleurs utilisé dans notre questionnaire. Il s'agit d'un terminal classique ne possédant pas de disque dur. Ceci le différencie d'un micro ordinateur et lui retire toute possibilité de mémorisation ou de programmation. La seule possibilité offerte est le mode interrogation-réponse.

Ce système est interactif mais n'est pas multimédia. Il permet quand même d'obtenir une **très large gamme d'informations** à partir de serveurs nationaux. L'accès se fait facilement depuis le domicile ou le cabinet du praticien. Il existe un libre choix du service contacté et une grande disponibilité (utilisable 24 heures sur 24).

En revanche, le minitel **manque de rapidité** et présente surtout un **coût élevé** (de 1 à 9 francs par minute). Il est de plus **impossible de vérifier la qualité des informations** transmises. Ceci peut expliquer que, d'après l'étude de P.Vigier, son **utilisation par les praticiens** ne soit que de 5,2%.

Les serveurs minitel du domaine de la santé représentent **3% des serveurs** et sont regroupés en différentes rubriques:

- disciplines médicales et paramédicales
- encyclopédie médicale pratique
- établissements sanitaires et sociaux
- fournisseurs de matériel médical
- santé, hygiène, beauté
- maladies, troubles, affections

- maternité, contraception
- médicaments et remèdes
- méthodes de soins
- nutrition et diététique
- presse et documentation médicale
- prévention, vaccinations
- questions - réponses en santé
- urgences (informations)

Ces serveurs sont très utilisés puisque, pour toute la population française, ils représentent 3 millions d'heures de connexion par mois. Ils ne sont **pas tous utiles aux praticiens**. Les plus intéressants sont ceux qui sont réservés au corps médical et qui ne sont accessibles que par les médecins. Ces serveurs jouent le rôle de banques de données et parfois de systèmes d'aide à la décision. Il existe également des réseaux sentinelles de médecins généralistes.

En annexe 8, se trouve la liste des principaux services minitel utilisables sur le plan médical.

Le minitel peut être à l'origine d'une **augmentation des connaissances théoriques** portant surtout sur le **savoir** mais aussi sur le **savoir-faire** (avec les systèmes d'aide à la décision). Malgré sa facilité d'utilisation, son coût élevé et son manque de rigueur en font plutôt une **source accessoire** d'informations.

En dehors de cette technique, le monde de la télématique comprend l'ensemble des services de communication en réseau à partir des micro ordinateurs.

La communication en réseau: l'idée principale est de fédérer tous les ordinateurs et tous les réseaux de télécommunication du monde en leur faisant parler le même langage et en utilisant tous les réseaux de communication disponibles.

Son recours nécessite un investissement supplémentaire. En plus d'un micro ordinateur et de l'accès à un ligne téléphonique il faut:

- un modem (pour modulateur-démodulateur) chargé de « traduire » les informations de l'ordinateur en informations transmissibles sur une ligne téléphonique classique
- un logiciel de connexion
- un abonnement à un service de réseau dit en ligne

Il existe plusieurs réseaux sur le plan international. Pour la communication entre micro ordinateurs ils sont de plusieurs types:

- * *les Bulletin Board Systems* (BBS): ils sont apparus aux USA à la fin des années 70. Leur accès est gratuit ou peu onéreux (quelques centaines de francs par an). Par contre, il faut payer les communications. Ce sont des « *tableaux d'affichage* » servant de **messagerie électronique**, de **lieu de conférence** et permettant même le **transfert de fichiers**. Ils ne contiennent que du texte. Sur le plan médical, il en existe 2 en France : **Horus** (Paris) et **Sinapse** (Metz).
- * *Internet*

Internet est le réseau le plus connu: c'est **le réseau des réseaux**. Il a été créé aux USA en 1969 mais la France n'est connectée que depuis 1988. Il ne s'agissait au départ que d'informations textuelles avant que le multimédia y fasse son apparition à la fin des années 80. Ce service regroupe **50 à 60 millions d'utilisateurs dans le monde** (dont seulement 450 000 en France). Il **relie 10 millions d'ordinateurs** par l'intermédiaire de 150 000 réseaux. Ce service est en expansion permanente (il croît de 10% par mois).

Internet englobe différentes utilisations:

- ⇒ *le courrier électronique* (e-mail): ce sont des adresses électroniques où chacun peut recevoir des messages
- ⇒ *le File Transport Protocole* (FTP): pour le transfert de fichiers
- ⇒ *le WAIS et le Gopher*: ils ont à peu près les mêmes fonctions que les BBS et ne contiennent que du texte
- ⇒ *les forums* (news): ce sont des groupes de discussion où l'expression est libre. Les informations n'y sont pas contrôlées. **En France son utilisation est 20 fois moins importante qu'aux USA** et 3 fois moins importante qu'en Grande Bretagne. Il existe **17 000 forums** dont quelques centaines dans le domaine biomédical.
- ⇒ *le World Wide Web* (ou Web): cela signifie toile d'araignée. C'est le service le plus connu. Il a été créé en 1989 à Genève et sa croissance est de 10% par semaine. C'est un réseau regroupant toutes les dernières avancées de la communication informatique. Il est très **convivial, multimédia** (textes, photos ou vidéos, dessins, sons) et **simple d'utilisation**.

Ce système est dit **hypertexte**: c'est un texte actif dans lequel certains mots ressortent. Il suffit de cliquer dessus pour passer à une autre page en rapport avec eux. Toutes les pages sont reliées entre elles par des liens hypertextes.

Le Web présente quelques **inconvenients**:

- * les **documents sont de valeurs très inégales et leur qualité n'est pas vérifiée**. Il est de plus difficile de connaître les sources.
- * **presque tous les documents sont en anglais** (sur 7 000 serveurs médicaux, en septembre 1996, 95% étaient en anglais). Il n'y a que 350 serveurs francophones.

La communication peut se faire entre micro ordinateurs mais elle est également possible entre un micro ordinateur et de grands centres informatiques de références servant de banques de données.

La communication en réseau permet ainsi d'accéder à des banques de données, bibliographiques ou non, à des livres ou à des journaux médicaux électroniques. Les praticiens peuvent donc **trouver de la documentation**. Il leur est également possible par ces systèmes d'**échanger des informations** ou de **correspondre avec des collègues**.

Cette source d'information augmente les connaissances **théoriques** en portant surtout sur le **savoir** mais également le **savoir-faire** grâce aux capacités du multimédia.

Malgré tout, sur toute la France, il n'y a **que quelques centaines d'omnipraticiens connectés**. Cette source d'informations a donc peu de répercussions mais elle devrait se développer dans les années à venir.

En effet, l'étude de Vanzyl a montré que **par l'utilisation des réseaux les omnipraticiens ruraux se connectaient facilement aux banques de données médicales des universités et communiquaient également plus librement entre eux**. Il y avait **amélioration de leur savoir** et **secondairement de leur pratique**.

Nous venons d'étudier, de la plus simple à la plus complexe, les différentes techniques informatiques existantes. Etudions à présent les différentes utilisations possibles.

b - Les Différentes Utilisations:

Ces différents systèmes informatiques permettent tous de rechercher des informations médicales. Ils permettent d'accéder à des banques de données, des systèmes d'aide à la décision ou d'enseignement assisté par ordinateur.

1 - Les Banques de Données:

Elles regroupent des informations de provenances diverses stockées en mémoire dans des centres informatisés. Les données accessibles sont le plus souvent des références bibliographiques ou des textes intégraux. Ces banques, ou bases, de données sont de différentes tailles.

Sur le plan international les bases de données sont accessibles par télématique ou sur CD Rom. Les plus connues sont:

- * *Medline*: forme informatique de l'**Index Medicus**, édité par la **National Library of Medicine** des USA.
- * *Pascal*: forme automatisée de la bibliographie du **CNRS**. Il s'agit d'une base de données multidisciplinaire. Les données uniquement médicales sont regroupées dans **Médidoc**.
- * *EM Base*: forme informatique de **Excerpta Medica**. Elle couvre les parties cliniques et expérimentales de la médecine.
- * *Currents Contents*: leur but est d'annoncer les articles à paraître dans les revues dépouillées.

Ces bases peuvent être regroupées dans des serveurs comme **Data Star**, **Joyce**, **Télé systèmes** (pour la France) ou **Dialog**. Dans ce cas leur accès n'est possible que par télématique. Les omnipraticiens n'utilisant pas la communication en réseau ne peuvent pas y accéder directement. Leur utilisation ne se conçoit donc que par l'intermédiaire de la bibliothèque universitaire ou de certains services hospitaliers.

Cette source n'est pas utilisée en pratique. L'étude de **Gorman et al.**, de 1994, a montré que les omnipraticiens n'y ont recours spontanément pour rechercher des informations médicales que dans 1% des cas.

Par internet il serait possible d'accéder à d'autres sites médicaux. Il existe quelques sites américains ou anglais réservés à la médecine générale. Ce sont: **Medical Association, British Medical Journal, Doctor on Line, Medical Ressources, Pediatric Critical Care, Medical Matrix...**

En France, il n'y a pas de site spécifique à la médecine générale mais les omnipraticiens pourraient quand même accéder à de nombreux sites: **Iconocerf, Infobiogen, Sentiweb, Gyneweb, Paracelse**, serveurs du **Vidal**, du **Conseil de l'ordre des Médecins** ou de plusieurs facultés ou CHU: **Rouen, Tours...** Enfin, il existe aussi des sites médicaux des laboratoires pharmaceutiques (**Astra, Roche, Bayer, Glaxo, Servier...**) ou de certains périodiques (*le Quotidien du Médecin...*).

Sur le plan national, il existe également des bases de données accessibles par minitel. Nous en avons déjà vu les inconvénients. Elles se trouvent en annexe 8.

A côté de cela , il existe aussi des bases sur disquettes: ce sont les disquettes éducatives. Le choix n'est pas très important. Nous n'en citerons que quelques unes: **Nutrim** (nutrition); **Vidal, Archimed** ou **Comète** (médicaments); **Logiprat** (pratique médicale quotidienne)...

Il faut également noter le développement des CD Rom comprenant des programmes éducatifs médicaux. Ils sont encore peu nombreux mais leur nombre augmente régulièrement. Nous citerons entre autres: **Cybersanté, Mécanique Obstétricale, Otorom 1, L'ORL au Quotidien, Médi CD Rom...**

L'utilisation paraît très intéressante mais elle est encore accessoire. Une autre possibilité de recours à l'informatique pour rechercher des informations est l'utilisation des systèmes d'aide à la décision.

2 - Les Systèmes d'Aide à la Décision:

Ces systèmes sont fait de manière à aider les médecins dans leur choix au niveau des examens complémentaires ou des thérapeutiques. Il s'agit le plus souvent de systèmes dits « **experts** » reproduisant la démarche d'un spécialiste humain. Ils sont forcément limités et ne peuvent couvrir qu'un champ bien précis de la médecine.

Il peut être utile pour les praticiens de les utiliser. Par cette démarche, ils peuvent acquérir de nouvelles **connaissances théoriques sur le plan du savoir et du savoir-faire**. Les médecins peuvent également **s'évaluer** en obtenant confirmation ou infirmation de ce qu'ils ont entrepris. Le retentissement sur la pratique est rapide.

Ceci a été démontré par l'enquête de **Domball et al.**. Ils ont étudié l'intérêt d'avoir recours à un système d'aide au diagnostic des douleurs abdominales. Il y a **augmentation du nombre de diagnostics exacts posés et diminution du nombre des complications et des gestes chirurgicaux inutiles**. L'impact sur la pratique et sur la santé publique est donc bien net.

Ces systèmes sont accessibles par **télématique** (sur internet). La majorité est de réalisation anglo-saxonne. Il y a par exemple: **QMR, Internist, Caduceus...** En France, certains sont accessibles sur le minitel (comme le **36 14 ADM**). La possession de logiciels sur disquettes ou CD Rom n'est pas possible de façon individuelle du fait de leur coût élevé. Ils ne sont malheureusement pas assez développés et leur utilisation en pratique quotidienne n'est pas encore possible.

La dernière utilisation de l'informatique que nous étudierons est l'**enseignement assisté par ordinateur (EAO)**.

3 - L'Enseignement Assisté par Ordinateur:

Il se développe depuis quelques années. Ce système peut reposer sur la télématique, les disquettes, les vidéo disques ou les CD Rom. Il existe plusieurs types d'enseignement assisté par ordinateur:

- reconnaissance d'images
- acquisition de connaissances théoriques
- acquisition de raisonnements ou de savoirs-faire

Ces systèmes peuvent être utilisés pour la FMI comme pour la FMC. Ils présentent de nombreux avantages par rapport à un enseignement classique:

- ◆ **autonomie et individualisation du choix de l'apprenant** sur le sujet, le rythme et la fréquence désirés
- ◆ acquisition des connaissances de façon **interactive**
- ◆ **aspect ludique** incitant à la formation
- ◆ **mémorisation favorisée par le multimédia**
- ◆ **possibilité de simulations** statiques ou dynamiques (l'état du patient varie)
- ◆ **couplage à un processus de contrôle des connaissances**

Il a été démontré de plus que ces techniques d'EAO permettaient d'**apprendre plus vite** (gain de temps de 30 à 50%) et de **retenir plus longtemps** ce qui avait été acquis. Ce sont des sources d'informations possédant un **fort pouvoir formateur**. Les apports de ces systèmes se font sur les **connaissances théoriques** et également **pratiques** avec **augmentation du savoir et du savoir-faire**.

Il existe pourtant des inconvénients. Ces systèmes ont un coût élevé. De plus, leur diffusion n'est pas importante et ils ne sont accessibles que dans les universités ou au cours de la formation collective.

En France, ils reposent surtout sur des vidéo disques interactifs concernant la prescription des dermocorticoïdes, le dépistage des pathologies du col utérin ou les complications du diabète. Il existe également quelques CD rom de simulation. C'est le cas de la série « *Médecine Interactive* ».

De façon globale, **l'informatique est donc peu utilisée** par les omnipraticiens. **Elle devrait être une source essentielle d'informations et elle n'est même pas utilisée en tant que source accessoire.** Elle est surtout considérée comme un gadget.

Il est vrai que la présentation est plus ou moins attrayante suivant les programmes. Ne contenant d'abord que du texte, ils ont intégré le multimédia permettant ainsi d'augmenter les possibilités de transfert d'informations avec introduction des simulations. C'est désormais un média interactif.

De plus, la production n'est pas très importante. Il n'y a pas non plus de programme parfait. Les qualités dépendent des besoins des praticiens, de leurs habitudes et de leurs désirs. Enfin, le parc informatique médical est peu développé et les praticiens n'ont pas reçu de formation à ce niveau.

Pourtant, avec les projets **SESAME** et **VITALE** des caisses d'assurance maladie, l'utilisation de l'informatique et de logiciels médicaux spécifiques va devenir nécessaire. **L'informatisation des cabinets médicaux sera obligatoire dès le 31 décembre 1998** sous peine de sanctions financières.

De plus, actuellement, la formation initiale comprend une formation à l'informatique. Dans les années à venir, les praticiens se seront habitués à ce support qui devrait être de plus en plus souvent utilisé comme source d'informations (surtout avec les CD Rom et internet).

Ainsi s'achève l'étude des sources d'informations les plus techniques et les plus récentes. Nous allons maintenant étudier les derniers supports que nous avons dénommés « manuels ».

D) - Les Supports « Manuels »:

Il s'agit du dernier support que nous allons étudier. Nous l'avons appelé ainsi car il requiert une pratique médicale directe. Toute activité reprenant cette pratique est à l'origine d'un apport d'informations théoriques et pratiques.

Pour commencer, il est évident que **la source d'informations la plus courante en matière de formation continue est la pratique médicale personnelle quotidienne**. Ce sont les pathologies rencontrées qui permettent au praticien de confronter ses connaissances théoriques au feu de la pratique. Cela lui permettra de constater et de garder en mémoire les résultats des traitements prescrits et les effets secondaires. Il en va de même pour la prise de conscience des limites des examens complémentaires et les intérêts que l'on peut en attendre. De plus, la répétition des gestes d'examen clinique ou techniques permet de mieux les réaliser.

Tout ceci constitue l'expérience et permet une **amélioration progressive des connaissances pratiques, du savoir-faire**. Cela entraîne aussi une amélioration de la relation médecin-malade, c'est à dire **du savoir-être**.

Enfin, les problèmes diagnostiques ou thérapeutiques rencontrés seront autant de **facteurs stimulants** donnant envie d'aller chercher plus loin, de se renseigner afin de trouver (soit seul, soit par l'intermédiaire de confrères) les informations utiles à la prise en charge correcte des pathologies et des patients.

Plus un praticien aura une activité importante, plus il aura besoin d'aller chercher des informations afin d'être mieux formé et préparé à ce qu'il rencontre. Encore faut il qu'il puisse avoir le temps de le faire.

En dehors de la pratique quotidienne il existe d'autres sources d'informations manuelles facultatives:

- * **les expérimentations**
- * **la fréquentation de l'hôpital**

1 - Les Expérimentations:

Il s'agit des études réalisables par un médecin généraliste dans son cabinet. Elles portent sur le suivi des médicaments. D'après la définition de l'Ordre des Pharmaciens, sont considérés comme expérimentation tous les travaux cliniques réalisés à l'initiative d'un laboratoire pharmaceutique après l'autorisation de mise sur le marché.

Ils visent à approfondir les connaissances sur les indications, les modes d'action et les meilleures utilisations thérapeutiques des produits. Cela à la fois sur le plan clinique, mais également sur le plan d'une organisation raisonnée de la toxico-pharmacovigilance des produits. Ils ne doivent pas avoir d'autres fins que l'approfondissement des connaissances scientifiques sur les médicaments.

Ces expérimentations permettent une **augmentation des connaissances théoriques** des praticiens intéressés suite à la formation organisée par les laboratoires préalablement à toute activité de ce genre. De plus, du fait de l'obligation d'informer le patient, afin d'obtenir son consentement éclairé, il y a une **amélioration du contact médecin-malade et donc du savoir-être sur le plan pratique.**

Ces essais cliniques en ville vont se développer dans les années à venir suite à un besoin d'amélioration des suivis extra-hospitaliers secondaire à l'augmentation du nombre des pathologies traitées en ambulatoire.

Il existe également d'autres types de travaux. Il s'agit des travaux expérimentaux en médecine générale donnant lieu à des **publications**. Ils permettent à un praticien de s'intégrer dans une équipe afin de faire une étude. Il doit faire des recherches précises pour obtenir une documentation complète et à jour. Ils sont surtout à l'origine d'une **augmentation des connaissances théoriques** mais ont un **retentissement pratique rapide.**

Ces deux techniques sont encore peu développées et utilisées (il n'existe pas actuellement de chiffre précis sur les participations respectives).

2 - La Fréquentation de l'Hôpital:

Celle-ci peut se concevoir de deux manières:

- stages hospitaliers
- vacations

a - Les Stages Hospitaliers:

Il s'agit soit de matinées hospitalières régulières (afin de participer aux staffs, de suivre les visites), soit de stages prolongés de plusieurs jours plusieurs fois par an. Cette méthode est encore peu développée et ce sont surtout les praticiens installés en zone urbaine qui y ont recours.

D'après l'étude de D.Maupeu il y a 29% des praticiens qui y participent dont 9% très souvent, 6% souvent et 14% peu souvent. Ceci est confirmé par l'étude du Centre de Sociologie et de Démographie Médicales qui retrouve 27% de fréquentation de l'hôpital par les généralistes.

Pourtant, l'étude de **Mac Knight en 1992** a montré que les **praticiens étaient très favorables à ces stages dans 24% des cas et favorables à 46%**. La participation est donc inférieure à ce que les praticiens eux mêmes souhaiteraient. Cela peut s'expliquer surtout par le manque de temps.

Les avantages sont la **formation au contact du malade** et **l'apprentissage de gestes techniques**. Cela permet également **d'acquérir des expériences inhabituelles en pratique libérale** comme la manipulation de thérapeutiques réservées à l'usage hospitalier ou la confrontation à des pathologies rares ou évoluées.

C'est une méthode de formation complète: **théorique et surtout pratique**. Elle augmente le **savoir** et apporte une expérience nouvelle en ce qui concerne le **savoir-faire** et le **savoir-être**. Elle **devrait être essentielle mais son recours est accessoire**.

b - Les Vacances Hospitalières:

Depuis la loi du 31 juillet 1991 (article L 711-6 de la loi hospitalière) l'hôpital local est devenu un établissement public de santé pouvant dispenser des soins de courte durée (seulement en médecine), de suite ou de réadaptation ainsi que des soins de longue durée à des personnes dépendantes.

Il s'agit d'un hôpital mis à la disposition des praticiens libéraux pour la pratique de la médecine générale. Pour y exercer, il faut l'accord du préfet obtenu après avis de la commission médicale d'établissement et du conseil d'administration. Cet accord est valable 5 ans et renouvelable.

Il existe à peu près 5 000 lits de médecine dans les 300 hôpitaux locaux français, utilisés par 2 500 médecins libéraux.

Les praticiens peuvent désormais suivre leurs patients pour des soins relevant de leur compétence mais ne pouvant pas être réalisés à domicile. Ils ont ainsi la possibilité **d'élargir le champ de leur pratique, de suivre des pathologies inhabituelles ou plus évoluées que dans leur pratique quotidienne, de manipuler des médicaments non disponibles en ville ou auxquelles ils ont rarement recours.** Ceci augmente l'expérience des omnipraticiens, leurs connaissances **théoriques et surtout pratiques.**

En parallèle de l'accès à l'hôpital local, certains médecins généralistes exercent des fonctions d'attaché dans des services hospitaliers (gérontologie, explorations fonctionnelles...). Ceci est souvent secondaire à l'acquisition d'une qualification complémentaire après capacité ou DU. Les apports sont les mêmes que pour les vacations hospitalières. Il n'y a pas de statistique disponibles à ce niveau là.

Toutes ces techniques manuelles sont une reproduction de la pratique quotidienne placée dans un cadre élargi (changement de pratique: expérimentation; changement de lieu: hôpital).

Ces sources sont les plus efficaces. Ce sont les seules à avoir un retentissement direct sur la pratique. **Elles devraient être utilisées de façon régulière car elles sont essentielles et complètes.**

Nous venons de terminer l'étude de toutes les sources d'informations. Elles ne sont pas toutes identiques et ont toutes leurs avantages et leurs défauts.

Les différents supports que nous avons étudiés permettent des acquisitions également différentes avec un impact plus ou moins marqué. L'étude de la **Harvard Business School** a pu démontrer que nous nous souvenons de :

- ◆ 10% de ce que nous lisons
- ◆ 20% de ce que nous entendons
- ◆ 30% de ce que nous voyons
- ◆ 50% de ce que nous voyons et entendons
- ◆ 80% de ce que nous disons
- ◆ 90% de ce que nous disons et faisons

Il en ressort que les supports les plus performants sont ceux qui incluent la pratique ou la reproduisent. Ils permettent de fournir aux médecins toutes les informations qui correspondent réellement à leur besoins. Ce sont ces sources qui nécessitent un investissement personnel. Ce sont les plus formatrices et elles jouent sur le plus grand nombre de composantes des acquis.

En effet, certaines sources d'informations ne jouent que sur la théorie alors que d'autres jouent sur la théorie et la pratique. De même, les apports peuvent intervenir au niveau des différentes composantes des acquis: savoir, savoir-faire ou savoir-être.

Enfin, nous pouvons les diviser en sources d'origine médicale ou non. Elles apportent toutes des informations pouvant être utiles aux médecins. Néanmoins, les sources d'origine médicale sont plus fiables car les informations y sont normalement vérifiées et vérifiables. De plus, ces sources professionnelles apportent plus d'informations que les autres et surtout de manière plus régulière.

Il y a donc schématiquement deux groupes de sources d'informations:

- ⇒ **professionnelles pouvant être utilisées de façon régulière, avec une séparation entre celles qui nécessitent une démarche personnelle et un investissement et celles qui arrivent auprès des praticiens sans sollicitation particulière**
- ⇒ **extra professionnelles devant être utilisées de façon accessoire en complément des sources professionnelles après vérification de leur utilité et de leur qualité**

A notre avis, les plus performantes sont les stages hospitaliers, les capacités puis l'informatique médicale (avec en particulier les simulations). Bien sûr, ce sont actuellement les plus contraignantes.

Il nous paraît donc nécessaire de mélanger les sources afin de recourir:

- * de façon régulière à une source médicale avec investissement personnel
- * de façon régulière à une ou plusieurs sources médicales sans investissement
- * de temps en temps à des sources extra médicales

Enfin, il faut noter que la majorité de ces sources utilisées en formation individuelle peuvent aussi servir en formation collective.

3 ème PARTIE:

L'ENQUETE

*« L'ignorance en médecine est un crime:
la science ne se devine pas,
elle s'acquiert par un travail persévérant »
Cruveilhier*

Afin de vérifier les résultats présentés dans la deuxième partie et de terminer cette étude nous avons réalisé une enquête pour étudier l'importance du recours à chaque source d'informations. L'utilisation de ces sources d'informations devant se faire dans le cadre de la formation médicale continue individuelle.

I) - METHODOLOGIE:

Le but est de **déterminer les pourcentages d'utilisation des différentes sources d'informations** disponibles afin de pouvoir les classer. Nous voulons également, dans un deuxième temps, **vérifier si il existe des facteurs particuliers pouvant influencer le choix des sources d'informations utilisées.** Nous avons choisi 8 variables à étudier : l'âge, le sexe, le mode et le lieu d'activité, le nombre d'actes quotidiens, la présence ou non d'une fonction hospitalière, l'organisation ou non de la FMI ou de la FMC. Enfin, nous voulons savoir si les médecins se contentent d'une source ou si au contraire ils vont chercher des informations à différents endroits.

Notre sujet étant déterminé, nous avons choisi de réaliser un questionnaire plutôt que d'aller rencontrer les médecins à leur cabinet. Ceci dans le but de ne pas trop les déranger pendant leur pratique et surtout pour éviter d'influencer les réponses.

Nous avons ainsi réalisé notre questionnaire (annexe 9). Celui-ci comprend **deux parties**. La première regroupe les 9 questions concernant les **caractéristiques « administratives »** des sélectionnés (aux critères déjà énumérés nous avons rajouté le nom afin de les recontacter). La deuxième comprend 26 questions regroupées en 16 items. Elles concernent les **différentes sources d'informations**.

Il s'agit **surtout** de **questions fermées**, sauf dans 6 cas. Pour les questions concernant les sources d'informations, nous avons à chaque fois fait 3 propositions (sauf pour la dernière concernant les capacités et les DU): utilisation **régulière, de temps en temps** ou **jamais**. Ceci permet d'introduire une notion de fréquence d'utilisation afin de vérifier si il y a un rapport entre la régularité du recours à une source et son pourcentage d'utilisation. Ce questionnaire a été testé à deux reprises auprès de 5 médecins généralistes installés pour s'assurer de sa clarté.

Enfin, nous avons choisi la population de notre étude. Comme nous l'avons déjà expliqué au départ, nous n'avons inclus que les médecins généralistes installés et uniquement ceux du département de la Haute Vienne.

Il y a 459 omnipraticiens installés dans notre département (d'après l'Ordre des Médecins). Les 5 médecins ayant testé le questionnaire en ont été retirés. Nous avons fait notre échantillonnage par tirage au sort de façon aléatoire de **150 praticiens** (à peu près le tiers de la population étudiable) en utilisant une **table de nombres au hasard**.

Nous avons ainsi sélectionné 99 hommes et 51 femmes. Il y avait 65 médecins en zone urbaine et 85 en zone rurale.

Les médecins sélectionnés ont reçu fin janvier 1997 une première lettre accompagnée du questionnaire (annexe 9). Une enveloppe réponse était jointe afin de faciliter le retour du courrier. Nous avons renvoyé fin février 1997 une lettre de rappel à ceux n'ayant pas encore répondu (annexe 9). Enfin, nous avons attendu un mois avant de clore cette étude à la fin du mois de mars 1997.

Tous les résultats ont été saisis sur informatique en utilisant à chaque fois un numéro à la place du nom des praticiens pour conserver leur anonymat. Une fois les pourcentages calculés la significativité a été vérifiée par l'utilisation du test du chi 2 et par le test exact de Fisher.

Cette enquête présente quelques limites. En premier, son recrutement est faible mais l'échantillon est quand même statistiquement représentatif.

Deuxièmement, les questions ne permettent de connaître que la fréquence de recours à une source d'information. Il est ainsi impossible de connaître l'intensité d'utilisation de ces sources (nombre d'heures d'utilisation, quantité des informations retenues). Il est également impossible de connaître la qualité des informations retirées et leur éventuel impact sur la pratique.

Enfin, troisièmement, nous ne pouvons qu'avancer des hypothèses à propos de ces résultats. En effet, le questionnaire ne permet pas de déterminer avec précision les raisons de recours à une source plutôt qu'à une autre.

*« Les choses qu'il faut apprendre pour les faire
c'est en les faisant que nous les apprenons »
Aristote*

II) - RESULTATS:

Ceux-ci seront présentés en 2 parties. D'abord un résultat global de l'étude, puis les résultats spécifiques à chaque critère étudié.

A) - Résultat Global:

Sur 150 questionnaires, nous avons obtenus 100 réponses dont seulement 98 exploitables. En effet, deux praticiens nous ont annoncé leur volonté de ne pas participer à l'enquête.

Après le premier envoi nous avons eu 88 réponses et 12 après la lettre de rappel. La comparaison de ces deux groupes n'a pas montré de différence particulière en ce qui concerne les données sociodémographiques.

Le tableau I reprend la totalité des renseignements obtenus concernant les 19 sources d'informations testées.

Sources	Utilisateurs Nombre / %	DE FACON REGULIERE	DE TEMPS EN TEMPS	JAMAIS
PRESSE D'INFORMATION	47 48%	46 47%	5 5%	
PRESSE DE FORMATION	58 59%	34 35%	6 6%	
PRESSE GRAND PUBLIC	5 5%	38 39%	55 56%	
COURRIER MEDICAL	44 45%	48 49%	6 6%	
BIBLIOGRAPHIE DES LABORATOIRES	2 2%	41 42%	55 56%	
BIBLIOTHEQUE PERSONNELLE	35 35,7%	54 55%	9 9,3%	
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE	1 1%	18 18,5%	79 80,5%	
TELEMATIQUE	1 1%	0 0%	97 99%	
DISQUETTES	1 1%	4 4,3%	93 94,7%	
CD ROM	3 3%	11 11,3%	84 85,7%	
INTERNET	0 0%	0 0%	98 100%	
CASSETTES AUDIO ET/OU VIDEO	2 2%	47 48%	49 50%	
EMISSIONS DE RADIO	2 2%	26 26,5%	70 71,5%	
EMISSIONS DE TELEVISION	2 2%	31 31,7%	65 66,3%	
ECHANGES AVEC LES GENERALISTES	38 38,7%	36 36,7%	24 24,6%	
ECHANGES AVEC LES SPECIALISTES	46 47%	43 43,75%	9 9,25%	
VISITEURS MEDICAUX	15 15,3%	72 73,4%	11 11,3%	
FREQUENTATION DE L'HOPITAL	13 13,3%	38 38,7%	47 48%	
CAPACITES OU DU	41	42%	57 58%	

Tableau I (résultat global)

Dans chaque case se trouvent le nombre de praticiens ayant répondu par l'affirmative et le pourcentage correspondant. Pour les capacités et DU il n'y a que deux cases en fonction de l'utilisation ou non.

Il est possible dès le début de constater le recours, qu'il soit régulier ou non, à presque toutes les sources d'informations. En effet, les médecins les utilisent toutes sauf internet.

Nous pouvons connaître le nombre et le pourcentage de praticiens utilisant une source d'informations en additionnant les résultats des deux premières colonnes (utilisation régulière et de temps en temps). Cela nous permet de les classer dans l'ordre suivant:

presse d'information (95%)
 presse de formation = courrier médical (94%)
 échanges avec les spécialistes = bibliothèque personnelle (90,7%)
 visiteurs médicaux (88,7%)
 échanges avec les généralistes (75,4%)
 fréquentation de l'hôpital (52%)
 cassettes audio et /ou vidéo (50%)
 presse grand public = bibliographie des laboratoires (44%)
 capacités ou DU (42%)
 émissions de télévision (33,7%)
 émissions de radio (28,5%)
 bibliothèque universitaire (19,5%)
 CD Rom (14,3%)
 disquettes (5,3%)
 télématique (1%)
 internet (0%)

Nous avons comparé ces résultats aux données de la littérature. En dehors de la presse professionnelle, de la presse grand public et des sources audiovisuelles nous observons à chaque fois des pourcentages de recours plus importants d'au moins 15%.

Le plus marquant concerne les sources d'informations d'origine professionnelle normalement peu utilisées par les omnipraticiens (fréquentation de l'hôpital: 52% contre 29% dans la littérature; capacités et DU: 42% contre 14%; bibliothèque universitaire: 19,5% contre 5%). Les questions sur ces sujets ont dû gêner les médecins et créer un « *malaise* ». Il est possible que ceux-ci prenant conscience de leurs carences à propos du recours à ces sources aient répondu affirmativement afin de ne pas les montrer.

A partir du classement nous pouvons distinguer deux groupes dans ces sources d'informations:

⇒ le premier comprend 7 sources différentes dont le pourcentage de recours est au minimum de 75% (5 d'entre elles sont même supérieures à 90%). Elles sont toutes strictement issues du milieu médical. Ces sources sont caractérisées par leur facilité d'accès. De plus, elles ne nécessitent pas de déplacement ni d'investissement important de la part du praticien.

⇒ le deuxième regroupe des sources d'origine médicale ou non. Les pourcentages vont de 0 à 52. Les sources professionnelles sont celles qui nécessitent un investissement conséquent ou ne sont pas immédiatement accessibles (ce sont quand même les plus utilisées de ce groupe).

La presse professionnelle arrive en tête des sources d'information utilisées. L'écart de 1% entre les presses de formation et d'information n'est pas significatif. Sa supériorité d'utilisation est ainsi confirmée.

Il est intéressant de noter la place accordée au courrier médical (2ème moyen le plus utilisé). Cela prouve une fois de plus l'intérêt d'une bonne transmission de l'information du milieu spécialiste vers le milieu généraliste.

Nous pouvons constater également qu'au niveau des échanges entre confrères les généralistes préfèrent se tourner vers les spécialistes. Cela pourrait s'expliquer par:

- * le besoin d'obtenir rapidement des informations très précises et conformes aux dernières avancées de la spécialité
- * le manque de relation entre confrères généralistes
- * le manque de confiance entre généralistes

Il est étonnant de remarquer la place accordée à la visite médicale. L'importance de la pression qu'elle exerce dans la pratique quotidienne peut l'expliquer. Il est également vrai que les praticiens n'ont pas d'autre source pour s'informer sur les médicaments.

Enfin, il est regrettable de constater le peu d'usage des sources les plus performantes (capacités et DU, fréquentation de l'hôpital, informatique médicale). Elles sont toutes dans le deuxième groupe. Paradoxalement, il existe toujours une utilisation des cassettes audio et / ou vidéo alors que leur production est très faible voire nulle et que ces cassettes ne sont pas réactualisées.

Globalement, nous avons la confirmation de la **préférence des médecins généralistes pour le recours aux sources professionnelles faciles à utiliser et à intégrer dans la pratique quotidienne. Ces sources sont plus souvent couplées à des sources extra médicales qu'à des sources professionnelles nécessitant un investissement personnel.**

En reprenant le classement et en le faisant uniquement en fonction de la régularité de l'utilisation, les résultats sont différents:

- presse de formation (59%)
- presse d'information (48%)
- échanges avec les spécialistes (47%)
- courrier médical (45%)
- échanges avec les généralistes (38,7%)
- bibliothèque personnelle (35,7%)

Toutes les autres sources chutent en dessous de 15% de recours régulier. La majorité se situant même autour de 2%.

Nous pouvons ainsi observer que les sources les plus utilisées de façon régulière font toutes partie du premier groupe du classement précédent. **Les sources les plus régulièrement utilisées sont donc également celles qui sont les plus utilisées de façon globale. Cela se confirme pour les sources d'origine médicale.**

Seule la visite médicale fait exception et n'en fait plus partie. Ceci confirme l'impossibilité des praticiens de s'y soustraire mais surtout le recul qu'ils prennent par rapport aux informations qui leur sont transmises par ce biais.

La presse de formation arrive en tête avec une différence significative par rapport à la presse d'information. La préférence des médecins est nette et traduit le souci d'obtenir des informations fiables, précises et provenant de sources indépendantes.

En dehors de la bibliothèque universitaire, de l'informatique médicale et de la fréquentation de l'hôpital toutes les sources d'informations provenant du milieu médical ont un pourcentage d'utilisation régulière supérieur à 35%. Ces trois sources sont moins faciles d'accès et nécessitent un investissement personnel non consenti de manière prolongé. Une fois de plus, **ce sont les sources d'informations les plus accessibles et les plus faciles à utiliser qui le sont de manière régulière.**

Les sources non médicales n'ont pas, ou très peu, d'utilisation régulière. Ceci confirme leur caractère accessoire et la faible confiance accordée par les praticiens. **A l'opposé des sources professionnelles, une utilisation globale importante ne signifie pas une utilisation régulière** (la télévision passe ainsi de 33 à 2% de recours).

Ces résultats nous permettent de mettre en évidence deux groupes de sources d'informations utilisées:

- ◇ **médicales: considérées comme essentielles, utilisées les plus fréquemment et de façon régulière quand il ne faut pas s'investir sinon l'utilisation chute rapidement**
- ◇ **extra-médicales: d'utilisation irrégulière, elles sont accessoires mais complémentaires car les praticiens y ont quand même recours**

Le **nombre de sources différentes utilisées** (de façon régulière et de temps en temps) est en moyenne de **9,5 par personne**. Les résultats vont de 5 à 16. Cela confirme le fait que les médecins généralistes vont chercher leurs informations dans des sources multiples. Ceci pourrait s'expliquer par le souci de diversifier les sources afin de pouvoir recouper les informations et donc mieux les évaluer.

Pourtant, **la moyenne du nombre de sources utilisées de façon régulière n'est que de 3,6 par personne**. Les résultats vont de 0 à 18. Nous pouvons en conclure que les praticiens font bien la différence entre les sources essentielles et celles qui sont accessoires.

Nous pouvons constater de plus que **32,6% des praticiens répondants n'utilisent aucune source de manière régulière**. Ils sont 57,1% à utiliser régulièrement moins de 3 sources d'informations. Ce chiffre est surprenant. Il n'est malheureusement pas en faveur des médecins. Cela prouve que **le tiers des omnipraticiens ne s'investit pas correctement dans sa formation**: soit par manque de temps, soit par manque de motivation. Ceci peut expliquer le souci du législateur de rendre obligatoire la FMC.

Trois médecins faisaient état d'une utilisation régulière de plus de 15 sources différentes. Nous pensons qu'il s'agit de praticiens ayant répondu rapidement car ils n'étaient pas intéressés par le sujet. Il paraît difficile de pouvoir gérer une activité aussi intense d'information en parallèle de l'activité quotidienne.

Au niveau de la presse professionnelle, le questionnaire nous a permis de savoir comment les médecins la jugeaient. Ces questions portaient sur le nombre de revues hebdomadaires reçues, sur les titres (pour la presse de formation) et sur le caractère adapté ou non à leurs besoins.

Il en ressort que **la presse de formation répond aux besoins des praticiens dans 78,5% des cas**. La **presse d'information n'y répond que dans 56%**. Cette différence est significative. Elle justifie la différence effectuée entre ces deux types de presse professionnelle. Elle permet également d'expliquer la différence retrouvée au niveau du recours régulier.

En ce qui concerne les quantités de revues reçues, le nombre de répondants n'est que de 78 (79,5%). Nous avons d'ailleurs constaté une diminution du nombre des personnes répondant à toutes les questions ouvertes nécessitant un investissement plus important pour y répondre.

Pour la presse d'information, le nombre moyen de revues reçues de façon hebdomadaire est de 10,8. Alors qu'il n'est que de 2,8 pour la presse de formation.

En ce qui concerne les titres de ce dernier type de presse professionnelle, nous n'avons eu que 64 réponses. Deux titres arrivent en tête à égalité (75%) : *le Concours Médical*, *la Revue du Praticien-Médecine Générale*. Puis, le taux chute à 25% avec la revue *Prescrire*. *JAMA*, *la Gazette Médicale* et *Sud Ouest Médecine* n'intéressent que 3% des praticiens.

Il est possible de constater à ce niveau l'uniformité dans le recours à la presse de formation. **Les praticiens utilisent presque tous les mêmes revues.** Leur choix se porte sur des revues hebdomadaires de diffusion nationale permettant un renouvellement rapide des informations.

Les deux dernières questions (24 et 25) concernaient les préférences des médecins au niveau des sources qu'ils utilisaient en leur demandant de plus de motiver leur choix. La première question était à choix multiple et la deuxième ouverte.

Nous avons obtenu à la question 24 les résultats suivants en fonction du nombre de réponses:

presse de formation	54
presse d'information	8
échange avec les confrères	5
visiteurs médicaux	5
bibliothèque personnelle	3
fréquentation de l'hôpital	3
capacités ou DU	2
informatique médicale	1
courrier médical	1
presse grand public)
bibliographie des laboratoires)
bibliothèque universitaire) 0
cassettes audio et / ou vidéo)
émissions de radio ou de télévision)
ne se prononce pas	16

Il est possible de constater à nouveau la première place de la **presse de formation**. C'est la **source d'information préférée des médecins généralistes**, la plus utilisée de façon globale ou régulière.

Il faut noter que toutes les sources choisies sont d'origine médicale. C'est la preuve du discernement des médecins quand à la valeur des informations et de leurs sources. Ici aussi, les plus fréquemment citées sont les sources les plus faciles d'accès. **Il faut aux praticiens des sources fiables et s'intégrant dans la pratique sans la déranger.**

En ce qui concerne la question n° 25, sur la motivation de la préférence, nous n'avons obtenu que 63 réponses. Ceci correspond soit à un manque de temps des praticiens pour y répondre, soit à une gêne pour expliquer leur choix. Celui-ci n'étant pas réellement motivé mais reposant plutôt sur un critère de facilité d'utilisation.

Ces raisons peuvent être classées en deux groupes. Ceux-ci sont fonction des caractéristiques:

- * de la source (75% des cas)
- * des informations transmises (25% des cas)

Pour la source, le plus important est qu'elle soit facile à utiliser (54%), disponible (13,5%) ou qu'elle permette de gagner du temps (32,5%).

Pour les informations, elles doivent être adaptées (58%), fiables (21%) et précises (21%).

Ceci permet malheureusement de constater que les sources sont plus utilisées pour elles mêmes que pour ce qu'elles apportent. **C'est le plus souvent un critère de facilité, plus que de valeur formatrice, qui motive le recours préférentiel à une source d'informations.**

B) - Résultats Spécifiques:

Nous allons maintenant étudier le recours aux différentes sources en fonction des variables. Dans un souci de simplicité et de clarté, nous ne nous intéresserons qu'au recours régulier. Nous ne ferons pas d'étude approfondie de chaque groupe mais juste une comparaison. Les capacités et DU n'ayant été classés qu'en fonction du critère d'utilisation globale nous ne les incluerons pas dans nos tableaux, mais nous étudierons à chaque fois les différences. Les tableaux reprenant les résultats obtenus en fonction de toutes les caractéristiques sont en annexe 10.

1 - Age:

En ce qui concerne l'âge, nous avons répartis les praticiens en 4 groupes. Les résultats se trouvent dans le tableau II. Le 4ème groupe, englobant les praticiens de 60 ans et plus, n'a pas un recrutement suffisant pour pouvoir être significatif. Il ne sera donc pas inclus dans l'étude.

Nous avons décidé d'étudier ces groupes deux par deux. Nous débuterons par les groupes 1 (de 30 à 40 ans) et 2 (de 40 à 50 ans) puis nous passerons aux groupes 2 et 3 (50 à 60 ans) avant de terminer par les groupes 1 et 3.

	30 ans inclus à 40 ans	40 ans inclus à 50 ans	50 ans inclus à 60 ans	60 ans et plus
nombre	21	59	13	5
pourcentage	21,6%	60,2%	13,2%	5%

Tableau II (répartition en fonction de l'âge)

L'âge moyen est de 44,3 ans, ce qui correspond bien aux données des statistiques du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

a - Groupes 1 et 2:

Entre ces deux catégories la différence de recours aux capacités et DU est significative ($p < 0,05$). Le résultat du 1er groupe est de 33,4% (IC 95%: 13%-53%). Celui du 2ème est de 59,3% (IC 95%: 46,8%-71,8%). Nous pouvons en déduire **que les médecins de 40 à 50 ans ont plus souvent recours, que ceux de 30 à 40 ans, aux capacités et DU afin de compléter leurs formations.**

Ceci peut s'expliquer de deux façons:

- * les médecins du 2ème groupe sont en activité depuis plus longtemps ce qui leur a permis sur ce laps de temps plus long d'y avoir plus souvent recours et surtout de prendre conscience de leurs lacunes et de l'utilité de se former
- * les médecins du 1er groupe viennent juste de finir leur formation initiale et ne ressentent pas encore le besoin de la compléter par une formation universitaire

Cela ne peut pas provenir d'une différence d'activité. Les praticiens plus âgés ont généralement un nombre d'actes plus élevé ce qui, au contraire, devrait gêner l'utilisation de cette source.

Les pourcentages concernant les autres sources utilisées sont dans le tableau III.

Nous les avons classé en fonction de leurs pourcentages d'utilisation régulière. Dans les deux cas nous observons les mêmes sources dans les premières places (presse professionnelle, échanges entre confrères, courrier médical et bibliothèque personnelle). La presse de formation est la plus utilisée dans les deux groupes.

La seule différence significative concerne la **fréquentation de l'hôpital**. Elle est **plus fréquente dans le groupe des médecins de 40 à 50 ans** (2ème place; 52,4% [IC 95%: 39,7%-65,1%]) que dans celui de 30 à 40 ans (7ème place; 19,1% [IC 95%: 2,4%-35,8%]).

Cette différence peut s'expliquer pour les mêmes raisons que la différence de recours aux capacités. Les praticiens les plus jeunes viennent de quitter le monde hospitalo-universitaire et pensent certainement ne rien avoir de plus à y apprendre. De plus ils débutent leurs carrières et leur formation continue. Ils n'ont pas encore testé les valeurs des différentes sources et leurs propres lacunes, secondaires à l'évolution de la médecine, ne sont pas encore apparues.

critères	de 30 à 40 ans	de 40 à 50 ans	p
sources			
presse d'information	33,4%	47,5%	NS
presse de formation	57%	54,2%	NS
presse grand public	4,8%	5%	NS
courrier médical	33,4%	44%	NS
bibliographie des laboratoires	0%	3,4%	NS
bibliothèque personnelle	28,6%	32,2%	NS
bibliothèque universitaire	0%	1,7%	NS
télématique	0%	1,7%	NS
disquettes	0%	1,7%	NS
CD Rom	4,8%	3,4%	NS
internet	0%	0%	NS
cassettes audio et / ou vidéo	0%	3,4%	NS
émissions de radio	0%	3,4%	NS
émissions de télévision	0%	3,4%	NS
échanges avec les généralistes	33,4%	35,6%	NS
échanges avec les spécialistes	42,9%	44%	NS
visiteurs médicaux	19,1%	12%	NS
fréquentation de l'hôpital	19,1%	52,4%	< 0,01

Tableau III

b - Groupes 2 et 3:

Il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne le recours aux capacités et DU (53,8% dans le groupe 2 contre 59,3% dans le groupe 3). Le tableau IV reprend les pourcentages d'utilisation régulière des sources de ces deux groupes.

Le classement en fonction des pourcentages de recours régulier permet de retrouver les mêmes sources dans les premières places (presse professionnelle, courrier médical, échanges entre confrères et bibliothèque personnelle). La presse de formation est en tête de classement dans les deux cas.

La seule différence significative concerne la fréquentation de l'hôpital. Les praticiens du 2ème groupe y ont plus recours (52,4%) que ceux du 3ème groupe (7,6% [IC 95%: 0%-23,1%]). **Les médecins de 40 à 50 ans vont plus facilement sur l'hôpital** car ils se trouvent seulement à mi chemin de leur carrière. De plus, ils sont loin de leurs expériences hospitalières en tant qu'étudiants. Ils ressentent plus le besoin de se maintenir à jour au niveau théorique et pratique.

Dans le groupe de 50 à 60 ans, les praticiens continuent à s'informer mais privilégient plutôt les sources faciles d'accès et sans investissement important. Ceci pourrait venir du fait qu'ils se trouvent près de la fin de leurs carrières et se désinvestissent donc progressivement. Ces praticiens n'y voient peut être pas, ou plus, autant d'intérêts que leurs successeurs.

sources	critères	de 40 à 50 ans	de 50 à 60 ans	p
	presse d'information	47,5%	69,2%	NS
	presse de formation	54,2%	76,9%	NS
	presse grand public	5%	7,6%	NS
	courrier médical	44%	53,8%	NS
	bibliographie des laboratoires	3,4%	0%	NS
	bibliothèque personnelle	32,2%	53,8%	NS
	bibliothèque universitaire	1,7%	0%	NS
	télématique	1,7%	0%	NS
	disquettes	1,7%	0%	NS
	CD Rom	3,4%	0%	NS
	internet	0%	0%	NS
	cassettes audio et / ou vidéo	3,4%	0%	NS
	émissions de radio	3,4%	0%	NS
	émissions de télévision	3,4%	0%	NS
	échanges avec les généralistes	35,6%	53,8%	NS
	échanges avec les spécialistes	44%	53,8%	NS
	visiteurs médicaux	12%	7,6%	NS
	fréquentation de l'hôpital	52,4%	7,6%	< 0,005

Tableau IV

c - Groupes 1 et 3:

La différence au niveau du recours aux capacités et DU n'est pas statistiquement significative (33,4% dans le groupe 1 et 53,8% dans le groupe 3).

Le tableau V fournit toutes les données en pourcentage de ces groupes.

Le classement en fonction des pourcentages est identique. Ce sont toujours les mêmes sources qui sont placées en premier (presse professionnelle, courrier médical, échanges entre confrères et bibliothèque médicale personnelle). La presse de formation est également la plus utilisée dans les deux groupes.

La seule différence significative porte sur le recours à la **presse d'information**. Les **médecins ayant entre 50 et 60 ans les utilisent plus** (69,2% [IC 95%: 44,1%-94,3%]) que ceux ayant entre 30 et 40 ans (33,4% [IC 95%: 13,3%-53,5%]). Ceci pourrait s'expliquer pour 2 raisons:

- * défaut d'habitude d'utilisation de cette source chez les plus jeunes (les revues de formation sont les plus utilisées pendant la FMI et celles d'informations sont dénigrées)
- * intérêt plus marqué pour les informations sociales et professionnelles chez les plus âgés

sources	critères	de 30 à 40 ans	de 50 à 60 ans	p
presse d'information		33,4%	69,2%	< 0,05
presse de formation		57%	76,9%	NS
presse grand public		4,8%	7,6%	NS
courrier médical		33,4%	53,8%	NS
bibliographie des laboratoires		0%	0%	NS
bibliothèque personnelle		28,6%	53,8%	NS
bibliothèque universitaire		0%	0%	NS
télématique		0%	0%	NS
disquettes		0%	0%	NS
CD Rom		0%	0%	NS
internet		0%	0%	NS
cassettes audio et / ou vidéo		0%	0%	NS
émissions de radio		0%	0%	NS
émissions de télévision		0%	0%	NS
échanges avec les généralistes		33,4%	53,8%	NS
échanges avec les spécialistes		42,9%	53,8%	NS
visiteurs médicaux		19,1%	7,6%	NS
fréquentation de l'hôpital		19,1%	7,6%	NS

Tableau V

d - Conclusion sur l'Age:

De façon globale, nous pouvons dire que l'âge influence le choix des sources d'informations nécessitant un investissement.

Les médecins les plus jeunes n'y voient pas d'intérêt. Leurs lacunes ne sont pas encore apparues et leurs connaissances nécessitent juste une légère réactualisation par l'intermédiaire de sources faciles d'accès.

Les plus âgés ne voient plus d'intérêt à s'investir de façon importante. Ils se contentent de suivre les évolutions par les sources les plus faciles.

Enfin, ce sont les praticiens d'âge intermédiaire qui y ont le plus recours. Ils sont trop loin de leur formation initiale pour ne pas en avoir besoin et de la fin de leur activité pour ne plus en avoir besoin.

2 - Sexe:

La répartition en fonction du sexe se trouve dans le tableau VI. Il n'y a pas de différence notable à ce niveau entre les médecins répondants et l'ensemble des personnes contactées (66% d'hommes et 34% de femmes; la moyenne en France est de 34,6% de femmes médecins d'après les dernières statistiques du Conseil National de l'Ordre des Médecins).

	homme	femme
nombre	68	30
pourcentage	69,3%	30,7%

Tableau VI (répartition en fonction du sexe)

En ce qui concerne les capacités et DU, la différence constatée (38,2% chez les hommes et 50% chez les femmes) n'est pas significative.

Pour toutes les autres sources d'informations, la comparaison des régularités d'utilisation et les significativités sont dans le tableau VII.

Le classement en fonction des pourcentages d'utilisation retrouve les mêmes sources dans les premières places (presse professionnelle, courrier médical, échanges entre confrères et bibliothèque personnelle). La presse de formation arrive en premier dans les deux groupes.

Les seules différences significatives portent sur la presse d'information et la bibliothèque médicale personnelle. **Les revues d'informations sont plus utilisées par les femmes** (66,7% [IC 95%: 50,2%-83,2%]; 2ème place) que par les hommes (39,7% [IC 95%: 28,5%-51,5%]; 4ème place). Il en va de même pour la **bibliothèque personnelle plus utilisée par les femmes** (50% [IC 95%: 32,1%-67,9%]; 5ème place) que par les hommes (29,4% [IC 95%: 18,2%-39,8%]; 6ème place).

critères	hommes	femmes	p
sources			
presse d'information	39,7%	66,7%	< 0,02
presse de formation	54,4%	70%	NS
presse grand public	4,4%	6,6%	NS
courrier médical	41,2%	53,3%	NS
bibliographie des laboratoires	2,9%	0%	NS
bibliothèque personnelle	29,4%	50%	< 0,05
bibliothèque universitaire	1,5%	0%	NS
télématique	1,5%	0%	NS
disquettes	1,5%	0%	NS
CD Rom	4,4%	0%	NS
internet	0%	0%	NS
cassettes audio et / ou vidéo	2,9%	0%	NS
émissions de radio	2,9%	0%	NS
émissions de télévision	2,9%	0%	NS
échanges avec les généralistes	33,8%	50%	NS
échanges avec les spécialistes	44,1%	53,3%	NS
visiteurs médicaux	13,2%	20%	NS
fréquentation de l'hôpital	13,2%	13,2%	NS

Tableau VII

Cela ne provient pas d'une différence d'activité entre ces deux groupes. En revanche, de part leurs charges extra professionnelles plus lourdes les femmes sont certainement plus intéressées par les informations socio-professionnelles leur permettant d'améliorer leurs conditions d'activité. Cela pourrait expliquer l'utilisation plus fréquente de la presse d'information. Pour la bibliothèque personnelle il pourrait s'agir du souci de recourir à une source facile d'accès simplifiant la recherche d'informations. Ceci pouvant s'expliquer aussi par des charges extra professionnelles plus lourdes grévant leur temps libre.

Nous pouvons en conclure que **le sexe est un facteur influençant le choix de certaines sources d'informations.**

3 - Mode d'Exercice:

Nous avons distingué deux catégories différentes: exercice en cabinet de groupe ou seul. La répartition entre les deux se trouve dans le tableau VIII.

	seul	en groupe
nombre	42	56
pourcentage	43%	57%

Tableau VIII (mode d'exercice)

Pour les capacités et DU, la différence constatée (38,1% en exercice seul et 44,6% en groupe) n'est pas significative.

Le tableau IX reprend les résultats des pourcentages de ces deux catégories.

critères	seul	en groupe	p
sources			
presse d'information	35,7%	57,1%	< 0,05
presse de formation	54,8%	62,5%	NS
presse grand public	7,1%	3,6%	NS
courrier médical	40,5%	48,2%	NS
bibliographie des laboratoires	4,8%	0%	NS
bibliothèque personnelle	26,2%	42,8%	p = 0,08
bibliothèque universitaire	2,4%	0%	NS
télématique	2,4%	0%	NS
disquettes	2,4%	0%	NS
CD Rom	7,1%	0%	NS
internet	0%	0%	NS
cassettes audio et / ou vidéo	4,8%	0%	NS
émissions de radio	4,8%	0%	NS
émissions de télévision	4,8%	0%	NS
échanges avec les généralistes	30,9%	44,6%	NS
échanges avec les spécialistes	45,2%	48,2%	NS
visiteurs médicaux	16,7%	14,2%	NS
fréquentation de l'hôpital	16,7%	10,7%	NS

Tableau IX

Le classement en fonction de l'importance du recours montre que les premières sources utilisées sont également toujours les mêmes (presse professionnelle, courrier médical, échanges entre confrères et bibliothèque personnelle). La presse de formation est en tête dans les deux cas.

Il n'y a ici qu'une seule différence significative. Elle concerne la presse d'information. Celle-ci est plus utilisée par les praticiens exerçant en groupe (57,1% [IC 95%: 44%-70%]; 2ème place) que seul (35,7% [IC 95%: 21,5%-50,5%]; 4ème place). Cette presse apporte plus d'informations socio-professionnelles pouvant être utiles à la « *gestion* » d'un cabinet de groupe. Cela peut, peut être, expliquer cette différence. Celle concernant la bibliothèque médicale personnelle a une significativité limite. Nous n'en tiendrons pas compte.

Il est intéressant de noter que l'exercice en groupe, contrairement à ce qu'il est tentant de penser, ne favorise pas le développement des échanges entre confrères généralistes.

Nous pouvons en conclure que **le mode d'exercice n'influence que faiblement le choix des sources d'informations.**

4 - Lieu d'Activité:

Il existe, à ce niveau, deux groupes : exercice urbain ou rural. Les résultats concernant la répartition de ces groupes sont dans le tableau X.

	urbain	rural
nombre	53	45
pourcentage	54%	46%

Tableau X (lieu d'activité)

Il existe une différence par rapport aux pourcentages de la totalité des médecins interrogés. Parmi ceux-ci, 43,5% étaient en zone urbaine et 56,5% en zone rurale. Mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

Pour les capacités et DU la différence observée n'est pas non plus significative (39,6% en urbain contre 44,4% en rural).

Le tableau XI reprend les données concernant ces deux catégories de médecins généralistes.

Le classement par ordre décroissant de pourcentage retrouve dans les deux groupes les mêmes sources d'informations aux premières places (presse professionnelle, échanges entre confrères, courrier médical et bibliothèque personnelle). La presse de formation est toujours la plus utilisée. Il n'y a pas de différence significative. Au niveau de la presse d'information la significativité est limitée et nous préférons ne pas en tenir compte.

Nous pouvons en conclure que **le lieu d'activité n'influence pas le choix des sources d'informations individuelles et que les praticiens ruraux utilisent, et donc disposent, des mêmes sources d'informations que les praticiens urbains.**

critères	urbain	rural	p
sources			
presse d'information	39,6%	57,7%	p = 0,07
presse de formation	56,6%	62,2%	NS
presse grand public	5,7%	4,4%	NS
courrier médical	43,3%	46,7%	NS
bibliographie des laboratoires	3,8%	0%	NS
bibliothèque personnelle	30,2%	42,3%	NS
bibliothèque universitaire	1,9%	0%	NS
télématique	1,9%	0%	NS
disquettes	1,9%	0%	NS
CD Rom	5,7%	0%	NS
internet	0%	0%	NS
cassettes audio et / ou vidéo	3,8%	0%	NS
émissions de radio	3,8%	0%	NS
émissions de télévision	3,8%	0%	NS
échanges avec les généralistes	33,9%	44,4%	NS
échanges avec les spécialistes	47,2%	46,7%	NS
visiteurs médicaux	15,1%	15,6%	NS
fréquentation de l'hôpital	15,1%	11,1%	NS

Tableau XI

5 - Nombre d'Actes:

Nous avons individualisé 4 groupes en fonction du nombre quotidien d'actes de chaque médecin. Les limites de ces groupes et leur répartition se trouvent dans le tableau XII.

Le premier, ne comprenant qu'un seul médecin, n'est pas significatif et ne sera pas inclus dans l'étude. Ici aussi nous étudierons les groupes deux par deux. En premier les groupes 2 (10 à 20 actes) et 3 (20 à 30 actes) puis 3 et 4 (plus de 30 actes). Nous terminerons par la comparaison entre les groupes 2 et 4.

	moins de 10 actes	de 10 inclus à 20 actes	de 20 inclus à 30 actes	plus de 30 actes
nombre	1	33	52	12
pourcentage	1%	33,7%	53%	12,3%

Tableau XII (nombre d'actes quotidiens)

a - Groupes 2 et 3:

Il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne le recours aux capacités et DU (36,3% dans le groupe 2 contre 40,4% dans le 3).

Le tableau XIII reprend les différents pourcentages de ces deux groupes.

sources	critères	10 à 20 actes	20 à 30 actes	p
presse d'information		33,3%	51,9%	p = 0,09
presse de formation		51,5%	59,6%	NS
presse grand public		3%	5,8%	NS
courrier médical		39,4%	42,3%	NS
bibliographie des laboratoires		0%	3,8%	NS
bibliothèque personnelle		24,2%	36,6%	NS
bibliothèque universitaire		0%	1,9%	NS
télématique		0%	1,9%	NS
disquettes		0%	1,9%	NS
CD Rom		3%	3,8%	NS
internet		0%	0%	NS
cassettes audio et / ou vidéo		0%	3,8%	NS
émissions de radio		0%	3,8%	NS
émissions de télévision		0%	3,8%	NS
échanges avec les généralistes		30,4%	38,6%	NS
échanges avec les spécialistes		45,5%	42,3%	NS
visiteurs médicaux		15,2%	11,5%	NS
fréquentation de l'hôpital		15,2%	11,5%	NS

Tableau XIII

Le classement en fonction de la valeur des pourcentages retrouve une nouvelle fois les mêmes sources dans les premières places (presse professionnelle, courrier médical, bibliothèque personnelle et échanges entre confrères). La presse de formation est en tête des deux classements. La différence portant sur la presse d'information est limite. Nous ne la considérons pas comme significative. Il n'y a pas, à ce niveau, de différence significative.

b - Groupes 3 et 4:

La différence constatée à propos des pourcentages de recours aux capacités et DU (40,4% dans le groupe 3 et 66,7% dans le groupe 4) n'est pas significative.

Le tableau XIV fournit les résultats concernant les autres sources utilisées.

Le classement en fonction des pourcentages met encore une fois les mêmes sources aux premières places (presse professionnelle, courrier médical, échanges entre confrères, bibliothèque personnelle). C'est également la presse d'information qui est classée en tête des deux listes.

La significativité de la différence des pourcentages de recours aux échanges avec les généralistes est limite. Nous ne la prendrons pas en compte.

critères	20 à 30 actes	plus de 30 actes	p
sources			
presse d'information	51,9%	75%	NS
presse de formation	59,6%	75%	NS
presse grand public	5,8%	8,3%	NS
courrier médical	52,3%	75%	< 0,05
bibliographie des laboratoires	3,8%	0%	NS
bibliothèque personnelle	36,6%	66,7%	p=0,05
bibliothèque universitaire	1,9%	0%	NS
télématique	1,9%	0%	NS
disquettes	1,9%	0%	NS
CD Rom	3,8%	0%	NS
internet	0 %	0%	NS
cassettes audio et / ou vidéo	3,8%	0%	NS
émissions de radio	3,8%	0%	NS
émissions de télévision	3,8%	0%	NS
échanges avec les généralistes	38,6%	66,7%	p=0,07
échanges avec les spécialistes	42,3%	75%	< 0,03
visiteurs médicaux	11,5%	33,3%	NS
fréquentation de l'hôpital	11,5%	16,6%	NS

Tableau XIV

En revanche, trois autres différences sont significatives: celles portant sur le courrier médical, la bibliothèque personnelle et les échanges avec les spécialistes.

En ce qui concerne le **courrier médical**, son utilisation est plus importante chez les praticiens ayant l'activité la plus élevée (75% [IC 95%: 50,5%-99,5%]) que chez ceux ayant une activité intermédiaire (52,3% [IC 95%: 38,7%-65,9%]). Nous en rapprochons l'importance plus marquée du recours aux échanges avec les spécialistes pour les médecins pratiquant plus de 30 actes par jour (75%) que pour les autres (42,3% [IC 95%: 28,9%-55,7%]). Ces deux résultats peuvent s'expliquer par l'activité même de ces médecins. Ils font plus d'actes quotidiens donc leurs clientèles sont plus grandes ou présentent des pathologies plus graves nécessitant des soins fréquents. En conséquence, il est logique que ces praticiens fassent plus souvent appel aux spécialistes. Ils ont ainsi des contacts plus fréquents avec eux et reçoivent plus de courrier.

Pour la **bibliothèque personnelle** ce sont également les médecins avec la plus forte activité qui y ont le plus souvent recours (66,7% [IC 95%: 39,9%-93,5%] contre 36,6% [IC 95%: 23,6%-49,6%]). Nous pensons que ceci tient à l'augmentation de la diversité des pathologies rencontrées, secondaire à la taille de la clientèle. Il y a plus fréquemment des pathologies peu courantes nécessitant de se renseigner rapidement afin de les prendre en charge. La bibliothèque personnelle est une source bien placée pour pouvoir répondre à ces besoins. Il ne s'agit certainement pas d'un manque de temps car autrement toutes les sources d'accès rapide et facile auraient des différences significatives.

c - Groupes 2 et 4:

La comparaison entre les pourcentages de recours aux capacités et DU retrouve une différence (36,3% pour le groupe 2 et 66,7% pour le 4). Sa significativité est limite ($p = 0,07$) et nous préférons ne pas en tenir compte.

Le tableau XV reprend les données concernant toutes les autres sources.

Le classement en fonction des pourcentages retrouve encore les mêmes sources en premier (presse professionnelle, courrier médical, échanges entre confrères, bibliothèque personnelle). Ici aussi la primauté, dans les deux groupes, est accordée à la presse de formation.

La différence des pourcentages portant sur les échanges avec les spécialistes est limite et nous n'en tiendrons pas compte. En revanche, les différences touchant les résultats de la presse d'information, du courrier médical, de la bibliothèque personnelle et des échanges avec les généralistes sont significatives.

Pour le **courrier médical**, ce sont ici aussi **les praticiens qui ont le plus grand nombre d'actes quotidiens qui y ont le plus recours** (75% contre 39,4% [IC 95%: 22,8%-56%]). Il en va de même pour la **bibliothèque personnelle plus utilisée par les médecins les plus actifs** (66,7% contre 24,2% [IC 95%: 9,6%-38,8%]). Nous pensons que les raisons pouvant expliquer ces résultats sont identiques à celles de la précédente comparaison entre les groupes.

critères	10 à 20 actes	plus de 30 actes	p
sources			
presse d'information	33,3%	75%	< 0,02
presse de formation	51,5%	75%	NS
presse grand public	3%	8,3%	NS
courrier médical	39,4%	75%	< 0,05
bibliographie des laboratoires	0%	0%	NS
bibliothèque personnelle	24,2%	66,7%	< 0,02
bibliothèque universitaire	0%	0%	NS
télématique	0%	0%	NS
disquettes	0%	0%	NS
CD Rom	3%	0%	NS
internet	0%	0%	NS
cassettes audio et / ou vidéo	0%	0%	NS
émissions de radio	0%	0%	NS
émissions de télévision	0%	0%	NS
échanges avec les généralistes	30,4%	66,7%	< 0,05
échanges avec les spécialistes	45,5%	75%	p = 0,08
visiteurs médicaux	15,2%	33,3%	NS
fréquentation de l'hôpital	15,2%	16,6%	NS

Tableau XV

En ce qui concerne la **presse d'information** elle est aussi **plus utilisée par les praticiens ayant le plus grand nombre d'actes quotidiens** (75% contre 33,3% [IC 95%: 17,3%-49,3%]). Ce recours plus fréquent en cas d'exercice plus important est également retrouvé à propos des échanges avec les généralistes (66,7% contre 30,4% [IC 95%: 14,8%-46%]). Pour la presse d'information, cela peut correspondre à un besoin plus marqué de se tenir au courant des évolutions socio professionnels afin de mieux gérer un cabinet important. Pour le recours aux confrères, comme précédemment, une activité importante entraîne des contacts plus fréquents ce qui peut expliquer cette différence.

d - Conclusion sur le Nombre d'Actes:

De façon globale nous pouvons dire que **le nombre d'actes quotidiens est un facteur influençant le choix des sources d'informations**. Ceci n'est vrai qu'à partir d'un certain seuil d'activité (au delà de 30 actes par jour). Plus un praticien travaille plus il développe ses relations avec ses confrères et plus il en profite pour se renseigner (courrier, contacts). Plus l'activité augmente plus il faut rechercher d'informations et cela se fait par l'intermédiaire de sources faciles d'accès sans investissement important.

6 - Fonction Hospitalière:

Nous avons scindé ce critère en deux catégories: fonction hospitalière à temps partiel ou non. Cette activité est déjà par elle même une source d'informations, mais il est intéressant de savoir si elle modifie le comportement des médecins en ce qui concerne la recherche d'informations. La répartition entre les deux groupes se trouve dans le tableau XVI.

	temps partiel	aucune
nombre	20	78
pourcentage	20,5%	79,5%

Tableau XVI (fonction hospitalière)

La différence notée au niveau du recours aux capacités ou DU (35% en cas d'activité hospitalière contre 43,5%) n'est pas significative.

Le tableau XVII fournit les pourcentages respectifs des deux groupes.

Le classement en fonction des pourcentages permet encore une fois de retrouver les mêmes sources d'informations dans les premières places (presse professionnelle, bibliothèque personnelle, échanges entre confrères, courrier médical). Dans les deux cas la presse de formation est la plus utilisée. Il n'y a aucune différence significative.

critères	temps partiel	pas d'activité	p
sources			
presse d'information	35%	51,3%	NS
presse de formation	60%	58,9%	NS
presse grand public	5%	5,2%	NS
courrier médical	35%	47,4%	NS
bibliographie des laboratoires	0%	2,6%	NS
bibliothèque personnelle	30%	37,2%	NS
bibliothèque universitaire	0%	1,3%	NS
télématique	0%	1,3%	NS
disquettes	0%	1,3%	NS
CD Rom	5%	2,6%	NS
internet	0%	0%	NS
cassettes audio et / ou vidéo	0%	2,6%	NS
émissions de radio	0%	2,6%	NS
émissions de télévision	0%	2,6%	NS
échanges avec les généralistes	35%	39,7%	NS
échanges avec les spécialistes	45%	47,4%	NS
visiteurs médicaux	20%	14,1%	NS
fréquentation de l'hôpital	20%	11,5%	NS

Tableau XVII

Nous pouvons en conclure que **le fait d'avoir une activité hospitalière, en complément de l'exercice libéral, n'intervient pas dans le choix des sources d'informations.**

7 - Organisation de la FMI:

Les praticiens peuvent y participer en tant que maîtres de stage (43 en Haute Vienne) ou généralistes enseignants (25 en Limousin). Nous avons deux groupes suivant l'organisation ou non de la formation initiale. La répartition entre les deux est située dans le tableau XVIII.

	oui	non
nombre	19	79
pourcentage	19,5%	80,5%

Tableau XVIII (organisation de la FMI)

Les résultats des deux groupes concernant le recours aux capacités ou DU (36,8% en cas d'organisation de la FMI contre 43,1%) ne montrent pas de différence significative.

Le tableau XIX fournit les données sur toutes les autres sources d'informations.

critères sources	organisation de la FMI	non organisation	p
presse d'information	36,8%	50,6%	NS
presse de formation	63,2%	58,2%	NS
presse grand public	5,2%	5,1%	NS
courrier médical	36,8%	46,8%	NS
bibliographie des laboratoires	0%	2,5%	NS
bibliothèque personnelle	31,6%	36,7%	NS
bibliothèque universitaire	0%	1,3%	NS
télématique	0%	1,3%	NS
disquettes	0%	1,3%	NS
CD Rom	5,2%	2,5%	NS
internet	0%	0%	NS
cassettes audio et / ou vidéo	0%	2,5%	NS
émissions de radio	0%	2,5%	NS
émissions de télévision	0%	2,5%	NS
échanges avec les généralistes	36,8%	39,2%	NS
échanges avec les spécialistes	47,4%	46,8%	NS
visiteurs médicaux	20,9%	13,9%	NS
fréquentation de l'hôpital	20,9%	11,4%	NS

Tableau XIX

Le classement des pourcentages obtenus dans chaque groupe permet toujours de classer les revues de formation en première place. Les sources les plus utilisées sont les mêmes (presse professionnelle, courrier médical, bibliothèque personnelle et échanges entre confrères). Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes.

Le fait d'organiser ou non la formation médicale initiale n'influence pas le choix des sources d'informations. Ce résultat est surprenant. Il aurait paru logique de retrouver une utilisation plus marquée des sources les plus objectives (presse de formation) et les plus performantes (capacités et DU, fréquentation de l'hôpital, informatique médicale). Contrairement au message qu'ils tentent de faire passer, ces praticiens ont le même comportement individuel de recherche d'informations que les autres praticiens. Cela pourrait s'expliquer de deux façons:

- surcharge d'activité entraînée par cette participation à la FMI (qui s'ajoute à l'activité quotidienne) empêchant les praticiens de s'informer comme ils le désirent
- utilisation différente des sources d'informations par la recherche de renseignements différents ou en y passant plus de temps

8 - Organisation de la FMC:

Nous avons aussi fait deux groupes en fonction de l'organisation ou non de la formation continue. La répartition entre les deux catégories se situe dans le tableau XX.

	oui	non
nombre	20	78
pourcentage	20,5%	79,5%

Tableau XX (organisation de la FMC)

Il n'y a pas de différence significative au niveau de la participation aux capacités ou DU (35% en cas d'organisation contre 43,5%).

Les résultats des autres sources d'informations sont dans le tableau XXI.

L'étude du classement en fonction des pourcentages retrouve les mêmes sources aux premières places (presse professionnelle, courrier médical, bibliothèque personnelle, échanges entre confrères). La presse de formation est la plus utilisée dans les deux cas. Il n'y a pas de différence significative.

Il est possible d'en conclure **que l'organisation de la formation continue n'est pas un facteur influençant le choix des sources d'informations**. Ce résultat est également étonnant et contraire à ce que nous aurions été en droit d'attendre. Sur le plan individuel, les organisateurs de la formation continue ont donc les mêmes comportements que les autres médecins en ce qui concerne la recherche d'informations. Ils ne se tournent pas plus vers les sources les plus objectives et les plus performantes. Ceci pourrait aussi s'expliquer pour les mêmes raisons que la variable précédente (manque de temps ou utilisation différente).

critères sources	organisation de la FMC	non organisation	P
presse d'information	35%	51,3%	NS
presse de formation	60%	58,9%	NS
presse grand public	5%	5,2%	NS
courrier médical	35%	47,4%	NS
bibliographie des laboratoires	0%	2,6%	NS
bibliothèque personnelle	30%	37,2%	NS
bibliothèque universitaire	0%	1,3%	NS
télématique	0%	1,3%	NS
disquettes	0%	1,3%	NS
CD Rom	5%	2,6%	NS
internet	0%	0%	NS
cassettes audio et / ou Vidéo	0%	2,6%	NS
émissions de radio	0%	2,6%	NS
émissions de télévision	0%	2,6%	NS
échanges avec les généralistes	35%	39,7%	NS
échanges avec les spécialistes	45%	47,4%	NS
visiteurs médicaux	20%	14,1%	NS
fréquentation de l'hôpital	20%	11,5%	NS

Tableau XXI

L'ensemble de ces résultats spécifiques met ainsi en évidence la présence de deux groupes dans ces caractéristiques:

⇒ celles qui n'influencent pas le choix des sources d'informations (organisation de la FMC et de la FMI, fonction hospitalière à temps partiel, lieu d'activité)

⇒ celles qui influencent ce choix avec un impact plus ou moins net (mode d'activité, âge, sexe et nombre d'actes quotidiens)

Les variables modifiant le comportement investigateur des praticiens ne touchent jamais l'ensemble des sources. De plus, il n'y a pas de changement exceptionnel d'un groupe à l'autre. Enfin, **les types de sources concernés ne sont pas identiques.** L'âge modifie le recours aux sources les plus formatrices, le sexe celui aux sources facilitant la recherche d'informations et le nombre d'actes le recours aux confrères.

Les résultats les plus attendus (variation nette en cas d'organisation de la FMC ou de la FMI, variation en fonction du lieu d'installation par diminution des sources accessibles) n'ont pas été confirmés.

Ces résultats ne concernent que le recours aux différentes sources. Ils ne préjugent en rien de la qualité et de la quantité des informations retirées de ces sources par chaque praticien.

*« J'entends et j'oublie
je vois et je me souviens
je ne sais bien que ce que je fais »
proverbe chinois*

III) - CONCLUSION:

Tout ceci nous permet de constater que, globalement, la recherche individuelle d'informations est importante même si elle ne se fait pas toujours de manière régulière. Les médecins sont curieux de tout ce qui peut leur être utile quelle qu'en soit l'origine. Bien sûr ils préfèrent les sources d'origines professionnelles où les informations sont faites par des médecins pour des médecins.

Les praticiens cumulent les sources d'informations en mélangeant sources médicales et non médicales. Ils font bien la différence de valeur entre les deux puisque les premières sont utilisées de façon régulière alors que les autres ne le sont que de temps en temps.

Au niveau des sources professionnelles les médecins se tournent plus fréquemment vers les sources individuelles faciles d'accès et d'utilisation, et surtout ne nécessitant pas leur participation directe. Même s'ils sont motivés pour s'informer, ils préfèrent ne pas trop s'investir délaissant malheureusement les sources les plus performantes.

Enfin, nous pouvons constater une disparité dans le recours aux sources en fonction des caractéristiques sociodémographiques des praticiens. L'âge, le sexe, le nombre d'actes quotidiens et, dans une moindre mesure, le mode d'activité modifient le recours aux diverses sources d'informations que nous avons étudié. Il ne faut donc pas uniformiser ces sources afin de laisser les médecins libres de choisir celles qui leur conviennent. Ce choix doit dépendre des besoins des praticiens, de leurs goûts et de leurs possibilités. Chaque praticien utilise les sources d'informations de manière personnelle avec une technique qui lui est propre et en retire ainsi ce qui lui plaît.

EPILOGUE

« Il y a en effet deux choses:
savoir et croire savoir;
savoir c'est la science,
croire savoir c'est l'ignorance »
Hippocrate

Le monde des sources d'informations est donc vaste, étonnant, complexe, évolutif mais surtout très hétérogène. Il associe le bon et le mauvais, l'utile et l'inutile. Il a en revanche l'avantage indéniable de s'adapter à toutes les évolutions et à tous ses utilisateurs. Chacun peut y trouver, en cherchant plus ou moins, ce qui lui correspond et ce dont il a besoin.

L'essentiel est surtout d'être critique. Toute information est intéressante à recevoir, il suffit simplement de savoir l'évaluer afin de lui accorder l'importance qu'elle mérite. Il faut donc, dès la formation initiale, enseigner le sens de la critique aux futurs médecins et leur apprendre à s'informer et se former tout au long de leur vie professionnelle.

En effet, ceux-ci sont, et seront de plus en plus, assaillis par des informations de toutes provenances et de toutes valeurs. Les médecins doivent savoir trier pour arriver à une information satisfaisante car vérifiable et adaptée.

C'est la clairvoyance des praticiens qui permettra de « faire le ménage » dans les sources d'informations en supprimant les inutiles et en développant les plus formatrices. Il faut également que les médecins acceptent de s'investir et qu'ils ne se contentent pas de recourir aux sources les plus faciles d'accès et d'utilisation.

Les médecins doivent comprendre que leur information est la base de leur formation. S'ils s'informent mal, il y a de fortes chances pour qu'ils soient mal formés.

Cette formation individuelle est essentielle mais elle ne peut se concevoir seule. Elle doit obligatoirement s'accompagner d'une formation collective permettant de vérifier son efficacité. De même la formation collective isolée ne sert à rien. Le travail individuel qui lui est préalable est indispensable pour qu'elle soit efficace.

L'obligation de FMC n'a pas encore porté ses fruits. Il ne faudrait pas que cette obligation légale ne fasse délaissé le côté individuel (moins « rémunérant ») au profit du côté collectif de la formation. Le risque serait de laisser s'installer un système où le but de la formation serait uniquement d'obtenir des points.

Nous pensons donc que le mieux serait de laisser les praticiens gérer leur formation comme ils le désirent. Quitte pour cela à créer des structures permettant de s'évaluer pour connaître ses lacunes et de fournir à chacun un plan personnel de formation. Celui-ci comprendrait l'ensemble des moyens de formation, et donc des sources d'informations, disponibles et correspondant exactement aux besoins.

Parallèlement il serait utile de mettre en place des structures de contrôle, par le corps médical lui-même, des activités des praticiens. Ceci devant passer par l'évaluation systématique des pratiques plus que des connaissances.

ANNEXES:

ANNEXE 1:

DIFFERENTS RÔLES DE L'UNAFORMEC

- 1/ Former des responsables de la FMC pour animer, évaluer et développer des actions locales
- 2/ Fournir un fond documentaire de la formation permanente (arrêté depuis 1992)
- 3/ Produire et diffuser des documents pédagogiques pour l'organisation des actions de formation (audiovisuels, informatiques...)
- 4/ Organiser des actions de formation: locales, régionales, interrégionales, nationales
- 5/ Assurer des relations internationales: colloques, échanges internationaux
- 6/ Mettre au point des stratégies générales d'innovation de la FMC
- 7/ Représenter et négocier au niveau national avec les divers partenaires de la FMC
- 8/ Effectuer des recherches cliniques et thérapeutiques: formation des médecins de ville en épidémiologie, méthodologie, essais thérapeutiques et évaluation de la santé
- 9/ Développer l'évaluation médicale en faisant sa promotion, en l'organisant, en faisant des conférences de consensus et en éditant des brochures pour l'amélioration de la pratique médicale
- 10/ Développer les activités de santé communautaire

ANNEXE 2:

CRITERES ET GRILLE DE VALIDATION POUR L'ATTESTATION DES GENERALISTES ET DES SPECIALISTES

1/ **Journaux ou revues médicales:** distinguer les journaux de formation et les journaux d'information: **20 points** maximum

- **journaux et /ou revues de formation** un abonnement personnel privé est exigé, valeur: **5 à 10 points**. Ils seront pris en compte et valorisés en tenant compte des 3 critères suivants:
 - * comité de lecture sélectif, articles signés, bibliographie et qualité pédagogique tournée vers la pratique
 - * existence d'une procédure d'évaluation pour la lecture
 - * diffusion internationale
- **journaux d'information** générale: **3 points** si abonnement personnel

2/ **Séminaires ou journées de formation:** **20 points** maximum

- **séminaires validés à priori**, conventionnels ou non: **6 points par jour**
- **séances de 2 à 3 heures:** **3 points** si la séance a fait l'objet d'une élaboration pédagogique explicite : recueil des besoins, projets pédagogiques, animateurs qualifiés, etc... sinon: **1 point**
- **réunions** occasionnelles ou régulières **d'une association locale** sans les critères indiqués ci-dessus: **1 point** par réunion

3/ **Forums, congrès, colloques: 20 points maximum**

- **forums ou journées annuels** (type Bichat) jusqu'à 6 points à raison d'**1 point** par séance de formation sous responsabilité médicale, avec un programme préétabli et avec preuve de participation
- **congrès nationaux et/ou internationaux, 6 points par jour** sous condition d'une attestation d'inscription ou de présence, justificatif des frais d'inscription, tests de participation (sinon diminution de moitié)

4/ **Formation d'origine universitaire ou liées à l'enseignement: 20 points maximum**

- **capacités, DU, DIU: 12 points maximum** par an en prenant en compte l'obtention du diplôme de fin de cycle, le nombre d'heures de formation, la pertinence du contenu de formation par rapport à l'exercice
- **maîtrise de stage, 3ème cycle de médecine générale: 10 points**
- **chargés d'enseignement** dans le cursus des études médicales: **5 à 15 points** suivant le nombre d'heures annuelles d'enseignement
- **médecin attaché** avec 3 vacations par semaine dans un service validant pour la formation initiale: **10 points** sinon 5 points

5/ **Supports divers: 20 points maximum**

- **participation à une étude, une enquête ou un réseau d'épidémiologie: de 3 à 10 points**
- **essais thérapeutiques: de 3 à 10 points**

- **animateurs, organisateurs ou experts d'actions de FMC ou de congrès scientifiques: de 3 à 15 points** selon le nombre, la durée et la densité de la formation (sans cumul pour la participation à l'action)
- **stages dans une structure hospitalière: 1 point** par heure de présence hebdomadaire, maximum **15 points**
- **publications et travaux de recherche** selon le contenu et la nature: **10 points** maximum
- **formation pratique** à telle ou telle technique d'investigation ou d'intervention: 1 point pour 1 à 2 heures, **15 points** maximum selon le cahier des charges
- **médecins hospitaliers à temps partiel: 10 points** s'il s'agit d'un hôpital agréé pour la formation ou pour les lieux de stages de 3ème cycle
- **groupe d'évaluation sur la pratique médicale** et élaboration d'un plan personnel de formation: **10 points**
- **bilans professionnels: 10 points**

6/ Méthodes personnelles: 10 points maximum

- **livres** (avec facture) selon le contenu et l'existence d'un test d'évaluation: de **1 à 5 points**
- **cassettes** (avec facture): **5 points**
- **informatique médicale** avec évaluation et /ou connexion avec un réseau ou une base de données: **5 à 10 points**

7/ Les méthodes de formation originales appréciées par la commission régionale: maximum 10 points

ANNEXE 3:

Principes Généraux pour l'Attribution des Attestations

- 1/ L'accréditation ne pourra être délivrée que si le médecin a mis en oeuvre plusieurs types de supports de formation, au moins 3.
- 2/ Chaque support sera apprécié quant à son adaptation à la discipline de chacun des médecins.
- 3/ Il est nécessaire de prendre en compte tous les supports de formation actuellement utilisés dans la pratique quotidienne des médecins, à partir du moment où il est reconnu qu'il comporte un contenu même modeste de formation.
- 4/ Pour chaque support ou méthode de formation, il pourra être donné une valeur différente et progressive en fonction de l'importance de son contenu formateur.
- 5/ Pour chaque support ou méthode, il sera défini les critères propres à chacun, permettant de le valider (attestation de présence, test d'évaluation, quittance d'abonnement...).
- 6/ L'attestation sera délivrée à chaque médecin qui aura mis en oeuvre une cinquantaine d'heures de formation ou l'équivalent, pendant chacune des années examinées. Ce chiffre pourra varier d'une année sur l'autre, c'est la moyenne sur 5 ans qui sera retenue.
- 7/ Afin de mettre en place une montée progressive du système, les médecins qui le souhaiteront pourront demander de recevoir leur attestation dès le 1er janvier 1999 à partir des actions de formation mis en oeuvre depuis le 1er janvier 1997.

ANNEXE 4:

CLASSIFICATION DES MOYENS DE FORMATION (UNAFORMEC)

Groupe 1: toute séance de formation en groupe, qu'elle soit:

- universitaire
- proposée par les associations locales de FMC et comportant:
 - ⇒ un programme construit après évaluation des besoins
 - ⇒ la formulation des objectifs
 - ⇒ la mention des méthodes pédagogiques prévues pour y parvenir
 - ⇒ l'évaluation annuelle des résultats

Groupe 2: toute activité individuelle de formation des étudiants en médecine, contrôlée par un collège de praticiens et d'universitaires incluant:

- la maîtrise de stage auprès du praticien
- l'enseignement à l'hôpital par les praticiens

Groupe 3: la participation individuelle à des travaux cliniques:

- publication d'observations et d'articles originaux
- enquêtes épidémiologiques
- participation à des essais cliniques

- participation en tant que conférencier, animateur ou rapporteur à des séances collectives (ne répondant pas aux critères du groupe 1)

Groupe 4: la participation à des congrès, conférences, colloques, soirées d'information, réunions audiovisuelles collectives ne comportant ni évaluation des besoins ou des résultats, ni détermination des objectifs

Groupe 5: toute activité de FMC individuelle et incontrôlable:

- lectures
- audiovisuel individuel
- visites hospitalières informelles ...

ANNEXE 5:

RESULTATS DE L'ENQUETE DE

A. VIALLO

Pourcentages de médecins ayant eu recours à une méthode de formation (à un moment ou à un autre):

- méthodes passives: 100%
- méthodes semi-actives: 96%
- méthodes actives: 66%

Pourcentages de l'influence des différentes méthodes sur la pratique professionnelle:

- méthodes passives:
 - * influence rare 71%
 - * influence fréquente 22%
 - * influence permanente 7%
- méthodes semi-actives:
 - * influence rare 61%
 - * influence fréquente 35%
 - * influence permanente 4%
- méthodes actives:
 - * influence rare 16%
 - * influence fréquente 72%
 - * influence permanente 18%

ANNEXE 6:

PRINCIPAUX CRITERES DE QUALITE DES PUBLICATIONS MEDICALES

(ANDEM, 1993)

- Précision des questions posées, des alternatives étudiées et des critères de jugement
- Processus explicite et indépendant
- Participation des différents courants d'opinion et de « méthodologistes »
- Aspects de Santé Publique
- Validation, diffusion

ANNEXE 7:

PRINCIPAUX CENTRES
BIBLIOGRAPHIQUES FRANÇAIS

(tiré de « *Bibliothèques Médicales en Europe* », 1994, Association Européenne pour l'Information et les Bibliothèques de Santé)

- * **Bibliothèque Centrale de l'Institut Pasteur, Paris**
30 000 monographies, 800 périodiques
- * **Bibliothèque Centrale du Service de Santé des Armées, Paris**
45 000 monographies, 770 périodiques
- * **Bibliothèque de l'Académie Nationale de Médecine, Paris**
45 000 monographies, 500 périodiques
- * **Bibliothèque Interuniversitaire de Médecine, Paris**
1 million de monographies, 45 000 périodiques
- * **Bibliothèque de l'Université Paris V-René Descartes, Paris**
780 000 monographies, 770 périodiques
- * **Bibliothèque Universitaire-Section Santé, Lyon**
80 000 monographies, 1 200 périodiques
- * **Institut de l'Information Scientifique et Technique,**
Vandoeuvre - les - Nancy
100 000 monographies, 19 000 périodiques
- * **Laboratoires Ciba-Geigy, Rueil Malmaison**
4 500 monographies, 200 périodiques

- * **Pasteur Mérieux-Sérums et Vaccins, Marcy l'Etoile**
9 000 monographies, 400 périodiques
- * **Pierre Fabre Médicament, Castres**
8 000 monographies, 1 000 périodiques
- * **Sanofi Recherche, Montpellier**
10 000 monographies, 800 périodiques
- * **Service Commun de la Documentation de l'Université Lille II**
Lille
54 000 monographies, 850 périodiques
- * **Servier S.A, Neuilly sur Seine**
3 000 monographies, 450 périodiques

ANNEXE 8:

PRINCIPAUX SERVEURS
MINITEL UTILISABLES PAR
LES MEDECINS GENERALISTES

(liste non exhaustive)

- 36 15 ABCD SANTE:** dictionnaire médical
- 36 15 ACT UP:** informations, conseils et adresses concernant le SIDA
- 36 14 ADM:** aide au diagnostic médical, 1 200 maladies en fiches
(réservé aux médecins)
- 36 14 ADOT:** informations sur les dons de moelle osseuse, d'organes
ou de tissus
- 36 15 AFLM:** association française de lutte contre la mucoviscidose
- 36 15 AIDS:** informations sur le SIDA
- 36 15 ALCO:** l'alcoologie en France
- 36 15 ALCOOTEL:** informations sur l'alcoolisme (prévention et
soins)
- 36 15 ANPA:** alcoolisme: prévention, centres de soins, post cure,
formation en alcoologie, base documentaire
- 36 16 APHIF:** références bibliographiques dans le domaine médical
- 36 14 ASCLEPIOS:** toxicité des médicaments (réservé aux médecins)
- 36 17 AUTO SANTE:** encyclopédie médicale
- 36 15 BAB:** informations médicales sur la maternité et le jeune enfant
- 36 17 BIR:** banque d'information de l'INSERM sur les recherches
médicales en cours
- 36 15 BOURELY:** banque de données sur les médicaments

- 36 15 CECOS:** informations sur les Centres d'Etude et de Conservation du Sperme humain
- 36 13 CIRCAN:** informations sur la cancérologie (réservé aux médecins)
- 36 15 CMED:** service du Concours Médical
- 36 15 CNMRT:** service du Comité National contre les Maladies Respiratoires et la Tuberculose
- 36 15 COBRA:** service du Centre Oncologique et Biologique de Recherche Appliquée
- 36 16 DIAGNOSE:** données professionnelles pour le diagnostic et la thérapeutique
- 36 15 DIETEL:** besoins nutritionnels, composition des aliments, conseils
- 36 16 EMC:** références d'articles médicaux
- 36 17 ENSP:** base de données documentaires de l'Ecole Nationale de la Santé Publique
- 36 17 GORECOM:** consultation et commande de documents à caractère médical
- 36 15 HIPPOCRATE:** informations concernant le corps médical
- 36 15 INCONTINEN:** informations sur l'incontinence urinaire
- 36 15 INFOSEIN:** informations et conseils sur le sein et ses maladies
- 36 13 INSERM:** banque de données bibliographiques médicales (réservé aux médecins)
- 36 15 LAENNEC:** références bibliographiques en pneumologie
- 36 15 MEDACTUA:** publications de l'INSERM, revue de la presse biomédicale
- 36 14 MINIMED:** produits pharmaceutiques hospitaliers
- 36 15 MUCO:** informations sur la mucoviscidose
- 36 16 OCP:** guide professionnel des médicaments, vaccinations, diététique

- 36 14 ORDMED:** service du Conseil National de l'Ordre des Médecins
- 36 17 PHYTEL:** répertoire des spécialités pharmaceutiques en phytothérapie
- 36 15 PROSANE:** informations et conseils en médecine préventive
- 36 15 SOFCOT:** banque de données documentaires destinées aux professions médicales
- 36 15 SOSTABAC:** informations sur le tabagisme
- 36 15 SV:** vaccinations et protections sanitaires indiquées par pays
- 36 17 TOXIBASE:** banque de données bibliographiques sur les pharmacodépendances
- 36 14 URBB:** statistiques des maladies transmissibles en France (accès réservé)
- 36 16 VIDAL:** publications des éditions VIDAL

ANNEXE 9:

LETTRE INITIALE:

Mon Cher Confrère,

Vous venez de recevoir, conjointement à cette lettre, un questionnaire. Un de plus allez-vous penser ! Mais celui-ci n'est pas exactement comme les autres. Il vous concerne directement, et ce d'autant plus qu'il touche un sujet d'actualité et en pleine mutation: **la Formation Médicale Continue.**

Je suis en train de terminer mes études de médecine et cette enquête fait partie de ma thèse. Le but est de connaître les différentes sources d'informations médicales que vous utilisez, afin de voir quels sont les moyens les plus courants (ne sont concernées par cette enquête que les informations utiles à la formation médicale continue).

Il ne s'agit pas d'une étude officielle. Elle n'est pas anonyme dans le seul but de pouvoir recontacter les personnes qui n'auraient pas répondu. En aucun cas les résultats ne seront transmis à des organismes de contrôle et je m'engage à n'utiliser que les résultats statistiques de cette étude.

Je vous propose donc de bien vouloir remplir ce questionnaire. Il vous faudra à peu près 10 minutes pour pouvoir y répondre. Je vous joins une enveloppe réponse préimbrée et vous demande, si possible, de répondre dans un délai de 3 semaines.

Je vous remercie par avance de la confiance que vous voudrez bien m'accorder et du temps que vous me consacrerez. Je vous prie de croire, mon Cher Confrère, en mes respectueuses salutations.

**SOURCES D'INFORMATIONS UTILISEES POUR LA
FORMATION CONTINUE INDIVIDUELLE**

1-Nom:

2-Age:

3-Sexe: 1 *masculin*
 2 *féminin*

4-Vous exercez: 1 *seul(e)*
 2 *en groupe*

5-Lieu d'activité: 1 *urbain*
 2 *rural*

6-Nombre moyen d'actes quotidiens: 1 - de 10
 2 de 10 à 20
 3 de 20 à 30
 4 + de 30

7-Fonction hospitalière: 1 *temps partiel*
 2 *aucune*

8-Exercez-vous une fonction dans la formation médicale initiale ?:

 1 *oui*
 2 *non*

9-Vous occupez-vous de l'organisation de la formation médicale
continue ?:

 1 *oui*
 2 *non*

10-La presse médicale peut être divisée en 2 types de revues:

- . les revues d'information (*Impact Médecin, Le Généraliste, Panorama...*) regroupant des informations médicales et professionnelles (politiques...)
- . les revues de formation (*Le Concours Médical, Prescrire, La Revue du Praticien...*) ne contenant que des informations médicales

* En ce qui concerne les revues d'information:

 _a-combien en recevez-vous en moyenne par
 semaine:

_b-vous les lisez: 1 *de façon régulière*
 2 *de temps en temps*
 3 *jamais*

_c-répondent elles à vos besoins de formation ?:
 1 *oui* 2 *non*

* En ce qui concerne les revues de formation:

_d-combien en recevez-vous par semaine ?:
 e-titres:

_f-vous les lisez: 1 *de façon régulière*
 2 *de temps en temps*
 3 *jamais*

_g-répondent elles à vos besoins de formation ?:
 1 *oui* 2 *non*

11-La lecture des articles de santé de la presse grand public vous apporte t'elle des informations utiles à votre formation médicale ?

1 *de façon régulière*
 2 *de temps en temps*
 3 *jamais*

12-Le courrier médical (compte rendu d'hospitalisation, de consultation spécialisée) est-il une source de renseignements utile à votre formation ?:

1 *de façon régulière*
 2 *de temps en temps*
 3 *jamais*

13-Utilisez-vous les services de bibliographie des laboratoires pharmaceutiques ?:

1 *de façon régulière*
 2 *de temps en temps*
 3 *jamais*

14-Utilisez-vous votre bibliothèque médicale personnelle comme un outil de formation médicale continue ?:

1 *de façon régulière*
 2 *de temps en temps*
 3 *jamais*

15-Avez-vous recours aux services de la bibliothèque universitaire ?:

- 1 *de façon régulière*
 2 *de temps en temps*
 3 *jamais*

16-Au niveau informatique, pour vous former sur le plan médical, vous avez recours à:

- | | 1- <i>de façon régulière</i> | 2- <i>de temps en temps</i> | 3- <i>jamais</i> |
|------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| a-la télématique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b-des disquettes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c-des CD rom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d-internet, BBS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

17-Avez-vous recours à des cassettes vidéo et/ou audio médicales ?:

- 1 *de façon régulière*
 2 *de temps en temps*
 3 *jamais*

18-Les émissions de radio à caractère médical sont elles, pour vous, une source d'informations ?:

- 1 *de façon régulière*
 2 *de temps en temps*
 3 *jamais*

19-Les émissions de télévision à caractère médical vous apportent-elles des informations utiles à votre formation ?:

- 1 *de façon régulière*
 2 *de temps en temps*
 3 *jamais*

20-Les échanges avec vos confrères sont-ils une source d'informations ?:

- _ a-médecins généralistes: 1 *de façon régulière*
 2 *de temps en temps*
 3 *jamais*

- _ b-médecins spécialistes: 1 *de façon régulière*
 2 *de temps en temps*
 3 *jamais*

21-Les visiteurs médicaux vous apportent-ils des renseignements utiles à votre formation médicale ?:

- 1 *de façon régulière*
 2 *de temps en temps*
 3 *jamais*

22-Fréquentez-vous l'hôpital pour votre formation continue (visites, stages...) ?:

- 1 *de façon régulière*
 2 *de temps en temps*
 3 *jamais*

23-Avez-vous déjà préparé des DU ou des capacités dans le cadre de votre formation continue ?:

- 1 *oui* 2 *non*

24-Parmi les différentes sources présentées cochez celle à laquelle vous avez le plus recours:

- 1 *presse d'information*
 2 *presse de formation*
 3 *presse grand public*
 4 *courrier médical*
 5 *bibliographie des laboratoires*
 6 *bibliothèque personnelle*
 7 *bibliothèque universitaire*
 8 *informatique*
 9 *cassettes vidéo et/ou audio*
 10 *émissions de radio*
 11 *émissions de télévision*
 12 *échanges avec les confrères*
 13 *visiteurs médicaux*
 14 *fréquentation de l'hôpital*
 15 *capacités ou DU*
 16 *ne se prononce pas*

25-Pourquoi ?:

LETTRE DE RAPPEL:

Mon Cher Confrère,

Je vous avais adressé il y a, à peu près, un mois un questionnaire concernant les moyens individuels utilisés par les médecins généralistes de la Haute Vienne pour leur Formation Médicale Continue. Sauf erreur de ma part, il ne me semble pas avoir reçu votre réponse.

Je me permets donc à nouveau de vous contacter afin de vous demander de bien vouloir me renvoyer ce questionnaire.

Si bien sûr vous l'aviez déjà fait, je vous prie de bien vouloir m'excuser pour cette erreur et de ne pas tenir compte de cette lettre.

Je vous remercie par avance de l'attention que vous voudrez bien porter à ma demande et vous prie d'agréer, mon Cher Confrère, mes très respectueuses salutations.

ANNEXE 10 :
RESULTATS EN FONCTION DES VARIABLES
SOCIO DEMOGRAPHIQUES

Sources	Utilisateurs Nombre / %	DE FACON REGULIERE	DE TEMPS EN TEMPS	JAMAIS
PRESSE D'INFORMATION	7 33,4%	12 57%	2 9,6%	
PRESSE DE FORMATION	12 57%	7 33,4%	2 9,6%	
PRESSE GRAND PUBLIC	1 4,8%	6 28,6%	14 66,6%	
COURRIER MEDICAL	7 33,4%	12 57%	2 9,6%	
BIBLIOGRAPHIE DES LABORATOIRES	0 0%	7 33,4%	14 66,6%	
BIBLIOTHEQUE PERSONNELLE	6 28,6%	13 61,8%	2 9,6%	
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE	0 0%	5 23,8%	16 76,2%	
TELEMATIQUE	0 0%	0 0%	21 100%	
DISQUETTES	0 0%	1 4,8%	20 95,2%	
CD ROM	1 4,8%	3 14,3%	17 80,9%	
INTERNET	0 0%	0 0%	21 100%	
CASSETTES AUDIO ET / OU VIDEO	0 0%	10 47,5%	11 52,5%	
EMISSIONS DE RADIO	0 0%	6 28,6%	15 71,4%	
EMISSIONS DE TELEVISION	0 0%	6 28,6%	15 71,4%	
ECHANGES AVEC LES GENERALISTES	7 33,4%	8 38%	6 28,6%	
ECHANGES AVEC LES SPECIALISTES	9 42,9%	10 47,5%	2 9,6%	
VISITEURS MEDICAUX	4 19,1%	14 66,6%	3 14,3%	
FREQUENTATION DE L'HOPITAL	4 19,1%	7 33,4%	10 47,5%	
CAPACITES OU DU	7	33,4%	14 66,6%	

30 à 40 ans

Sources	Utilisateurs Nombre / %	DE FACON REGULIERE	DE TEMPS EN TEMPS	JAMAIS
PRESSE D'INFORMATION	28 47,5%	28 47,5%	3 5%	
PRESSE DE FORMATION	32 54,2%	23 39%	4 6,8%	
PRESSE GRAND PUBLIC	3 5%	22 37,4%	34 57,6%	
COURRIER MEDICAL	26 44%	29 49,2%	4 6,8%	
BIBLIOGRAPHIE DES LABORATOIRES	2 3,4%	23 39%	34 57,6%	
BIBLIOTHEQUE PERSONNELLE	19 32,2%	33 55,8%	7 12%	
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE	1 1,7%	6 10,2%	52 88,1%	
TELEMATIQUE	1 1,7%	0 0%	58 98,3%	
DISQUETTES	1 1,7%	2 3,4%	56 94,9%	
CD ROM	2 3,4%	5 8,5%	52 88,1%	
INTERNET	0 0%	0 0%	59 100%	
CASSETTES AUDIO ET / OU VIDEO	2 3,4%	25 42,4%	32 54,2%	
EMISSIONS DE RADIO	2 3,4%	10 16,9%	47 79,7%	
EMISSIONS DE TELEVISION	2 3,4%	15 25,4%	45 71,2%	
ECHANGES AVEC LES GENERALISTES	21 35,6%	22 37,4%	16 27%	
ECHANGES AVEC LES SPECIALISTES	26 44%	26 44%	7 12%	
VISITEURS MEDICAUX	7 12%	44 74,5%	8 13,5%	
FREQUENTATION DE L'HOPITAL	31 52,4%	7 12%	21 35,6%	
CAPACITES OU DU	35	59,3%	24 40,7%	

40 à 50 ans

Sources	Utilisateurs Nombre / %	DE FACON REGULIERE	DE TEMPS EN TEMPS	JAMAIS
PRESSE D'INFORMATION	9 69,2%	4 30,8%	0 0%	
PRESSE DE FORMATION	10 76,9%	3 23,1%	0 0%	
PRESSE GRAND PUBLIC	1 7,6%	6 46,2%	6 46,2%	
COURRIER MEDICAL	7 53,8%	6 46,2%	0 0%	
BIBLIOGRAPHIE DES LABORATOIRES	0 0%	7 53,8%	6 46,2%	
BIBLIOTHEQUE PERSONNELLE	7 53,8%	6 46,2%	0 0%	
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE	0 0%	4 30,8%	9 69,2%	
TELEMATIQUE	0 0%	0 0%	13 100%	
DISQUETTES	0 0%	1 7,6%	12 92,4%	
CD ROM	0 0%	1 7,6%	12 92,4%	
INTERNET	0 0%	0 0%	13 100%	
CASSETTES AUDIO ET / OU VIDEO	0 0%	8 61,4%	5 38,6%	
EMISSIONS DE RADIO	0 0%	7 53,8%	6 46,2%	
EMISSIONS DE TELEVISION	0 0%	7 53,8%	6 46,2%	
ECHANGES AVEC LES GENERALISTES	7 53,8%	5 38,6%	1 7,6%	
ECHANGES AVEC LES SPECIALISTES	7 53,8%	6 46,2%	0 0%	
VISITEURS MEDICAUX	1 7,6%	12 92,4%	0 0%	
FREQUENTATION DE L'HOPITAL	1 7,6%	7 53,8%	5 38,6%	
CAPACITES OU DU	7	53,8%	6 46,2%	

50 à 60 ans

Sources	Utilisateurs Nombre / %	DE FACON REGULIERE	DE TEMPS EN TEMPS	JAMAIS
PRESSE D'INFORMATION	27 39,7%	36 53%	5 7,3%	
PRESSE DE FORMATION	37 54,4%	25 36,8%	6 8,8%	
PRESSE GRAND PUBLIC	3 4,4%	24 35,3%	41 60,3%	
COURRIER MEDICAL	28 41,2%	34 50%	6 8,8%	
BIBLIOGRAPHIE DES LABORATOIRES	2 2,9%	25 36,8%	41 60,3%	
BIBLIOTHEQUE PERSONNELLE	20 29,4%	40 58,8%	8 11,8%	
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE	1 1,5%	9 13,2%	58 85,3%	
TELEMATIQUE	1 1,5%	0 0%	67 98,5%	
DISQUETTES	1 1,5%	2 2,9%	65 95,6%	
CD ROM	3 4,4%	6 8,8%	59 86,8%	
INTERNET	0 0%	0 0%	68 100%	
CASSETTES AUDIO ET / OU VIDEO	2 2,9%	30 44,1%	36 53%	
EMISSIONS DE RADIO	2 2,9%	12 17,6%	54 79,5%	
EMISSIONS DE TELEVISION	2 2,9%	16 23,5%	50 73,6%	
ECHANGES AVEC LES GENERALISTES	23 33,8%	27 39,7%	18 26,5%	
ECHANGES AVEC LES SPECIALISTES	30 44,1%	30 44,1%	8 11,8%	
VISITEURS MEDICAUX	9 13,2%	49 72%	10 14,8%	
FREQUENTATION DE L'HOPITAL	9 13,2%	25 36,8%	34 50%	
CAPACITES OU DU	26	38,2%	42 61,8%	

hommes

Sources	Utilisateurs Nombre / %	DE FACON REGULIERE	DE TEMPS EN TEMPS	JAMAIS
PRESSE D'INFORMATION	20 66,7%	10 33,3%	0 0%	
PRESSE DE FORMATION	21 70%	9 30%	0 0%	
PRESSE GRAND PUBLIC	2 6,6%	14 46,7%	14 46,7%	
COURRIER MEDICAL	16 53,3%	14 46,7%	0 0%	
BIBLIOGRAPHIE DES LABORATOIRES	0 0%	16 53,3%	14 46,7%	
BIBLIOTHEQUE PERSONNELLE	15 50%	14 46,7%	1 3,3%	
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE	0 0%	9 30%	21 70%	
TELEMATIQUE	0 0%	0 0%	30 100%	
DISQUETTES	0 0%	2 6,6%	28 93,4%	
CD ROM	0 0%	5 16,7%	25 83,3%	
INTERNET	0 0%	0 0%	30 100%	
CASSETTES AUDIO ET / OU VIDEO	0 0%	17 56,7%	13 43,3%	
EMISSIONS DE RADIO	0 0%	14 46,7%	16 53,3%	
EMISSIONS DE TELEVISION	0 0%	15 50%	15 50%	
ECHANGES AVEC LES GENERALISTES	15 50%	9 30%	6 20%	
ECHANGES AVEC LES SPECIALISTES	16 53,3%	13 43,4%	1 3,3%	
VISITEURS MEDICAUX	6 20%	23 76,7%	1 3,3%	
FREQUENTATION DE L'HOPITAL	4 13,2%	13 43,4%	13 43,4%	
CAPACITES OU DU	15	50%	15 50%	

femmes

Sources	Utilisateurs Nombre / %	DE FACON REGULIERE	DE TEMPS EN TEMPS	JAMAIS
PRESSE D'INFORMATION	15 35,7%	23 54,8%	4 9,5%	
PRESSE DE FORMATION	23 54,8%	15 35,7%	4 9,5%	
PRESSE GRAND PUBLIC	3 7,1%	13 30,9%	26 62%	
COURRIER MEDICAL	17 40,5%	21 50%	4 9,5%	
BIBLIOGRAPHIE DES LABORATOIRES	2 4,8%	14 33,3%	26 61,9%	
BIBLIOTHEQUE PERSONNELLE	11 26,2%	25 59,5%	6 14,3%	
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE	1 2,4%	7 16,7%	34 80,9%	
TELEMATIQUE	1 2,4%	0 0%	41 97,6%	
DISQUETTES	1 2,4%	2 4,8%	39 92,8%	
CD ROM	3 7,1%	4 9,5%	35 83,4%	
INTERNET	0 0%	0 0%	42 100%	
CASSETTES AUDIO ET / OU VIDEO	2 4,8%	18 42,8%	22 52,4%	
EMISSIONS DE RADIO	2 4,8%	8 19%	32 76,2%	
EMISSIONS DE TELEVISION	2 4,8%	8 19%	32 76,2%	
ECHANGES AVEC LES GENERALISTES	13 30,9%	17 40,5%	12 28,6%	
ECHANGES AVEC LES SPECIALISTES	19 45,2%	17 40,5%	6 14,3%	
VISITEURS MEDICAUX	7 16,7%	27 64,3%	8 19%	
FREQUENTATION DE L'HOPITAL	7 16,7%	15 35,7%	20 47,6%	
CAPACITES OU DU	16	38,1%	26 61,9%	

exercice isolé

Sources	Utilisateurs Nombre / %	DE FACON REGULIERE	DE TEMPS EN TEMPS	JAMAIS
PRESSE D'INFORMATION	32 57,1%	23 41,1%	1 1,8%	
PRESSE DE FORMATION	35 62,5%	19 33,9%	2 3,6%	
PRESSE GRAND PUBLIC	2 3,6%	25 44,6%	29 51,8%	
COURRIER MEDICAL	27 48,2%	27 48,2%	2 3,6%	
BIBLIOGRAPHIE DES LABORATOIRES	0 0%	27 48,2%	29 51,8%	
BIBLIOTHEQUE PERSONNELLE	24 42,8%	29 51,8%	3 5,4%	
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE	0 0%	11 19,6%	45 80,4%	
TELEMATIQUE	0 0%	0 0%	56 100%	
DISQUETTES	0 0%	2 3,6%	54 96,4%	
CD ROM	0 0%	7 12,5%	49 87,5%	
INTERNET	0 0%	0 0%	56 100%	
CASSETTES AUDIO ET / OU VIDEO	0 0%	29 51,8%	27 48,2%	
EMISSIONS DE RADIO	0 0%	18 32,2%	38 67,8%	
EMISSIONS DE TELEVISION	0 0%	23 41,1%	33 58,9%	
ECHANGES AVEC LES GENERALISTES	25 44,6%	19 33,9%	12 21,5%	
ECHANGES AVEC LES SPECIALISTES	27 48,2%	26 46,4%	3 5,4%	
VISITEURS MEDICAUX	8 14,2%	45 80,4%	3 5,4%	
FREQUENTATION DE L'HOPITAL	6 10,7%	23 41,1%	27 48,2%	
CAPACITES OU DU	25	44,6%	31 55,4%	

exercice en groupe

Sources	Utilisateurs Nombre / %	DE FACON REGULIERE	DE TEMPS EN TEMPS	JAMAIS
PRESSE D'INFORMATION	21 39,6%	27 50,9%	5 9,5%	
PRESSE DE FORMATION	30 56,6%	18 33,9%	5 9,5%	
PRESSE GRAND PUBLIC	3 5,7%	19 35,9%	31 58,4%	
COURRIER MEDICAL	23 43,3%	25 47,2%	5 9,5%	
BIBLIOGRAPHIE DES LABORATOIRES	2 3,8%	20 37,8%	31 58,4%	
BIBLIOTHEQUE PERSONNELLE	16 30,2%	30 56,6%	7 13,2%	
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE	1 1,9%	8 15,1%	44 83%	
TELEMATIQUE	1 1,9%	0 0%	52 98,1%	
DISQUETTES	1 1,9%	2 3,8%	50 94,3%	
CD ROM	3 5,7%	5 9,5%	45 84,9%	
INTERNET	0 0%	0 0%	53 100%	
CASSETTES AUDIO ET / OU VIDEO	2 3,8%	24 45,3%	27 50,9%	
EMISSIONS DE RADIO	2 3,8%	10 19%	41 77,2%	
EMISSIONS DE TELEVISION	2 3,8%	13 24,5%	38 71,7%	
ECHANGES AVEC LES GENERALISTES	18 33,9%	21 39,6%	14 26,5%	
ECHANGES AVEC LES SPECIALISTES	25 47,2%	21 39,6%	7 13,2%	
VISITEURS MEDICAUX	8 15,1%	36 67,9%	9 17%	
FREQUENTATION DE L'HOPITAL	8 15,1%	20 37,8%	25 47,1%	
CAPACITES OU DU	21	39,6%	32 60,4%	

exercice urbain

Sources	Utilisateurs Nombre / %	DE FACON REGULIERE	DE TEMPS EN TEMPS	JAMAIS
PRESSE D'INFORMATION	26 57,7%	19 42,3%	0 0%	
PRESSE DE FORMATION	28 62,2%	16 35,6%	1 2,2%	
PRESSE GRAND PUBLIC	2 4,4%	19 42,3%	24 53,3%	
COURRIER MEDICAL	21 46,7%	23 51,1%	1 2,2%	
BIBLIOGRAPHIE DES LABORATOIRES	0 0%	21 46,7%	24 53,3%	
BIBLIOTHEQUE PERSONNELLE	19 42,3%	24 53,3%	2 4,4%	
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE	0 0%	10 22,2%	35 77,8%	
TELEMATIQUE	0 0%	0 0%	45 100%	
DISQUETTES	0 0%	2 4,4%	43 95,6%	
CD ROM	0 0%	6 13,3%	39 86,7%	
INTERNET	0 0%	0 0%	45 100%	
CASSETTES AUDIO ET / OU VIDEO	0 0%	23 51,1%	22 48,9%	
EMISSIONS DE RADIO	0 0%	16 35,6%	29 64,4%	
EMISSIONS DE TELEVISION	0 0%	18 40%	27 60%	
ECHANGES AVEC LES GENERALISTES	20 44,4%	15 33,4%	10 22,2%	
ECHANGES AVEC LES SPECIALISTES	21 46,7%	22 48,9%	2 4,4%	
VISITEURS MEDICAUX	7 15,6%	36 80%	2 4,4%	
FREQUENTATION DE L'HOPITAL	5 11,1%	18 40%	22 48,9%	
CAPACITES OU DU	20	44,4%	25 55,6%	

exercice rural

Sources	Utilisateurs Nombre / %	DE FACON REGULIERE	DE TEMPS EN TEMPS	JAMAIS
PRESSE D'INFORMATION	11 33,3%	18 54,5%	4 12,2%	
PRESSE DE FORMATION	17 51,5%	12 36,3%	4 12,2%	
PRESSE GRAND PUBLIC	1 3%	11 33,3%	21 63,7%	
COURRIER MEDICAL	13 39,4%	16 48,4%	4 12,2%	
BIBLIOGRAPHIE DES LABORATOIRES	0 0%	12 36,3%	21 63,7%	
BIBLIOTHEQUE PERSONNELLE	8 24,2%	19 57,6%	6 18,2%	
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE	0 0%	6 18,2%	27 81,8%	
TELEMATIQUE	0 0%	0 0%	33 100%	
DISQUETTES	0 0%	1 3%	32 97%	
CD ROM	1 3%	4 12,2%	28 84,8%	
INTERNET	0 0%	0 0%	33 100%	
CASSETTES AUDIO ET / OU VIDEO	0 0%	15 45,5%	18 54,5%	
EMISSIONS DE RADIO	0 0%	7 21,2%	26 78,8%	
EMISSIONS DE TELEVISION	0 0%	7 21,2%	26 78,8%	
ECHANGES AVEC LES GENERALISTES	10 30,4%	12 36,3%	11 33,3%	
ECHANGES AVEC LES SPECIALISTES	15 45,5%	12 36,3%	6 18,2%	
VISITEURS MEDICAUX	5 15,2%	20 60,6%	8 24,2%	
FREQUENTATION DE L'HOPITAL	5 15,2%	11 33,3%	17 51,5%	
CAPACITES OU DU	12	36,3%	21 63,7%	

10 à 20 actes par jour

Sources	Utilisateurs Nombre / %	DE FACON REGULIERE	DE TEMPS EN TEMPS	JAMAIS
PRESSE D'INFORMATION	27 51,9%	24 46,2%	1 1,9%	
PRESSE DE FORMATION	31 59,6%	19 36,6%	2 3,8%	
PRESSE GRAND PUBLIC	3 5,8%	19 36,6%	30 57,6%	
COURRIER MEDICAL	22 42,3%	28 53,9%	2 3,8%	
BIBLIOGRAPHIE DES LABORATOIRES	2 3,8%	20 38,6%	30 57,6%	
BIBLIOTHEQUE PERSONNELLE	19 36,6%	30 57,6%	3 5,8%	
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE	1 1,9%	6 11,5%	45 86,6%	
TELEMATIQUE	1 1,9%	0 0%	51 98,1%	
DISQUETTES	1 1,9%	1 1,9%	50 96,2%	
CD ROM	2 3,8%	4 7,7%	46 88,5%	
INTERNET	0 0%	0 0%	52 100%	
CASSETTES AUDIO ET / OU VIDEO	2 3,8%	22 42,3%	28 53,9%	
EMISSIONS DE RADIO	2 3,8%	11 21%	39 75,2%	
EMISSIONS DE TELEVISION	2 3,8%	16 30,8%	34 65,4%	
ECHANGES AVEC LES GENERALISTES	20 38,6%	21 40,4%	11 21%	
ECHANGES AVEC LES SPECIALISTES	22 42,3%	27 51,9%	3 5,8%	
VISITEURS MEDICAUX	6 11,5%	43 82,7%	3 5,8%	
FREQUENTATION DE L'HOPITAL	6 11,5%	19 36,6%	27 51,9%	
CAPACITES OU DU	21	40,4%	31 59,6%	

20 à 30 actes par jour

Sources	Utilisateurs Nombre / %	DE FACON REGULIERE	DE TEMPS EN TEMPS	JAMAIS
PRESSE D'INFORMATION	9 75%	3 25%	0 0%	
PRESSE DE FORMATION	9 75%	3 25%	0 0%	
PRESSE GRAND PUBLIC	1 8,3%	8 66,7%	3 25%	
COURRIER MEDICAL	9 75%	3 25%	0 0%	
BIBLIOGRAPHIE DES LABORATOIRES	0 0%	9 75%	3 25%	
BIBLIOTHEQUE PERSONNELLE	8 66,7%	4 33,3%	0 0%	
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE	0 0%	6 50%	6 50%	
TELEMATIQUE	0 0%	0 0%	12 100%	
DISQUETTES	0 0%	1 8,3%	11 91,7%	
CD ROM	0 0%	3 25%	9 75%	
INTERNET	0 0%	0 0%	12 100%	
CASSETTES AUDIO ET / OU VIDEO	0 0%	9 75%	3 25%	
EMISSIONS DE RADIO	0 0%	8 66,7%	4 33,3%	
EMISSIONS DE TELEVISION	0 0%	8 66,7%	4 33,3%	
ECHANGES AVEC LES GENERALISTES	8 66,7%	2 16,6%	2 16,6%	
ECHANGES AVEC LES SPECIALISTES	9 75%	3 25%	0 0%	
VISITEURS MEDICAUX	4 33,3%	8 66,7%	0 0%	
FREQUENTATION DE L'HOPITAL	2 16,6%	7 58,4%	3 25%	
CAPACITES OU DU	8	66,7%	4 33,3%	

plus de 30 actes par jour

Sources	Utilisateurs Nombre / %	DE FACON REGULIERE	DE TEMPS EN TEMPS	JAMAIS
PRESSE D'INFORMATION	7	35%	11	2
			55%	10%
PRESSE DE FORMATION	12	60%	6	2
			30%	10%
PRESSE GRAND PUBLIC	1	5%	6	13
			30%	65%
COURRIER MEDICAL	7	35%	11	2
			55%	10%
BIBLIOGRAPHIE DES LABORATOIRES	0	0%	7	13
			35%	65%
BIBLIOTHEQUE PERSONNELLE	6	30%	12	2
			60%	10%
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE	0	0%	5	15
			25%	75%
TELEMATIQUE	0	0%	0	20
			0%	100%
DISQUETTES	0	0%	1	19
			5%	95%
CD ROM	1	5%	2	17
			10%	85%
INTERNET	0	0%	0	20
			0%	100%
CASSETTES AUDIO ET / OU VIDEO	0	0%	10	10
			50%	50%
EMISSIONS DE RADIO	0	0%	6	14
			30%	70%
EMISSIONS DE TELEVISION	0	0%	6	14
			30%	70%
ECHANGES AVEC LES GENERALISTES	7	35%	7	6
			35%	30%
ECHANGES AVEC LES SPECIALISTES	9	45%	9	2
			45%	10%
VISITEURS MEDICAUX	4	20%	13	3
			65%	15%
FREQUENTATION DE L'HOPITAL	4	20%	7	9
			35%	45%
CAPACITES OU DU	7			13
			35%	65%

fonction hospitalière à temps partiel

Sources	Utilisateurs Nombre / %	DE FACON REGULIERE	DE TEMPS EN TEMPS	JAMAIS
PRESSE D'INFORMATION	40 51,3%	35 44,9%	3 3,8%	
PRESSE DE FORMATION	46 58,9%	28 35,9%	4 5,2%	
PRESSE GRAND PUBLIC	4 5,2%	32 41%	42 53,8%	
COURRIER MEDICAL	37 47,4%	37 47,4%	4 5,2%	
BIBLIOGRAPHIE DES LABORATOIRES	2 2,6%	34 43,6%	42 53,8%	
BIBLIOTHEQUE PERSONNELLE	29 37,2%	42 53,8%	7 9%	
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE	1 1,3%	13 16,7%	64 82%	
TELEMATIQUE	1 1,3%	0 0%	77 98,7%	
DISQUETTES	1 1,3%	3 3,8%	74 94,9%	
CD ROM	2 2,6%	9 11,5%	67 85,9%	
INTERNET	0 0%	0 0%	78 100%	
CASSETTES AUDIO ET / OU VIDEO	2 2,6%	37 47,4%	39 50%	
EMISSIONS DE RADIO	2 2,6%	20 25,6%	56 71,8%	
EMISSIONS DE TELEVISION	2 2,6%	25 32%	51 65,4%	
ECHANGES AVEC LES GENERALISTES	31 39,7%	29 37,2%	18 23,1%	
ECHANGES AVEC LES SPECIALISTES	37 47,4%	34 43,6%	7 9%	
VISITEURS MEDICAUX	11 14,1%	59 75,6%	8 10,3%	
FREQUENTATION DE L'HOPITAL	9 11,5%	31 39,8%	38 48,7%	
CAPACITES OU DU	34	43,5%	44 56,5%	

aucune fonction hospitalière

Sources	Utilisateurs Nombre / %	DE FACON REGULIERE	DE TEMPS EN TEMPS	JAMAIS
PRESSE D'INFORMATION	7 36,8%	10 52,6%	2 10,6%	
PRESSE DE FORMATION	12 63,2%	5 26,2%	2 10,6%	
PRESSE GRAND PUBLIC	1 5,2%	6 31,6%	12 63,2%	
COURRIER MEDICAL	7 36,8%	10 52,6%	2 10,6%	
BIBLIOGRAPHIE DES LABORATOIRES	0 0%	7 36,8%	12 63,2%	
BIBLIOTHEQUE PERSONNELLE	6 31,6%	11 57,8%	2 10,6%	
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE	0 0%	5 26,3%	14 73,7%	
TELEMATIQUE	0 0%	0 0%	19 100%	
DISQUETTES	0 0%	1 5,2%	18 94,8%	
CD ROM	1 5,2%	3 15,9%	15 78,9%	
INTERNET	0 0%	0 0%	19 100%	
CASSETTES AUDIO ET / OU VIDEO	0 0%	10 52,6%	9 47,4%	
EMISSIONS DE RADIO	0 0%	6 31,6%	13 68,4%	
EMISSIONS DE TELEVISION	0 0%	6 31,6%	13 68,4%	
ECHANGES AVEC LES GENERALISTES	7 36,8%	6 31,6%	6 31,6%	
ECHANGES AVEC LES SPECIALISTES	9 47,4%	8 42%	2 10,6%	
VISITEURS MEDICAUX	4 20,9%	12 63,2%	3 15,9%	
FREQUENTATION DE L'HOPITAL	4 20,9%	7 36,8%	8 42,3%	
CAPACITES OU DU	7	36,8%	12 63,2%	

organisation de la FMI

Sources	Utilisateurs Nombre / %	DE FACON REGULIERE	DE TEMPS EN TEMPS	JAMAIS
PRESSE D'INFORMATION	40 50,6%	36 45,6%	3 3,8%	
PRESSE DE FORMATION	46 58,2%	29 36,7%	4 5,1%	
PRESSE GRAND PUBLIC	4 5,1%	32 40,5%	43 54,4%	
COURRIER MEDICAL	37 46,8%	38 48,1%	4 5,1%	
BIBLIOGRAPHIE DES LABORATOIRES	2 2,5%	34 43,1%	43 54,4%	
BIBLIOTHEQUE PERSONNELLE	29 36,7%	43 54,4%	7 8,9%	
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE	1 1,3%	13 16,4%	65 82,3%	
TELEMATIQUE	1 1,3%	0 0%	78 98,7%	
DISQUETTES	1 1,3%	3 3,8%	75 94,9%	
CD ROM	2 2,5%	8 10,2%	69 87,3%	
INTERNET	0 0%	0 0%	79 100%	
CASSETTES AUDIO ET / OU VIDEO	2 2,5%	37 46,8%	40 50,7%	
EMISSIONS DE RADIO	2 2,5%	20 25,3%	57 72,2%	
EMISSIONS DE TELEVISION	2 2,5%	25 31,6%	52 65,9%	
ECHANGES AVEC LES GENERALISTES	31 39,2%	30 38%	18 22,8%	
ECHANGES AVEC LES SPECIALISTES	37 46,8%	35 44,3%	7 8,9%	
VISITEURS MEDICAUX	11 13,9%	60 75,9%	8 10,2%	
FREQUENTATION DE L'HOPITAL	9 11,4%	31 39,2%	39 49,4%	
CAPACITES OU DU	34	43,1%	45 56,9%	

non organisation de la FMI

Sources	Utilisateurs Nombre / %	DE FACON REGULIERE	DE TEMPS EN TEMPS	JAMAIS
PRESSE D'INFORMATION	7	35%	11 55%	2 10%
PRESSE DE FORMATION	12	60%	6 30%	2 10%
PRESSE GRAND PUBLIC	1	5%	6 30%	13 65%
COURRIER MEDICAL	7	35%	11 55%	2 10%
BIBLIOGRAPHIE DES LABORATOIRES	0	0%	7 35%	13 65%
BIBLIOTHEQUE PERSONNELLE	6	30%	12 60%	2 10%
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE	0	0%	4 20%	16 80%
TELEMATIQUE	0	0%	0 0%	20 100%
DISQUETTES	0	0%	1 5%	19 95%
CD ROM	1	5%	3 15%	16 80%
INTERNET	0	0%	0 0%	20 100%
CASSETTES AUDIO ET / OU VIDEO	0	0%	10 50%	10 50%
EMISSIONS DE RADIO	0	0%	6 30%	14 70%
EMISSIONS DE TELEVISION	0	0%	6 30%	14 70%
ECHANGES AVEC LES GENERALISTES	7	35%	7 35%	6 30%
ECHANGES AVEC LES SPECIALISTES	9	45%	9 45%	2 10%
VISITEURS MEDICAUX	4	20%	13 65%	3 15%
FREQUENTATION DE L'HOPITAL	4	20%	7 35%	9 45%
CAPACITES OU DU	7		35%	13 65%

organisation de la FMC

Sources	Utilisateurs Nombre / %	DE FACON REGULIERE	DE TEMPS EN TEMPS	JAMAIS
PRESSE D'INFORMATION	40 51,3%	35 44,9%	3 3,8%	
PRESSE DE FORMATION	46 58,9%	28 35,9%	4 5,2%	
PRESSE GRAND PUBLIC	4 5,2%	32 41%	42 53,8%	
COURRIER MEDICAL	37 47,4%	37 47,4%	4 5,2%	
BIBLIOGRAPHIE DES LABORATOIRES	2 2,6%	34 43,6%	42 53,8%	
BIBLIOTHEQUE PERSONNELLE	29 37,2%	42 53,8%	7 9%	
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE	1 1,3%	14 18%	63 80,7%	
TELEMATIQUE	1 1,3%	0 0%	77 98,7%	
DISQUETTES	1 1,3%	3 3,8%	74 94,9%	
CD ROM	2 2,6%	8 10,3%	68 87,1%	
INTERNET	0 0%	0 0%	78 100%	
CASSETTES AUDIO ET / OU VIDEO	2 2,6%	37 47,4%	39 50%	
EMISSIONS DE RADIO	2 2,6%	20 25,6%	56 71,8%	
EMISSIONS DE TELEVISION	2 2,6%	25 32%	51 65,4%	
ECHANGES AVEC LES GENERALISTES	31 39,7%	29 37,2%	18 23,1%	
ECHANGES AVEC LES SPECIALISTES	37 47,4%	34 43,6%	7 9%	
VISITEURS MEDICAUX	11 14,1%	59 75,6%	8 10,3%	
FREQUENTATION DE L'HOPITAL	9 11,5%	31 39,8%	38 48,7%	
CAPACITES OU DU	34	43,5%	44 56,5%	

non organisation de la FMC

BIBLIOGRAPHIE

1. ALABAREIL (C.): « Réalisation d'un Document Pédagogique de Vidéo interactive pour la formation Médicale Continue », thèse de médecine, n° 147, Bordeaux 2, 1990
2. ALMERA (J.P.), PEQUIGNOT (H.): « La Déontologie Médicale », Litec, Fontenay le Comte, 1996
3. ANDEM: « La FMC en Médecine Ambulatoire: Pratique d'Evaluation », la Loupe, 1995
4. ANGELARD (C.): « INFO Médecine: Création d'un Nouveau Type de Formation Médicale Continue », thèse de médecine, n° 233, Toulouse, 1985
5. ANONYME: « Le Rapport Béraud », le Concours Médical, n° 31, p. 2715-24, 1992
6. ANONYME: « Rôle et Influence de la Presse Médicale sur les Professions de Santé », le Concours Médical, n° 25, p. 1983, 1995
7. ANONYME: « CD Rom pour la FMC », Bulletin de l'Ordre des Médecins, n° 6, p. 11, 1996
8. ANONYME: « Répertoire des Titres 1996 », Nouvelles Messageries de la Presse Parisienne, Paris, p.77, 1996
9. ANONYME: « Mon Médecin ce Héros », Impact Médecin Hebdo, n° 334, p. 6-13, 1996
10. ANONYME: « Les Activités des Médecins Généralistes », Prescrire, n° 170, p. 130-31, 1997
11. Association Européenne Pour l'Information et les Bibliothèques de Santé: « Bibliothèques Médicales en Europe : Un Répertoire », 2ème édition, EAHIL/AEIBS, Bruxelles, 1994
12. BADER (J.P.): « Réflexion sur le Bon Usage du Médicament », le Concours Médical, n° 25, p. 1980-82, 1995
13. BARROT (J.): « La Formation Continue des Médecins », le Concours Médical, n° 43, p. 3198-99, 1996
14. BEAUPERE (J.): « Deux Mots d'Ordre : Unité et Qualité », Bulletin de l'Ordre des Médecins, n° 2, p. 10, 1996

15. BELBENOIT-AVICH (P.M.): «La Recherche Documentaire et Bibliographique en Médecine et Pharmacie», Frison Roche, Saint Etienne, 1992
16. BEQUILLART (H.), BOURDOISEAU (C.), GERMAIN (D.): «Les Atouts Maîtres», Impact Médecin Hebdo, n° 344, p. 6-16, 1996
17. BERREBI (P.): «Sur Mesure», Impact Médecin hebdo, n° 351, p. 3, 1997
18. BLUM BOISGARD (C.), GOURAUD CHAUMEIL (B.), MATILLON (Y.): «L'Exercice Médical dans la Société: Hier, Aujourd'hui, Demain», Masson, Paris, 1995
19. BLUM (J.P.): «Internet ? C'est Grave Docteur ?», Bulletin de l'Ordre des Médecins, n° 2, p. 11, 1996
20. BOITEUX (A.B.): «La Communication Médicale Audiovisuelle en France», thèse de médecine, n° 1103, Paris-Pitié Salpêtrière, 1988
21. BOREL (M.): «Evolution de la Presse Médicale d'Information de 1979 à 1988», thèse de médecine, n° 2011, Paris-Lariboisière, 1991
22. BOUE (A.): «Où va la Presse Médicale ?», le Concours Médical, n° 16, p. 1406, 1989
23. BRIONNE (V.): «L'Information du Médecin sur les Médicaments», thèse de pharmacie, n° 83, Limoges, 1983
24. BRODMAN (E.): «The Physician as Consumer of Medical Literature», Bulletin of the New York Academy of Medicine, USA, volume 61, p. 266-74, 1985
25. BROM (B.): «Continuing Medical Education is it Necessary for General Practitioners ?», South African Medical Journal, n° 6, p. 497-98, 1995
26. Catalogue Collectif National des Publications en Série, Périodiques de la Section Médecine -Pharmacie de la Bibliothèque Universitaire, Centre Régional Limousin, Limoges, 1995

27. CHABROL (S.): «La Visite du Délégué Médical au Cabinet du Médecin Généraliste a t'elle une Valeur Formatrice ?», thèse de médecine, Montpellier 1, 1992
28. CHABRUN ROBERT (C.): «La Formation Continue Conventionnelle», le Concours Médical, n° 10, p. 893-98, 1992
29. CHABRUN ROBERT (C.): «Le Généraliste et l'Hôpital Local», le Concours Médical, n° 6, p. 445-47, 1993
30. CHABRUN ROBERT (C.): «Le Nouvel Hôpital Local», le Concours Médical, n° 6, p. 478-80, 1993
31. CHABRUN ROBERT (C.): «La Presse Médicale : Instrument de Formation Médicale Continue», le Concours Médical, n° 25-26, p. 2205, 1994
32. CHABRUN ROBERT (C.): «La Formation Médicale Continue», le Concours Médical, n° 28, p. 2366, 1994
33. CHABRUN ROBERT (C.): «L'Informatisation des Cabinets médicaux : de la Gestion à la Télémédecine», le Concours Médical, n° 25, p. 2265-67, 1995
34. CHABRUN ROBERT (C.): «La Démographie Médicale», le Concours Médical, n° 13, p. 921-23, 1996
35. CHABRUN ROBERT (C.): «Les Dépenses de Santé en 1995», le Concours Médical, n° 31, p. 2146-48, 1996
36. CHABRUN ROBERT (C.): «Télémédecine et Déontologie», le Concours Médical, n° 36-37, p. 2639-41, 1996
37. CHAMPETIER DE RIBES (D.): «L'Enseignement Assisté par Ordinateur en Médecine», la Revue du Praticien-Médecine Générale, n° 18, p. 1061-66, 1987
38. CHANCEREUL (P.) : «La Formation Médicale Continue du Médecin Généraliste: Etat de la Question et Perspectives», thèse de médecine, n° 1126, Angers, 1993

39. CHAO (J.): «Continuing Medical Education Software», the Journal of Family Practice, n° 5, p. 598-604, 1992
40. CHAPERON (J.): «La Convention Médicale de 1993», Prescrire, n° 164, p. 553, 1996
41. Code de la Santé Publique, Dalloz, Paris, 1995
42. COLWILL (J.M.): «Education of the Primary Physicians: a Time for Reconsideration», JAMA, n° 19, p. 2643-44, 1986
43. CUGNEY (O.): «Le Rôle des Délégués Médicaux au Cabinet du Médecin Généraliste», thèse de médecine, n° 49, Nancy, 1993
44. DALIGAND (L.) et al.: «La Sécurité Sociale», 2ème édition, Masson, Paris, 1994
45. DARMONI (S.J.): «Quand la Médecine Surfe sur le Réseau», Bulletin de l'Ordre des Médecins, n° 1, p. 5-9, 1997
46. DE DUCLA (M.): «Réalisation d'un Vidéodisque Interactif de FMC», thèse de médecine, n° 26, Bordeaux 2, 1993
47. DEGOULET (P.), FIESCHI (M.): «Informatique Médicale», Masson, Paris, 1993
48. DELEUZE (J.): «Une Revue du Praticien 100% Médecine Générale», la Revue du Praticien-Médecine Générale, n° 365, p. 9, 1997
49. DELORME (J.): «La Politique de Formation Continue», le Concours Médical, n° 1, p. 59-61, 1993
50. DELORME (J.): «La Loi sur les Unions Professionnelles», le Concours Médical, n° 2, p. 128-29, 1993
51. DELORME (J.): «L'Ordonnance sur la Maîtrise Médicalisée», le Concours Médical, n° 16, p. 1159-61, 1996
52. DENYS (F.): «Création d'un EAO pour la Formation des Médecins Généralistes en Diabétologie», thèse de médecine, n° 129, Nancy 1, 1993

53. DEPONDY (A.): «On Line», Impact Médecin Hebdo, n° 323, p. 37-38, 1996
54. DERUY (J.M.): «Motivations et Réticences des Médecins Généralistes pour la Formation Médicale Continue», thèse de médecine, n° 216, Montpellier, 1984
55. DOUMENC (M.): «L'Evaluation en Médecine Ambulatoire: I», le Concours Médical, n° 14, p. 1259-61, 1992
56. DOUMENC (M.): «L'Evaluation en Médecine Ambulatoire: II», le Concours Médical, n° 15, p. 1355-55, 1992
57. DOUMENC (M.): «L'Evaluation en Médecine Ambulatoire: III», le Concours Médical, n° 17, p. 1525-29, 1992
58. DOUMENC (M.): «L'Evaluation en Médecine Ambulatoire: IV», le Concours Médical, n° 18, p. 1591-93, 1992
59. DOUMENC (M.): «L'Evaluation en Médecine Ambulatoire: V», le Concours Médical, n° 19, p. 1694-96, 1992
60. DOUMENC (M.): «L'Audit Médical», la Revue du Praticien-Médecine Générale, n° 300, p. 34-37, 1995
61. DUBOIS (O.): «La Démographie Médicale Française», Bulletin de l'Ordre des Médecins, n° 11, p. 10-11, 1996
62. DUBUIT (C.): «BBS Multimédia pour Mac et PC», JCI, Montréal, 1996
63. DUNN (E.V.): «Study of Relation of Continuing Medical Education to Quality of Family Physician's Care», Journal of Medical Education, USA, volume 63, n° 10, p. 775-84, 1988
64. DUSSURE (L.), DUCROT (H.), ALLAERT (F.A.): «L'Information Médicale, l'Ordinateur et la Loi», EM Inter, Condé sur Noireau, 1996
65. EVEILLARD (P.): «Deux Services en Ligne à Vocation Médicale», la Revue du Praticien-Médecine Générale, n° 323, p. 42, 1996

66. FONTAINE (A.): «Médecine, Médecins et Médias», la Gazette Médicale, n° 8, p. 33-38, 1996
67. FRUZA (B.), MESTERS (J.P.): «Premiers Pas avec Un Modem», Marabout, La Flèche, 1995
68. GAUDIN (A.M.): «L'ANAES est sur les Rails», le Quotidien du Médecin, n° 6045, p. 2, 1997
69. GLAZIER (R.), BICHBUNDER (R.), BELL (M.): «Critical Appraisal of Continuing medical Education in the Rheumatic Diseases», Arthritis and Rheumatism, n° 4, p. 533-38, 1995
70. GORMAN (P.N.): «Can Primary Care Physician's Questions be Answered Using the Medical Journal Literature ?», Bull. Med. Libr. Assoc., USA, volume 82, fascicule 2, p. 140-46, 1994
71. GRANDBASTIEN (B.), THOUIN (A.), COLLIGNON (A.): «Quelle Place pour les Services Minitel en Santé ?», le Concours Médical, n° 32, p. 2784-90, 1993
72. GUERIN (J.Y.): «Les Malades sur l'Internet», Impact Médecin Hebdo, n° 347, p. 24-25, 1996
73. Guide THERAPLIX des Etudes Médicales I: «Panorama des Etudes Médicales», Théraplix, Nogent le Rotrou, 1996
74. Guide THERAPLIX des Etudes Médicales II: «Les Fonctions Hospitalières», Théraplix, Nogent le Rotrou, 1996
75. Guide THERAPLIX des Etudes Médicales III: «Quelle Voie Choisir ?», Théraplix, Nogent le Rotrou, 1996
76. Guide THERAPLIX des Etudes Médicales IV: «Les Débuts Professionnels», Théraplix, Nogent le Rotrou, 1996
77. GUILLAUME (P.): «Santé Télévision: Une Expérience de Télévision Médicale en Avance sur son Temps», thèse de médecine, n° 1017, Paris-Pitié Salpêtrière, 1990
78. GUILLEM (C.): «Les Médecins Généralistes Partie Prenante dans les Essais Cliniques en Ville», Impact Médecin Quotidien, n° 1041, p. 8, 1997

79. AUDRY (V.): «La Naissance Difficile d'un Nouveau Média : la Télévision Médicale», thèse de pharmacie, n° 1548, Lille 2, 1989
80. HOERNI (B.): «Ethique et Déontologie Médicale», Masson, Paris, 1996
81. HOERNI (B.), BENEZECH (M.): «L'Information en Médecine: Evolution Sociale, Juridique et Ethique», Masson, Paris, 1993
82. HONNORAT (C.): «La FMC», le Concours Médical, n° 38, p. 3475-78, 1991
83. HUARD (P.): «Où en est la Féminisation du Corps Médical ?», Journal du Jeune Praticien, n° 356, p. 6-11, 1996
84. HUITEMA (C.): «Et Dieu Créa l'Internet», Eyrolles, Paris, 1995
85. JAMBOIS (S.): «World Wide Web avec Mosaic et Netscape», Sybex, Marsat, 1995
86. JOLY (M.): «Les Unions Professionnelles», le Concours Médical, n° 22, p. 1941-43, 1992
87. Journal Officiel de la République Française: «Décret n° 96-1050», p. 17767-69, 1996
88. Juris Classeur: «Codes et Lois : Traités de l'Europe Occidentale», n° 7, Paris, 1992
89. KELLY (M.H.), MURRAY (T.S.): «General Practitioner's Views on Continuing Medical Education», British Journal of General Practice, n° 44, p. 469-71, 1994
90. KNIGHT (A.), MILLS (K.): «Continuing Medical Education for General Practitioners : a northern Ireland Plan», Ulster Medical Journal, n° 2, p. 157-62, 1992
91. LAVARENNE (F.): «La Bibliothèque Médicale Personnelle du Médecin Praticien», thèse de médecine, n° 223, Montpellier, 1987

- 92.LEFEBVRE (F.): «La Formation Professionnelle Continue», Mémento Pratique du Droit du Travail, Levallois Perret, 1995
- 93.LE GOAZIOU (M.F.), THERON (E.): «Evaluation de la FMC par l'Audit», la Revue du Praticien-Médecine Générale, n° 359, p. 3947, 1996
- 94.LEVY (D.), HA DOAN (B.D.): «Une Décennie de Formation Médicale Permanente en France», Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicale, n° 3, p. 217-48, 1993
- 95.LLORCA (G.): «La Communication Médicale», Ellipses, Lonrai, 1994
- 96.LOURADOUR (D.): «Lecteurs, qui Etes-Vous ?», la Gazette Médicale, n° 10, p. 37-39, 1996
- 97.MAIRESSE (J.P.): «L'Audit en Médecine Générale», Exercer, n° 24, p. 17-19, 1993
- 98.MAIRESSE (J.P.), OLOMBEL (P.), AULONIER (S.): «L'Evaluation des Pratiques Médicales», Exercer, n° 36, p. 24-31, 1996
- 99.MAISONNEUVE (L.): «Les Informations Pharmaceutiques», n° 293, p. 227-61, 1982
- 100.MAUPEU (D.): «Méthodes et Moyens de Formation Médicale Continue en Indre et Loire», thèse de médecine, n° 71, Tours, 1988
- 101.MIAILHE (B.): «La Presse Médicale pour Généralistes en 1985: Enquête», thèse de médecine, n° 148, Rouen, 1985
- 102.MIGNON (F.): «Choisir sa Formation», le Concours Médical, n° 1, p. 7, 1993
- 103.MIGNON (F.): «Le Médicament et la Presse», le Concours Médical, n° 25, p. 1929, 1995

104. NOTAISE (J.), BARDA (J.), DUSANTER (O.): «Dictionnaire du Multimédia», 2ème édition, AFNOR, Saint Just la Pendue, 1994
105. NOUSSENBAUM (G.): «Le Grand Bond en Avant de l'Édition», Impact Médecin Quotidien, n° 988, p. 15, 1996
106. OGRIZEK (M.), GUILLERY (J.M.), MIRABAUD (C.): «La Communication Médicale», Que Sais Je ?, PUF, Paris, 1996
107. Ordre National des Médecins: «La Démographie Médicale Française», Paris, 1996
108. PAILLARD (J.): «Les Visiteurs Médicaux Sont de Plus en Plus Diplômés», Panorama du Médecin, n° 4447, p. 6, 1996
109. PITTS (J.), VINCENT (S.): «General Practitioner's Reasons for not Attending a Higher Professional Education Course», British Journal of General Practice, n° 44, p. 271-73, 1994
110. POITEVIN (I.): «Les Nouveaux Produits d'Information et de Communication pour les Médecins Généralistes», thèse de médecine, n° 142, Paris Ouest, 1986
111. QUEVAT (B.): «S'Abonner aux Revues de FMC, Pourquoi ?», le Concours Médical, n° 18, p. 1581, 1992
112. RAY (W.A.) et al.: «Reducing Long Term Diazepam Prescribing in Office Practice», JAMA, n° 18, p. 2536-39, 1986
113. RENE (L.): «La Presse Médicale de Formation Continue», Bulletin de l'Ordre des Médecins, n° 9, p. 15, 1992
114. REQUILLART (H.): «Un Enjeu de 2,5 Milliards de Francs», Impact Médecin Hebdo, n° 336, p. 24-26, 1996
115. REQUILLART (H.): «Qui Perd, Qui Gagne ?», Impact Médecin Hebdo, n° 356, p. 6-13, 1997
116. REMIGNON DALVERNY (C.): «La Formation Médicale Continue des Médecins Généralistes : Place de l'Industrie Pharmaceutique», thèse de médecine, n° 50, Bordeaux 2, 1992

117. ROCHE (N.): «Lecture Critique de la Littérature», Université de Limoges, novembre 1996
118. ROSSARD (M.): «La Visite Médicale», Impact Médecin Quotidien, n° 987, p. 16, 1996
119. ROUDEN (C.): «Le Processus de Résiliation de la Convention est Engagé», Quotidien du Médecin, n° 5974, p. 3, 1996
120. SALMI (L.R.): «Lecture Critique des Articles Médicaux, Introduction», la Revue du Praticien-Médecine Générale, n° 25, p. 2598-2605, 1991
121. SANFOURCHE (C.): «La Santé sur le Web», Impact Médecin Hebdo, n° 335, p. 23, 1996
122. SUCH (M.F.), PEROL (D.): «Initiation à la Bibliographie Scientifique», Cercle de la Librairie Promodis, Mayenne, 1987
123. TERQUEM (J.): «Les Médecins dans la Société Française», Economica, Paris, 1992
124. VANZYL (A.), CESNIK (B.): «A Model for Connecting Doctors to University Based Medical Resources Through the Internet», Symp. Comp. Appl. Med. Care, p. 517-21, 1995
125. VERGNENEGRE (A.): «L'Evaluation en Médecine Générale : Objectifs et Exemples Concrets», Université de Limoges, novembre 1996
126. VERHOEVEN (A.H.) et al.: «Use of Informations Sources by Family Physicians : a Literature Survey», Bull. Med. Libr. Assoc., n° 83, p. 85-89, 1995
127. VIALON (A.): «La Demande de Formation Médicale Continue des Médecins Généralistes issus de la Faculté de Médecine de Saint Etienne», thèse de médecine, n° 9310, Saint Etienne, 1993
128. VIGER (B.): «L'Information Médicale et ses Aléas», le Concours Médical, n° 37, p. 3045, 1994

- 129.VIGIER (P.): «La Fréquentation des Médias par les Médecins Généralistes pour leur Formation Professionnelle», thèse de médecine, n° 5071, 1988
- 130.VILLANOVA (J.): «La Publicité pour les Médicaments», la Revue du Praticien-Médecine Générale, n° 364, p. 39-40, 1997
- 131.VILLEY (R.): «Histoire du Diagnostic Médical», Masson, Chateau-Gontier, 1976
- 132.WONG (O.): «Mise à Jour des Connaissances: les Sources d'Information», le Généraliste, n° 1765, p. 14-19, 1997

TABLE DES MATIERES

LISTE DU CORPS ENSEIGNANT DE LA FACULTE	p.3
REMERCIEMENTS	p.6
PLAN	p.10
PROLOGUE	p.13
1 ère PARTIE: LA FMC	P.18
I) - DEFINITIONS	p.20
II) - HISTORIQUE	p.27
<i>A - Les Débuts</i>	p.27
<i>B - Mise en Place de la FMC Actuelle</i>	p.32
III) - ASPECT LEGAL	p.40
<i>A - La Formation Professionnelle Continue</i>	p.40
<i>B - La Formation Médicale Continue</i>	p.44
1 - Une Obligation Morale	p.44
2 - Une Obligation Déontologique	p.45
3 - Une Obligation Légale	p.46
<i>C - Organisation</i>	p.49
1 - Antérieure	p.49
2 - Actuelle	p.52
<i>D - Financement</i>	p.55
1 - Antérieur	p.55
2 - Actuel	p.58
IV) - L'EVALUATION	p.61
2ème PARTIE: LES SOURCES D'INFORMATIONS	p.66
I) - LES SOURCES COLLECTIVES	p.70
<i>A - Gérées par le Corps Médical</i>	p.70
1 - La FMC Locale	p.70
2 - La FMC Conventionnelle	p.71
3 - L'Enseignement Post Universitaire	p.71
4 - Les Congrès	p.72
<i>B - gestion Extra Médicale</i>	p.72
II) - LES SOURCES INDIVIDUELLES	p.74
<i>A - Les Supports Ecrits</i>	p.74
1 - La Presse	p.75

<i>a - La Presse Grand Public</i>	p.75
<i>b - La Presse Médicale Professionnelle</i>	p.78
1 - La Presse de Formation	p.80
2 - La Presse d'Information	p.81
2 - Les livres	p.87
<i>a - Les Types d'Ouvrages</i>	p.89
1 - Les Documents Primaires	p.89
2 - Les Documents Secondaires	p.90
3 - Les Ouvrages de référence	p.91
<i>b - Les Différentes Structures</i>	p.94
1 - La Bibliothèque Médicale Personnelle	p.94
2 - Les Centres de Bibliographie des Laboratoires	p.95
3 - Les Bibliothèques Universitaires	p.95
3 - Le Courrier Médical	p.97
B - Les Supports Oraux	p.99
1 - La Radio	p.99
2 - Les Cassettes Audio	p.102
3 - La Visite Médicale	p.103
4 - Les Contacts entre Confrères	p.108
5 - Capacités et DU	p.110
<i>a - Les Capacités</i>	p.111
<i>b - Les Diplômes Universitaires et Inter-Universitaires</i>	p.112
C - Les Supports Audiovisuels	p.114
1 - La Télévision	p.115
2 - Les Cassettes Vidéo	p.119
3 - L'Informatique	p.122
<i>a - Les Différentes Techniques</i>	p.124
1 - Les Disquettes	p.124
2 - Les Vidéodisques Interactifs	p.125
3 - Les CD Rom	p.126
4 - La Télématicque	p.127
<i>b - Les Différentes Utilisations</i>	p.133
1 - Les banques de Données	p.134
2 - Les Systèmes d'Aide à la Décision	p.136
3 - L'Enseignement Assisté par Ordinateur	p.137
D - Les Supports Manuels	p.140
1 - Les Expérimentations	p.141
2 - La Fréquentation de l'Hôpital	p.143
<i>a - Les Stages Hospitaliers</i>	p.143
<i>b - Les Vacances Hospitalières</i>	p.144
3ème PARTIE: L'ENQUETE	p.149
I) - METHODOLOGIE	p.150
II) - RESULTATS	p.154

A - Résultat Global	p.154
B - Résultats Spécifiques	p.166
1 - Age	p.166
a - Groupes 1 et 2	p.167
b - Groupes 2 et 3	p.170
c - Groupes 1 et 3	p.172
d - Conclusion sur l'Age	p.174
2 - Sexe	p.174
3 - Mode d'Exercice	p.177
4 - Lieu d'Activité	p.179
5 - Nombre d'Actes	p.182
a - Groupes 2 et 3	p.182
b - Groupes 3 et 4	p.184
c - Groupes 2 et 4	p.187
d - Conclusion sur le Nombre d'Actes	p.189
6 - Fonction hospitalière	p.190
7 - Organisation de la FMI	p.192
8 - Organisation de la FMC	p.194
III) - CONCLUSION	p.198
EPILOGUE	p.200
ANNEXES	p.203
1 - Différents Rôles de l'UNAFORMEC	p.204
2 - Critères et Grille de Validation pour l'Attestation des Généralistes et des Spécialistes	p.205
3 - Principes Généraux pour l'Attribution des Attestations	p.208
4 - Classification des Moyens de Formation	p.209
5 - Résultats de l'Enquête de A.Viallon	p.211
6 - Principaux Critères de Qualité des Publications Médicales	p.212
7 - Principaux Centres Bibliographiques Français	p.213
8 - Principaux Serveurs Minitel Utilisables par les Médecins Généralistes	p.215
9 - Lettres	p.218
10 - Résultats en Fonction des Variables Socio- Démographiques	p.224
BIBLIOGRAPHIE	p.243
TABLE DES MATIERES	p.255

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, d'idéologie, de religion ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 27

259

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

RESUME: La formation médicale continue vient de passer d'un devoir moral et déontologique à une obligation légale. Suite à la loi de 1996 les structures chargées de son organisation et de son développement ont été remodelées. Cette loi reconnaît à nouveau l'utilité de la formation individuelle. Celle-ci peut être étudiée sous l'angle des sources d'informations utilisées par les praticiens. Elles sont nombreuses et sont d'origine professionnelle ou extra professionnelle. Leurs apports sont théoriques ou pratiques et portent sur le savoir, le savoir-faire ou le savoir-être. Ces apports varient d'une source à l'autre. Les stages hospitaliers, les capacités et les DU ainsi que l'informatique médicale sont (pour nous) les sources les plus performantes même si ce ne sont pas les plus utilisées. De façon globale, les médecins généralistes interrogés recourent à toutes les sources d'informations disponibles. Les sources d'origine médicale sont les plus utilisées lorsqu'elles ne nécessitent pas d'investissement de la part des praticiens. La presse professionnelle et en particulier celle de formation est la plus utilisée. Les sources d'origine extra professionnelle sont utilisées de manière accessoire. Le recours aux différentes sources n'est pas le même en fonction de certaines variables socio démographiques (âge, sexe, nombre d'actes quotidiens).

MOTS CLES : information, médecine générale, formation individuelle