

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

## **THESE**

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

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

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

Présentée et soutenue publiquement le 13 Octobre 2004

Président de thèse : Monsieur le Pr. P. JAILLON

Directeur de thèse : Monsieur le Pr. P. ATLAN

Membres du jury : Monsieur le Pr. J. ROLAND

Monsieur le Pr. M. BUDOWSKI

Monsieur le Dr. J-L GUY

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

Année 2004

## THESE

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

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

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

Présentée et soutenue publiquement 13 Octobre 2004

Président de thèse : Monsieur le Pr. P. JAILLON  
Directeur de thèse : Monsieur le Pr. P. ATLAN

Membres du jury : Monsieur le Pr. J. ROLAND  
Monsieur le Pr. M. BUDOWSKI  
Monsieur le Dr. J-L GUY

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

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

Nous apprécions ses grandes qualités médicales et humaines.

Nous lui témoignons notre gratitude et notre profond respect.

**aux membres du Jury,**

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

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

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

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

Nous leur exprimons notre vive gratitude et notre profond respect.

**Monsieur le Professeur Pierre ATLAN**

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

Nous avons choisi ensemble le sujet de ce travail.

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

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

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

Docteur Judy Ribble (rédactrice en chef de Medscape)

Docteur Louise Roy (rédactrice en chef du Médecin du

Québec)

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

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

Docteur Dominique Broclain (médecin sociologue)

Docteur Pierre Chirac (pharmacien)

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

Docteur Philippe Eveillard (Revue du Praticien Médecine Générale)

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

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

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

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

Docteur Jacques Langue (rédacteur du Pédiatre)

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

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

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

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

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

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

à ma compagne Gaëlle,

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

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

à mes Parents,

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

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

Que ce travail soit le témoignage de ma profonde reconnaissance.

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

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

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

Je vous remercie de votre accueil dans votre famille.

Recevez toute ma profonde affection.

à toute ma famille

à tous mes amis .

# SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

(Serment reactualisé par le Pr Bernard Hemri)

# **TABLE DES MATIERES**

|  |            |
|--|------------|
| <b>INTRODUCTION.</b>   | page<br>16 |
| <b><u>PARTIE I</u> : Le contexte actuel de la FMC.</b>   | 20         |
| <b>A) L'orientation pédagogique actuelle de la FMC centrée sur l'apprenant.</b>  | 21         |
| <b>B) Réglementation de la FMC.</b>  | 22         |
| B.1) Les Lois Edgar Faure de 1968 et Savary de 1984.   |            |
| B.2) Les critères de validation d'une action de FMC.   |            |
| B.3) La Loi du 27 Janvier 1993 (Loi « anti-cadeaux »).   |            |
| B.4) L'ordonnance du 24 Avril 1996 sur la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et le décret d'application du 5 Décembre 1996.  |            |
| B.5) La Loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.  |            |
| B.6) Le Décret du 14 Novembre 2003 relatif aux conseils nationaux et au comité de coordination de la formation médicale continue prévus aux articles L. 4133-3 et L. 6155-2 du Code de la santé publique.      |            |
| B.7) L'Avenant à la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les médecins généralistes libéraux et les caisses d'assurance maladie relatif à la formation professionnelle conventionnelle. |            |

**C) Les différentes modalités de la FMC. 27**

C.1) Les acteurs de la FMC.

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

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

**A) Définitions. 30**

**B) Méthode. 30**

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

B.2) Les entretiens.

B.3) Les informations recueillies auprès des rédactions

B.4) La recherche bibliographique

B.5) Les démarches effectuées.

**C) Les caractéristiques des tests de lecture 32**

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

**C.1.1) Les tests francophones. 32**

C.1.1.1) Le Tdl de la revue Prescrire.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

D.1.2.2) Dans la revue American Family Physicians.

D.1.2.3) Dans la revue Family Practice Management.

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

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

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

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

D.2.2) Le NIH Consensus Development Program.

D.2.3) Cyberounds

D.2.4) Medscape

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

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

**E.1) Les études francophones. 78**

E.1.1) L'étude de la revue Prescrire.

**F) Récapitulatif des principaux tests de lecture. 80**

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

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

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

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

## **INTRODUCTION**

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

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

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

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

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

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

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

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

Toutes les études montrent que la presse médicale a une place privilégiée parmi ces modes de FMC<sup>4 et 5</sup>. Certaines études la placent même en tête des modes de FMC des médecins<sup>4</sup>. La presse médicale compte près de 170 titres en France<sup>4</sup>. Les médecins généralistes reçoivent tous les jours maintes revues d'information sur les médicaments ou sur les procédés diagnostiques et thérapeutiques. Face à cette masse d'informations de qualité inégale et à son manque de temps, le praticien se doit de sélectionner ses sources d'informations et de formation sur des critères de qualités<sup>6</sup>.

L'insertion de procédures d'évaluation dans le déroulement d'une action de formation est considérée comme un élément important du processus pédagogique. C'est maintenant l'une des exigences pour la validation de la FMC obligatoire<sup>2</sup>. Il s'agit aussi bien d'évaluation de la formation que d'évaluation formatrice<sup>7</sup>. Une méthode objective fait appel à des tests pour la lecture de la presse médicale : les tests de lecture (Tdl). Actuellement, un certain nombre de revues de la presse médicale et de sites Internet mettent en place des Tdl avec des procédés d'évaluation des participants. Un essai d'évaluation concernant le Tdl de la revue Prescrire a été publié en 1998 avec un résultat positif sur le plan des changements de connaissances<sup>8</sup>.

Ces tests de lecture (Tdl) ont fait l'objet de peu de travaux alors qu'ils mériteraient notre attention<sup>6</sup>. Ce sera l'objet de notre travail.

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

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

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

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

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

**PARTIE I : Le contexte actuel de la FMC.**

## **PARTIE I : Le contexte actuel de la FMC.**

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

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

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

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

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

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

## **B) Réglementation de la FMC.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) Les principes généraux.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

d) Financement de la FMC.

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

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

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

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

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

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

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

Leurs missions sont les suivantes :

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

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

L'obligation de formation peut-être satisfaite, au choix du médecin, soit en participant à des actions de formation agréées, soit en se soumettant à une procédure adaptée d'évaluation des connaissances réalisée par un organisme agréé, soit en présentant oralement au conseil régional un dossier répondant à l'obligation mentionnée au présent article. Le respect de l'obligation fait l'objet d'une validation. La méconnaissance de cette obligation est de nature à entraîner des sanctions disciplinaires.

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

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

Leurs missions sont de :

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

### **B.6) Le Décret n° 2003-1077 du 14 Novembre 2003 <sup>3</sup>.**

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

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

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

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

Le cahier des charges prend en compte les critères suivants :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **C) Les différentes modalités de la FMC.**

### **C.1) Les acteurs de la FMC.**

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

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

#### a) L'Université.

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

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

FMC Université regroupe les départements de FMC des Universités.

#### b) Les associations de médecins.

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

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

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

#### c) L'industrie pharmaceutique.

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

La participation des firmes pharmaceutiques peuvent-être les suivantes :

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

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

#### d) L'autoformation du praticien.

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

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

## **PARTIE II : Les tests de lecture**

## **Partie II : Les Tests de lecture (Tdl).**

### **A) Définitions.**

Le terme « test » peut avoir plusieurs définitions dans le Nouveau Petit ROBERT (Juin 1996) : procédé d'évaluation, examen ou contrôle.

Le terme « lecture » est l'action de lire, de prendre connaissance d'un contenu. Il a aussi le sens d'interprétation d'un texte.

Un « test de lecture » est donc un procédé d'évaluation permettant l'interprétation d'un texte. Mais il peut avoir plusieurs autres sens.

### **B) Méthode.**

Ce travail repose sur l'analyse des tests de lecture (Tdl) eux-mêmes, mais aussi sur des entretiens, une recherche directe d'informations auprès des promoteurs des Tdl, une recherche bibliographique et une étude des supports même des tests de lecture.

#### **B.1) Recherche et analyse de documents.**

Une recherche dans les bibliothèques universitaires médicales Lariboisière Saint-Louis et Saint-Antoine m'a permis de recenser un certain nombre de tests de lecture de revues médicales. Des recherches sur les sites Internet des journaux médicaux m'ont permis d'identifier plusieurs Tdl. Deux tentatives d'analyse des Tdl sur les sites Internet du JAMA & Archives et du New England Journal of Medicine se sont révélées vaines (accès payant) en dépit de l'aide de la rédaction de la revue Prescrire et de l'équipe de la bibliothèque Lariboisière Saint-Louis.

#### **B.2) Les entretiens (Janvier 2004-Avril 2004).**

Ces entretiens au nombre de vingt-cinq ont été réalisés et enregistrés entre Janvier 2004 et Avril 2004.

Ainsi au niveau des concepteurs des tests, j'ai pu rencontré des directeurs de publication de revues médicales (les Docteurs Philippe Leduc pour La Revue du Praticien et Le Concours Médical, Alain Marié pour les Cahiers de FMC du Quotidien du Médecin), le président de l'Association Mieux Prescrire (le Docteur Jacques Juillard), une rédactrice en chef (le Docteur Christine Pasquet du Concours Médical), des responsables de rubrique (le Docteur Philippe Eveillard pour la rubrique Internet médical de la Revue du Praticien Médecine Générale, le Docteur Pierre Chirac pour la rubrique « Ouvertures » de la revue Prescrire), un sociologue (le Docteur Dominique Broclain).

Ces responsables de revues médicales m'ont décrit les caractéristiques de leur test de lecture (Tdl) dans un premier temps et les processus d'élaboration de leurs articles

(modalités d'élaboration du support pédagogique des Tdl) dans un second temps. En effet, l'analyse des caractéristiques des Tdl ne peut se faire sans l'analyse des caractéristiques des supports de ceux-ci. Il était demandé à chaque responsable de revue médicale ou de FMC de mentionner les Tdl qu'il connaissait.

Au niveau des utilisateurs des tests, quinze Lecteurs Emérites de la revue Prescrire ont eu l'amabilité de me recevoir et de répondre à mes questions. Le choix s'est porté sur les Lecteurs Emérites de la revue Prescrire car c'est la seule revue francophone à disposer d'un fichier consultable de lecteurs et utilisateurs réguliers de tests de lecture.

Enfin le Docteur Pierre Gallois, ancien président co-fondateur de l'UNAFORMEC m'a accordé un entretien.

La durée de ces entretiens a varié de trente minutes à deux heures.

La retranscription écrite des propos enregistrés a été transmise aux interviewés. Les corrections demandées ont été réalisées.

### **B.3) Informations recueillies auprès des rédactions.**

Il a été adressé à chaque rédaction de revue mentionnée avec un Tdl une demande d'informations sur les caractéristiques de leur Tdl ainsi que sur les modalités d'élaboration du support du Tdl. Ces demandes d'informations ont été faites par courrier écrit, électronique ou par téléphone. La même démarche a été suivie pour les Tdl sur Internet.

### **B.4) La recherche bibliographique.**

Le mot clef « test de lecture » (readers' test) n'existe pas dans les moteurs de recherche médicaux principaux (Medline, Research and Development Resource Base in Continuing Medical Education (RDRB/CME)). De même, plusieurs recherches documentaires utilisant les descripteurs « reading », « learning », « medical education, continuing » et « educational measurement » ne nous ont pas permis de repérer le moindre article traitant de près ou de loin des Tdl dans la FMC. Les Tdl sont encore méconnus au niveau de la littérature médicale internationale.

Des recherches sur Medline et à la bibliothèque Lariboisière Saint-Louis m'ont permis de rassembler mes références bibliographiques.

Je n'ai pas trouvé d'articles de la littérature internationale recensant les différents Tdl existants.

Ces recherches bibliographiques ont mis l'accent sur la recherche d'études sur les tests de lecture dans la littérature internationale.

Le Docteur Jacques Juillard, président de l'Association Mieux Prescrire a eu l'amabilité de me transmettre deux études réalisées par la revue Prescrire<sup>9 et 11</sup>

auprès de ses abonnés participant au test de lecture de la revue ainsi que les cahiers des charges rédactionnelles du Tdl, les modalités d'organisation du Tdl et le processus éditorial d'élaboration des articles de la revue Prescrire. Les Docteurs Philippe Eveillard et Christine Pasquet m'ont transmis les recommandations aux auteurs respectivement pour la Revue du Praticien Médecine Générale et le Concours Médical.

## **B.5) Les démarches effectuées.**

Un questionnaire à soumettre aux utilisateurs des tests de lecture des Cahiers de FMC et de la Revue Prescrire a été proposé aux deux revues concernées. Elles ont répondu par un refus (Les Cahiers de FMC n'ont pas daigné me répondre et la Revue Prescrire compte en proposer un à son initiative prochainement).

## **C) Les caractéristiques des tests de lecture.**

### **C.1) Les tests de lecture des revues générales.**

#### **C.1.1) Les tests francophones.**

##### **C.1.1.1) Le Tdl de la revue Prescrire (Entretien avec le Docteur Jacques Juillard, président de l'Association Mieux Prescrire <sup>ANNEXE 1</sup>).**

###### **C.1.1.1.1) Règlement et description.**

La revue Prescrire (Lrp) compte en 2003-2004 près de 27500 abonnés. Environ 1500 d'entre eux participent chaque année au test de lecture. Ce Tdl existe depuis 1988. Cette revue propose un Tdl aux abonnés qui souhaitent vérifier après la lecture de chaque numéro s'ils ont bien repéré et mémorisé les informations les plus importantes. Le Tdl n'est pas conçu comme un test de connaissance, ni comme une sorte d'examen destiné à hiérarchiser ou sélectionner les connaissances ou les participants au test. Il est destiné à aider l'abonné à lire de manière attentive et réfléchie l'ensemble de la revue. Il incite à lire et à relire les articles de chaque numéro, en profondeur, et permet de vérifier la mémorisation des informations les plus importantes. Il n'est pas interdit de relire la revue avant de répondre aux questions.

L'inscription au Tdl est ouverte aux seuls abonnés et seulement aux abonnés. Un droit d'inscription annuel de 24 Euros est exigé lors de l'envoi du premier coupon-réponse (les étudiants non thésés en sont dispensés sur envoi d'un justificatif). La clôture des inscriptions est fixée au 30 Novembre de chaque année. Une attestation d'enregistrement de participation au Tdl est alors envoyée au participant par le secrétariat chargé du test.

Chaque numéro de la revue Prescrire (Lrp) (11 numéros par an) contient ainsi un questionnaire constitué de 10 groupes de questions. Les questions des neuf premiers groupes portent sur des articles du numéro de la revue publié deux numéros plus tôt. Les questions du dixième groupe portent sur le numéro en cours. Chaque édition du Tdl Prescrire dure une année (11 numéros). Le onzième et dernier questionnaire de l'année porte sur l'ensemble des onze numéros.

Le participant au Tdl a au maximum deux mois pour répondre à chaque questionnaire.

Seules les réponses lisibles et reçues dans les délais (cachet de la poste faisant foi) sont corrigées et prises en compte pour le résultat final.

Chaque questionnaire mensuel <sup>ANNEXE 2</sup> sera noté sur 20 points : 2 par groupe de réponses exactes. Le score annuel maximum est de 220 points (11 fois 20). Les envois sont corrigés sous le contrôle direct du responsable de la rubrique Tdl de la revue Prescrire. En cas de litige, il est fait appel à l'arbitrage du directeur de la rédaction et d'une personnalité universitaire indépendante (le superviseur du test).

Les questions du Tdl sont élaborées collectivement comme les articles de la revue. Le responsable de rubrique et les rédacteurs des questions sont des médecins généralistes et pharmaciens d'officine, pour la plupart en exercice.

Le participant au test ayant renvoyé dans les délais les onze coupons-réponses et obtenu un total égal ou supérieur à 176 points reçoit une attestation de Lecteur Emérite (LE) de Lrp. Tout participant reçoit dans un délai de trois mois suivant la clôture du onzième questionnaire le détail de ses notes mensuelles et son score annuel.

Les onze grilles de correction du Tdl de Lrp et la liste des Lecteurs Emérites (LE) correspondant au test sont publiées dans le numéro de Décembre de Lrp.

#### C.1.1.1.2) Les procédures de rédaction des questionnaires.

La rédaction des questionnaires est sous la responsabilité du responsable de la rubrique et du directeur de la rédaction.

Le responsable de rubrique établit chaque année un programme rédactionnel des questionnaires du prochain Tdl, diffusé à l'ensemble des rédacteurs recrutés pour ce test ainsi qu'au responsable du contrôle qualité interne de Lrp.

Une déclaration de conflits d'intérêts orale est demandée aux rédacteurs. Cette procédure est assurée par le directeur de la rédaction.

Le rédacteur chargé de la rédaction d'un questionnaire du Tdl prépare un premier projet comportant 10 à 13 groupes de questions à partir des numéros antérieurs de la revue correspondants. Ce premier projet circule auprès d'un groupe de relecture composé de personnes choisies parmi les membres de la Rédaction de Lrp.

A partir de ces avis, le rédacteur chargé de la rédaction du Tdl rédige un deuxième projet de 9 groupes de questions qui est soumis pour finalisation au responsable de la rubrique Tdl.

Le dixième groupe de questions portant sur le dernier numéro paru, c'est à dire celui qui contient le questionnaire et son coupon réponse fait l'objet d'une procédure

particulière : il est rédigé par le directeur de la rédaction et soumis par un circuit rapide (aller-retour par fax ou boîte à lettres électronique) au groupe de relecture du test. Le directeur de la rédaction assure la réécriture de ce groupe de questions et le soumet au responsable de rubrique.

Après le contrôle de qualité réalisé par le responsable du contrôle de qualité interne de Lrp, la totalité du Tdl est soumise au directeur de la rédaction, pour accord et transmission au coordinateur chargé des finitions du Tdl pour mise en fabrication, relecture finale, procédures de « Bon à monter » et publication.

#### C.1.1.1.3) Le Cahier des charges rédactionnelles.

Tout rédacteur du Tdl dispose d'un cahier des charges rédactionnelles précisant le calendrier à respecter, les généralités sur la rédaction des questionnaires, les objectifs pédagogiques du Tdl et sa méthodologie rédactionnelle ainsi qu'une typologie des groupes de questions.

##### C.1.1.1.3.1) Les objectifs pédagogiques du Tdl.

L'objectif principal du Tdl est d'amener le participant à ne laisser échapper aucune des informations essentielles contenues dans la revue, en évitant le scotome sur cette information ou l'oubli après lecture. L'objectif n'est pas de faire mémoriser intégralement et définitivement tout ce qui est dans la revue mais de l'aider à optimiser la lecture de la revue selon ses besoins, en fonction des différents niveaux de lecture identifiés :

- a) prise en compte immédiate en pratique (effet indésirable, contrainte réglementaire, etc.) ;
- b) formation et/ou mise à jour des connaissances applicables pour des problèmes courants, susceptibles de modifier à court terme ses habitudes ;
- c) repérage d'aides stratégiques, diagnostiques ou thérapeutiques potentielles, pour utilisation ultérieure ;
- d) veille documentaire pour analyse approfondie (pathologie rare, méconnue ou travail d'enseignement).

Le rédacteur doit veiller au bon équilibre du Tdl :

- a) par rapport au support (éviter de laisser des articles hors-jeu) ;
- b) par rapport à la pratique (équilibrer entre sujets pointus et courants) ;
- c) par rapport aux différentes catégories de participants (essentiellement des médecins généralistes ET des pharmaciens) ;
- d) en terme d'intérêt des questions pour les participants n'exerçant pas en France (thème réglementation en particulier).

Sur la forme, une liste de recommandations existe pour éviter toute ambiguïté, afin de limiter les difficultés pour le participant et réduire autant que faire se peut les risques d'annulation de questions. Ces critères de rédaction sont très précis :

- a) lorsque cela est possible pour les assertions courtes et essentielles particulièrement, ne pas hésiter à recopier le texte tel quel ;
- b) éviter les extrapolations
- c) éviter les jugements de valeur,
- d) construire les phrases simplement (sujet-verbe-complément)
- e) chercher la simplification et la clarté
- f) limiter au maximum le recours à des termes sujets à discussion.

#### C.1.1.1.3.2) La typologie des groupes de questions.

Actuellement les différents modèles de questions retenues<sup>ANNEXE 2</sup> sont :

1) Parmi les propositions suivantes concernant XXX, cochez (s'il en existe) celle(s) qui est(sont) exacte(s) :

- a-
- b-
- c-
- d-

NB : le nombre de questions peut-être ramené à 3 (a à c) ou porté à 5 (a à e).

2) Voici deux propositions concernant XXX :

A-  
B-

- A et B vraies             A vraie et B fausse
- A fausse et B vraie    A et B fausses

#### C.1.1.1.4) La confection de la grille de réponse de référence.

Le responsable de la rubrique confectionne les grilles de correction et de notation de référence de chaque questionnaire et ne la communique à aucune autre personne au sein de l'équipe rédactionnelle.

Le responsable de la rubrique confectionne également un transparent de correction.

Passée la date limite d'envoi des coupons-réponse, et en l'absence de courrier de réclamation et/ou de commentaires émanant des participants au test, le responsable de la rubrique envoie ces grilles et ce transparent pour accord au directeur de la rédaction. Après accord du directeur de la rédaction, ces documents sont adressés par le responsable de la rubrique :

- a) par fax au coordinateur chargé des finitions du Tdl ;
- b) par courrier, pour ce qui concerne les originaux, au secrétaire chargé de la gestion technique du Tdl après la date de clôture de l'envoi du questionnaire considéré.

Le coordinateur chargé des finitions du Tdl assure le contrôle qualité du contenu de la grille de correction destiné à la saisie par le service fabrication de la revue : vérification des pages de renvoi, des cases cochées ou non... Une fois le contrôle terminé, il donne la grille à saisir à la fabrication et suit la saisie auprès de la fabrication. Une fois la grille saisie propre, il la transmet au responsable de la rubrique pour son OK Responsable de rubrique.

Une procédure existe en cas de courrier de contestation des participants. La gestion des courriers et la réponse aux participants sont assurées par le responsable de rubrique.

#### C.1.1.1.5) Le processus de correction des questionnaires.

Lrp a transmis de manière précise une description de son mode de correction : prise en compte de la date d'envoi des questionnaires (respect d'une date limite de réponse), conservation des questionnaires dans des fichiers spécifiques par mois, correction des questionnaires à l'aide d'une grille de correction transmise par le responsable de rubrique, saisie informatisée des résultats des questionnaires, sauvegarde régulière des données sur disquette (conservées chez deux personnes différentes pour prévenir un risque d'incendie à la revue). Le règlement du Tdl prévoit une procédure particulière en cas de contestation de certaines questions du Tdl par des participants.

#### C.1.1.1.6) Le rôle du superviseur.

Un superviseur, indépendant de l'équipe rédactionnelle, et reconnu pour ses qualités morales et professionnelles, est chargé de contrôler le bon déroulement des opérations de réception et de correction des coupons-réponse, et celui des calculs intermédiaires et finaux des résultats. Cette responsabilité ne donne pas lieu à rétribution.

Il ne participe pas à la conception des questionnaires, mais vérifie la validité des grilles de correction et de notation. Il prend connaissance de l'ensemble des procédures mises en place par Lrp pour le Tdl. Il procède à sa volonté à des vérifications par sondage. Il est chargé de régler les éventuels litiges. Il participe à l'attribution des diplômes de « Lecteur Emérite de la revue Prescrire ».

#### C.1.1.1.7) Les études du Tdl de la Revue Prescrire.

La Revue Prescrire a fait trois études sur son Tdl <sup>9,10 et 11</sup>. La première étude a été le sujet d'un mémoire de pharmacie <sup>18</sup>. Les conclusions de ces études seront abordées dans la troisième partie de ce travail.

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

#### **C.1.1.2.1) Description (entretien avec le Docteur Alain Marié, directeur de publication du Quotidien du Médecin <sup>ANNEXE 3</sup>).**

Le Quotidien du Médecin (QdM) propose depuis le 29 Septembre 1996 un supplément de FMC intitulé les Cahiers de FMC (C.FMC). Le QdM propose environ 30 C.FMC par an. Chacun d'entre eux est construit selon le modèle suivant : une partie « Mise au point » (parution le Lundi), une partie « Situations pratiques » (parution le Mardi) et un questionnaire d'autoévaluation avec corrigés portant sur les deux premières parties (parution le Mercredi).

Les C.FMC veulent se démarquer des autres articles de FMC. En effet, à partir d'un thème donné, l'auteur sollicité se pose les questions essentielles selon lui sur le sujet et y répond au moyen d'un arbre décisionnel (partie « Mise au point »). Selon le journal, la « Mise au point » se veut « l'analyse complète d'une pathologie inscrite dans la démarche clinique du médecin ».

La partie « Situations pratiques » propose des cas cliniques qui permettent de moduler certaines règles générales énoncées dans le cahier « Mise au point ». Elle permettrait de voir des problèmes particuliers à travers des cas particuliers et de voir en quoi cela peut modifier le diagnostic et la prise en charge.

Le questionnaire d'autoévaluation (Q.d'Aév) <sup>ANNEXE 4</sup> permet aux lecteurs de tester leurs connaissances et de voir ce qu'ils ont retenu des deux premières parties.

La participation au Q.d'Aév est gratuite.

#### **C.1.1.2.2) Les procédures d'élaboration des questionnaires.**

Le Q.d'Aév porte sur des points importants du thème abordé par les C.FMC et soulignés par l'auteur. En fonction du degré d'implication de celui-ci, le Q.d'Aév est élaboré selon plusieurs schémas : soit complètement par l'auteur puis soumis à l'équipe des C.FMC pour relecture, soit directement en collaboration avec l'équipe des C.FMC, soit complètement par l'équipe des C.FMC à partir des points soulignés par l'auteur. Les points abordés dans les questions sont toujours dictés par l'auteur des deux premières parties (« Mise au point » et « Situations pratiques »).

#### **C.1.1.2.3) La typologie des questions.**

Les questions du Q.d'Aév sont au nombre de 9 à 10. Elles sont sous la forme de Questions à Choix Multiples (QCM) à 3,4 ou 5 propositions.

#### **C.1.1.2.4) Les corrigés du questionnaire d'autoévaluation.**

La grille de correction et les commentaires sont élaborés par l'auteur. Actuellement, il s'agit d'une auto-évaluation. Le lecteur vérifie lui même l'exactitude de ses réponses au moyen des corrigés joints. Cela n'a pas toujours été le cas : à l'origine, les lecteurs devaient renvoyer au journal des questionnaires hebdomadaires d'évaluation par courrier. Le journal faisait un classement des lecteurs et distribuait

des petites récompenses. Ce système a duré deux ans puis a été abandonné en raison du peu de participation des lecteurs.

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

C.1.1.3.1) Les premiers tests de lecture de la Revue du Praticien Médecine Générale (1990-1993) (Entretien et correspondance avec le Docteur Paul Lhuissier, rédacteur des tests de lecture de la Revue du Praticien Médecine Générale pour le Collège des Hautes Etudes de Médecine Générale).

#### C.1.1.3.1.1) Le règlement.

Ce Tdl était ouvert à tous les lecteurs de la Revue du Praticien Médecine Générale (RDPMG) (abonnés ou non). Pour participer, il suffisait de renvoyer à la RDPMG les questionnaires de réponse sans inscription préalable, sans droit d'inscription à régler.

Ils pouvaient permettre à certains adhérents de structures régionales de FMC d'attester de la lecture de la RDPMG.

En fin d'année, les lecteurs ayant renvoyés au moins 7 tests sur 10 recevaient une attestation de « Lecteur actif » de la RDPMG et pouvaient bénéficier d'un tarif préférentiel lors de leur renouvellement d'abonnement.

#### C.1.1.3.1.2) Les objectifs du Tdl.

Les objectifs du Tdl étaient de permettre la mémorisation de points essentiels d'articles publiés dans la RDPMG et d'évaluer la qualité de la lecture de la revue.

#### C.1.1.3.1.3) Description.

Le Docteur Paul Lhuissier, médecin généraliste de Bretagne, membre du Collège des Hautes Etudes de Médecine Générale (CHEMG) fut à l'origine des premiers Tdl publiés par La Revue du Praticien Médecine Générale (RDPMG) au début des années 1990. Ces Tdl se voulaient une reconnaissance d'un travail personnel de mémorisation des connaissances. Il fut rejoint au bout d'un an par deux autres rédacteurs.

Ces Tdl étaient proposés chaque mois à tour de rôle par trois structures régionales de FMC de Septembre à Juin: le Collège des Hautes Etudes de Médecine Générale (CHEMG, Bretagne) ; l'Institut de Promotion de la Médecine Générale (Pays de Loire) et l'Institut de Formation Supérieure de Médecine Générale (Côte d'Azur). Ils étaient rédigés successivement par un rédacteur membre d'une de ces structures régionales de FMC (le Docteur Lhuissier pour le CHEMG).

Ces Tdl avaient pour philosophie de constituer un mode de formation complémentaire des moyens traditionnels de FMC et de mettre en exergue le rôle de FMC de la presse médicale non reconnu officiellement.

Les Tdl de la RDPMG comportaient des questions classées en trois catégories de difficulté croissante, portant sur les points principaux ou sur les applications des articles publiés au cours de l'avant-dernier mois dans la RDPMG.

Les Tdl comportaient trois parties : « Bonne pratique » ; « Bonne compréhension » et « Bonne lecture ».

La partie « Bonne pratique » avait pour vocation d'intégrer dans la pratique des choses simples. Elle mettait le lecteur dans une situation clinique et à partir de la lecture de la revue lui permettait de voir s'il avait bien lu.

La partie « Bonne lecture » mettait l'accent sur des points précis de l'article devant être mémorisés.

La partie « Bonne compréhension » était la plus difficile : elle nécessitait pour y répondre des connaissances supérieures à celles requises pour la pratique quotidienne.

Néanmoins les réponses à ces trois parties se trouvaient nécessairement dans les articles de la RDPMG de l'avant-mois.

Le participant devait tenter de répondre spontanément aux questions après sa lecture. En cas d'incapacité, il lui était permis de relire la revue en essayant de discerner la pertinence de la question et de l'intégrer dans le domaine de ses connaissances.

#### C.1.1.3.1.4) Les procédures d'élaboration des Tdl.

Les questions étaient rédigées par un rédacteur à partir d'articles de la RDPMG de l'avant-dernier mois. Ce rédacteur n'avait pas participé à l'élaboration des articles eux-mêmes. Il travaillait seul sans structure pour l'appuyer. Il n'existait pas de recommandations particulières ni de critères de qualités explicites.

#### C.1.1.3.1.5) La typologie des questions.

Les questions des trois parties pouvaient avoir plusieurs formes : dix questions réparties en trois parties avec, comme forme indifférente soit les réponses à cocher (la Question à Choix Multiples (QCM), la question à réponse unique, la question Oui-Non) ou la question ouverte où le participant devait écrire une réponse rédactionnelle.

#### C.1.1.3.1.6) La confection de la grille de correction et le processus de correction.

Les questions et les corrections étaient élaborées par le même rédacteur en solitaire. Initialement, les questionnaires adressés par courrier à la RDPMG, étaient ensuite corrigés par ce rédacteur. Le mode de correction a évolué par la suite avec la publication dans la RDPMG d'une correction rédigée par ce rédacteur.

C.1.1.3.2) Le Tdl de la RDPMG (Février 2004-) (Entretiens avec les Docteurs Philippe Leduc <sup>ANNEXE 5</sup> et Philippe Eveillard <sup>ANNEXE 6</sup>).

Le Docteur Philippe Eveillard est à l'origine de la maquette des Tdl de la RDPMG et du Concours Médical. Ces deux revues appartiennent au groupe de presse JB Baillière depuis leur rachat en 1997.

C.1.1.3.2.1) Les objectifs.

Les Tdl de la RDPMG <sup>ANNEXE 7</sup>, réintroduits dans la revue en Février 2004, ont pour objectifs de permettre à un praticien d'attester de son effort de FMC dans le cadre du décret de Novembre 2003 qui rappelle l'obligation administrative de se former.

C.1.1.3.2.2) Le règlement.

Tout médecin, inscrit et reconnu sur le site Internet de la RDPMG comme professionnel de santé, peut participer aux Tdl sur Internet. En revanche, seuls les abonnés sont susceptibles, en cas de réussite aux Tdl, d'imprimer une attestation de FMC (certificat de participation). S'il répond de manière erronée, il doit lire l'article référent à la question, puis répondre de nouveau.

C.1.1.3.2.3) La philosophie des Tdl de la RDPMG.

Le lecteur voit les questions du Tdl dans le sommaire de la revue ou dans la Newsletter de la RDPMG sur Internet. Ceci l'incite à lire ou non les articles. Il peut participer sur Internet aux Tdl en répondant aux questions proposées. Les Tdl se veulent comme une évaluation des connaissances du praticien sur des points fondamentaux de la médecine, comme une forte incitation à la lecture, et comme un moyen d'attestation d'un effort de FMC du praticien.

C.1.1.3.2.4) Les procédures d'élaboration des Tdl de la RDPMG.

Une seule personne, la secrétaire de rédaction le Docteur Caroline Van Den Broek, élabore les Tdl de la RDPMG. Les auteurs des articles n'interviennent pas dans la rédaction des questions. Il n'existe pas de recommandations particulières pour le Tdl. En revanche, la secrétaire de rédaction a suivi le cheminement de l'article de sa réception à sa finition.

C.1.1.3.2.5) La typologie des questions.

Habituellement, le Tdl compte trois groupes de trois questions (les questions portant sur trois articles de formation). Ces questions sont sous la forme de questions Vrai ou Faux.

Question : XXXXXXXX

- Vrai                       Faux

C.1.1.3.2.6) La correction des questions.

La correction des questions est assumée par la secrétaire de rédaction. Il n'y a pas de système de relecture.

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

C.1.1.4.1) Les premiers tests d'auto-évaluation du Concours Médical (6 Février 1991) (Entretien avec le Docteur Christine Pasquet <sup>ANNEXE 8</sup>, rédactrice en chef du CM).

Le Concours Médical (CM) a proposé pendant les années 1990 un Tdl qui a été arrêté par la suite. Le premier test est paru dans le CM n°6 du 6 Février 1991. Les questions portaient sur des articles parus dans les mois précédents. La fréquence de parution de ces tests était bimestrielle. L'équipe qui les rédigeait, était composée de chefs de cliniques-assistants des hôpitaux de différentes spécialités. Ce même groupe rédigeait également les corrections accompagnées de quelques commentaires. La publication des corrigés dans le CM intervenait une semaine plus tard.

La typologie des questions était la suivante : format de 10 Questions à Choix Multiples (QCM) :

Question : Parmi les cinq propositions suivantes, notez celle(s) qui vous semble(nt) exacte(s)

- A. XXXXXXXX
- B. XXXXXXXX
- C. XXXXXXXXXXXX
- D. XXXX
- E. XXXXXX

C.1.1.4.2) Le Tdl du Concours Médical (Février 2004-...) (Entretiens avec les Docteurs Christine Pasquet <sup>ANNEXE 8</sup>, Philippe Leduc <sup>ANNEXE 5</sup> et Philippe Eveillard <sup>ANNEXE 6</sup>).

Le Docteur Philippe Eveillard de la RDPMG est le concepteur des Tdl du CM. Les deux revues appartiennent au groupe JB Baillière.

#### C.1.1.4.2.1) Les objectifs.

Les Tdl du CM <sup>ANNEXE 9</sup>, réintroduits dans la revue en Février 2004, ont pour objectif de permettre à un praticien d'attester de son effort de FMC dans le cadre du décret de Novembre 2003 qui rappelle l'obligation administrative de se former.

#### C.1.1.4.2.2) Règlement.

Le règlement est le même que celui du Tdl de la RDPMG. Ce Tdl a été imaginé par le même concepteur : le Docteur Philippe Eveillard de la RDPMG.

Tout médecin, inscrit et reconnu sur le site Internet du CM comme professionnel de santé, peut participer aux Tdl sur Internet. En revanche, seuls les abonnés sont susceptibles, en cas de réussite aux Tdl, d'imprimer une attestation de FMC (certificat de participation). S'il répond de manière erronée, il doit lire l'article référent à la question puis répondre de nouveau.

#### C.1.1.4.2.3) La philosophie des Tdl du Concours Médical.

Le lecteur voit les questions du Tdl dans le sommaire de la revue ou dans la Newsletter du CM sur Internet. Ceci l'incite à lire ou non les articles. Il peut participer sur Internet aux Tdl en répondant aux questions proposées. Les Tdl se veulent comme une évaluation des connaissances du praticien sur des points fondamentaux de la médecine, comme une forte incitation à la lecture, et comme un moyen d'attestation d'un effort de FMC du praticien.

#### C.1.1.4.2.4) Les procédures d'élaboration des Tdl du Concours Médical.

Une seule personne, la rédactrice en chef le Docteur Christine Pasquet, élabore les Tdl du CM. Les auteurs des articles n'interviennent pas dans la rédaction des questions. Il n'existe pas de recommandations particulières pour le Tdl. En revanche, la rédactrice en chef, médecin interniste hospitalière et ancienne médecin généraliste installée, a suivi le cheminement de l'article de sa réception à sa finition.

#### C.1.1.4.2.5) La typologie des questions.

Habituellement, le Tdl compte trois groupes de trois à quatre questions (les groupes de questions portant sur trois articles de formation). Ces questions sont sous la forme de questions Oui-Non.

Affirmation : XXXXXXXX

Oui

Non

#### C.1.1.4.2.6) La correction des questions.

La correction des questions est assumée par la rédactrice en chef. Il n'y a pas de système de relecture.

#### **C.1.1.5) Les Tdl de la Revue du Praticien blanche (Monographie) (Entretiens avec les Docteurs Philippe Leduc <sup>ANNEXE 5</sup> et Philippe Eveillard <sup>ANNEXE 6</sup>) (Correspondance avec le Docteur Jean Deleuze, directeur de la Revue du Praticien Monographie).**

La Revue du Praticien blanche (Monographie) propose depuis mai 2003 un Tdl appelé « mini test de lecture » portant sur les Références Universitaires de chaque numéro.

#### C.1.1.5.1) L' objectif.

L'objectif est de permettre aux étudiants d'améliorer leur lecture des Références Universitaires afin de leur permettre le succès à leurs concours ou à leurs examens. Le Tdl permet de contrôler immédiatement la bonne lecture.

#### C.1.1.5.2) La rédaction des questions.

Les questions sont rédigées par les auteurs des articles. Des recommandations précises sont données aux auteurs. L'élaboration des questions comme celle des articles est fonction des recommandations et des objectifs fixés pour la préparation de l'examen national classant.

#### C.1.1.5.3) La typologie des questions.

Habituellement, le mini Tdl compte trois groupes de trois à cinq questions (les groupes de questions portant sur trois articles des Références Universitaires). Les deux premiers groupes de questions sont sous la forme de questions Vrai ou Faux avec trois à cinq affirmations. Le troisième et dernier groupe de questions est un QCM comptant trois à cinq propositions.

#### A/ VRAI ou FAUX ?

1. XXXXXXXX
2. XXXX
3. XXXXXXXXXX

B/ VRAI ou FAUX ?

1. XXXX
2. XXX
3. XXXXXX
4. XXX
5. XX

C/ QCM.

XXXXXXXX

1. XX
2. XXX
3. XXXXX
4. XXX
5. XXXX

C.1.1.5.4) Les contrôles qualités.

Les questions du mini Tdl sont vérifiées par le comité de rédaction de la revue. Ce comité juge la pertinence des questions.

**C.1.1.6) Le test d'auto-évaluation du praticien des Entretiens de Bichat (Préface du Pr Gérard Kaplan secrétaire général des Entretiens de Bichat 2002).**

Les Entretiens de Bichat propose un test d'auto-évaluation à leurs lecteurs.

C.1.1.6.1) La philosophie du test d'auto-évaluation.

Le Comité d'Organisation des Entretiens de Bichat a pensé à compléter les Entretiens de Bichat (naissance en 1947) par un instrument destiné à stimuler leur réflexion, tout en leur permettant de vérifier l'actualité de leurs connaissances. Pour les organisateurs des Entretiens de Bichat, la réflexion personnelle est la méthode la plus efficace pour acquérir de nouvelles connaissances ou pour réactiver les notions oubliées.

Ce test d'auto-évaluation s'adresse en premier lieu aux auditeurs des Entretiens de Bichat qui pourront apprécier la qualité de leur attention et raviver leurs acquisitions mais aussi aux lecteurs en général de la retranscription écrite des Entretiens de Bichat. Le but est de donner au plus large public possible un moyen d'entraîner leur raisonnement, d'en vérifier l'acuité et la justesse.

#### C.1.1.6.2) L'objectif des questions du test d'auto-évaluation du praticien.

L'objectif des questions est très variable : certaines questions sont très précises et font appel à la connaissance exacte d'un fait donné ; mais la plupart sont plus générales et leur réponse fait intervenir autant la réflexion et le raisonnement médical qu'un savoir pur.

#### C.1.1.6.3) Description.

L'auto-évaluation du praticien est un recueil de questions-réponses. Les questions, au nombre de 51 pour l'année 2002, sont réparties dans les chapitres de Chirurgie, Médecine et Thérapeutique. Elles sont inspirées par les sujets traités aux Entretiens de Bichat de l'année correspondante. Elles ont été rédigées par les auteurs des communications eux-mêmes. A l'intérieur de chaque chapitre, elles sont classées par spécialité et dans l'ordre de leur publication dans le volume correspondant des Entretiens de Bichat.

#### C.1.1.6.4) La typologie des questions.

Les questions se présentent sous la forme de questions à choix multiples (QCM) comportant plusieurs propositions de réponses, en général cinq, parmi lesquelles une ou plusieurs peuvent être retenues. D'autres questions sont ouvertes, et appellent une réponse brève, en général quelques mots.

#### C.1.1.6.5) La correction des questions.

Les réponses sont accompagnées d'une référence (volume et page) permettant de retrouver l'article des Entretiens de Bichat auquel elles se rapportent.

#### **C.1.1.7) Le test de la revue de FMC Le Médecin du Québec (correspondance avec le Docteur Louise Roy, rédactrice en chef du Médecin du Québec).**

Le Médecin du Québec, revue francophone canadienne, propose un post-test à la fin de la section de Formation Médicale Continue du Médecin du Québec. Ce post-test est une partie essentielle de la section de formation continue du Médecin du Québec.

#### C.1.1.7.1) Les objectifs du post test.

Il permet au lecteur de vérifier s'il a bien saisi les messages essentiels des articles qu'il vient de lire. Il s'agit d'un outil de formation continue permettant de tester l'apprentissage après la lecture de l'article. Si le lecteur n'arrive pas à répondre aux questions, il a le loisir de retourner au texte pour vérifier les réponses.

#### C.1.1.7.2) Le règlement.

Le lecteur inscrit les réponses sur un coupon-réponse détachable et doit le retourner à la Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec (FMOQ). Les médecins qui auront obtenu au moins 60% de bonnes réponses recevront trois heures de crédits de formation de catégorie 1. Aucun crédit ne sera accordé en-dessous de cette note ou si le coupon-réponse dûment rempli parvenait à la revue dans un délai excédant deux mois après la parution du post-test. Le lecteur doit indiquer dans son coupon-réponse son numéro de permis d'exercice du Collège des Médecins du Québec.

#### C.1.1.7.3) Description du post-test.

Le post-test compte au plus dix questions à réponse unique.

#### C.1.1.7.4) Le processus de rédaction des questions.

Les auteurs des articles de FMC écrivent deux questions pour chacun des articles et fournissent la réponse exacte ainsi qu'une bibliographie pertinente.

Ces questions sont validées par le comité de rédaction scientifique (comité de pairs).

La réponse doit se trouver dans l'article.

Le contrôle de qualité des questions comme celui des articles est à quatre niveaux :

- 1- L'auteur
- 2- Le responsable de thème
- 3- Le comité de rédaction scientifique
- 4- Le rédacteur en chef.

Le comité de rédaction scientifique juge la pertinence des questions. Les questions doivent traiter des aspects importants du thème abordé et non de petits détails insignifiants.

#### C.1.1.7.5) La typologie des questions.

Les questions sont élaborées par les auteurs selon le principe des QCR (Questions à choix de réponses) et selon une règle habituelle de construction des énoncés : pas de double négation, pas d'énoncés mutuellement exclusifs. Un seul énoncé est vrai ou faux.

#### C.1.1.7.6) La correction des questions.

Deux mois plus tard, les réponses paraissent dans le numéro avec une bibliographie permettant au médecin d'aller plus loin dans sa recherche. Le lecteur reçoit trois crédits de catégorie 1 s'il a la note de passage, soit 60% de bonnes réponses.

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

<http://www.medhyg.ch/mh/formation/#>

La revue Médecine et Hygiène propose un post-test chaque semaine à ses lecteurs. Le post test se présente ainsi : 7 QCM à une ou plusieurs réponses. Les QCM comptent 5 propositions. Chacun d'entre eux porte sur un article de FMC de la revue. Ces post tests sont accessibles gratuitement sur Internet.

### **C.1.2) Les tests de lecture non francophones.**

#### **C.1.2.1) Le test de lecture du New England Journal of Medicine**

<http://www.nejm.org>

Le New England Journal of Medicine est la propriété du Massachusetts Medical Society qui l'édite.

La demande d'informations sur ce test de lecture et ses critères de qualités soumise auprès du NEJM a essuyé un refus. Le motif invoqué de ce refus a été le caractère confidentiel de ces informations, propriétés du NEJM (« privacy policy »).

Deux tentatives d'accéder par Internet au programme CME (Continuing Medical Education, traduction anglaise du terme FMC) par des bibliothèques universitaires abonnées au NEJM se sont révélées vaines. En effet, le NEJM demande un droit d'entrée payant supplémentaire pour cette partie de son site Internet.

##### **C.1.2.1.1) Les objectifs du Tdl du NEJM.**

Le NEJM propose sur son site Internet (<http://www.cme.nejm.org>) deux types de CME : le NEJM Weekly CME Program depuis le 3 janvier 2002 et le NEJM Review CME Program.

Le NEJM Weekly CME Program a pour but de permettre aux médecins participants de mettre en évidence chaque semaine une amélioration et une acquisition de connaissances dans le domaine de la médecine clinique. Pour cela, les participants inscrits doivent répondre à trois séries de deux questions chacune sur trois articles du numéro de la semaine.

Le NEJM Review CME Program permet à des médecins de répondre à une série de 50 questions sélectionnées sur leur pertinence pour les soins primaires. Ces 50 questions portent sur un volume de numéros du NEJM (six mois). Ces médecins peuvent évaluer leurs connaissances sur les soins primaires.

Ces deux programmes permettent aux médecins américains mais aussi à ceux qui le désirent d'acquérir des crédits de CME, afin de pouvoir justifier par la suite de leur effort de FMC. Ces deux programmes du Massachusetts Medical Society sont validés par l'Accreditation Council for Continuing Medical Education <sup>ANNEXE 10</sup> (ACCME).

#### C.1.2.1.2) Règlement du NEJM Weekly CME Program

Le participant doit s'acquitter d'un droit d'inscription au programme de 10 Dollars US (pour les abonnés au NEJM) et de 15 Dollars US (pour les non abonnés) à chaque participation. Les abonnés du NEJM bénéficient d'un tarif préférentiel. Le participant peut répondre par le coupon-réponse de la revue ou par le site Internet. Un taux de réussite de 70% permet au participant de gagner un AMA PRA (American Medical Association Physician's Recognition Award) category 1 CME Credit\*.

#### C.1.2.1.3) Description du NEJM Weekly CME Program.

Chaque semaine depuis le 3 Janvier 2002, le NEJM publie trois séries de deux questions à réponse unique portant sur trois articles du numéro de la semaine, sélectionnés sur leur pertinence pour la médecine de soins primaires. Ces deux questions ont la forme de Questions à Choix Multiples (QCM) à 4 propositions disponibles dans la revue mais aussi sur le site Internet de la revue.

Outre le fait de répondre aux QCM posés, le participant doit répondre également à trois questions de jugement de la qualité des QCM de la forme Oui-Non. Le participant est interrogé sur l'atteinte des objectifs et des attentes du participant, la pertinence des questions et la modification future des comportements du praticien. L'ensemble des séries de questions est disponible sur le site Internet de la revue et constitue une banque d'examens.

\* il faut aux médecins américains un certain nombre de crédits horaires annuel de FMC (au moins 50, le nombre exact varie d'un Etat à l'autre) dont un minimum de 60 pour cent correspondant à des activités éducatives de catégorie 1, c'est à dire de valeur pédagogique formellement reconnue par l'AMA (American Medical Association), pour avoir droit à l'attestation qu'elle délivre, dite PRA (Physician's Recognition Award). Les autres catégories sont considérées comme moins valables parce que moins contrôlables et se rapportent aux activités de publication, d'enseignement... L'obtention du PRA est exigée dans la majorité des Etats pour le renouvellement de l'autorisation d'exercer (relicensure).

#### C.1.2.1.4) La typologie des questions du NEJM Weekly CME Program.

##### La typologie des QCM.

Question 1.

XX.

Which one of the following statements is true ?

- A. XXXX
- B. XXX
- C. XXX
- D. XX

Question 2.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

Which one of the following statement is true ?

- A. XXXX
- B. XX
- C. XXXXXX
- D. XX

C.1.2.1.5) La typologie des enquêtes de satisfaction.

EXAMINATION EVALUATION

1. Were the stated program objectives successfully met ?

- A. Yes       B. No       C. Partially

(Commentaires)

2. Were the selected articles and related questions relevant to your practice?

- A. Yes       B. No       C. Partially

(Commentaires)

3. Do you anticipate that participation in this program will result in any behavioural change in your delivery of patient care?

- A. Yes      (Commentaires)       B. No

C.1.2.1.6) Description du NEJM Review CME Exam.

Le NEJM Review CME Exam est un programme de FMC à domicile élaboré par une équipe de cliniciens et d'universitaires. Il repose sur une sélection des articles les plus pertinents pour les soins primaires publiés par le NEJM. Il s'adresse à tout médecin quelle que soit sa spécialité.

Le principe est de mettre de côté les numéros du NEJM pendant six mois au moins puis de choisir une session. Chaque session couvre six mois (un volume) de parution du NEJM. Le participant qui s'inscrit reçoit 50 questions portant sur le volume sélectionné. Un droit d'inscription est demandé pour participer à une session (125 Dollars US).

Le participant remplit le coupon de réponse en y portant ses réponses puis le retourne au journal. Il recevra dans les semaines à venir un corrigé détaillé et commenté de ses réponses avec des éléments bibliographiques afin de compléter le

rôle de formation du programme. Si sa note est suffisante (un taux d'au moins 70% de bonnes réponses est exigé), il pourra recevoir un certificat du Massachusetts Medical Society lui accordant 50 AMA PRA Category 1 CME Credits . Il est possible de s'inscrire à plusieurs sessions (en cours ou antérieures).

#### **C.1.2.2) Le test de lecture de la revue American Family Physicians.**

La revue American Family Physicians propose un test de lecture.

Le Tdl se présente sous deux formes : 10 QCM (5 propositions) à réponse simple portant chacun sur un article et 5 QCM (5 propositions) avec une ou plusieurs réponses.

(voir test de lecture sur Internet <http://www.aafp.org/afp.xml>).

#### **C.1.2.3) Le test de lecture de la revue Family Practice and Management (USA)**

Le Tdl a la même forme que celui de la revue American Family Physicians.

(voir test de lecture sur Internet <http://www.aafp.org/cgi-bin/quiz.pl>)

#### **C.1.2.4) Le test de lecture du Medical Letter on Drugs and Therapeutics**

(<http://www.medletter.com/>).

La revue Medical Letter propose un test de lecture qui n'est accessible qu'à ses abonnés. La revue n'a pas répondu à mes questions sur les critères de qualités du test de lecture en arguant du caractère confidentiel et privé de ces informations.

Le Medical Letter en collaboration avec l'Université de Médecine de Yale propose tous les six mois un programme d'auto-évaluation (frais d'inscription de 39 Dollars US pour participer aux deux sessions de l'année). Les questions portent sur des articles publiés par The Medical Letter durant cette période (les 13 numéros publiés pendant ces six mois sont délivrés pour 16 Dollars US). La réussite au programme d'auto-évaluation permet au participant d'obtenir 13 crédits PMA ARA. Il peut obtenir 26 crédits en une année en réussissant les deux programmes annuels.

**C.1.2.5) Le test de lecture de la revue du John Hopkins University School of Medicine Advanced Studies in Medicine (USA)**

(<http://www.asimcme.com>)

Cette revue propose un Tdl vérifiant la bonne compréhension des articles. L'inscription au Tdl est gratuite. Le programme de FMC de la revue reçoit le soutien financier de laboratoires pharmaceutiques. Ces laboratoires n'ont pas de droit de regard sur le contenu des activités de FMC (« unrestricted educational grant »). Le Tdl se présente sous la forme de suites de 10 QCM à réponse simple portant sur un article. Il faut obtenir un minimum de 70 % de bonnes réponses pour obtenir un crédit AMA PRA. Les Tdl sont disponibles sur Internet également.

([http://www.jhasim.com/template.cfm?TEMPLATE=include\\_viewprograms.cfm](http://www.jhasim.com/template.cfm?TEMPLATE=include_viewprograms.cfm)).

**C.1.2.6) Le test de lecture de la revue Journal of the American Medical Association (JAMA).**

Le JAMA propose un Tdl uniquement accessible sur Internet à ses abonnés. L'abonné souhaitant participer au Tdl du JAMA doit payer un droit d'inscription au Tdl en plus de l'abonnement annuel au JAMA de 200 Euros. Il n'a pas été possible d'avoir accès à ces Tdl malgré la collaboration de la revue Prescrire et des bibliothécaires de la faculté de médecine Lariboisière Saint-Louis.

**C.2) Les tests de lecture des revues non généralistes.**

**C.2.1) Les tests de lecture des revues non généralistes francophones.**

**C.2.1.1) Le test d'auto-évaluation des Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation.**

**C.2.1.1.1) Description.**

Les Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation proposent à leurs lecteurs une auto-évaluation. Elle prend la forme d'un cas-clinique QCM (CCQCM). Le cas clinique met le lecteur dans le cas de figure d'une intervention dont la conduite à tenir a été traitée dans l'article.

L'auteur du CCQCM est l'un des auteurs de l'article.

En général, le CCQCM compte six questions.

#### C.2.1.1.2) Typologie des questions.

La typologie des questions est la suivante :

##### Observation.

*Enoncé du cas-clinique.*

Question : Quel est le diagnostic que vous envisagez ?

- A. XXX
- B. XXXX
- C. XXX
- D. XX
- E. XXXX

Question : Quel(s) élément(s) clinique(s) recherchez-vous ?

- A. XX
- B. XXXX
- C. XXX
- D. XX
- E. XXXX

*Autres informations : évolution de la situation...*

Question : Quel(s) geste(s) thérapeutique(s) discutez-vous en urgence ?

- A. XXX
- B. XXX
- C. XXXXX
- D. XXXX
- E. XXXXX

#### C.2.1.1.3) Le corrigé des questions.

Le corrigé du CCQCM suit l'énoncé des questions. Le lecteur peut prendre connaissance des corrections proposées par l'auteur avec ses commentaires. L'auteur utilise souvent des références bibliographiques pour argumenter ses propos.

### **C.2.1.2) Le test d'auto-évaluation de la revue Douleurs Evaluation-Diagnostic-Traitement (Correspondance avec le Docteur Maurice Bensignor).**

La revue Douleurs Evaluation-Diagnostic-Traitement (publication bimestrielle) propose à ses lecteurs d'évaluer leurs connaissances acquises lors de la lecture du numéro. La rubrique « Évaluez vos connaissances » est sous la direction du Docteur Maurice Bensignor, médecin spécialisé dans la douleur.

#### **C.2.1.2.1) Objectif :**

L'objectif est de vérifier que l'esprit des textes a bien été retenu.

#### **C.2.1.2.2) Processus d'élaboration des questions.**

A cette fin, le lecteur peut répondre à des QCM (nombre variant de 5 à 8) élaborés par le Docteur Bensignor. Les QCM portent sur des points qu'il considère importants à partir de sa lecture des articles. Chacun des QCM porte sur un article du numéro.

Le Docteur Alain Serrié, rédacteur en chef est chargé de la relecture des questions. Le Docteur Bensignor élabore la grille de corrections.

Les réponses aux questions sont données dans les pages suivantes sans commentaire.

La typologie des questions est la suivante :

Parmi les propositions suivantes, cochez (s'il en existe) la (ou les) proposition(s) exacte(s) :

1.  a. XXXX  
 b. XXX  
 c. XXXX  
 d. XX  
 e. XXX
  
2.  a. XX  
 b. XXX  
 c. XXX  
 d. XXX  
 e. XX

### **C.2.1.3) Le test de lecture de la revue Nutrition clinique et métabolisme.**

La revue Nutrition clinique et métabolisme propose à ses lecteurs un cas-clinique QCM (CCQCM). Le préambule de ce CCQCM donne certaines indications. L'observation présentée est réelle. Il précise le degré d'implication des auteurs du CCQCM dans la prise en charge du patient. L'observation a été préparée et discutée

par les membres du Conseil scientifique de la société francophone de nutrition entérale et parentérale (SFNEP).

Ce préambule précise les objectifs éducationnels de l'observation attendus du lecteur sur certains points de la prise en charge nutritionnelle.

Sept questions à choix multiples sont proposées. Pour chacune d'entre elles, une seule réponse est possible. Un argumentaire fait suite à la question avec des références bibliographiques. La réponse est donnée à la suite de cet argumentaire.

#### **C.2.1.4) Le test d'auto-évaluation du Pédiatre (Correspondance avec le Docteur Jacques Langue, rédacteur du Pédiatre).**

Le Pédiatre propose dans son Cahier de formation un test d'auto-évaluation à ses lecteurs.

##### C.2.1.4.1) Objectif.

L'objectif est de contrôler l'acquisition de connaissances supposées nouvelles apportées par chaque Cahier.

##### C.2.1.4.2) Description.

Le test d'autoévaluation se présente sous la forme de questions à choix multiples (souvent quatre) à quatre propositions. Ces QCM ont été élaborés par les médecins ayant participé à la rédaction du dossier sur lequel portent les questions (le coordinateur du Cahier ou les auteurs). Les réponses commentées se trouvent au dos de la page.

##### C.2.1.4.3) La typologie des questions.

1. XXXXXXXXXXXXX

Quelle(s) est(sont) l'(es) affirmation(s) exacte(s) ?

A. XXXX

B. XXXXX

C. XX

D. XXX

##### C.2.1.4.4) Le contrôle qualité.

Le Docteur Feldman, secrétaire de rédaction des Cahiers, médecin et journaliste, est chargé de la validation de la forme des questions plus que de leur pertinence.

### **C.2.1.5) Le test de lecture de la revue Progrès en Urologie.**

La revue Progrès en Urologie propose un test de lecture à ses lecteurs. Ce test de lecture a la forme de QCM (au nombre de 20). Chaque QCM se rapporte à un article différent (la page de l'article est mentionnée dans l'intitulé du QCM). Ces QCM comptent cinq propositions. Il faut trouver la réponse fausse.

La correction des QCM est donnée en bas de page sans commentaire.

### **C.2.2) Les tests de lecture des revues non généralistes non francophones.**

#### **C.2.2.1) Le test de lecture de la revue « Clinical Orthopaedics and Related Research » (CORR) (Orthopédie).**

[www.corronline.com](http://www.corronline.com)

Le Docteur James T. Magrann, rédacteur en chef du Clinical Orthopaedics and Related Research (CORR) a eu l'amabilité de me faire parvenir des informations sur le Tdl du CORR. Malheureusement, il n'a pu répondre à l'ensemble des questions posées compte tenu de la « proprietary nature of the journal and the privacy of the CME participants ».

##### **C.2.2.1.1) Les objectifs du Tdl du CORR.**

L'objectif du Tdl est d'évaluer les connaissances des praticiens après leur lecture de l'article.

##### **C.2.2.1.2) Description du Tdl.**

La partie FMC du CORR se termine par un Tdl composé de 5 Questions à Choix Multiples et/ou questions Vrai-Faux.

Ces questions sont rédigées par les auteurs des articles de FMC. Il est à noter que, chaque article faisant l'objet d'un QCM, commence par une explicitation des objectifs pédagogiques attendus à la fin de la lecture de l'article :

Learning objectives.

Upon completion of this study, the reader should be able to:

1) XXX, 2) XXXX and 3) XXXXX.

### C.2.2.1.3) Le rôle assumé par l'ACCME.

Tous les 4 ans, l'ACCME <sup>ANNEXE 10</sup>, organisme fédéral s'assure de la qualité du contenu pédagogique de la revue CORR et de son Tdl. L'accréditation donnée par l'ACCME permet à la revue de délivrer un certificat AMA (American Medical Association) PRA (Physician's Recognition Award) Category 1 credit. Ce certificat est reconnu par l'American Medical Association et ses représentations locales dans chaque Etat des Etats-Unis. Le médecin peut attester ainsi de son effort de FMC obligatoire. Le nombre de crédits de formation à justifier est variable d'un Etat à l'autre. D'ailleurs l'ACCME s'assure également de la qualité des autres revues et des autres Tdl. Globalement, l'ACCME accrédite plus de 2500 promoteurs d'activités de FMC à travers les Etats-Unis.

### C.2.2.2) Le Tdl de la revue Cutis (dermatologie).

La revue de dermatologie Cutis propose un Tdl à ses lecteurs.

#### C.2.2.2.1) Règlement.

Le Tdl de la revue Cutis est organisé par l'Albert Einstein College of Medicine. Il est demandé un droit de participation couvrant les frais de secrétariat (20 Dollars US). Un taux de bonnes réponses de 70% ou plus permet d'obtenir un crédit AMA PRA (American Medical Association Physician's Recognition Award). L'Albert Einstein College of Medicine estime le temps nécessaire à la lecture et à la réponse des questions à une heure. Il est possible de participer au Tdl jusqu'à une date limite précisée.

#### C.2.2.2.2) Description.

Ce Tdl se présente sous la forme suivante : deux séries de 5 QCM portant sur deux articles identifiés de la revue (les pages de ces articles sont précisées). Les propositions sont au nombre de quatre pour chaque QCM. Le but est de sélectionner la meilleure réponse.

### C.2.2.3) Le Tdl de la revue Dermatology (dermatologie).

#### C.2.2.3.1) Description.

La revue Dermatology publie un test d'auto-évaluation proposé par l'association américaine de dermatologie (American Academy of Dermatology) à ses membres (en majorité américains et canadiens) et aux autres médecins dans chacun de ses numéros. Les objectifs pédagogiques sont précisés dans une courte introduction. La réussite au test d'auto-évaluation permet d'obtenir deux crédits horaires de catégorie 1 de l'AMA PRA (un crédit horaire seulement pour les non membres).

Le test d'auto-évaluation est constitué d'une série de 30 QCM. Les QCM portent tous sur le même article de FMC.

#### C.2.2.3.2) La correction.

La correction du test d'auto-évaluation du numéro précédent est donnée sans commentaire. La localisation des réponses dans la revue est précisée.

#### **C.2.2.4) Le Tdl de la revue « The Journal of Urology ».**

##### C.2.2.4.1) Les objectifs pédagogiques.

Le programme du « Journal of Urology » (The Journal of Urology Home Study Course) est élaboré par une équipe de cliniciens, universitaires et éducateurs. Après avoir suivi le programme, les chirurgiens-urologues doivent être capables de démontrer une amélioration ou une confirmation de leurs connaissances en médecine clinique. Ils doivent pouvoir démontrer également l'acquisition de données cliniques et pouvoir l'appliquer dans leur pratique.

##### C.2.2.4.2) Règlement.

Après réception des frais d'inscriptions (60 Dollars US pour la réponse aux questions de deux volumes), le participant recevra 12 coupons-réponses. Un taux de bonnes réponses supérieur ou égal à 80 % à chaque Tdl permettra au participant de se voir accorder deux crédits-heures de CME par Tdl réussi.

Ainsi il pourra se voir accorder jusqu'à 24 crédits-heures de FMC (24 AMA PRA credits). Les certificats attestant de ces crédits-heures sont envoyés chaque année au mois de Janvier. La validité de ces crédits est de trois ans (à partir de la date de publication de l'article).

L'American Urological Association Education and Research, société organisant le Tdl, est accréditée par l'Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME) à promouvoir des actions de FMC. Ces actions de FMC répondent aux critères de l'ACCME <sup>ANNEXE 10</sup>.

##### C.2.2.4.3) Description du Tdl.

Chacun des 12 tests est composé de 5 questions. Chacune de ces questions porte sur un article de la revue Journal of Urology (les pages des articles sont précisées). Chaque QCM compte 5 propositions. Il faut choisir la meilleure réponse.

### **C.2.2.5) Le test d'auto-évaluation de la revue « Plastic and Reconstructive Surgery »**

#### **C.2.2.5.1) Règlement.**

Un droit d'inscription est exigé. Le participant après s'être acquitté de ce droit, remplit un coupon réponse et le renvoie au journal.

#### **C.2.2.5.2) Description.**

Le test d'auto-évaluation (Ta-e), qui existe depuis 1999, porte sur un article sélectionné pour sa pertinence en chirurgie plastique et reconstructrice. Le Ta-e est rédigé par les auteurs de l'article. Il comporte 5 QCM à 4 propositions. Il faut choisir la meilleure réponse à la question.

#### **C.2.2.5.3) L'évolution du test d'auto-évaluation du «Plastic and Reconstructive Surgery ».**

A partir de Janvier 2004, la partie FMC du journal (The Journal Continuing Medical Education) sera disponible exclusivement sur Internet. L'atout de cette mise en ligne sera la possibilité de rendre l'accès aux abonnés plus facile, de bénéficier des atouts du format multimédia (images, vidéo).

De plus, ce Ta-e sera partie intégrante à l'horizon 2005-2006 du Maintenance of Certification (MOCERT) programme, le programme de recertification de l'American Board of Plastic Surgery (ABPS).

### **C.2.2.6) Les tests de lecture des Archives Journals .**

Le JAMA et les Archives Journals (Archives of Dermatology, Archives of Neurology et Archives of Ophtalmology) proposent un Tdl uniquement accessible sur Internet à ses abonnés. L'abonné souhaitant participer au Tdl du JAMA et des Archives Journals doit payer un droit d'inscription au Tdl.

Il n'a pas été possible d'avoir accès à ces Tdl malgré la collaboration de la revue Prescrire et des bibliothécaires de la faculté de médecine Lariboisière Saint-Louis.

## **C.3) Les tests de lecture sur Internet.**

### **C.3.1) Les tests de lecture francophones sur Internet.**

Aucun test de lecture francophone n'existe exclusivement sur Internet. Ils constituent une extension du test sur papier de la revue.

### **C.3.1.1) Les tests d'auto-évaluation des Cahiers de FMC du Quotidien du Médecin.**

Les tests des Cahiers de FMC du Quotidien du Médecin forment une banque de données de tests sur le site du Quotidien du Médecin ([www.quotimed.com](http://www.quotimed.com)). L'intégralité des Cahiers de FMC est consultable gratuitement en ligne. La participation aux tests est gratuite et relève de l'auto-évaluation.

### **C.3.1.2) Les tests de lecture de Médecine et Hygiène (SUISSE).**

(Voir description dans la partie Tests de lecture des revues générales francophones)  
Les post-tests de cette revue sont consultables gratuitement sur Internet ([www.medhyg.ch/mh/formation/](http://www.medhyg.ch/mh/formation/)). La correction est immédiate. Chaque réponse est commentée.

## **C.3.2) Les tests de lecture non francophones sur Internet.**

### **C.3.2.1) Le test de lecture des Centers for Disease Center and Prevention (CDC).**

[www.cdc.gov/mmwr/](http://www.cdc.gov/mmwr/)

Le CDC, organisme fédéral américain prépare des bulletins hebdomadaires, le Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). Le MMWR propose un programme de FMC (The MMWR Continuing Medical Education Program) disponible gratuitement sur Internet mais également sur la version papier du MMWR.

#### **C.3.2.1.1) Objectifs.**

-Vérifier la bonne compréhension des informations médicales transmises par le CDC et tester leur bonne diffusion.

-Permettre aux praticiens d'acquérir des crédits AMA PRA en répondant correctement aux questions. Le MMWR est accrédité par l'ACCME pour délivrer des crédits.

#### **C.3.2.1.2) Le règlement.**

Une inscription en ligne pour identification est nécessaire. Il faut répondre en ligne ou par courrier dans l'année qui suit la publication de l'article pour espérer gagner des crédits. Il est nécessaire de répondre correctement à toutes les questions pour réussir le test.

### C.3.2.1.3) Description des questions.

Chaque test comporte 10 QCM à 4 ou 5 propositions. La majorité d'entre eux sont à choix simple (ceux à choix multiples sont notifiés). Les questions sont rédigées par les auteurs des articles.

Le test est suivi de 20 questions de satisfaction : identification des activités du participant au test, temps nécessaire à la lecture de l'article et à la réponse au test, capacité du candidat à connaître les recommandations, la conduite du diagnostic et la prise en charge du thème médical proposé par le test et dernière partie sur la pertinence des questions du test, la satisfaction éventuelle des attentes du participant.

### C.3.2.2) Le test de lecture des National Institutes of Health (NIH).

<http://consensus.nih.gov/>

Les NIH organisent le Consensus Development Conference (CDC) Program. Dans le cadre de ce programme, des conférences de consensus sont données sur des thèmes importants et controversés de la médecine. Chaque conférence est préparée en collaboration avec plusieurs organismes fédéraux : un ou plusieurs NIH, l'Office of Medical Applications of Research (OMAR) et l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHQR). A l'issue de ces Conférences de consensus, un rapport est rédigé avec un test d'auto-évaluation.

#### C.3.2.2.1) Objectifs du test d'auto-évaluation.

Le test d'auto-évaluation évalue le niveau de compréhension des recommandations du CDC Program. Les NIH veulent diffuser le plus largement possible leurs recommandations auprès de la communauté médicale.

Le test d'a-e permet à leurs participants d'obtenir un crédit AMA PRA pour chaque test réussi (un taux de bonnes réponses > ou égale à 70% est nécessaire pour réussir un test).

#### C.3.2.2.2) La description des questions.

La durée de validation des connaissances est expressément mentionnée pour chaque article. Au delà, une remise à jour des connaissances est nécessaire.

Chaque test d'a-e comporte 15 QCM rédigés par les auteurs de la Conférence. Il est possible en cas d'indécision de cliquer pour chaque QCM sur l'icône Help et de pouvoir ainsi relire la partie de l'article faisant l'objet d'un QCM.

Le test d'a-e lui même, est suivi d'une enquête de satisfaction du participant (10 questions) : attente du participant, modification des pratiques, perception de biais commercial (indépendance des propos) et suggestions pour améliorer le test.

### **C.3.2.3) Le test de lecture de la revue American Family Physicians (USA).**

([www.aafp.org/cgi-bin/quiz.pl](http://www.aafp.org/cgi-bin/quiz.pl))

Le test de lecture de cette revue américaine a sa version Internet accessible gratuitement. Chaque article peut faire obtenir un nombre déterminé de crédits-heures en fonction du temps estimé par la revue pour lire l'article et répondre au Tdl. Ces crédits ne peuvent être obtenus que pendant l'année suivant la parution de l'article (durée de vie limitée des informations de l'article). Ceci veut inciter le lecteur à remettre ses connaissances à jour. Pour obtenir les crédits accordés en cas de réussite en ligne, il faut être membre de l'AAFP (American Academy of Family Physicians). Les non membres peuvent obtenir des crédits en renvoyant le coupon-réponse de la version papier du journal.

Il est possible en complétant le Tdl de se référer directement à l'article où se trouve la réponse (simple click). Le résultat du test est donné instantanément.

### **C.3.2.4) Le test de lecture de la revue Family Practice and Management (USA)**

(<http://www.aafp.org/cgi-bin/quiz.pl>)

Le Tdl de cette revue américaine est disponible sur Internet gratuitement. Il présente beaucoup de similitudes avec le Tdl de la revue American Family Physicians. Pour obtenir les crédits accordés en cas de réussite en ligne, il faut être membre de l'AAFP (American Academy of Family Physicians). Les non membres peuvent obtenir des crédits en renvoyant le coupon-réponse de la version papier du journal.

La version Internet a l'avantage d'offrir la possibilité en cas d'indécision de cliquer sur un lien ramenant à l'article faisant l'objet de la question. Les résultats sont instantanés.

### **C.3.2.5) Le test de lecture du John Hopkins University School of Medicine Advanced Studies in Medicine.**

(<http://www.asimcme.com>)

C'est la version Internet du Tdl de ce journal. L'accès est gratuit.

### **C.3.2.6) Cyberounds.**

(<http://www.cyberounds.com/content/cme>)

L'Albert Einstein College of Medicine propose des activités de FMC sur son site Cyberounds. La partie CME est payante (droit annuel d'inscription de 125 Dollars US).

### **C.3.2.7) Medscape.**

(<http://www.medscape.com/cmecenterdirectory/familymedicine?src=hdr>)

Medscape propose à tous les médecins des activités de FMC sur son site. L'accès est gratuit. La partie Family medicine est importante. Un grand nombre d'articles proposent un Tdl.

Chaque Tdl est composé de 8 à 10 QCM à réponse simple. Un QCM compte 4 propositions. La réussite au post-test est conditionnée par un taux minimum de bonnes réponses de 70%.

La réussite au post-test permet d'obtenir une attestation imprimable d'un crédit AMA PRA. Les crédits peuvent être attribués dans l'année suivant la date de parution. Les rédacteurs de Medscape s'assurent de la pertinence des questions.

### **C.3.2.8) Les autres tests de lecture sur Internet.**

Le Docteur Bernard Sklar, médecin américain, s'intéresse aux activités de FMC sur Internet. Il fait des mises à jour régulières sur son site <http://www.cmelist.com>.

Le médecin généraliste sélectionnera particulièrement la partie Family Practice. Il trouvera de nombreux sites proposant des activités de FMC. Un grand nombre de ces sites propose des Tdl. Plus globalement, la plupart des spécialités sont représentées parmi les sites proposés.

a) ADHD Point of Care : From Theory to Practice ([www.adhdcme.com](http://www.adhdcme.com)) avec le soutien financier des laboratoires Lilly.

Accès gratuit/Possibilité d'acquérir 22 crédits

Ce site présente trois étapes :

- la lecture (étape 1) avec des mises au point se concluant par un post-test ;
- la simulation de cas cliniques (étape 2) avec accentuation sur les points évoqués lors de la lecture ;
- le passage de la théorie à la pratique (étape 3) avec chaque mois la possibilité de partager la mise en application des connaissances théoriques (étape 1 et 2) à la pratique du praticien.

b) CME Bulletin.

(<http://www.aafp.org/x16611.xml>).

C'est un site de l'AAFP.

c) Cleveland Clinic Online Journal of Medicine.

(<http://www.clevelandclinicmeded.com/ccjmcme/cmemodls.htm>)

d) cmecorner.com.

(<http://www.cmecorner.com/index.asp>).

Certains laboratoires apportent un soutien financier au site.

e) Drexel University College of Medicine.

([http://webcampus.med.mcphu.edu/cme/cme\\_home.html](http://webcampus.med.mcphu.edu/cme/cme_home.html))

Cette Faculté de Médecine propose deux sites avec des Tdl: Virtual Grand Rounds  
(<http://webcampus.med.mcphu.edu/cme/vgr/>)  
et Internet Online Medical Monograph Series  
([http://webcampus.med.mcphu.edu/cme/medicine/med\\_study.html](http://webcampus.med.mcphu.edu/cme/medicine/med_study.html))

f) eCore-The Core Content Review of Primary Care (site payant).  
([http://www.vlh.com/shared/courses/course\\_info.cfm?courseno=20](http://www.vlh.com/shared/courses/course_info.cfm?courseno=20))

g) Lifecycle of Obesity Diagnosis and Management.  
([http://www.familypractice.com/obesity/obesity\\_frame.htm](http://www.familypractice.com/obesity/obesity_frame.htm))  
Le laboratoire Abbott a apporté un soutien financier au site.

h) Family Practice Update.  
(<http://www.familypracticeupdate.com/>)  
Le laboratoire Aventis a apporté un soutien financier au site.

i) Geriatric Times.  
(<http://www.geriatrictimes.com/cme.html>)

j) Geriatrics CME.  
(<http://www.geri.com/geriatrics/article/articleList.jsp?categoryName=CME>)

k) Inova-Advancing Health Care in the New Millennium.  
(<http://www.conference-cast.com/INOVA/>)  
Le laboratoire Lilly a apporté un soutien financier au site.

l) InternetCME (Texas Academy of Family physicians).  
(<http://www.tafp.org/internetcme/2003/LandingPage.htm>)

m) MSAToday (Metabolic Syndrome Alliance).  
(<http://www.metabolicsyndromealliance.com/website/index.php>)  
Le laboratoire GlaxoSmithKline a apporté un soutien financier au site.

n) National Diabetes Education Initiative (NDEI).  
(<http://www.ndei.org/website/>)  
Le laboratoire Thomson Professional Postgraduate Services a apporté un soutien financier au site.

o) PA-Physicians Assistant Journal.  
(<http://www.pajournalcme.com/>)

p) Patient Care.  
([http://pc.pdr.net/be\\_core/p/index.jsp](http://pc.pdr.net/be_core/p/index.jsp))

q) Penn CME.  
(<http://cme-online.med.upenn.edu/index.pl>)

r) Southern Medical Association Online CME.  
([http://www.sma.org/education/cme\\_index.htm](http://www.sma.org/education/cme_index.htm))

Ce site a deux parties avec des Tdl: Lectures Online  
(<http://www.sma.org/lectureonline/index.htm>)  
et Medbytes (<http://www.sma.org/medbytes/index.htm>)

s) University of California at Davis (UCDHS) Continuing Medical Education Online  
(<http://www.ucdmc.ucdavis.edu/cme/DistEd/WebEvents/Events.htm>)

Ce site a l'originalité d'avoir en plus des supports audio et vidéo faisant l'objet de Tdl.

t) University of Florida Caring for Older Adults Part I  
(<http://medinfo.ufl.edu/~coa1/coaintro.html>)  
and Part II (<http://medinfo.ufl.edu/~coa2/coa2intro.html>)

u) Virginia Geriatrics Grand Rounds Lecture Series.  
([http://www.viriniageriatrics.org/grounds/ggr/lecture\\_list.php](http://www.viriniageriatrics.org/grounds/ggr/lecture_list.php))

## **D) Les caractéristiques des supports des tests de lecture.**

Ce travail s'intéresse aux caractéristiques des Tdl mais aussi aux caractéristiques de leurs supports. Il nous paraît évident d'étudier la qualité du support auquel se rapporte le Tdl. Aussi allons-nous nous intéresser aux modalités d'élaboration des articles des revues proposant un Tdl.

### **D.1) Les caractéristiques des revues générales.**

#### **D.1.1) Les procédures d'élaboration des articles des revues francophones.**

##### **D.1.1.1) La revue Prescrire (Entretien avec le Docteur Jacques Juillard, président de l'Association Mieux Prescrire <sup>ANNEXE 1</sup>).**

###### **D.1.1.1.1) La rédaction : un processus collectif de maturation.**

La mise au point des articles de la revue Prescrire suit une chaîne de rédaction collective. Les articles publiés dans la revue sont en très grande majorité conçus et réalisés par les équipes de rédaction de la revue (seuls certains articles de « Position » de la rubrique « Ouvertures » et la majorité de ceux de la rubrique « Forum » sont rédigés par des personnes extérieures à la rédaction).

La chaîne de rédaction de la revue Prescrire (Lrp) s'appuie sur quatre séries d'acteurs : les rédacteurs, les documentalistes, les relecteurs, les contrôleurs de qualité.

Les rédacteurs de Lrp sont des professionnels de santé : médecins, pharmaciens, infirmiers et dentistes. La plupart exercent une activité clinique. Ils suivent tous une formation interne à la revue. Quelle que soit leur expérience professionnelle préalable, les candidats à l'intégration dans l'équipe de rédaction de Lrp suivent un stage de six mois environ, qui conjugue la relecture critique de projets d'articles à l'apprentissage des conventions et méthodes internes de la rédaction. Ils font ensuite

leurs premières armes en tant que rédacteur « junior », encadré par un rédacteur « tuteur ». Pour devenir « senior », deux à trois ans d'écriture sous tutorat sont nécessaires. C'est parmi les rédacteurs seniors que s'opèrent la formation et le recrutement des responsables de rubriques, des rédacteurs en chef et du directeur de la rédaction.

#### D.1.1.1.2) Une chaîne de rédaction collective.

Le choix des projets d'articles est réalisé collectivement par les rédacteurs, encadrés par les responsables de rubriques, les rédacteurs en chef et le directeur de la rédaction, lors des réunions de la rédaction. Ces réunions permettent d'établir une liste de thèmes retenus selon leur pertinence pour les praticiens ; de décrire les premières orientations rédactionnelles ; de définir les premiers axes de la recherche documentaire (principales sources envisagées) ; et de désigner un rédacteur responsable et un (ou plusieurs) rédacteur(s) référent(s) pour chaque projet d'article. Chaque projet d'article fait ensuite l'objet d'un « calage » qui en précise les objectifs, les limites et les contraintes. Une « feuille de calage » est rédigée par le rédacteur responsable du projet d'article : il y rappelle notamment les objectifs assignés à l'article et les questions auxquelles l'article tentera de répondre ; les points qui ne seront délibérément pas abordés ; les principales orientations documentaires envisagées ; des propositions de relecteurs spécifiques. Cette feuille de calage est commentée par d'autres rédacteurs, dont le « rédacteur référent » choisi en fonction du thème du projet d'article. Le rédacteur responsable peut ainsi affiner le calage initial.

#### D.1.1.1.3) La recherche documentaire.

Le rédacteur responsable prépare sa demande de recherche documentaire mise en œuvre au sein du centre de documentation Prescrire (qui applique des procédures de recherche prospective et rétrospective de la documentation publiée et non publiée).

#### D.1.1.1.4) Le cheminement de l'article.

Le rédacteur responsable rédige la première « mouture » du projet d'article. Ce texte est soumis au rédacteur référent chargé d'en discuter le plan, de vérifier la bonne intelligibilité et la cohérence des arguments et la valeur de la bibliographie, d'aider à mieux séparer faits établis et hypothèses, de demander des corrections ou des compléments.

C'est la version issue du travail du binôme rédacteur responsable-rédacteur référent qui est communiquée au responsable de rubrique concerné (avec la feuille de calage, le plan de recherche documentaire, l'ensemble des références utilisées (et celles fournies par le centre de documentation mais non utilisées) et les différentes moutures préparatoires). Le responsable de rubrique réalise un premier contrôle de l'article, références en main, et apporte les corrections nécessaires. Il donne finalement son accord pour soumission du projet d'article au contrôle de qualité externe réalisé par les groupes de relecture.

#### D.1.1.1.5) Le rôle des groupes de relecture.

Le projet d'article est soumis, de manière anonyme, à un groupe de relecture chargé de critiquer le fond (fiabilité, actualité, adaptation à la pratique...) et la forme (structure, syntaxe, lisibilité...).

Les groupes de relecture, composés de 10 à 40 personnes selon la nature et l'ampleur du projet d'article, sont constitués « sur mesure » pour chaque article. Les relecteurs appartiennent à trois catégories complémentaires : des professionnels extérieurs à la rédaction spécialisés dans le sujet abordé, des méthodologistes, des praticiens représentatifs du lectorat de la revue (notamment médecins et pharmaciens, généralistes et spécialistes, de ville ou hospitaliers). Des membres de la rédaction complètent les groupes de relecture, pour leur expertise propre et pour la bonne coordination entre les rubriques.

La liste des relecteurs extérieurs à la rédaction qui ont contribué à un ou plusieurs articles contenus dans un numéro de la revue Prescrire est publiée dans « l'Ours », en page II de couverture de la revue (sauf ceux des relecteurs ayant souhaité garder l'anonymat).

Il est à noter que l'apport des relecteurs est analysé par les rédacteurs, pour chaque article, prenant en compte l'ampleur de leurs remarques sur la forme et le fond.

Les relecteurs spécialisés qui ne renvoient jamais ou très rarement leurs remarques, qui se contentent de critiques non argumentées ou dont l'apport est limité ou non pertinent, sont écartés. Au contraire, les relecteurs spécialisés sont régulièrement sollicités dès lors qu'ils sont régulièrement pertinents et constructifs, en fournissant des références précises à l'appui de leurs arguments, en détectant des erreurs importantes.

Les relecteurs praticiens issus du lectorat de la revue sont régulièrement renouvelés, notamment pour permettre d'accueillir des « regards neufs » et soulager ceux qui ont déjà beaucoup relu.

Les remarques du groupe de relecture permettent au rédacteur responsable (qui dispose à nouveau de l'ensemble du dossier) d'établir une mouture réécrite de l'article, après mise à jour de la documentation.

#### D.1.1.1.6) La suite du cheminement de l'article.

Cette mouture réécrite est ensuite contrôlée, ensemble du dossier en main, par le responsable de rubrique puis le rédacteur en chef concerné, qui dispose en outre d'une relecture du directeur de la rédaction et du rapport d'une personne chargée du contrôle interne de qualité. Cette dernière personne est spécifiquement chargée, avant mise en page et « bon à monter », de vérifier le libellé des références, l'adéquation du texte au contenu des références, l'exactitude des citations, l'absence de contradictions entre le texte, les tableaux, les notes et les encadrés, les divers chiffres (prix, effectifs, pourcentages...).

Pour finir, un correcteur final chasse, sur le texte mis en page, d'ultimes « coquilles », fautes d'orthographe résiduelles. Le directeur de la rédaction peut ensuite donner son accord pour inclure l'article dans le numéro à imprimer. L'article comportera une signature collective, le plus souvent : « LRP » ou « Synthèse élaborée collectivement par la rédaction de la revue Prescrire ».

#### D.1.1.1.7) La déclaration des conflits d'intérêts.

Une procédure d'audition des rédacteurs est assurée par le directeur de la rédaction (G.Bardelay) avec une explicitation des éventuels conflits d'intérêts.

Ainsi, s'il n'y a pas de déclaration écrite formelle, il existe une procédure d'audition par le responsable de la rédaction.

#### **D.1.1.2) Les Cahiers de FMC du Quotidien du Médecin (Entretien avec le Docteur Alain Marié <sup>ANNEXE 3</sup>).**

Le Quotidien du Médecin se considère comme un journal d'information et de formation de tous les médecins. La création des Cahiers de FMC a été décidée en 1996 au moment des ordonnances Juppé.

##### D.1.1.2.1) Le choix des auteurs.

Les Cahiers de FMC utilisent plusieurs moyens afin de trouver un auteur à leurs articles : l'avis du Conseil Scientifique du journal, l'avis des journalistes des différents départements du journal, la prise de contact avec un auteur reconnu qui publie dans la littérature internationale ou qui participe à des congrès. La difficulté majeure est de trouver un auteur disponible qui s'intéresse à la vulgarisation.

##### D.1.1.2.2) Le cheminement d'un article des Cahiers de FMC.

L'article écrit par l'auteur contacté est soumis pour validation et correction au Comité de Rédaction composé du directeur médical, du rédacteur en chef et du rédacteur en chef adjoint.

Puis chaque article est supervisé par le référent de la spécialité concernée par le sujet des Cahiers de FMC. L'UNAFORMEC est également sollicitée. Son expert peut s'exprimer dans la rubrique « Le point de vue de l'UNAFORMEC » (partie Situations Pratiques paraissant le mardi). Son rôle est de faire des remarques et de donner un éclairage différent sur le sujet.

La philosophie des Cahiers de FMC est la simplicité : les recommandations aux auteurs (non transmises par le Docteur Marié) sont assez rigoureuses : densification du texte et choix des messages. Généralement, la partie « Mise au point » (parution le lundi) compte sept pages, la partie « Situations Pratiques » (parution le Mardi) sept pages également et la partie « Test d'auto-évaluation » avec son corrigé 2 pages (parution le mercredi).

Les Cahiers de FM acceptent un parrainage financier des laboratoires pharmaceutiques mentionné sur la première page des Cahiers de FMC.

**D.1.1.3) La Revue du Praticien Médecine Générale (RDPM) (Entretiens avec les Docteurs Philippe Leduc<sup>ANNEXE 5</sup> et Philippe Eveillard<sup>ANNEXE 6</sup>).**

D.1.1.3.1) Le choix des sujets.

Le choix des sujets des articles est fait en fonction d'un besoin : estimation d'un besoin ressenti par les médecins d'une mise au point sur un sujet, nécessité de réactualiser des connaissances en fonction des progrès médicaux ou de les remémorer sur un sujet. Plusieurs personnes interviennent dans le choix des sujets : le rédacteur en chef en accord avec le comité de rédaction ; les conseillers médicaux (souvent des hospitalo-universitaires) qui viennent régulièrement au journal les mercredis et proposent des sujets intéressants à traiter dans leur spécialité au comité de rédaction.

Une minorité d'articles est constituée d'articles spontanés : articles de recherche en médecine générale, articles proposés par des auteurs désireux de publier dans la RDPMG.

D.1.1.3.2) Le choix des auteurs.

Les conseillers proposent des noms d'auteurs. La rédactrice en chef, le Docteur Florence Maréchaux sollicite ces auteurs qui sont libres de choisir des collaborateurs. Elle lui transmet les recommandations aux auteurs<sup>ANNEXE 12</sup>. Les noms de ces collaborateurs seront précisés lors de l'envoi de l'article.

D.1.1.3.3) Le cheminement d'un article.

L'auteur envoie l'article au journal. Le texte est contrôlé sur le fond par le comité de lecture et sur la forme par la rédaction (couple secrétaire de rédaction et rédacteur en chef). Le comité de lecture émet des remarques et demande éventuellement des corrections. L'article est alors renvoyé à l'auteur qui doit tenir compte de ces remarques et réadresser le tout au couple secrétaire de rédaction et rédacteur en chef. Ce couple vérifie la prise en compte des remarques et les corrections apportées. Le texte corrigé dans le fond et la forme est mis en page (maquette) puis réadressé à l'auteur pour qu'il délivre son « Bon à tirer ». L'auteur peut à tout moment bloquer le processus. Le couple secrétaire de rédaction et rédacteur en chef a suivi le cheminement de l'article du début à la fin.

D.1.1.3.4) Les rôles respectifs des différents comités.

Le comité éditorial fixe les grandes lignes éditoriales de la revue. Il compte cinq membres avec un système de permutation.

Le comité de rédaction scientifique se réunit régulièrement toutes les semaines pour décider de la ligne éditoriale générale de la revue. Certains de ces praticiens participent aussi au comité de lecture.

Le comité de lecture agit sur le fond des articles (vérification de la validité du fond) et prend connaissance de tous les articles. Il compte cinq médecins hospitaliers et cinq médecins généralistes appartenant au comité éditorial des généralistes. Chaque article mobilise deux membres du comité de lecture compétents en la matière et deux médecins généralistes avec des connaissances sur le domaine.

#### D.1.1.3.5) Rôles respectifs des secrétaires de rédaction et des rédacteurs réviseurs.

Le rôle des secrétaires de rédaction est de réviser la forme. Les secrétaires de rédaction sont des journalistes médecins qui récupèrent les documents et en améliorent la lisibilité.

Les rédacteurs réviseurs corrigent les fautes d'orthographe.

#### D.1.1.3.6) Les ressources humaines impliquées dans le cheminement d'un article.

Le cheminement d'un article mobilise une dizaine de personnes : deux secrétaires administratives (réception et envoi du courrier) puis deux médecins (secrétaire de rédaction et rédactrice en chef) puis un ou deux médecins généraliste et un médecin hospitalier (comité de lecture) puis en général un maquettiste et deux rédacteurs réviseurs (les correcteurs).

### **D.1.1.4) Le Concours Médical (Entretiens avec les Docteurs Christine Pasquet et Philippe Leduc).**

ANNEXE 8

ANNEXE 5

#### D.1.1.4.1) Le choix des sujets.

La rédactrice en chef, le Docteur Christine Pasquet choisit les sujets traités en collaboration avec le comité de rédaction (la rédactrice en chef, le rédacteur en chef adjoint et les rédacteurs). Les réunions du comité de rédaction ont lieu une fois par semaine.

La rédactrice en chef choisit les sujets afin de pouvoir traiter tous les trois à cinq ans les sujets les plus courants et fait une mise au point sur un sujet en fonction de l'actualité médicale.

Le comité éditorial composé d'hospitalo-universitaires de chaque spécialité se réunit au moins une fois par an et discute des grandes orientations du CM. Il a un rôle consultatif et d'aide à l'orientation des articles de chaque spécialité.

10% des articles publiés sont des articles spontanés émanant d'auteurs désireux de publier dans le Concours Médical (CM).

#### D.1.1.4.2) Le choix des auteurs.

La rédactrice se charge de contacter les auteurs. Elle recherche un auteur disponible, reconnu comme étant un auteur de référence, et sachant vulgariser ses connaissances. Elle lui transmet des recommandations <sup>ANNEXE 13</sup>. Liberté est laissée à

l'auteur d'écrire son article en collaboration s'il le désire. Une déclaration de conflits d'intérêt n'est pas exigée pour l'instant.

#### D.1.1.4.3) Le pourcentage d'articles refusés.

La revue publie 150 articles de fond sur 10 mois. En moyenne, 4 articles sont refusés en dix mois.

#### D.1.1.4.4) Le fonctionnement du Comité de lecture.

Le pool de base est constitué des conseillers de « l'Ours » de la revue. Ces conseillers ont un système de turn-over. La plupart sont en exercice. Un à deux relecteurs sont sollicités en fonction de la difficulté du thème de l'article. Ces relecteurs sont sélectionnés du fait de leur esprit critique.

#### D.1.1.4.5) Le cheminement de l'article.

L'article adressé par l'auteur à la rédactrice en chef est supervisé par le comité de lecture. Le comité de lecture émet son avis. La rédactrice en chef écrit un courrier à l'auteur pour lui demander des corrections. L'auteur retourne l'article corrigé à la rédactrice en chef qui s'assure des corrections. L'article passe alors dans le circuit de fabrication pour correction de la forme par les correcteurs réviseurs. L'article est renvoyé à l'auteur pour approbation et délivrance de son « Bon à tirer ». L'article part alors à la maquette pour publication.

### **D.1.1.5) La Revue du Praticien Monographie (Correspondance avec le Docteur Jean Deleuze).**

#### D.1.1.5.1) Le choix des auteurs.

Les auteurs des articles sont choisis par le comité scientifique.

#### D.1.1.5.2) Le processus général d'élaboration des articles.

Pour les articles, l'élaboration est fonction des recommandations et des objectifs fixés pour la préparation de l'examen national classant de médecine.

#### D.1.1.5.3) Les contrôles qualités.

Le comité scientifique propose des noms d'auteurs pour un article. Le comité de rédaction doit valider le choix de ces auteurs. Des recommandations précises aux

auteurs sont données. Le comité de rédaction fait une lecture critique des manuscrits et si besoin fait un travail rédactionnel sur le manuscrit.

#### **D.1.1.6) La revue francophone Le Médecin du Québec (Correspondance avec le Docteur Louise Roy, rédactrice en chef du Médecin du Québec).**

Le Médecin du Québec est le journal de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, entité syndicale représentant tous les médecins généralistes du Québec. La revue publie une section de formation thématique mensuelle dont les thèmes s'intègrent dans un cycle de production de 24 mois qui traite de l'ensemble des sujets liés à la médecine générale.

Pour chacun des thèmes mensuels retenus, une équipe de cinq à six auteurs travailleront pendant un an à la production d'une section de formation continue de la revue sous la direction d'un responsable de thème (intéressé par le sujet ou expert dans ce domaine). Ces responsables ont suivi une formation d'une journée dispensée par des médecins généralistes membres du comité scientifique de la revue et ayant œuvré comme responsable de plusieurs numéros de la revue.

Le processus d'élaboration des articles des équipes suit le même cycle de production<sup>19</sup> : détermination des besoins ressentis par la population cible (médecins généralistes), choix d'un fil conducteur reliant tous les articles du numéro (un numéro contient six articles et chacun regroupera de cinq à six besoins en matière de formation), choix de trois questions précises par article auxquelles l'auteur tentera de répondre en rédigeant l'article (objectifs de l'article), contrôle du comité scientifique de la revue à ce niveau (pertinence du projet) et après son approbation rédaction de l'article.

Chaque responsable de thème et son équipe font une auto-évaluation du travail d'équipe et du résultat puis les membres du comité scientifique procèdent à une révision du numéro en scrutant les textes et en prenant des notes sur ce qui a bien fonctionné et sur ce qui mérite amélioration. Ces notes servent à la formation du prochain groupe de responsables de thème.

Le contrôle de qualité des articles est à quatre niveaux :

- 1- L'auteur
- 2- Le responsable de thème
- 3- Le comité de rédaction scientifique
- 4- Le rédacteur en chef.

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

##### **D.1.2.1) Le New England Journal of Medicine (NEJM).**

Le NEJM est une revue de publication primaire. Ceci veut dire que la revue publie

des articles originaux de recherche. La revue, reconnue sur le plan international pour sa qualité, reçoit 4000 manuscrits d'auteurs par an qu'elle doit sélectionner. Elle compte 200000 abonnés. Elle est éditée par une société médicale, la Massachusetts Medical Society.

Les articles publiés doivent apporter des connaissances nouvelles pour la médecine, exploitables pour la majorité des malades et pertinentes par leur actualité et leur qualité. Les manuscrits sélectionnés doivent pouvoir, par leur qualité, influencer la pratique clinique et la recherche biomédicale<sup>20</sup>.

Le NEJM adhère aux règles générales de l'International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Ce Comité a émis des recommandations sur les conditions d'analyse d'un manuscrit (forme, processus éditorial), les règles éthiques devant être suivies par les auteurs, les rédacteurs en chef, les propriétaires de journaux, les relecteurs ainsi que la déclaration de conflits d'intérêts et les relations avec l'industrie pharmaceutique et la publicité<sup>21</sup>.

A l'arrivée du manuscrit, une personne de l'équipe s'assure que le manuscrit est complet. Si c'est le cas, le manuscrit est enregistré informatiquement. Il est d'abord rapidement lu par le rédacteur en chef (Editor-in-chief). Celui-ci donne son approbation ou son refus pour la poursuite du processus éditorial en fonction du respect du manuscrit des lignes éditoriales du journal.

Il est ensuite transmis au rédacteur en chef adjoint (Associate Editor) pour examen approfondi. Le rédacteur en chef adjoint émet un avis. En cas d'indécision, il peut demander l'avis d'un rédacteur suppléant (Deputy Editor). Si le manuscrit est rejeté, il est renvoyé à son auteur.

Si le manuscrit est susceptible d'être publié, il est adressé à deux membres du comité de lecture (reviewers) externes à la revue. Ils doivent donner leur avis sur la validité scientifique du manuscrit, son impact éventuel sur la pratique clinique et l'intérêt éventuel d'une publication du manuscrit<sup>20</sup>. Les relecteurs émettent uniquement des critiques et un avis sur le manuscrit.

Le manuscrit accompagné des critiques et de l'avis des membres du comité de lecture est de nouveau étudié par le rédacteur en chef adjoint (Associate Editor). Il peut solliciter l'opinion d'autres membres du comité de lecture ou celle de la rédaction lors d'une réunion de l'équipe rédactionnelle.

Le manuscrit est renvoyé à son auteur avec une demande de précisions ou de corrections.

La rédaction de la revue prend la décision finale de publication lors du réexamen du manuscrit. Il est pris en considération son niveau de preuves, la pertinence du sujet pour les lecteurs du NEJM et les malades, son actualité et son impact sur la pratique clinique et la recherche biomédicale<sup>20</sup>.

Les relations avec l'industrie pharmaceutique sont examinées. Une mise au point par un collectif de rédacteurs de revues médicales a été faite récemment<sup>22</sup>.

Une déclaration de conflits d'intérêts publiée avec l'article est demandée aux auteurs<sup>22</sup>, et ANNEXE 14. Celle-ci a été modifiée récemment<sup>23</sup>.

### **D.1.2.2) La revue American Family Physicians.**

La revue American Family Physicians est la revue de l'American Academy of Family Physicians. Son objectif est de promouvoir une FMC de qualité pour plus de 190000 médecins de famille américains.

La revue décrit son processus éditorial et ses recommandations aux auteurs sur son site Internet (<http://www.aafp.org/x13554.xml>).

Le manuscrit à sa réception reçoit un numéro d'enregistrement. Il est transmis à un rédacteur pour une évaluation de sa pertinence pour la médecine de famille, et de sa valeur quant à la modification éventuelle de la pratique clinique des médecins. Les articles les plus recherchés sont les articles courts, basés sur des données, avec un fort niveau de preuves écrits par des cliniciens expérimentés.

Les articles publiés sont impérativement relus avant publication par des membres du comité de lecture (comprenant au moins un médecin de famille et un expert de la question). Ceux-ci s'assurent que le manuscrit répond à la politique du journal, aux recommandations de l'ICMJE<sup>21</sup> et que les affirmations du manuscrit soient argumentées par des références avec un niveau de preuve élevé. La rédaction avec l'aide des critiques des relecteurs prend alors la décision de publication.

Une déclaration de conflits d'intérêts est systématiquement demandée. Celle-ci sera mentionnée dans l'article.

### **D.1.2.3) La revue Family Practice Management.**

(<http://www.aafp.org/cgi-bin/quiz.pl>)

La revue compte 100 000 médecins de famille abonnés.

Le Docteur Robert Edsall, rédacteur en chef de la revue a décrit le processus éditorial des manuscrits sur le site Internet de la revue (<http://www.aafp.org/x17338.xml>).

La première étape est la lecture du manuscrit par la rédaction où sa pertinence et son contenu pédagogique sont évalués ; s'il passe avec succès cette étape il passe en relecture auprès des membres du comité de lecture. Un manuscrit doit passer avec succès ces deux étapes pour être publié. Les étapes suivantes sont les corrections demandées à l'auteur, le reformatage de l'article pour publication et les corrections finales avant impression. L'auteur doit donner son accord aux étapes majeures de ce processus.

Une déclaration de conflits d'intérêts est systématiquement demandée. Celle-ci sera mentionnée dans l'article.

#### **D.1.2.4) The Medical Letter on Drugs and Therapeutics.**

[www.medlet-best.securesites.com](http://www.medlet-best.securesites.com)

##### D.1.2.4.1) Un journal indépendant.

Une description de la revue Medical Letter est donnée sur son site Internet :  
(<http://medlet-best.securesites.com/html/who.htm>)

La Lettre du Medical Letter est éditée par une association à but non lucrative (The Medical Letter) fondée en 1958 par Arthur Kallet et le Docteur Harold Aaron, deux membres d'associations de consommateurs aux Etats-Unis.

La Lettre est complètement financée par ses abonnés et n'accepte aucune publicité, aucun sponsoring ou aucune donation. Elle touche un public de 120000 professionnels de santé.

##### D.1.2.4.2) Les objectifs du Medical Letter.

Ils sont de donner une évaluation critique et non biaisée des médicaments (surtout les plus récents) aux professionnels de santé en général. L'évaluation des médicaments se veut totalement indépendante. Elle veut souligner l'apport ou l'inefficacité voire la dangerosité de certains médicaments.

##### D.1.2.4.3) L'élaboration des articles.

La première mouture de l'article évaluant un médicament est rédigée par un expert consultant ou un des rédacteurs du journal. Celui-ci analyse les études publiées et non publiées du médicament en portant une attention particulière sur les essais cliniques. Il insiste particulièrement sur les caractères du médicament : indications, efficacité, effets indésirables et alternatives thérapeutiques.

La première mouture est adressée à tous les membres du Conseil scientifique du Medical Letter ainsi qu'à des experts de ce médicament (10 à 20), aux premiers auteurs des articles cités dans la bibliographie mais aussi aux responsables concernés du laboratoire pharmaceutique commercialisant le médicament et à ses concurrents.

Les critiques, suggestions et questions éventuelles sont prises en compte pour l'élaboration de la version finale de l'article.

Une déclaration de conflits d'intérêts est demandée aux auteurs.

### **D.1.2.5) Le journal du John Hopkins University School of Medicine Advanced Studies in Medicine.**

(<http://www.asimcme.com>)

Le journal demande aux auteurs des articles, de fournir des données cliniques argumentées sur le principe de la médecine fondée sur les preuves (Evidence Based Medicine). Chaque manuscrit est étudié par l'équipe rédactionnelle du journal comprenant des leaders d'opinion de chaque spécialité disséminés dans tous les Etats-Unis et par des cliniciens reconnus. Les critères de cette lecture sont ceux de l'Editorial Policy Statements of the Council of Science Editors. L'objectif est de s'assurer de la qualité scientifique, de la pertinence et de l'absence de conflits d'intérêts des données.

Une déclaration de conflits d'intérêts est demandée aux auteurs.

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

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

([www.cdc.gov/mmwr/](http://www.cdc.gov/mmwr/))

Le CDC, organisme fédéral américain prépare des bulletins hebdomadaires, le Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). Le MMWR propose un programme de FMC (The MMWR Continuing Medical Education Program) disponible gratuitement sur Internet mais également sur la version papier du MMWR.

Le CDC décrit ses procédures d'élaboration sur son site Internet ([http://www.cdc.gov/mmwr/author\\_guide\\_wk.html](http://www.cdc.gov/mmwr/author_guide_wk.html))

Les bulletins hebdomadaires du MMWR répondent aux critères d'exigence de l'ACCME <sup>ANNEXE 10</sup>. Les données du MMWR émanent des CDC, organismes fédéraux, chaque semaine. Les auteurs sont clairement identifiés et reconnus pour leur expérience.

Le processus éditorial du MMWR est clairement défini (policy) : les auteurs désirant publier doivent contacter le rédacteur en chef du MMWR et discuter de la pertinence de l'article. Ces auteurs sont soit internes ou externes au CDC (dans le premier cas, ils ne peuvent être membres du comité de lecture de l'article). Le MMWR n'accepte que les articles répondant aux critères suivants : la pertinence, l'originalité, la qualité, l'actualité, la clarté et le respect des exigences éditoriales de présentation. Un article accepté est relu par des membres du comité de lecture. Le CDC n'hésite pas à solliciter dans ce cadre des organismes fédéraux : la Food and Drug Administration (FDA), ou d'autres départements du CDC. Le processus éditorial est limité à 21 jours à partir de la date de réception du manuscrit.

### **D.2.2) Le NIH Consensus Development Program.**

Le NIH décrit ses procédures d'élaboration sur son site Internet (<http://consensus.nih.gov/about/faq.htm>)

Les National Institutes of Health (NIH) américains organisent un programme de conférences de consensus : le National Institutes of Health (NIH) Consensus Development Program. Ces conférences de consensus traitent de sujets controversés (5 par an). Un rapport de ces conférences faisant l'état des connaissances sur le sujet est rédigé à l'issue de ces conférences de consensus. Ce rapport met l'accent sur les données disponibles et ayant le plus haut niveau de preuves. Il est largement diffusé dans la communauté médicale.

Chaque conférence de consensus répond à des questions primordiales comme l'efficacité, le risque, les applications cliniques et les voies de recherche possible dans le cas d'un traitement. Les sujets peuvent être proposés par un département du NIH, une autre agence fédérale, le Congrès des Etats-Unis ou répondre à la demande du public américain.

Chaque conférence est parrainée et organisée par un ou plusieurs NIH et par l'Office of Medical Applications of Research (OMAR) du NIH. En fonction du thème, d'autres organismes ou agences fédérales peuvent prendre part à l'organisation de la conférence.

Trois critères sont nécessaires pour faire l'objet d'une conférence de consensus : un problème de santé public important, la discordance entre la connaissance scientifique sur le sujet et les pratiques, une base de connaissances disponibles et définies sur le sujet.

Les rédacteurs de ces conférences de consensus sont des personnalités extérieures reconnues : professionnels de santé, chercheurs, méthodologistes et des personnalités publiques. Elles sont indépendantes du pouvoir fédéral.

Elles rédigent pendant deux jours le rapport. Pour cela, elles s'aident de la revue de la littérature internationale faite par l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHQR) sur les questions essentielles en préparation de la conférence. Le rapport doit mettre l'accent sur les points du thème sujet à controverse et essayer, dans la mesure du possible, d'apporter un éclaircissement. Le rapport doit répondre aux questions principales posées. Le troisième jour donne lieu à une présentation du rapport et à un débat public. Ce débat peut aboutir à des corrections du document.

Les conférences de consensus sont des synthèses d'une information médicale récente et nouvelle, susceptible de pouvoir modifier les comportements des médecins.

### **D.2.3) Cyberounds**

(<http://www.cyberounds.com/content/cme>)

Le site Cyberounds répond aux exigences de qualité de l'ACCME. Tous les articles de FMC proposant un Tdl font l'objet d'une relecture par le CME Cyberounds Committee du Albert Einstein College of Medicine. Les objectifs pédagogiques attendus de la lecture de l'article sont mentionnés en préambule. Une déclaration de conflits d'intérêts est exigée de la part des auteurs (sur les douze derniers mois).

Le support de l'article est variable : rapport d'une conférence, tableaux, vidéo, photos et les différents supports disponibles multimédia.

Il est à noter que les responsables du site déniaient toute responsabilité en cas de communication d'informations médicales erronées sur le site et encouragent le lecteur à comparer la pertinence et la véracité des informations avec d'autres sources.

#### **D.2.4) Medscape**

(<http://www.medscape.com/cmecenterdirectory/familymedicine?src=hdr>).

Les procédures de Medscape (MS) m'ont été transmises par sa rédactrice en chef le Docteur Judy Ribble (étude de Mars 2004).

MS propose des activités de FMC élaborées par ses propres rédacteurs ou par des rédacteurs extérieurs. Les rédacteurs extérieurs (specialty redactors), sont des rédacteurs de journaux médicaux reconnus ou de groupes de presse. Un grand nombre d'entre eux ont des années d'expérience médicale clinique. Ils travaillent étroitement avec des spécialistes reconnus de différentes disciplines. En collaboration avec ces médecins, ils planifient des activités de FMC dont les buts, les objectifs pédagogiques sont en adéquation avec les exigences de l'ACCME. Ces activités répondent à des besoins exprimés par des médecins cliniciens. En collaboration avec l'équipe de MS, ils utilisent des recherches bibliographiques et des études antérieures de MS pour déterminer les thèmes les plus pertinents.

Le département FMC de MS collabore à ce processus. Il s'assure du respect des exigences de l'ACCME pour obtenir l'accréditation de l'activité de FMC. Il aide les rédacteurs à trouver un auteur (médecin ou journaliste médical).

Le manuscrit déposé par l'auteur dès sa réception est transmis au comité de lecture. S'il est approuvé, l'équipe de Medscape adapte le manuscrit en vue de l'Internet. Le produit fini, il doit être approuvé par la rédactrice en chef. Après approbation, l'adresse URL est validée et accessible.

La durée de validation des données est de un an. Pendant tout ce temps, les résultats des post-tests et des questionnaires de satisfaction sont archivés dans la banque de données de MS. Des rapports mensuels sont adressés aux fournisseurs d'activités de FMC pour examen et auto-évaluation. Ainsi les concepteurs d'activités de FMC peuvent tirer des enseignements pour l'avenir.

Pour garantir l'indépendance et l'intégrité des données scientifiques de MS, les équipes de MS sont sensibilisées par des documents internes rappelant ces grands principes.

De plus les auteurs, journalistes et même certains membres du comité de lecture doivent signer des déclarations de conflits d'intérêts. Si c'est le cas, ils doivent mentionner leurs activités des douze derniers mois. Ils doivent déclarer :

- s'ils ont été employés par un laboratoire pharmaceutique mentionné
- s'ils disposent de stock options
- s'ils ont reçu des honoraires pour des recherches cliniques
- s'ils ont reçu des honoraires pour des activités d'enseignements.

- s'ils ont reçu des honoraires comme conseiller ou consultant
- autres

Le site Medscape (MS) répond également aux exigences de qualité de l'ACCME, de l'American Physicians Association, de la Food and Drug Administration et des PhRMA Guidelines.

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

Les sites Internet de l'AMA comme ceux des revues American Family Physicians ou Family Practice Management répondent à des recommandations de critères de qualités sur Internet (Guidelines for Medical and Health Information Sites on the Internet sur (<http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1905.html>)).

### **E) Les études menées par les promoteurs de tests.**

#### **E.1) Les études francophones.**

##### **E.1.1) L'étude de la revue Prescrire (Entretien avec le Docteur Broclain, concepteur de l'étude).**

Une étude d'observation prospective comparative<sup>8</sup> fut menée en 1994 par la revue Prescrire (Lrp) en collaboration avec le Collège des Hautes Etudes de Médecine Générale de Bretagne (CHEMG), association régionale de valorisation de la FMC<sup>24</sup> et la société EVAL, bureau d'études spécialisé dans le domaine de la santé. La méthodologie de cette étude a valu aux auteurs de l'article<sup>8</sup> de recevoir le prix Decker en 1998 qui encourage la recherche dans le domaine de la FMC.

##### **E.1.1.1) Objectif de l'étude.**

L'objectif était d'évaluer si la participation au test de lecture (Tdl) Prescrire améliorerait l'acquisition de connaissances factuelles contenues dans la revue.

##### **E.1.1.2) La méthodologie.**

373 médecins généralistes de la région de Bretagne, ayant adhéré au moins deux fois au CHEMG, ont été contactés au nom de cet organisme, et 91 médecins ont accepté de participer à l'étude. Le fait qu'il s'agissait d'évaluer le Tdl et la lecture de la revue Prescrire (Lrp) n'a été révélé à aucun moment.

Pour mettre en évidence, les effets de la participation au Tdl, deux groupes d'abonnés à Lrp respectivement inscrits (groupe A) et non inscrits (groupe B) au test ont été comparés. Un groupe complémentaire (groupe C) composé de non abonnés à la revue a été constitué afin de mettre en évidence les particularités d'être abonné à

Lrp et l'impact possible de sources d'information autres que Lrp sur les performances des participants.

91 médecins ont finalement participé à l'ensemble de l'étude : 24 abonnés inscrits au Tdl prescrire ( groupe A), 42 abonnés non inscrits au Tdl (groupe B) ; et 25 non abonnés (groupe C).

Pour mesurer le niveau de savoir de chaque participant, un test de connaissances, distinct du Tdl Prescrire, et composé d'une série de 9 questions de type « vrai ou faux », a été construit par les auteurs de l'étude. La valeur 0 a été attribuée à toute réponse erronée, et la valeur 1 à toute réponse exacte. Le score global de chaque participant au test de connaissances pouvait varier de 0 à 9.

Au début de l'étude, afin d'évaluer le niveau de connaissances initial de l'ensemble des participants (pré-test en Janvier 94), et à la fin de l'étude, afin de mesurer une éventuelle acquisition de connaissances (post-test en Juin 1994), les mêmes questions ont été posées par téléphone aux mêmes participants, par deux sociologues de la société EVAL. Entre le pré-test et le post-test, les abonnés ont été exposés aux articles du numéro 137 (Février 1994) de Lrp contenant les bonnes réponses aux questions du test de connaissances. Deux mois après cette première exposition, les abonnés inscrits au Tdl ont été spécifiquement exposés au Tdl contenu dans le numéro 139 (Avril 1994) et portant sur le numéro 137.

Les deux sociologues ont recueilli les données de l'étude sans connaître la nature des bonnes réponses ni l'affectation des participants dans les groupes. Afin de ne pas inciter les participants à se documenter entre temps, l'existence du post-test ne leur avait pas été révélée initialement.

#### E.1.1.3) Les enseignements de l'étude.

- Les abonnés participant au test ont un score de connaissances statistiquement supérieur aux abonnés qui ne participent pas. La participation au test accroît la mémorisation (enseignement de l'évaluation).

- Une différence de niveau général entre les médecins non abonnés à la revue et les médecins abonnés à la revue lors du pré-test (test de connaissance générale) dans la population du CHEMG a été constatée. Les médecins abonnés à la Lrp nous semblent une population particulière par rapport aux autres médecins, prêts à payer un abonnement cher et sensibilisés à la notion d'indépendance du financement de la revue à laquelle ils sont abonnés.

- Le score de progression est variable selon le niveau de difficulté des questions (enseignement méthodologique).

- La participation au test de lecture est une contrainte extérieure obligeant parfois les médecins à sortir de leurs habitudes personnelles et de leurs centres d'intérêts habituels et à lire certains articles en plus. Ce qui leur permet d'acquérir des connaissances dans des domaines qu'ils n'auraient pas choisis et qu'ils ne connaissaient pas (élargissement du domaine de connaissances des médecins).

## **F) Récapitulatif des principaux Tdl.**

|  |                                   |                                   |                                  |                      |  |  |  |   |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------|--|--|--|---|
| Tdl  | Concours Médical                  | La RDPMG                          | La Revue Prescrire               | Les Cahiers de FMC   | Le Médecin du Québec                           | NEJM                                     | American Family Physicians                     | Medscape  |
| Auto-évaluation ou Evaluation externe          | Evaluation externe                | Evaluation externe                | Evaluation externe               | Auto-évaluation      | Evaluation externe                             | Evaluation externe                       | Evaluation externe                             | Evaluation externe                              |
| Coût de l'inscription                          | Gratuit (pour abonnés)            | Gratuit (pour abonnés)            | Payant (23Euros pour abonnés)    | Gratuit              | Gratuit (pour abonnés)                         | 1- 10 Dollars US*<br>2- 125 Dollars US** | Gratuit  | Gratuit   |
| Délivrance d'une attestation                   | OUI (Certificat de participation) | OUI (Certificat de participation) | OUI (Diplôme de Lecteur Emérite) | NON                  | OUI  | OUI                                      | OUI  | OUI   |
| Nombre d'heures d'équivalence                  | NON                               | NON                               | 40 heures par an                 | NON                  | 3 heures de crédit de formation de catégorie 1 | 1- une heure /semaine*<br>2- 50 heures** | 4 heures de crédit de formation de catégorie 1 | Une heure de crédit de formation de catégorie 1 |
| Reconnaissance par une structure de FMC        | NON                               | NON                               | NON                              | NON                  | OUI (FMOQ ***)                                 | OUI (ACCME)                              | OUI (ACCME)                                    | OUI (ACCME)                                     |
| Etude sur son efficacité dans la lecture       | NON                               | NON                               | OUI (Etude de D.Broclain)        | NON                  | NON  | NON                                      | NON  | NON   |
| Financement du support                         | Abonnés et Publicité              | Abonnés et Publicité              | Abonnés exclusivement            | Abonnés et Publicité | Abonnés et Publicité                           | Abonnés et Publicité                     | Abonnés et Publicité                           | Sponsor LABOS                                   |
| Déclaration des conflits d'intérêts du support | NON                               | NON                               | OUI (déclaration orale)          | NON                  | NON  | OUI                                      | OUI  | OUI   |

\* NEJM Weekly CME Program

\*\* NEJM Review Program

\*\*\* Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec

La plupart des Tdl anglo-saxons entrant dans le cadre d'un système de recertification doivent être accrédités par un organisme officiel ( exemple de l'ACCME <sup>ANNEXE 10</sup> aux Etats-Unis). Selon le Petit Robert, « accréditer quelqu'un est lui donner l'autorité nécessaire pour agir en qualité de ... ».

Les organismes proposant ces Tdl peuvent délivrer des unités d'accréditation de formation continue (crédits de formation) sur une base objective.

Pour la lecture médicale, ces crédits de formation permettent de justifier et de quantifier l'effort de FMC au moyen des Tdl. Dans notre société, la justification tend à devenir un principe de base.

Aux Etats-Unis, deux systèmes coexistent : d'une part l'existence légale dans 24 Etats d'une « relicensure », recertification quinquennale pour garder le permis d'exercice, avec l'obligation de 50 heures annuelles de FMC validée ; d'autre part la recertification professionnelle pour rester membre du Board, du collège de la spécialité considérée. Les exigences pour la recertification sont la preuve du maintien du permis d'exercice (variable selon les Etats), la preuve d'une FMC validée (300 heures sur six ans, dont au moins 180 heures de catégorie 1), une évaluation de l'activité médicale par rapport à des « Guidelines » professionnels, et un examen écrit des connaissances. A l'origine, cette recertification a été voulue par les médecins de famille puis s'est étendue à l'ensemble des spécialités. Les objectifs attendus étaient l'amélioration de la qualité des soins et la revalorisation professionnelle.

Un des intérêts de l'accréditation est de permettre d'amener la formation vers une plus grande qualité. Il est ainsi possible d'affecter des programmes de formation, des moyens associés à la formation (comme une identification structurée des besoins) d'un coefficient multiplicateur au niveau de l'attribution des besoins.

Les Américains et les Canadiens ont depuis longtemps catégorisé les activités formatrices en général, en deux grandes catégories, I et II. Les procédures d'accréditation ont un minimum exigible d'activités de catégorie I. Les activités de catégorie I comprennent les activités de FMC les plus évaluables et de qualité reconnue (activités d'apprentissage en groupe, activités de type universitaire...).

L'accréditation est délivrée par une structure essentiellement professionnelle dans la plupart des pays y recourant.

Aux Etats-Unis, les Boards de spécialité sont l'instance de délivrance, mais les autorités de validation comprennent : the Liaison Committee on Medical Education, the Accreditation Council for Continuing Medical Education, the American Medical Education et, par exemple pour les médecins de famille, the American Academy of family Physicians.

Au Québec, il existe un Conseil de l'Education Médicale Continue regroupant la Corporation professionnelle des médecins du Québec (équivalent de notre Ordre), les facultés de médecine, les fédérations de médecins spécialistes (omnipraticiens et autres spécialistes) à tendance syndicale, les collèges de spécialités.

En France où la FMC est maintenant obligatoire, la reconnaissance des activités formatrices est de la responsabilité du CNFMC et des Conseils régionaux de la FMC. Elles sont chargées de définir les critères, de valider les programmes, de délivrer les attestations aux médecins. L'intérêt de l'accréditation est de promouvoir la qualité des soins. Les instances chargées de l'accréditation continuent de travailler actuellement sur l'élaboration et le respect de critères de qualité de la formation.

**PARTIE III : Les études auprès des inscrits  
aux tests de lecture.**

## **Partie III : Les études auprès des inscrits aux Tdl.**

### **A) Les études d'opinion menées par les revues.**

#### **A.1) Les études d'opinion francophones.**

##### **A.1.1) Les études de la revue Prescrire.**

###### **A.1.1.1) L'enquête réalisée en Mai 1989.**

Une enquête fut réalisée par la revue Prescrire (Lrp) <sup>9</sup> après l'élaboration et la parution des cinq premiers questionnaires de l'année 1988-1989, première année d'existence du Tdl de Lrp.

###### **1) Méthodologie de l'enquête.**

Un questionnaire à réponses écrites a été conçu et adressé à tous les participants ayant envoyé le cinquième questionnaire. Le responsable du Tdl, Jean-Pierre Noiry envoya le 26 Mai 1989 un courrier aux 492 abonnés ayant envoyé le cinquième questionnaire. Ce courrier comprenait : une lettre introductive, un questionnaire comportant pour chacune des questions une réponse fermée négative ou positive avec possibilité d'argumentation ouverte et une enveloppe T.

Le délai de réponse a été fixé à 10 jours. 345 lecteurs ont répondu soit un taux de participation de 70%.

###### **2) Les résultats.**

###### **2.1) Modifications du mode de lecture de la revue apportées par la participation au test.**

La question 3 était : « le fait de participer au test 1988-1989 a-t-il modifié votre façon de lire la revue Prescrire ? »

Les résultats bruts : Oui (n=223 soit 65%)  
Non (n= 119 soit 34%)  
Sans réponse (n= 3 soit 1%)

###### **Le résumé des commentaires en cas de réponses affirmatives.**

Lors de la première lecture, le changement de manière de lire se traduit par une lecture plus attentive et plus approfondie de la revue (95 fois cité). La lecture en « diagonale » ou « seulement des articles jugés intéressants » a été abandonnée au profit d'une lecture plus complète et régulière (pas de numéro en retard). Globalement, lors de la première

lecture, la participation au test a favorisé et développé un esprit plus critique et de synthèse par l'ensemble des articles de la revue avec une meilleure mémorisation des points importants (20 fois cité).

Au moment du test, les lecteurs répondent au questionnaire soit de mémoire avec ou sans vérification, soit en visionnant les articles correspondants aux questions dans le numéro de la revue concernée.

L'arrivée du questionnaire se traduit pour une grande partie des personnes interrogées par une relecture soit de la revue en entier (44 fois cité) soit des articles concernés (32 fois cité). Ce travail de relecture permet d'attirer l'attention sur des points importants et pratiques souvent oubliés ou omis lors de la première lecture et de faciliter ainsi la mémorisation.

## 2.2) Une appréciation partagée de l'acceptabilité des lecteurs participants à la création d'un droit d'inscription au Tdl 1989/1990 pour couvrir les frais de secrétariat.

La septième et dernière question était libellé ainsi : « Nous envisageons à l'avenir de faire payer un droit d'inscription de l'ordre de 60 Francs aux candidats du test de lecture pour couvrir les frais de secrétariat. Cette somme vous semble-t-elle acceptable ? Si non expliquez pourquoi ».

Les résultats bruts : Oui (n= 184 soit 53%)  
Non (n= 128 soit 37%)  
Sans opinion (n= 33 soit 10%)

## 2.3) Le résumé des commentaires et propositions.

Les lecteurs satisfaits du Tdl soulignent que le Tdl leur a permis de mieux mémoriser et synthétiser le contenu des articles grâce à une lecture et une relecture attentive de la revue. Un complément ou quelques questions faisant intervenir une sorte de raisonnement seraient les bienvenues.

Certains déplorent que certaines questions portent trop sur des détails (statistiques, chiffres, etc...) ou sur seulement une phrase du texte, quelques lecteurs soulignent également que les « questions collent trop au texte de l'article » et ne sont pas assez tournées vers la vie professionnelle. Certaines sont jugées trop ambiguës.

Diverses propositions sont exprimées : questions davantage orientées vers les problèmes de la pratique quotidienne (résolution de cas clinique, mise en situation, conduite à tenir...), ceci en rapport avec les sujets traités dans le numéro de la revue correspondant ; questions plus orientées sur la thérapeutique avec prise en compte des interactions médicamenteuses, des contre-indications, des posologies voire des commentaires d'ordonnance.

### **A.1.1.2) L'enquête réalisée auprès de la promotion 2002 des Lecteurs Emérites de la revue Prescrire.**

Une enquête fut menée auprès des Lecteurs Emérites de la revue Prescrire au cours de l'automne 2001 <sup>11</sup>.

#### 1) Méthodologie de l'enquête.

Un questionnaire avec une lettre d'explication a été adressé aux 1341 Lecteurs Emérites (LE) de la promotion 2000-2001. 598 d'entre eux ont répondu en renvoyant le questionnaire (44.6%). Une nette majorité d'entre eux (73.8% soit 441 LE) étaient des médecins généralistes.

Les chiffres clés :

Nombre d'abonnés de Lrp en 2001 : 24500 environ

Participants au Tdl : 1567 (6.39% des abonnés)

Nombre de LE : 1341 ( 5.47% des abonnés ,85.6% des participants, 1098 (70%) sont des médecins généralistes)

#### 2) Les résultats.

##### 2.1) Intérêts majeurs du test de lecture.

- Le Tdl augmente l'intérêt pour Lrp (motivation pour lire la revue, contrainte à lire, aide à la lecture).
- Le Tdl permet l'acquisition de connaissances pour la pratique professionnelle.
- Le Tdl peut-être utilisé en groupe (travail et réflexion au sein de groupes de lecteurs)

##### 2.2) Les améliorations susceptibles d'être apportées au Tdl.

- Plus de questions pratiques (cas cliniques)
- Plus de questions de synthèse
- Plus de questions en général
- Moins de QCM

##### 2.3) La reconnaissance officielle de la FMC par la lecture.

- 94 % des LE ont répondu qu'ils souhaitaient une reconnaissance officielle de la FMC par la lecture.

##### 2.4) Les limites majeures du Tdl.

- C'est un test de lecture et non de connaissance
- Le décalage parfois avec la pratique quotidienne
- L'oubli dans le temps

- Le manque d'exhaustivité par rapport au contenu de la revue
- Le problème de validité réelle du Tdl dans le cadre d'une éventuelle accréditation.

### **A.1.2) Les études internes des Cahiers de FMC du Quotidien du Médecin.**

Aux dires du Docteur Alain Marié, directeur médical du Quotidien de Médecin, des études internes de l'impact des tests d'auto-évaluation auraient été menées. Je n'ai pu obtenir ces études malgré 4 relances.

### **A.1.3) Les études du Concours Médical.**

Pour ces Tdl du début des années 1990, le Concours Médical (CM) avait mené des études. L'accueil et la participation des médecins généralistes avaient été mauvais. Selon le Docteur Pasquet, rédactrice en chef du CM, la forme des Tdl était inadaptée à l'attente des médecins et trop scolaire. Ce fut la raison de l'arrêt des premiers Tdl.

Entre la mi-Février 2004 (date de reprise des Tdl par le CM) et la fin-Mars 2004, la partie test d'auto-évaluation du site Internet du CM a connu 300 connexions de médecins. La revue prévoit de faire une étude d'opinions des utilisateurs de tests d'auto-évaluation dans les mois prochains.

### **A.1.4) La participation des médecins au post-test du Médecin du Québec.**

Selon le Docteur Louise Roy, rédactrice en chef du médecin du Québec, 350 médecins renvoient tous les mois un coupon de réponse au post-test de la revue. Le Médecin du Québec est diffusé à 18500 exemplaires.

## **A.2) Les études d'opinion non francophones.**

La plupart des revues anglo-saxonnes disposant d'un Tdl ont fait des études d'opinion sur l'impact de ces Tdl. L'ACCME oblige les promoteurs d'actions de FMC à réaliser des études auprès des utilisateurs afin d'améliorer la qualité de la formation. Malheureusement, les demandes d'informations à ce sujet se sont heurtées à des refus (confidentialité des données). En effet, beaucoup d'enjeux économiques existent. Le marché de la FMC est prolifique aux Etats-Unis. Pour exemples, le New England Journal of Medicine (Tom Richardson), le Clinical Orthopaedics and Related Research (James T. Magrann), le CDC (Barbara Stallworth, MMWR CE Coordinator), le NIH (Susan Rossi, Deputy Director Office of medical Applications of Research) ont invoqué la "proprietary nature of the journal and the privacy of the CME participants" pour refuser de communiquer les renseignements demandés.

### **A.2.1) Les études menées par le Clinical Orthopaedics and Related Research.**

Chaque post-test est suivi d'un questionnaire de satisfaction de 6 questions permettant aux concepteurs du post-test d'évaluer la qualité de leur travail.

Le questionnaire de satisfaction a la forme suivante :

In addition, the CME Quiz contains a six-question Evaluation assessment questionnaire that helps us determine the value of the CME activity. These are the standard six questions we ask:

1. Did the content of this activity meet the stated learning objectives?

Yes  No

2. On a scale of 1 to 5, with 5 being the highest, how do you rank the overall quality of this educational activity?

5  4  3  2  1

3. As a result of meeting the learning objectives of this educational activity, will you be changing your practice behavior in a manner that improves your patient care? If Yes, please explain.

Yes  No

---

---

4. Did you perceive any evidence of bias for or against any commercial products? If yes, please explain.

Yes  No

---

5. How long did it take you to complete this CME activity?

\_\_\_\_\_ hour(s) \_\_\_\_\_ minutes

6. Please state one or two topics that you would like to see addressed in future issues.

Ces questionnaires sont étudiés. Leurs enseignements sont transmis au département FMC afin de lui permettre d'améliorer les parties FMC du journal.

Les enseignements de ces études ne m'ont pas été communiqués.

#### **A.2.2) Les études menées par le NIH.**

Voici un exemplaire du questionnaire de satisfaction du NIH :

|  |  |
|--|--|
| The overall <b>quality of the instructional process</b> was an asset to this CME program               |  |
| To what extent will participation in this CME activity enhance your <b>professional effectiveness?</b> |  |
| Did you perceive any commercial bias;  |  |
|  |  |
| If yes, please explain:  |  |

|  |  |
|--|--|
| What comments or suggestions do you have for the faculty (statement authors)?          |  |
| What will you do differently as a result of this educational activity?                 |  |
| Are there new topics you would like covered in this activity or in a related activity? |  |
| Do you have additional comments to enhance the utility or impact of the activity?      |  |

### **A.2.3) Les études menées par le CDC.**

Voici un exemplaire du questionnaire de satisfaction du CDC :

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Answers</b></p> <p>A. <input type="checkbox"/></p> <p>B. <input type="checkbox"/></p> <p>C. <input type="checkbox"/></p> <p>D. <input type="checkbox"/></p> <p>E. <input type="checkbox"/></p> <p>F. <input type="checkbox"/></p> | <p><b>10. Indicate your work setting.</b></p> <p>A. State/local health department.</p> <p>B. Other public health setting.</p> <p>C. Hospital clinic/private practice.</p> <p>D. Managed care organization.</p> <p>E. Academic institution.</p> <p>F. Other.</p> |
| <p><b>Answers</b></p> <p>A. <input type="checkbox"/></p> <p>B. <input type="checkbox"/></p> <p>C. <input type="checkbox"/></p> <p>D. <input type="checkbox"/></p> <p>E. <input type="checkbox"/></p>                                    | <p><b>11. Which best describes your professional activities?</b></p> <p>A. Physician.</p> <p>B. Nurse.</p> <p>C. Health educator.</p> <p>D. Office staff.</p> <p>E. Other.</p>  |
| <p><b>Answers</b></p> <p>A. <input type="checkbox"/></p> <p>B. <input type="checkbox"/></p> <p>C. <input type="checkbox"/></p> <p>D. <input type="checkbox"/></p>   | <p><b>12. I plan to use these recommendations as the basis for . . . (Indicate all that apply.)</b></p> <p>A. health education materials.</p> <p>B. insurance reimbursement policies.</p> <p>C. local practice guidelines.</p> <p>D. public policy.</p>         |

|  |   |
|--|---|
| E. <input type="checkbox"/>  | E. other.   |
| <b>Answers</b><br><br>A. <input type="checkbox"/><br>B. <input type="checkbox"/><br>C. <input type="checkbox"/><br>D. <input type="checkbox"/><br>E. <input type="checkbox"/><br>F. <input type="checkbox"/> | <b>13. Each month, approximately how many patients do you treat?</b><br>A. None.<br>B. 1–5.<br>C. 6–20.<br>D. 21–50.<br>E. 51–100.<br>F. >100.  |
| <b>Answers</b><br><br>A. <input type="checkbox"/><br>B. <input type="checkbox"/><br>C. <input type="checkbox"/><br>D. <input type="checkbox"/>   | <b>14. How much time did you spend reading this report and completing the exam?</b><br>A. <2.0 hours.<br>B. >2.0 hours but <3.0 hours.<br>C. >3.0 hours but <4.0.<br>D. >4.0 hours.   |
| <b>Answers</b><br><br>A. <input type="checkbox"/><br>B. <input type="checkbox"/><br>C. <input type="checkbox"/><br>D. <input type="checkbox"/><br>E. <input type="checkbox"/>                                | <b>15. After reading this report, I am confident I can describe the four components of a public health framework.</b><br>A. Strongly agree.<br>B. Agree.<br>C. Neither agree nor disagree.<br>D. Disagree.<br>E. Strongly disagree.                                 |
| <b>Answers</b><br><br>A. <input type="checkbox"/><br>B. <input type="checkbox"/><br>C. <input type="checkbox"/><br>D. <input type="checkbox"/><br>E. <input type="checkbox"/>                                | <b>16. After reading this report, I am confident I can describe how public health assessment can be applied to PI and other genetic diseases.</b><br>A. Strongly agree.<br>B. Agree.<br>C. Neither agree nor disagree.<br>D. Disagree.<br>E. Strongly disagree.     |
| <b>Answers</b><br><br>A. <input type="checkbox"/><br>B. <input type="checkbox"/><br>C. <input type="checkbox"/>  | <b>17. After reading this report, I am confident I can describe the framework for evaluating genetic tests, including analytic validity, clinical validity, clinical utility, and ethical, legal, and social considerations.</b><br>A. Strongly agree.<br>B. Agree. |

|  |   |
|--|---|
| <p>D. <input type="checkbox"/></p> <p>E. <input type="checkbox"/></p>  | <p>C. Neither agree nor disagree.</p> <p>D. Disagree.</p> <p>E. Strongly disagree.</p>  |
| <p><b>Answers</b></p> <p>A. <input type="checkbox"/></p> <p>B. <input type="checkbox"/></p> <p>C. <input type="checkbox"/></p> <p>D. <input type="checkbox"/></p> <p>E. <input type="checkbox"/></p> | <p><b>18. After reading this report, I am confident I can describe two public health interventions to increase early diagnosis and treatment for genetic diseases (i.e., newborn screening and early clinical recognition).</b></p> <p>A. Strongly agree.</p> <p>B. Agree.</p> <p>C. Neither agree nor disagree.</p> <p>D. Disagree.</p> <p>E. Strongly disagree.</p> |
| <p><b>Answers</b></p> <p>A. <input type="checkbox"/></p> <p>B. <input type="checkbox"/></p> <p>C. <input type="checkbox"/></p> <p>D. <input type="checkbox"/></p> <p>E. <input type="checkbox"/></p> | <p><b>19. After reading this report, I am confident I can describe the key components of an effective health education program for PI diseases.</b></p> <p>A. Strongly agree.</p> <p>B. Agree.</p> <p>C. Neither agree nor disagree.</p> <p>D. Disagree.</p> <p>E. Strongly disagree.</p>   |
| <p><b>Answers</b></p> <p>A. <input type="checkbox"/></p> <p>B. <input type="checkbox"/></p> <p>C. <input type="checkbox"/></p> <p>D. <input type="checkbox"/></p> <p>E. <input type="checkbox"/></p> | <p><b>20. The objectives are relevant to the goal of this report.</b></p> <p>A. Strongly agree.</p> <p>B. Agree.</p> <p>C. Neither agree nor disagree.</p> <p>D. Disagree.</p> <p>E. Strongly disagree.</p>   |
| <p><b>Answers</b></p> <p>A. <input type="checkbox"/></p> <p>B. <input type="checkbox"/></p> <p>C. <input type="checkbox"/></p> <p>D. <input type="checkbox"/></p> <p>E. <input type="checkbox"/></p> | <p><b>21. The teaching strategies used in this report (text, figures, and tables) were useful.</b></p> <p>A. Strongly agree.</p> <p>B. Agree.</p> <p>C. Neither agree nor disagree.</p> <p>D. Disagree.</p> <p>E. Strongly disagree.</p>  |
| <p><b>Answers</b></p> <p>A. <input type="checkbox"/></p> <p>B. <input type="checkbox"/></p>  | <p><b>22. Overall, the presentation of the report enhanced my ability to understand the material.</b></p> <p>A. Strongly agree.</p> <p>B. Agree.</p>  |

|   |   |
|---|---|
| <p>C. <input type="checkbox"/></p> <p>D. <input type="checkbox"/></p> <p>E. <input type="checkbox"/></p>  | <p>C. Neither agree nor disagree.</p> <p>D. Disagree.</p> <p>E. Strongly disagree.</p>  |
| <p><b>Answers</b></p> <p>A. <input type="checkbox"/></p> <p>B. <input type="checkbox"/></p> <p>C. <input type="checkbox"/></p> <p>D. <input type="checkbox"/></p> <p>E. <input type="checkbox"/></p>                                    | <p><b>23. These recommendations will affect my practice.</b></p> <p>A. Strongly agree.</p> <p>B. Agree.</p> <p>C. Neither agree nor disagree.</p> <p>D. Disagree.</p> <p>E. Strongly disagree.</p>  |
| <p><b>Answers</b></p> <p>A. <input type="checkbox"/></p> <p>B. <input type="checkbox"/></p> <p>C. <input type="checkbox"/></p> <p>D. <input type="checkbox"/></p> <p>E. <input type="checkbox"/></p>                                    | <p><b>24. The content of this activity was appropriate for my educational needs.</b></p> <p>A. Strongly agree.</p> <p>B. Agree.</p> <p>C. Neither agree nor disagree.</p> <p>D. Disagree.</p> <p>E. Strongly disagree.</p>  |
| <p><b>Answers</b></p> <p>A. <input type="checkbox"/></p> <p>B. <input type="checkbox"/></p> <p>C. <input type="checkbox"/></p> <p>D. <input type="checkbox"/></p> <p>E. <input type="checkbox"/></p>                                    | <p><b>25. The availability of continuing education credit influenced my decision to read this report.</b></p> <p>A. Strongly agree.</p> <p>B. Agree.</p> <p>C. Neither agree nor disagree.</p> <p>D. Disagree.</p> <p>E. Strongly disagree.</p>   |
| <p><b>Answers</b></p> <p>A. <input type="checkbox"/></p> <p>B. <input type="checkbox"/></p> <p>C. <input type="checkbox"/></p> <p>D. <input type="checkbox"/></p> <p>E. <input type="checkbox"/></p> <p>F. <input type="checkbox"/></p> | <p><b>26. How did you learn about this continuing education activity?</b></p> <p>A. Internet.</p> <p>B. Advertisement (e.g., fact sheet, <i>MMWR</i> cover, newsletter, or journal).</p> <p>C. Coworker/supervisor.</p> <p>D. Conference presentation.</p> <p>E. <i>MMWR</i> subscription.</p> <p>F. Other.</p> |

Les résultats de ces études ne sont pas accessibles.

## **B) Les études d'opinion menées par les sites Internet.**

### **B.1) Les sites Internet francophones.**

Je n'ai pas trouvé d'études d'opinion menées par des sites Internet francophones.

### **B.2) Les sites Internet non francophones.**

La plupart des sites Internet anglo-saxons pourvoyeurs de Tdl font des études de satisfaction à la fin de leur Tdl.

#### **B.2.1) L'exemple de Medscape (Correspondance avec le Dr Ribble, rédactrice en chef de Medscape).**

Une grille standardisée d'évaluation de 8 QCM doit-être complétée avant que le participant au post-test ne puisse connaître les résultats de son évaluation. Une neuvième question est à réponse ouverte, ce qui permet au participant de laisser ses commentaires.

Ce type d'organisation permet un taux de réponse de 100% des questionnaires de satisfaction. L'analyse de ces données constitue une base d'informations utile pour améliorer les programmes de FMC de Medscape. Les rédacteurs des rubriques spécialisées (specialty redactors) ont ainsi une évaluation de leurs activités respectives. Ces informations sont disponibles sur le site Intranet du groupe et sont utilisées pour évaluer l'impact des recommandations sur la pratique clinique, élaborer les futurs programmes de FMC. Ces informations permettent rapidement de confirmer ou d'infirmer les choix pédagogiques du groupe Medscape.

L'analyse de la neuvième question à réponse ouverte est riche en suggestions, en idées pour des programmes futurs.

Les informations sont partagées avec les fournisseurs accrédités de programmes de FMC. Le Département FMC du groupe les utilisent également comme base de travail pour les réunions semestrielles du groupe.

L'index de satisfaction reflète l'état de contentement général du participant lors de la réponse au post-test : attente du participant, pertinence et compréhensibilité des informations, clarté de la présentation.

Cette grille standardisée d'évaluation de QCM permet de comparer les différents post-tests entre eux ainsi que des articles de spécialités différentes. Récemment, il était possible de poser dans le questionnaire de satisfaction trois questions spécifiques à la spécialité étudiée. Ceci permet de donner une plus grande flexibilité au système d'évaluation.

## Evaluation

---

### 1. Please rate how well you were able to achieve the activity learning objectives:

#### a. Describe the current epidemiology of hepatitis A.

- 5=Excellent
- 4=Good
- 3=Satisfactory
- 2=Fair
- 1=Poor

#### b. Understand the importance of proper food handling and hygiene to prevent transmission of hepatitis A.

- 5=Excellent
- 4=Good
- 3=Satisfactory
- 2=Fair
- 1=Poor

#### c. Review the efficacy, safety, and indications for use of hepatitis A vaccines.

- 5=Excellent
- 4=Good
- 3=Satisfactory
- 2=Fair
- 1=Poor

### 2. Please rate the relevance of activity content to the objectives.

- 5=Excellent
- 4=Good

- 3=Satisfactory
- 2=Fair
- 1=Poor

**3. Please rate the faculty's/author's effectiveness (clarity and organization) in presenting the material.**

- 5=Excellent
- 4=Good
- 3=Satisfactory
- 2=Fair
- 1=Poor

**4. Please rate the content and its impact on your practice**

- Will definitely impact the way I practice
- Will likely impact the way I practice
- Not sure
- Probably won't impact the way I practice
- Definitely won't impact the way I practice
- I am currently not in practice

**5. Please rate how well this activity met the overall goal for the target audience.**

- 5=Excellent
- 4=Good
- 3=Satisfactory
- 2=Fair
- 1=Poor

**6. Please rate how well your personal objectives for participating in this activity were met.**

- 5=Excellent
- 4=Good
- 3=Satisfactory
- 2=Fair
- 1=Poor

**7. Please rate whether you agree this activity was fair, balanced, objective and free of commercial bias. If you disagree, please explain in the comment box below.**

- 5=Strongly Agree
- 4=Agree
- 3=Neutral
- 2=Disagree
- 1=Strongly Disagree

**8. This activity is designated for a maximum of 1.25 category 1 credits toward the AMA Physician's Recognition Award. Each physician should claim only those credits that reflect the time he/she actually spent in an activity.**

**Please select the amount of time you spent in this activity, rounding up to the nearest quarter hour. The amount of time you specify will be printed on your credit certificate and automatically stored in your Medscape CME Tracker.**

**9. What other continuing education topics would be of value to you?**

**Please offer any additional comments.**

Les résultats de ces études ne sont pas accessibles.

### **C) Enquête réalisée auprès des Lecteurs Emérites de la Revue Prescrire.**

#### 1) Les objectifs.

Je voulais recueillir directement les impressions et critiques d'utilisateurs réguliers de tests de lecture (Tdl).

#### 2) Méthodologie.

Le choix des LE de Lrp Promotion 2003 s'est révélé évident. Lrp est la seule revue francophone à disposer d'un fichier recensant des utilisateurs réguliers de Tdl.

J'ai réalisé une série de quinze entretiens enregistrés auprès de Lecteurs Emérites (LE) parisiens de la revue Prescrire (Lrp) entre Janvier 2004 et Février 2004 <sup>ANNEXE 16 et 17</sup>. La durée des entretiens a varié de trente minutes à deux heures. La grille d'entretien a toujours été la même <sup>ANNEXE 15</sup>.

- La répartition des 15 LE :

8 Femmes

7 Hommes

Nombre de participations au Tdl : 4 à 17

6 LE participent au même groupe de lecture. Le principe est que ces LE se réunissent régulièrement entre eux pour discuter des articles de la revue et des questions du Tdl. Ils le remplissent ensemble.

4 LE sont médecins référents.

### 3) Les résultats.

#### 3.1) Les principales motivations à participer au test de lecture de la Revue Prescrire.

1- l'incitation et l'obligation de lire du fait de la participation au Tdl (date butoir) (cité 12 fois)

Certains LE parlent même de discipline (cité 3 fois)

2- l'incitation à lire de manière régulière et approfondie (cité 9 fois)

3- le bénéfice de mémorisation apporté par le Tdl (cité 7 fois)

4- le Tdl permet de réviser les connaissances (cité 5 fois)

5- l'auto-évaluation et le contrôle de sa lecture (2 fois)

#### 3.2) Les principales qualités du Tdl de Lrp.

1- L'importance du support : le fort attachement des LE à la revue Prescrire.

C'est parce que c'est le Tdl de cette revue que les LE y participent (cité 9 fois). D'ailleurs la très grosse majorité ne participe pas à d'autres Tdl.

2- Lrp est synonyme d'indépendance (cité 9 fois) vis à vis des laboratoires pharmaceutiques et de l'Etat. Les LE apprécient la fiabilité de ses informations (cité 5 fois), la qualité de sa recherche d'informations (cité 4 fois) et son esprit critique (cité 4 fois).

Le Tdl est un complément pédagogique de Lrp.

3- Le Tdl permet de cibler les gros articles faisant des synthèses cliniques et de faire ressortir les informations principales contenues dans Lrp.

Il permet de relire deux mois après et de tester la mémorisation.

Il n'est pas là pour piéger le lecteur mais pour inciter à lire. Il permet d'optimiser le temps de FMC.

Les LE soulignent bien leur manque de temps libre.

Certains LE soulignent que c'est un moyen moderne et souple de faire de la FMC à domicile, tenant compte des impératifs et des demandes croissantes de vie privée des médecins.

#### 3.3) Les autres tests de lecture.

Seuls deux LE participent épisodiquement à d'autres Tdl : un LE fait les Tdl des Cahiers de FMC du Quotidien du médecin, l'autre LE fait les Tdl du Concours Médical.

#### 3.4) La manière dont les LE lisent la Lrp et répondent aux questionnaires.

Il existe une multitude de manières de lire Lrp et de répondre au Tdl.

- Lire Lrp uniquement en répondant aux questionnaires : 1 fois

- Lire Lrp uniquement en répondant aux questionnaires ou lire la revue puis répondre aux questionnaires : 1 fois

- Lecture ciblée des articles puis réponse au Tdl comme test de connaissances avec recherche systématique des réponses dans Lrp : 1 fois

- Lecture ciblée des articles puis réponse au Tdl comme test de connaissances avec recherche systématique des réponses dans Lrp dans le cadre d'un groupe de lecture : 3 fois
- Lecture ciblée puis lecture complète juste avant de faire le Tdl puis réponse au Tdl utilisé initialement comme un test de connaissances avec vérification systématique des réponses : 2 fois (l'un des LE appartient à un groupe de lecture)
- Lecture ciblée puis lecture complète (activités dans un cercle de lecture) puis réponse au Tdl utilisé initialement comme un test de connaissances avec vérification systématique des réponses : 1 fois
- Lecture complète puis utilisation du Tdl comme un test de connaissances avec recherche systématique des réponses dans Lrp : 6 fois (l'un des LE appartient à un groupe de lecture).

Remarques : deux des LE faisaient des petites fiches de lecture. Certains adaptaient leur mode de lecture en fonction du temps disponible.

### 3.5) Le temps consacré à la lecture de la revue et la réponse aux questionnaires.

Le temps nécessaire est variable :

- 3 LE consacrent 1 heure/ mois à répondre au questionnaire au Tdl et à la recherche systématique des réponses. Il faut y ajouter un temps de lecture de Lrp variable.
- 5 des LE consacrent 2 heures/ mois à répondre au questionnaire au Tdl et à la recherche systématique des réponses. Sur ces 5 LE, 4 d'entre eux consacraient 1, 3, 5 et 8 heures par mois à la lecture de Lrp.
- 3 des LE consacrent 3 heures/ mois à répondre au questionnaire au Tdl et à la recherche systématique des réponses. Sur ces 3 LE, deux d'entre eux consacraient 3 heures à la première lecture de Lrp.
- 2 des LE consacrent 4 heures/ mois à répondre au questionnaire au Tdl et à la recherche systématique des réponses. Sur ces 2 LE, 1 consacrait 4 heures de plus pour la lecture de Lrp.
- 1 LE consacre 5 heures/mois à répondre au questionnaire au Tdl et à la recherche systématique des réponses. De plus il lui faut 7 heures pour sa première lecture.
- 1 LE consacre 10 heures/mois aux trois lectures nécessaires pour répondre au questionnaire du Tdl.

### 3.6) L'influence de la participation au Tdl sur la manière de lire des LE.

La réponse a été affirmative dans 10 cas (66,7 % des réponses) et négative dans 5 cas (33,3 % des réponses)

### 3.7) Le fait de participer à un Tdl a-t-il amélioré la mémorisation des connaissances ?

La réponse a été affirmative dans 14 cas (93,3% des réponses). 4 LE ont répondu positivement avec une hésitation.  
Le dernier LE n'a pu se prononcer.

### 3.8) Le fait de participer à un Tdl a-t-il contribué à améliorer (modifié) votre pratique quotidienne ?

La réponse a été affirmative dans 10 cas (66,6% des réponses). Une LE a répondu par la négative (6,7% des réponses). 4 LE ne se sont pas prononcés en soulignant la difficulté d'évaluation de l'apport des Tdl à la pratique quotidienne.

### 3.9) Que représente pour vous le titre de Lecteur Emérite ?

Satisfaction personnelle, appartenance à une confrérie : les Lecteurs de Lrp (6 fois)  
Gage de qualité (1 fois)  
Pas grand chose pour l'instant,(attente d'accréditation) (1 fois)  
Indifférente (1 fois)  
Rigolo (2 fois)  
Rien du tout (6 fois)  
Infantile sucre d'orge (1 fois)

MAIS

Changement si reconnaissance officielle (accréditation) (15 fois)  
Changement si reconnaissance sur ordonnances, revalorisation des honoraires (3 fois)  
Changement si récompense ou sanction de la qualité de la FMC individuelle

**Conclusion :** Tous les LE ne font pas le Tdl pour le titre de LE mais pour bénéficier du Tdl d'une revue qu'ils apprécient (titre ou pas titre). Ils comprennent que chacun décide ou non de faire un Tdl selon ses croyances et ses choix.

Deux LE seulement affichent leur diplôme de LE.

### 3.10) Que représente la part de la lecture médicale dans votre effort global de FMC ?

La part de la lecture médicale dans son effort global de FMC est évaluée de façon approximative pour chacun des LE :  
(classement par ordre croissant de %)

LE 1 : 25 % de son effort global de FMC (4 heures de lecture par mois)  
LE 2 : 33 % de son effort global de FMC (10 heures de lecture par mois)  
LE 3 : 50 % de son effort global de FMC (5 heures de lecture par mois)  
LE 4 : 60 % de son effort global de FMC (8 heures de lecture par mois)  
LE 5 : 75 % de son effort global de FMC (12 heures de lecture par mois)  
LE 6 : 80 % de son effort global de FMC (7 heures de lecture par mois)

LE 7 : 90 % de son effort global de FMC (6 heures par mois)  
LE 8 : 90 % de son effort global de FMC (non précisé)  
LE 9 : 100 % de son effort global de FMC (5 heures par mois)  
LE 10 : 100% de son effort global de FMC (3 heures)  
LE 11 : 100 % de son effort global de FMC (2 heures par mois)  
LE 12 : 100 % de son effort global de FMC (8 heures par mois)

LE 13 : % de son effort global de FMC non précisé (5 heures par mois)  
LE 14 : % de son effort global de FMC non précisé (4 heures par mois)  
LE 15 : % de son effort global de FMC non précisé (2 heures par mois)

La part de la lecture médicale dans l'effort global de FMC est prépondérante chez la majorité des LE. Une énorme majorité des LE ne lit que Lrp.

### 3.11) Les limites du Tdl de Lrp.

- Il n'a d'intérêt que si son support est fiable, pertinent et valide.
- Les lecteurs font le Tdl de la manière dont ils veulent et en fonction du temps dont ils disposent : problème d'évaluation.
- Ce n'est pas un test de connaissances (proposition d'un LE d'adresser deux questionnaires avec et sans vérification des réponses).
- Les questions du Tdl doivent intéresser tous les professionnels de santé (médecins, pharmaciens...). De fait les questions intéressent plus ou moins certains médecins.

**PARTIE IV : DISCUSSION.**

## **PARTIE IV : DISCUSSION.**

Ce travail a permis de recenser et de décrire 58 tests de lecture (Tdl). La répartition des Tdl est la suivante : 14 Tdl de revues générales (8 francophones et 6 non francophones), 13 Tdl de revues catégorielles (5 francophones et 8 non francophones), et 31 Tdl sur Internet.

Les Tdl décrits sont différents.

Les qualités d'un Tdl sont indissociables de celles de son support pédagogique. Point clef, un Tdl de qualité repose obligatoirement sur un support pédagogique validé (qualité scientifique, qualité pédagogique, pertinence des informations et indépendance tant financière qu'intellectuelle).

### **A) Les limites de ce travail.**

Ce travail individuel a été le plus exhaustif possible.

#### **1) La difficulté du recueil des informations.**

Il est à noter la difficulté d'obtention des informations. Certains responsables de Tdl motivent leur refus par le caractère confidentiel et privé des informations relatifs aux Tdl.

L'accès à la partie FMC du site Internet du JAMA et des journaux apparentés (Archives) n'a pas été possible malgré plusieurs tentatives (par le biais de la revue Prescrire et celui de la bibliothèque universitaire de la Faculté de Médecine Lariboisière-Saint-Louis).

Certains responsables de revues francophones ont paru extrêmement surpris des précisions demandées sur l'élaboration de leur Tdl ainsi que de son support pédagogique.

Il faut remarquer le manque de transparence des procédures d'élaboration des Tdl et de leur support pédagogique. Certains responsables de revue médicale francophone semblent le déplorer<sup>25</sup>.

Ceci explique l'inégale importance des parties consacrées à chaque revue. Certains journaux médicaux manquent de transparence dans leurs procédures d'élaboration.

Ainsi la partie consacrée à Lrp est la plus importante en taille.

#### **2) Le mode d'obtention des informations.**

Le mode d'obtention des informations a varié selon le test et son support : analyse de documents, entretiens, correspondance écrite ou recherche sur Internet. Il est évident que chacun de ces modes de recherche d'informations est particulier et que cela influe sur la qualité de recueil des informations.

### 3) La qualité croissante des informations recueillies lors des entretiens.

Au cours des mois de préparation de ce travail, les connaissances et l'expérience acquise sur le sujet ont été croissantes. La maîtrise des entretiens s'est affirmée et la qualité des informations recueillies s'en est ressentie.

### 4) Les difficultés de langage.

La recherche des Tdl a été internationale. Il a pu inévitablement se poser des problèmes de maîtrise de la langue du Tdl.

### 5) Le recrutement particulier des études d'opinions.

Les études auprès des utilisateurs de Tdl ont été faites auprès des LE de Lrp, seule revue française à publier une liste de participants à ses Tdl.

La population des LE est particulière (abonnés payant un droit d'inscription en plus de leur abonnement, ce qui démontre une motivation importante). L'échantillon de notre étude comportait quinze LE parisiens (8 Femmes, 7 Hommes), tous fidèles participants au Tdl (nombre de participations variant de 4 à 17). Sur ces quinze LE, 6 participaient au même groupe de lecture et 4 étaient médecins référents \*. Ce recrutement est particulier.

De plus, les conditions de l'entretien dépendaient du temps libre dont disposait notre interlocuteur (durée des entretiens variant de 30 minutes à 2 heures).

La question est de savoir si les résultats des études sont généralisables à l'ensemble des participants d'un Tdl.

## **B) Le point commun entre les différents tests de lecture.**

### **B.1) L'objectif pédagogique.**

Les Tdl étudiés ont tous pour objectif pédagogique de tester la lecture du participant et de voir ce qui a été retenu. Ils permettent au participant de s'évaluer.

\* dans le cadre de l'Avenant à la convention nationale des médecins généralistes du 26 Novembre 1998 relatif à la charte de qualité des médecins référents (paru au J.O Numéro 82 du 6 Avril 2001 p 5363)

## **C) Les différences entre les tests de lecture.**

### **C.1) Les différences de philosophie entre les tests de lecture.**

Chaque Tdl ne répond pas aux mêmes exigences selon leurs concepteurs.

#### **C.1.1) Le public des tests de lecture.**

Chaque Tdl peut s'adresser à une catégorie particulière de médecins spécialisés (médecine générale, pédiatre, dermatologue, chirurgien-urologue...) ou plus généralement à l'ensemble des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmières...). Ainsi la revue Prescrire a pour philosophie de s'adresser à l'ensemble du corps soignant. Cela influe sur la pertinence de l'ensemble des questions pour chacune des disciplines. Mais d'autre part, on peut considérer que le patient est au centre d'une chaîne de soins et que l'information au patient nécessite des données sortant parfois du cadre strict de l'exercice professionnel.

#### **C.1.2) Les tests d'auto-évaluation.**

Par définition, ces Tdl permettent de se juger soi-même. Ils n'y pas de contrôle des réponses par un tiers. Ces Tdl sont conçus pour donner un outil d'évaluation individuelle à leur utilisateur. Le lecteur lit le support pédagogique et peut s'auto-évaluer en faisant le Tdl. Il n'y a pas de système de notation extérieure.

En France, les tests d'auto-évaluation des Cahiers de FMC du Quotidien du Médecin sont basés sur ce modèle. Le Quotidien du médecin veut laisser le choix à ses lecteurs de s'auto-évaluer quand et comme ils le souhaitent.

#### **C.1.3) Les tests d'évaluation externe.**

Ces Tdl sont soumis au contrôle d'un tiers. Ce tiers corrige les questionnaires et attribue une note à son utilisateur. Ceci permet de valider la lecture du participant. La note évalue la qualité de lecture du participant. En général, la participation à ces tests d'évaluation externe nécessite une inscription préalable et souvent un paiement.

Tous les tests anglo-saxons et plusieurs tests francophones (ceux du Médecin du Québec, du Concours Médical et de la Revue du Praticien Médecine Générale et de la revue Prescrire) sont basés sur ce modèle. Il est à noter que tous les Tdl, à l'exception des tests francophones, s'inscrivent dans un système d'accréditation (ACCME <sup>ANNEXE 10</sup> aux Etats-Unis) des Tdl et dans une politique plus générale de recertification.

En France, Lrp milite pour une reconnaissance de ses LE et une accréditation maximale de son Tdl. Elle veut faire admettre le rôle de formation de la lecture médicale non reconnu à l'heure actuelle par les instances officielles. Les Tdl de la RDPMG et du CM ont été créés dans l'optique de valider la lecture médicale. La validation permet d'obtenir une attestation de FMC délivrée instantanément par le site Internet de la revue pour leurs abonnés.

## **C.2) Les modalités d'élaboration des tests de lecture.**

### **C.2.1) L'existence ou non d'un cahier des charges rédactionnelles.**

Il n'existe pas de cahier des charges rédactionnelles pour la grande majorité des Tdl.

Seule la revue Prescrire propose un cahier des charges rédactionnelles pour son Tdl. Chaque étape de la rédaction des questions du Tdl est soigneusement décrite.

### **C.2.2) L'existence ou non d'une cellule spécifique pour le Tdl.**

Dans l'immense majorité des cas, on constate l'absence d'une structure spécifique d'élaboration du Tdl.

#### **C.2.2.1) L'élaboration des tests de lecture par les auteurs du support pédagogique du test de lecture sans cahier des charges rédactionnelles.**

Majoritairement, les Tdl sont élaborés par les auteurs des articles auxquels les questions du Tdl font référence en l'absence de cahier des charges rédactionnelles. Les auteurs sont libres de proposer les questions sur les points qu'ils jugent importants.

Le test d'auto-évaluation des Cahiers de FMC du Quotidien du Médecin a une particularité : il peut-être rédigé totalement, partiellement ou pas du tout par son auteur en fonction de son degré d'implication.

#### **C.2.2.2) L'élaboration des tests de lecture par une personne autre que l'auteur du support pédagogique du test de lecture sans cahier des charges rédactionnelles.**

Les Tdl du Concours Médical et de la RDPMG sont rédigés respectivement par la rédactrice en chef ou la secrétaire de rédaction de la revue. Ces personnes ont suivi le processus d'élaboration de l'article de bout en bout.

Le Tdl de la revue « Douleurs-Evaluation-Diagnostic-Traitement » est rédigé par le responsable de la rubrique « Évaluez-vous ». Il n'a pas pris part à l'élaboration des articles.

### C.2.2.3) La présence d'une structure spécifique pour l'élaboration du Tdl.

Seule la revue Prescrire élabore son Tdl en utilisant une structure fixe de huit rédacteurs pour chaque session du Tdl. Les huit rédacteurs sont internes à la revue et ont été formés par elle. Chaque questionnaire est élaboré par un rédacteur de cette structure. Ce rédacteur n'a pas forcément contribué à l'élaboration du support pédagogique du Tdl.

De plus, elle fait appel à une personnalité médicale reconnue extérieure à la revue (le superviseur) pouvant exercer un contrôle indépendant du processus d'élaboration et de correction du Tdl. Le superviseur délivre le diplôme de LE conjointement avec le président de l'Association Mieux Prescrire.

On peut donc distinguer des Tdl élaborés individuellement par l'auteur ou par un responsable de la revue médicale et les Tdl élaborés collectivement par une structure fixe spéciale pour le Tdl.

### C.2.3) L'existence ou non d'un comité de lecture des questions du test de lecture.

L'existence d'un comité de lecture des questions du Tdl n'est pas généralisée. Les Tdl francophones des Cahiers de FMC et du Médecin du Québec sont contrôlés par un comité de lecture interne à la revue.

Les questions de Lrp rédigées par un rédacteur sont relues par le responsable de rubrique qui juge leur pertinence. Celui-ci peut si besoin demander l'avis du Directeur de la rédaction.

Les questions du Médecin du Québec sont contrôlées à 4 niveaux :

- 1- L'auteur
- 2- Le responsable de thème
- 3- Le comité de rédaction scientifique
- 4- Le rédacteur en chef

Les tests d'auto-évaluation de la Revue du Praticien Médecine Générale et le Concours Médical ne sont pas relus par un comité de lecture.

## C.3) Les différences de modalités de participation.

Pour participer aux Tdl, plusieurs schémas sont possibles :

- aucune inscription
- inscription préalable gratuite
- inscription préalable payante

### C.3.1) L'absence d'inscription.

Le lecteur s'auto-évalue en fonction de son envie. Il participe quand il veut au test d'auto-évaluation. Pour les revues générales, les Tdl des Cahiers de FMC du Quotidien du Médecin, de la Revue du Praticien blanche (Monographie), des Entretiens de Bichat, de la Revue Médecine et Hygiène fonctionnent ainsi.

Pour les revues catégorielles, les Tdl des Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, de la revue Douleurs Evaluation-Diagnostic-Traitement, de la

revue Nutrition clinique et Métabolisme, du journal Le Pédiatre, de la revue Progrès en Urologie fonctionnent également ainsi.

### C.3.2) Une inscription préalable gratuite.

Les Tdl de la RDPMG ainsi que ceux du CM nécessitent une inscription préalable gratuite sur le site Internet. Le participant doit être reconnu comme un professionnel de santé. En revanche pour obtenir son attestation de FMC, il doit être abonné à la revue. De même, pour le Tdl du Médecin du Québec, il doit préciser son numéro d'appartenance à la Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec (FMOQ) pour obtenir des crédits de formation ; Aux Etats-Unis, les participants identifiés (Identifiant et mot de passe) des sites des revues de l'American Medical Association (AMA) peuvent, en cas de réussite, obtenir des unités d'accréditation de formation continue sur une base objective (crédits) en justifiant de leur appartenance à l'American Academy of Family Physicians (AAFP) en ligne. Les non-membres de l'AAFP peuvent obtenir les crédits attribués en cas de réussite en retournant le coupon-réponse. Un non abonné peut donc participer au Tdl. En revanche pour obtenir les crédits délivrés en cas de réussite, il faut être abonné à la revue ou appartenir à l'AAFP.

Sur Internet, la participation aux Tdl de Medscape, du NIH, du CDC est gratuite. Il faut au préalable s'inscrire (Identifiant et mot de passe).

### C.3.3) Une inscription préalable payante.

Pour les Tdl francophones, seule Lrp demande un droit d'inscription payant (23 Euros).

Pour les Tdl non francophones, les revues générales (comme le New England Journal of Medicine, le JAMA, le Medical Letter) et les revues catégorielles (comme le Clinical Orthopaedics and Related Research, la revue Cutis, la revue Dermatology, le Journal of Urology la revue Plastic and Reconstructive Surgery, Archives Journals) demandent un droit d'inscription payant. C'est le cas également des Tdl des sites Internet suivant : Cyberounds et celui du John Hopkins University School of Medicine Advanced Studies in Medicine.

## C.4) Les différents modes de traitement des réponses.

Quatre cas se présentent en fonction du traitement des réponses.

### C.4.1) L'absence de traitement des réponses.

Nous sommes dans la situation d'un test d'auto-évaluation sans renvoi des réponses.

#### C.4.2) Le traitement manuel des réponses à la revue.

Certains Tdl sont traités suivant une procédure détaillée déterminée dès la réception du questionnaire.

Le Tdl de Lrp est régi de la sorte.

#### C.4.3) Le traitement informatique des réponses.

Les Tdl de la RDPMG et du CM sont traités automatiquement par informatique. En effet, les participants à ces Tdl répondent par Internet.

Si le participant répond correctement à toutes les réponses, il peut imprimer son certificat d'attestation de FMC. Pour chaque réponse erronée, il doit lire l'article correspondant et répondre de nouveau.

La majorité des réponses des Tdl sur Internet sont traités de la même manière : en cas de réponse erronée, il faut se référer à l'article et répondre de nouveau. Si le taux de bonnes réponses est suffisant, on peut imprimer son certificat de FMC.

#### **C.5) L'exploitation des réponses.**

Il faut remarquer la difficulté d'obtention de renseignements sur l'exploitation des réponses auprès des promoteurs des tests.

Seule Lrp a transmis de manière précise une description de son mode de correction : prise en compte de la date d'envoi des questionnaires (respect d'une date limite de réponse), conservation des questionnaires dans des fichiers spécifiques par mois, correction des questionnaires à l'aide d'une grille de correction transmise par le responsable de rubrique, saisie informatisée des résultats des questionnaires, sauvegarde régulière des données sur disquette (conservées chez deux personnes différentes pour prévenir un risque d'incendie à la revue). Le règlement du Tdl prévoit une procédure particulière en cas de contestation de certaines questions du Tdl par des participants.

#### **C.6) L'exploitation des résultats.**

Les Tdl qui nécessitent un retour de réponses (par courrier ou par Internet) donnent lieu à l'attribution d'un certificat si ses conditions d'obtention sont remplies.

Pour les Tdl francophones, la RDPMG et le CM délivrent un certificat de FMC pour chaque Tdl réussi ; le Médecin du Québec délivre une attestation de crédits et Lrp délivre annuellement un diplôme de Lecteur Emérite ainsi qu'une attestation d'heures de formation (40 heures).

Pour les Tdl non francophones, il y a délivrance de certificats attestant un certain nombre de crédits.

Le Tdl du Médecin du Québec et les Tdl non francophones s'inscrivent dans une politique de recertification.

Qu'en est-il de l'élaboration des articles (support pédagogique) sur lesquels repose le Tdl ? Il va de soi qu'on ne peut dissocier un Tdl de son support pédagogique.

## **D) Des différences dans l'élaboration des supports des Tdl.**

### **D.1) Le financement du support pédagogique des Tdl.**

#### **D.1.1) La place importante de la publicité dans le budget des supports pédagogiques des Tdl.**

Les laboratoires pharmaceutiques apportent un soutien important au support pédagogique des Tdl (revues médicales ou Internet)

La revue francophone Le Médecin du Québec nous a déclaré que 70 % de son budget était apporté par la publicité.

La publicité dans les journaux médicaux est un problème pour l'objectivité des informations. La publicité rédactionnelle est une incitation à une prescription médicamenteuse parfois non fondée. On peut s'interroger si une revue non indépendante financièrement apporte des informations parfaitement validées et si le Tdl qui s'y rapporte est de qualité.

#### **D.1.1.1) La législation anglo-saxonne.**

La législation anglo-saxonne permet à un investisseur privé (laboratoires...) de financer une action de FMC en demandant à celui-ci de respecter des critères précis (unrestricted educational grant) <sup>ANNEXE 11</sup>. L'investisseur privé a la possibilité d'apporter un parrainage mais ne doit pas intervenir sur le fond ni la forme de l'action de FMC. Les participants sont prévenus du parrainage de cet investisseur privé.

#### **D.1.1.2) Un soutien solide d'abonnés.**

Nous remarquons qu'un nombre important de revues anglo-saxonnes sont éditées par des sociétés savantes ou des syndicats médicaux. Le JAMA est le Journal de l'Association Médicale Américaine, le NEJM est édité par le Massachusetts Medical Association, les revues Family practice Management et American Family physicians sont des revues de l'Association Américaine des Médecins de Famille, le Médecin du Québec est le journal de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (entité syndicale représentant tous les médecins généralistes du Québec). Ces revues peuvent compter sur un nombre important d'abonnés.

### D.1.2) Le choix du financement exclusif par les abonnements.

Deux revues de publication secondaire \*, The Medical Letter on Drugs and Therapeutics (revue américaine) et la revue Prescrire (revue française), sont financées uniquement par les abonnements souscrits.

## **D.2) La rédaction des articles.**

### D.2.1) Des articles majoritairement rédigés par des auteurs externes aux promoteurs des tests de lecture.

La très grande majorité des revues de publication primaire et de publication secondaire sélectionne leurs articles à partir de manuscrits commandés à des auteurs ou proposés au journal de manière spontanée.

Une revue médicale de publication primaire (Le New England Journal of Medicine, le Lancet , le JAMA) est une revue dont la vocation est de faire connaître des travaux de recherche (résultats ou situation de l'avancée de travaux). Une revue médicale de publication secondaire (La Revue du praticien, Le Concours médical, La revue Prescrire) utilise les résultats de ces travaux dans le but d'en exploiter une application pratique dans le quotidien des praticiens au moyen d'articles de synthèse sur un thème donné.

Les Tdl ne sont pas généralisés à toutes les revues de publication primaire ou secondaire (des journaux renommés comme le Lancet ou le BMJ n'en ont pas).

Les manuscrits sont proposés par des auteurs externes à la revue. De même, les articles des sites médicaux sur Internet sont rédigés par des auteurs externes au site lui-même.

### D.2.2) Le choix d'une rédaction collective interne à la revue.

Deux revues de publication secondaire ont fait le choix d'une rédaction collective interne à leur revue. Ces deux revues sont The Medical Letter on Drugs and Therapeutics et La Revue Prescrire.

Il est à noter également qu'elles ont fait le choix d'un financement de leur revue uniquement par les abonnements.

\* les revues de publication secondaire sont des revues de formation et non de publications originales (revues de publication primaire). Elles font des synthèses des publications originales adaptées à la pratique des praticiens.

### **D.3) La relecture des articles.**

#### **D.3.1) La relecture par un comité de lecture.**

Certaines revues de publication primaire et de publication secondaire font appel à un ou deux membres de leur comité de lecture pour la relecture des manuscrits (Les Cahiers de FMC du Quotidien du Médecin, La Revue du Praticien).

#### **D.3.2) La relecture par des relecteurs.**

Certaines revues de publication primaire ou secondaire utilisent des relecteurs extérieurs pour la relecture de leurs articles (Le NEJM, le Concours Médical, la revue Prescrire, le Medical Letter on Drugs and Therapeutics).

En général, il est fait appel à un ou deux relecteurs. Ces relecteurs sont des spécialistes du thème traité.

La Revue Prescrire est un cas unique en faisant appel à un nombre de relecteurs variant de 10 à 40 (médecins, pharmaciens, paramédicaux) selon les articles.

### **E) Les avantages des tests de lecture.**

Un test de lecture a plusieurs avantages :

- obliger le participant à lire dans un délai imparti (date de clôture)
- mettre en exergue les points importants des articles (optimisation du support pédagogique).
- obliger une lecture plus attentive et complète (découverte de points ignorés lors de la première lecture en répondant au test).
- laisser la liberté d'un mode de lecture et d'un mode de réponse au Tdl propre à chaque participant (laisser le participant lire et répondre à son rythme (liberté), utilisation possible comme un test de connaissances, utilisation au sein de groupes de lecture).
- laisser au participant le temps d'une réflexion personnelle sur sa lecture (recul par rapport à la lecture et maturation des idées).
- évaluer la compréhension de la lecture du participant (validation de la lecture médicale comme mode primordial de FMC : apprentissage et formation par la lecture médicale puis évaluation par le Tdl).
- être un moyen de validation d'un support de FMC de qualité égale (par opposition à la qualité inégale des séminaires et des EPU).
- optimiser le temps de FMC disponible (qualité du support et évaluation, regroupement de plusieurs domaines particuliers de la médecine en un seul Tdl, réponse au manque de temps nécessaire à la FMC).
- améliorer la mémorisation des connaissances (directement par l'intitulé des questions et/ou par l'effort de recherche et/ou de relecture et/ou de mémorisation induits).

- offrir une évaluation à distance (temps et espace) que n'offre aucun autre mode de FMC (lecture puis réactivation des connaissances deux mois après avec évaluation à la clé).
- avoir une incidence sur l'amélioration des pratiques professionnelles (selon les participants).

Ceci amène le participant du Tdl à :

- avoir un esprit critique sur sa lecture (qualité de la lecture)
- avoir un esprit critique sur le support pédagogique (qualité des informations médicales)
- remettre en question ses connaissances et combler ses lacunes (qualité de sa FMC et évaluation de ses connaissances)
- remettre en question sa pratique (qualité des soins et évaluation de la qualité des soins)

Le Tdl utilise les avantages de la FMC individuelle non présenteielle :

- support de FMC utilisable en fonction de son temps libre (souplesse)
- support de FMC utilisable n'importe où (mobilité)
- support de FMC utilisant au choix les atouts de la presse médicale (qualité et rigueur de l'information médicale) et/ou du multimédia (Internet : images, vidéo, évaluation avec résultats instantanés) (richesse pédagogique et liberté de choix du support pédagogique à l'appréciation de l'utilisateur)
- et tout cela est possible à domicile, en week-end (réponse à la demande légitime de qualité de vie des professionnels de santé)

Un Tdl a presque tous les avantages d'un test : reproductibilité, compliance, facilité d'utilisation, faible coût. Il se pose le problème de la validité des résultats.

## **F) Les inconvénients du Tdl.**

- Le Tdl nécessite l'adhésion indispensable du participant au principe de l'évaluation (remise en cause individuelle).
- Les qualités du Tdl sont indissociables des qualités de son support pédagogique. Un support pédagogique de qualité médiocre engendrera un Tdl médiocre. En revanche, un support pédagogique de qualité n'entraînera pas inévitablement un Tdl de qualité.
- L'absence de transparence dans les processus d'élaboration de certains Tdl et/ou de leur support pédagogique est un obstacle à la reconnaissance de leurs qualités.

La participation excessive de certaines sources de financement (firmes pharmaceutiques) fait courir le risque de conflits d'intérêts quant à la pertinence des informations du support et du Tdl.

- Un problème important du Tdl est la validité et la validation des résultats. En effet, la validité des résultats est différente si l'esprit du Tdl est une auto-évaluation simple ou une évaluation par un tiers indépendant (hétéro-évaluation). Dans le cadre d'une auto-évaluation, le participant peut-être enclin à un manque de motivation (aucun enjeu) et est exposé aux variations de sa motivation personnelle. Ce qui est moins le cas dans le cadre d'une hétéro-évaluation (motivation par la délivrance d'un certificat ou d'un diplôme selon le Tdl). En revanche, se pose le problème du contrôle des réponses. En effet rien n'empêche un participant de demander à un confrère de répondre au Tdl à sa place (validité incertaine du Tdl). Et en fonction de l'honnêteté intellectuelle du participant, la validation des résultats dans le but d'obtenir un diplôme ou un certificat est aléatoire.
- Un Tdl n'offre pas certains avantages des modes présentiels de FMC (côté humain, échanges d'opinion et d'expériences, démonstrations avec manipulations pratiques).

## **G) Propositions de critères d'un test de lecture de qualité.**

### **G.1) L'indépendance du test de lecture et de son support pédagogique.**

Un bon Tdl doit reposer sur une source fiable et indépendante.

L'indépendance a plusieurs visages :

- l'indépendance financière
- l'indépendance intellectuelle

L'indépendance financière permet une expression libre, sans pression particulière émanant d'un laboratoire pharmaceutique, d'un groupe de pression, de l'Etat ou de l'Assurance Maladie.

L'indépendance intellectuelle est indispensable. Elle est souvent liée à l'indépendance financière.

Une solution envisageable utilisée actuellement est la déclaration des conflits d'intérêts <sup>ANNEXE 14</sup>.

### G.1.1) La nécessité d'un financement stable et durable.

Un support pédagogique doit, pour perdurer, reposer sur une source de financement stable, aux intérêts communs à tous les praticiens concernés par ce support. L'inscription dans la durée est indispensable à une politique de qualité. L'idéal serait de faire financer le support pédagogique par ses utilisateurs (les praticiens). La solution idéale serait d'inscrire le support pédagogique comme l'émanation d'une société savante de médecins ou de syndicats (à l'image de ce qui se fait dans les pays anglo-saxons). Ceci aurait deux avantages : assurer la pérennité économique de la revue en lui assurant une indépendance financière et garantir la pertinence des informations du support.

On doit remarquer que les journaux anglo-saxons les plus reconnus fonctionnent sur ce principe (JAMA, BMJ...).

### G.1.2) Le rôle de l'industrie pharmaceutique.

L'industrie pharmaceutique joue un rôle essentiel dans la FMC et son financement.

Le problème est que dans le système de santé actuel, les producteurs de médicaments assurent un rôle actif dans la formation continue des prescripteurs (les médecins) sans règle de conduite véritablement précise. Les moyens sont divers comme nous l'avons déjà décrit. La tentation est forte alors de favoriser ses produits au détriment de ceux des laboratoires concurrents et de fournir aux praticiens des données médicales biaisées.

Nous sommes face à des conflits d'intérêts potentiels. Le conflit d'intérêt existe lorsque la transmission d'informations médicales est potentiellement influencée par l'existence de liens économiques ou intellectuels directs ou indirects avec un des intervenants du propos.

En France, la législation reste laxiste sur le sujet. Il existe une loi anti-cadeaux et un code éthique de bonne conduite.

Dans les pays anglo-saxons, les relations entre l'industrie pharmaceutique et les autres acteurs de la FMC sont régies par un cadre légal (Unrestricted Educational Grant)<sup>ANNEXE 11</sup>. La participation de l'industrie pharmaceutique dans la FMC est acceptée dans un cadre déterminé : le laboratoire peut sponsoriser une action de FMC mais n'a pas de droit de regard sur le fond et la forme des données traitées lors de cette action, ceci afin de garantir l'indépendance des débats. Ces actions sont courantes dans les pays anglo-saxons. On compte sur l'esprit critique des praticiens pour dissocier information médicale et promotion de produits. Ainsi des revues reconnues internationalement comme le BMJ, le JAMA, le Lancet ou le NEJM contiennent des pages de publicité.

Les différents interlocuteurs de la FMC doivent suivre des règles de bonnes conduites. Récemment, le NEJM a été mis à l'index pour non respect de la règle des conflits d'intérêts<sup>26</sup>.

Le BMJ demande, en plus d'une déclaration de conflits d'intérêts potentiels, la source du financement des travaux. Ainsi laisse-t-on au lecteur la liberté de se faire lui-même sa propre opinion. L'esprit critique doit se développer chez les médecins.

Le problème des conflits d'intérêt est un problème croissant comme le montrent une étude exhaustive récente publiée dans le JAMA en 2003 <sup>27</sup> ainsi qu'une autre plus limitée <sup>28</sup>.

Les relations avec l'industrie pharmaceutique sont indispensables actuellement du fait du rôle qu'elle joue dans la mise au point des médicaments et de son rôle économique dans la FMC. Elle peut être un partenaire privilégié et indispensable si elle s'engage à assumer ce rôle d'une manière éthique et déontologique. Malheureusement, les laboratoires se livrent une lutte acharnée sur ce marché porteur et stratégique.

Les codes de bonne conduite restent à écrire. Il y a sans doute à légiférer en ce domaine <sup>29</sup>. Le système anglo-saxon pourrait inspirer le législateur <sup>ANNEXE 11</sup>.

Il serait important que le revenu des médecins soit dans l'avenir suffisant pour qu'ils puissent prendre en charge eux-mêmes le financement de leur FMC et rester ainsi à l'écart des intérêts particuliers des éventuels financeurs (industries pharmaceutiques ou autres).

#### G.1.3) La nécessité de la transparence du financement.

Les conditions de financement du support pédagogique et du Tdl doivent être précisées. Il serait opportun que les supports pédagogiques rendent leurs comptes publics chaque année.

#### G.1.4) L'indépendance intellectuelle.

##### G.1.4.1) L'indépendance intellectuelle des auteurs.

L'engagement relatif à l'absence de toute promotion en faveur d'un produit de santé et à l'utilisation de la dénomination commune des médicaments doit se généraliser comme cela est exigé dans le Décret n° 2003-1077 du 14 Novembre 2003.

##### G.1.4.2) L'indépendance intellectuelle des participants.

La déclaration de conflits d'intérêts des auteurs a pour but de prévenir le lecteur de l'existence possible de biais pouvant interférer dans le raisonnement de l'auteur.

Une politique de lecture médicale critique devrait être encouragée en France lors de la formation médicale initiale et lors de la FMC.

## **G.2) La valeur scientifique des tests de lecture et de leur support pédagogique.**

### **G.2.1) La valeur scientifique du support pédagogique.**

La valeur scientifique du support pédagogique conditionne la valeur scientifique du Tdl lui-même.

Un bon Tdl serait un Tdl qui reposerait sur un support pédagogique de qualité scientifique reconnue, utilisant quand cela est possible, les données émanant de la médecine basée sur un niveau de preuve établi (Evidence-Based Medicine).

Pour cela la synthèse des études existantes, publiées ou non publiées, est primordiale (utilisation possible du Réseau COCHRANE).

Des synthèses de qualité permettront au lecteur de se rapporter aux références bibliographiques afin de compléter sa formation. Cet important travail, fait au niveau du support, ne peut qu'améliorer la qualité scientifique du Tdl.

L'idéal serait d'apprendre aux praticiens lors de leur Formation Initiale et lors de leur FMC à rechercher des sources d'informations de qualité tout en développant leur esprit critique<sup>30 et 31</sup>.

### **G.2.2) La nécessité de transparence des modalités d'élaboration du support pédagogique du test de lecture.**

Chaque support pédagogique de Tdl pourrait publier régulièrement les modalités d'élaboration du support du Tdl. Il serait décrit le processus éditorial global en précisant la manière dont les sujets sont choisis, la manière dont les auteurs sont choisis, les recommandations aux auteurs, les conflits d'intérêts possibles des auteurs, la qualité de la relecture (identification des membres du comité de lecture ou des relecteurs en nombre important, qualité de leur travail avec le pourcentage d'articles refusés et les remarques faites).

Ces critères de qualité devraient figurer dans une charte de qualité à définir et à respecter. Actuellement, les exigences des revues et des sites Internet sont très variables et inégales.

Des initiatives d'uniformisation des critères de qualité des articles des revues médicales ont été tentées sur la forme (critères du groupe Vancouver) et le fond (règles générales de l'International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)). Ce Comité a émis des recommandations sur les conditions d'analyse d'un manuscrit (forme, processus éditorial), les règles éthiques devant être suivies par les auteurs, les rédacteurs en chef, les propriétaires de journaux, les relecteurs ainsi que la déclaration de conflits d'intérêts et les relations avec l'industrie pharmaceutique et la publicité<sup>21</sup>. C'est en quelque sorte un guide de bonnes conduites.

Trop peu de revues françaises ont adhéré aux organisations internationales existantes. Le Syndicat National de la Presse Médicale (SNPM) français envisage dans un avenir proche de réactualiser sa « charte de formation médicale continue par l'écrit » en demandant à ce qu'une déclaration de

conflits d'intérêt soit exigée dans les articles et en prenant en compte le principe d'une évaluation externe validant la qualité des articles de formation continue <sup>32</sup>. Il serait bon de la compléter par l'origine du financement des travaux comme cela est fait dans le BMJ.

La déclaration de conflits d'intérêts est indispensable pour permettre au lecteur de se faire son opinion en connaissance de cause mais elle ne doit pas être synonyme de censure <sup>33</sup>.

#### G.2.3) La valeur scientifique du test de lecture.

La valeur scientifique du test de lecture doit être mesurée lors d'études menées par un organisme indépendant de la revue elle-même. Ceci doit mettre en évidence le rôle d'amélioration de la qualité de lecture et de mémorisation des connaissances du test de lecture.

Jusqu'ici seul le Tdl de Lrp a fait l'objet d'une évaluation externe qui s'est révélée concluante <sup>8</sup>. Il est indispensable que chaque Tdl soit testé de manière scientifique.

#### G.2.4) La nécessité de transparence des modalités d'élaboration du test de lecture.

De même que pour l'élaboration du support pédagogique du Tdl, l'élaboration du Tdl devrait être connue de ses participants.

##### G.2.4.1) Transparence dans l'élaboration des questions.

L'existence d'un cahier des charges rédactionnelles devrait être systématisée. L'identité des auteurs des questions devrait être révélée. Il serait préférable qu'auteurs du support pédagogique et auteurs du Tdl soient différents et que tous aient rempli une déclaration de conflits d'intérêts.

##### G.2.4.2) Transparence dans la relecture des questions.

Les questions du Tdl doivent être soumises à la critique de relecteurs ou d'un comité de lecture. L'identité de ces personnes devrait être connue avec déclaration de conflits d'intérêts.

##### G.2.4.3) Transparence dans le processus de correction des questions.

Le processus de correction des questions doit être révélé et soumis au contrôle d'une personne indépendante.

### **G.3) La valeur pédagogique des tests de lecture et de leur support pédagogique.**

#### **G.3.1) La valeur pédagogique du support pédagogique du test de lecture.**

La valeur pédagogique du support pédagogique du Tdl doit être claire et faire l'objet d'études auprès des participants.

Pour répondre pleinement aux préoccupations des praticiens, il faut un support pédagogique élaboré par des praticiens eux-mêmes en exercice.

#### **G.3.2) La valeur pédagogique du test de lecture.**

Pour répondre pleinement aux préoccupations des praticiens, il faut un Tdl élaboré par des praticiens eux-mêmes en exercice.

##### **G.3.2.1) Les études sur la valeur pédagogique des tests de lecture.**

Les résultats des études sur la valeur pédagogique des Tdl sont difficilement accessibles. Souvent les résultats ne sont pas accessibles du fait du refus du promoteur du Tdl de communiquer ses données (exemple de Medscape et des revues anglo-saxonnes en dépit des nombreuses études faites).

Il est important de préciser que l'ACCME <sup>ANNEXE 10</sup> exige d'eux de réaliser régulièrement des études afin d'améliorer leurs prestations.

En France, Lrp a fait trois études d'opinion auprès des participants de son Tdl. Il est indispensable que chaque Tdl soit testé sur sa valeur pédagogique, ceci afin que les promoteurs des Tdl puissent tirer des enseignements pour améliorer le Tdl.

### **G.4) L'adaptation à la pratique du praticien du Tdl et de son support pédagogique.**

#### **G.4.1) L'adaptation à la pratique du praticien du support pédagogique du test de lecture.**

Il est indispensable que le support du Tdl réponde aux exigences des praticiens et à leurs préoccupations quotidiennes. Aux travers de nos entretiens et de l'analyse des études, les praticiens sont demandeurs de sujets de synthèse de connaissances sur des thèmes pratiques et de prise en charge de pathologies courantes, de synthèses sur les effets indésirables des médicaments et les interactions médicamenteuses.

Il doit y avoir une interaction entre les promoteurs des Tdl et leurs utilisateurs. Celle-ci nécessite la réalisation de sondages et d'études régulières auprès des lecteurs du support.

L'idéal serait que les articles soient écrits par des praticiens en exercice.

#### G.4.2) L'adaptation à la pratique du praticien du test de lecture.

Les questions du Tdl doivent mettre en exergue les points importants à retenir en rapport avec la pratique du praticien. Ce point est essentiel. On pourrait imaginer un Tdl plus ambitieux dont les questions se rapporteraient à la pratique même du praticien (questions nécessitant pour répondre une réflexion personnelle avec une adaptation pratique des données lues et non une vérification simple des réponses écrites noir sur blanc).

La réalisation d'études régulières auprès des praticiens est indispensable afin de connaître leurs attentes. Il doit y avoir une interaction entre les promoteurs des Tdl et leurs utilisateurs.

L'idéal est que les questions du Tdl soient écrites par des praticiens en exercice. De même les relecteurs doivent être pluridisciplinaires et en exercice.

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

La possibilité d'une accréditation des Tdl pousserait à instaurer un règlement pour le Tdl (date limite d'envoi des réponses par Internet ou par lettre, conditions d'inscription, règlement clairement édicté en cas de contestation, procédures...).

**PARTIE V : CONCLUSION.**

## **PARTIE V : CONCLUSION.**

Le nombre des Tdl devient important aussi bien dans la presse médicale et sur l'Internet francophone et non francophone. Il est croissant.

Ils demeurent méconnus. Très peu d'études existent à leur sujet. Les études réalisées par la revue Prescrire sur l'apport pédagogique et les opinions des participants de son Tdl sont intéressantes pour l'utilité d'un Tdl en complément de la lecture médicale. Elles demandent à être confirmées par d'autres études menées sur d'autres Tdl. Il n'existe, à l'heure actuelle, aucune étude d'ensemble des Tdl.

Dans l'idéal, un Tdl doit répondre à un cahier des charges rédactionnelles rigoureux et s'appuyer sur un support pédagogique de qualité. Le Tdl est indissociable de son support pédagogique. La transparence dans les modalités d'élaboration du Tdl et de son support pédagogique est une nécessité. L'indépendance est primordiale : financière et intellectuelle.

Le Tdl tire avantage des qualités de formation de la lecture médicale. Ce rôle dans la FMC des praticiens doit être reconnu. Dans le contexte actuel du problème de suivi de la FMC, le Tdl a un rôle à jouer du fait de ses atouts. Il doit être encadré par une organisation rigoureuse.

Dans les pays non francophones, les Tdl ont trouvé une place importante dans le cadre de la FMC de chacun de ces pays. Aux Etats-Unis, l'ACCME, organisme accréditeur joue un rôle de premier plan dans la politique de recertification choisie.

En France, le rôle des Tdl reste à être défini. Le cadre d'application de l'ordonnance du 24 Avril 1996 doit être précisé. Les critères de qualité sont différents d'un Tdl à l'autre. Il apparaît nécessaire de définir une charte de qualité en fonction du rôle attribué aux Tdl dans la FMC.

Il est en revanche évident que ces Tdl peuvent avoir leur place dans la FMC des médecins généralistes et des autres spécialités en France en complément des autres supports existants.

Le rôle des Tdl peut-être important. Ils jugent la qualité de la lecture médicale et permettent de valider celle-ci. L'obtention d'un titre ou d'un diplôme serait la concrétisation d'un effort réel et régulier de FMC.

La possession d'un tel titre permettrait à son détenteur de justifier ses prescriptions sur la base des dernières données médicales les plus récentes et les plus pertinentes auprès de l'Assurance Maladie, des complémentaires de santé, des syndicats médicaux et de l'Ordre des Médecins. Ce label de qualité garantirait les meilleurs soins possibles à nos patients.

Le détenteur de ce titre devrait être récompensé financièrement pour son effort de formation.

Ceci serait une aide précieuse à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et motiverait les praticiens à remplir leurs obligations de FMC.

Le Tdl pourrait évoluer dans l'avenir en un test qui, à partir de la lecture médicale, demanderait une réflexion personnelle avec adaptation des pratiques en fonction de la situation clinique. L'étape ultime est le patient virtuel sur Internet.

DECLARATION de conflits d'intérêts <sup>ANNEXE 18</sup> .

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

1. Article 11 du décret n° 95-1000: Code de déontologie médicale.
2. Ordonnance sur la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (Journal Officiel du 25 Avril 1996).
3. Décret n° 2003-1077 relatif aux conseils nationaux et au comité de coordination de la formation médicale continue prévus aux articles L. 4133-3 et L. 6155-2 du Code de la santé publique (Journal Officiel du 14 Novembre 2003).
4. Jaillon P. Influence et rôle de la presse médicale et de santé. Enquête du SNPM (1995). *La Lettre du pharmacologue* Septembre 1995;9(7):139-142.
5. Sondage : la FMC selon vos souhaits.... *Concours Médical*;126(N° 11/12):616-618.
6. Atlan P. Pour une lecture validée. *TLM* Jan-Fév-Mars 1996(22):130.
7. Honnorat C, Drahi E, Gallois P. Evaluation de la FMC, données générales et méthodes. In: Gallois P, ed. La formation médicale continue. Principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation. Paris: Flammarion Médecine-Sciences, 1997: 257-261.
8. Broclain D, al. e. Quasi-experimental study on the effectiveness of the readers' test in the medical journal La Revue Prescrire. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions* 1998(18):44-57.
9. Atlan B, Merlin H. Test de lecture 1989. Compte rendu de l'enquête réalisée en mai 1989: La revue Prescrire: 10 pages (Document non publié).
10. Mebiama G. Conclusions de l'enquête adressée aux Lecteurs Emérites du quatrième test: la revue Prescrire: 48 pages (Document non publié).
11. Briand C. Test de lecture Prescrire. Résultats de l'enquête réalisée auprès des Lecteurs Emérites. Promotion 2002: la revue Prescrire, Juin 2002: 66 pages (Document non publié).
12. Scharf G. Manuel pratique de la formation continue du médecin. Bayonne: Editions intergraphe, 1977.
13. Bonet P. Associations et FMC. In: Gallois P, ed. La formation médicale continue. Principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation. Paris: Flammarion Médecine-Sciences, 1997: 65.
14. Médecins ONd. Recommandations à propos des relations médecins-industrie pour l'application de l'article L. 365-1 du Code de la santé publique, 1995.
15. Carney SL, Nair KR, Sales MA, Walsh J. Pharmaceutical industry-sponsored meetings: good value or just a free meal? *Intern Med J* 2001;31(8):488-91.

16. Angell M, Kassirer JP. Editorials and conflicts of interest. *N Engl J Med* 1996;**335**(14):1055-6.
17. Smith R. Beyond conflict of interest. Transparency is the key. *Bmj* 1998;**317**(7154):291-2.
18. Dechamp J. Un test de lecture d'une revue de formation continue professionnelle. Le cas de la Revue Prescrire. Mémoire de diplôme d'état de Docteur en Pharmacie: Strasbourg, 18/12/1991.
19. Roy L. Les dessous d'une réussite: "apprendre à écrire pour ses collègues". *Rev Méd Suisse Romande* 2003;**123**:423-25.
20. Champion EW, Curfman GD, Drazen JM. Tracking the peer-review process. *N Engl J Med* 2000;**343**(20):1485-6.
21. International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE): Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: writing and editing for biomedical publication. *Haematologica* 2004;**89**(3):264.
22. Davidoff F, DeAngelis CD, Drazen JM, et al. Sponsorship, authorship, and accountability. *N Engl J Med* 2001;**345**(11):825-6; discussion 826-7.
23. Drazen JM, Curfman GD. Financial associations of authors. *N Engl J Med* 2002;**346**(24):1901-2.
24. Quevat B. Le Collège des Hautes Etudes en Médecine Générale de Bretagne (première tentative française d'accréditation des médecins généralistes pour leur formation continue). *Rev Prescrire* 1990;**10**(97):277-278.
25. Marechaux F. Véritable démarrage d'un dispositif de promotion de la qualité des soins. Editorial. *Rev Praticien Médecine Générale* 2004; **18**(642):225.
26. Josefson D. US journal embroiled in another conflict of interest scandal. *BMJ* 1998;**316**(7127):251.
27. Bekelman JE, Li Y, Gross CP. Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research: a systematic review. *Jama* 2003;**289**(4):454-65.
28. Friedman L, Richter E. Relationship between conflicts of interest and research results. *J Gen Intern Med.* 2004;**19**(1):51-6.
29. Roland J. "Nous plaidons pour la diversité" (Entretien du 31 Mars 2004). *Concours Médical* 2004;**126**(11/12):619-20.
30. Se documenter pour soigner. Choisir les bons outils. *Rev Prescrire* Décembre 2003;**24**(245):881-929.
31. Greenhalgh T. Savoir lire un article médical pour décider. La Médecine fondée sur les niveaux de preuve au quotidien. Editions Rand 2000: ISBN: 2911507045.
32. Leduc P. Au delà de la FMC (Editorial du 31 Mars 2004 ). *Concours Médical* 2004;**126**(11/12):615.

33. Smith R. Conflict of interest in clinical research: opprobrium or obsession? *Lancet* 1997;**349**(9066):1703.

## **LISTE DES ANNEXES.**

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

## ANNEXE 1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Q : Quel est le rôle du superviseur ?

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

Q : Qui juge de la pertinence des questions ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



à renvoyer avant le

**15/07/2004**

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

**RÈGLEMENT DU TEST DE LECTURE 2003-2004**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## ANNEXE 3.

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

### I Les Cahiers de FMC.

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

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

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

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

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

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

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

Nous recherchons des auteurs intéressés par la vulgarisation. Nous nous trompons parfois.

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

Q : Quel est le rôle du comité de rédaction ?

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

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

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

Q : Quel est le rôle de l' UNAFORMEC ?

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

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

## II Le test d'autoévaluation.

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

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

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

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

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

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

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

## III Le financement des Cahiers de FMC.

Q : Comment sont financés les Cahiers de FMC ?

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

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

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

AUTOEVALUATION ET CORRIGÉS  
La maladie hémorroïdaire

## Les questions

### 1 La maladie hémorroïdaire :

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

### 2 Les manifestations de la maladie hémorroïdaire sont :

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

### 3 Le traitement médical de la maladie hémorroïdaire :

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

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

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

### 5 La polythrombose hémorroïdaire interne extériorisée et œdémateuse :

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

### 6 Les rectorragies hémorroïdaires :

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

### 7 La sclérose hémorroïdaire :

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

### 8 La ligature élastique :

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

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

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

### 10 L'anopexie de Longo :

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

→ RÉPONSES AU VERSO

# Corrigés

- 1 La maladie hémorroïdaire :**  
 b est souvent déclenchée par des troubles du transit ;  
 c se manifeste différemment selon qu'elle intéresse le plexus hémorroïdaire externe ou interne.

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

- 2 Les manifestations de la maladie hémorroïdaire sont :**  
 c les rectorragies, qui peuvent être responsables d'une anémie.

- 3 Le traitement médical de la maladie hémorroïdaire :**  
 a repose sur l'association d'anti-inflammatoires, de topiques locaux et d'antalgiques ;  
 b est indiqué en cas de polythrombose hémorroïdaire interne extériorisée et œdémateuse.

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

- 4 Parmi les propositions suivantes concernant la thrombose hémorroïdaire externe, lesquelles sont exactes ?**  
 a il s'agit de la seule manifestation du plexus hémorroïdaire externe ;  
 b son traitement repose sur l'excision.

- 5 La polythrombose hémorroïdaire interne extériorisée et œdémateuse :**  
 b est un accident fréquent chez la femme enceinte ;  
 c ne requiert pas l'incision des thromboses.

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

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

- 6 Les rectorragies hémorroïdaires :**  
 a sont indolores ;  
 d relèvent préférentiellement d'un traitement instrumental.

- 7 La sclérose hémorroïdaire :**  
 b est une technique peu coûteuse ;  
 d peut être utilisée avec précaution chez les sujets sous traitement anticoagulant.

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

- 8 La ligature élastique :**  
 b peut se compliquer d'une hémorragie par chute d'escarre ;  
 c est le traitement de choix du prolapsus hémorroïdaire apparaissant à l'effort ;  
 d est contre-indiquée chez les patients sous traitement anticoagulant.

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

- 9 Parmi les propositions suivantes concernant l'hémorroïdectomie de type Bellan, lesquelles sont exactes ?**  
 b l'intervention consiste en une excision du tissu hémorroïdaire ;  
 c la cicatrisation nécessite en moyenne six semaines ;  
 d les récurrences sont rares.  
*Le temps requis pour la cicatrisation est lié au fait qu'il s'agit d'une hémorroïdectomie pédiculaire ouverte.*

- 10 L'anopexie de Longo :**  
 a consiste en l'exérèse d'une collerette circulaire de muqueuse rectale ;  
 c peut se compliquer de thromboses hémorroïdaires ;  
 d a des suites peu douloureuses.

## **ANNEXE 5.**

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

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

R : Ces deux revues comptent chacune 20000 abonnés payants.

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

R : Les sujets traités répondent à un besoin.

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

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

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

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

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

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

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

Q : Qui élabore les nouveaux tests de lecture ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ceci peut inciter les médecins à justifier leur FMC.

## ANNEXE 6.

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

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

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

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

Q : Qu'entendez-vous par version sophistiquée ?

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

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

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

Q : Qui élabore les tests de lecture ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Q : Quel est le pourcentage d'articles refusés ?

R : Je n'en ai aucune idée.

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

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

Q : Quel est le rôle du comité de lecture ?

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

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

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

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

Q : Quel est le travail des secrétaires de rédaction ?

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

Q : Quelle est la fonction des rédacteurs réviseurs ?

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

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

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

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

R : Non. L'indépendance est totale.

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

# LA REVUE DU PRATICIEN

## MÉDECINE GÉNÉRALE

N° 641

février 2004

### ÉDITORIAL

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

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

### FORMATION

#### ■ En pratique

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

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

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

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

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

### TEST DE LECTURE

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

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

**Question 2** : Les polycontaminations sont fréquentes.

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

#### ● Article analysé : L'ictus amnésique

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

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

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

#### ● Article analysé : L'Aspergillus

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

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

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

### RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

#### ■ Étude originale

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

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

### FORUM RÉSIDENT

Des **aides** à l'installation, dès la 1<sup>re</sup> année du 3<sup>e</sup> cycle de médecine générale p.

par Florence Maréchaux

### ARRÊT SUR IMAGE

Une intoxication opaque p.

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

### ACTUALITÉ PHARMACEUTIQUE

#### PRESSE

#### INTERNET

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

par Philippe Eveillard

### SENTINELLES

### CHRONIQUE

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

Crédit photo de la couverture: Michaels/Gettyimages

### VRAI OU FAUX ?

## ANNEXE 8.

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

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

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

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

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

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

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

Q : Combien avez-vous d'abonnés ?

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

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

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

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

Q : Vous choisissez seule les sujets ?

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

Q : Comment choisissez vous précisément les sujets ?

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

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

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

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

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

Q : Donnez-vous des recommandations particulières ?

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

Q : Quel est le pourcentage d'articles refusés ?

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

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

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

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

Q : Comment fonctionne le comité de lecture ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Q : Quels sont les délais que vous vous donnez ?

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

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

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

Q : Quel est le rôle du comité éditorial ?

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

Q : Comment sont choisis les membres du comité éditorial ?

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

## II Les tests de lecture.

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

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

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

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

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

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

R : Oui.

Q : Comment rédigez vous les questions ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# ANNEXE 9

## LE CONCOURS MEDICAL

### Conseillers

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

### Fabrication

Agnel Dheilly,  
Laura Fendlington

### Rédac. chef technique

Eric Tardivel

### Directeur

du marketing  
Alain Provenchère

### Promotion- Abonnements

Caroline Lefort

### Congrès

Lily-Claude Levasseur  
(6897)

### Directrice

commerciale  
Catherine Le Menageze  
(6915)

### Directrice de la publicité

Frédérique Ronteix (6945)

### Directrice de clientèle

Valérie Texier (6827)

### Chef de publicité

Florence Ginestet (6855)

### Responsable

gestion et trafic  
Brigitte Schifano (6858)

Revue indexée dans la  
base Pascal (INIST-CNRS)

## DOSSIER

### Journées francophones de pathologie digestive

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

1199

### Fièvres récurrentes héréditaires

Gilles Grateau

1207

### Diagnostic. Jusqu'au bout des ongles

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

1213

### Actualités de l'Internet médical

Philippe Eveillard

1215

### Médicaments

1216

## PROFESSION

### L'hôpital cher au cœur des Français

Pierre-Yves Poindron

1219

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

1221

### Évaluer les programmes d'éducation à la santé

Didier Castiel

1222

## JURIDIQUE

### Affaire Distilbène : vers l'indemnisation des victimes ?

Soliman Le Bigot, Peggy Grivel

1226

### Consultations

1228

### Annonces et carrières

1229

### Il y a un siècle dans le Concours

1231

## TEST DE LECTURE

### Douleur de l'enfant

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

Oui  Non

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

Oui  Non

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

Oui  Non

### Fièvres récurrentes héréditaires

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

Oui  Non

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

Oui  Non

• Il existe depuis peu une possibilité de diagnostic génétique.

Oui  Non

### Trisomie 21

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

Oui  Non

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

Oui  Non

• Les séminomes et les lymphomes sont particulièrement fréquents.

Oui  Non

Pour réaliser ce test et obtenir votre certificat-test de lecture, connectez-vous sur le site : [33docpro.com](http://33docpro.com)

## ANNEXE 10 : Les critères de l'ACCME



### THE ACCME'S ESSENTIAL AREAS AND THEIR ELEMENTS

The ACCME recognizes that the professional responsibility of physicians requires continuous learning throughout their careers, appropriate to the individual physician's needs. The ACCME also recognizes that physicians are responsible for choosing their CME activities in accordance with their perceived and documented needs, individual learning styles, and practice setting requirements and for evaluating their own learning achievements. The Essential Areas and policies<sup>1</sup>, therefore, are designed to encourage providers to consider the needs and interests of potential physician participants in planning their CME activities and to encourage the physicians to assume active roles in the planning process.

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

#### ESSENTIAL AREA 1: PURPOSE AND MISSION

The provider must,

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

#### ESSENTIAL AREA 2: EDUCATIONAL PLANNING AND EVALUATION

The provider must,

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

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

### ESSENTIAL AREA 3: ADMINISTRATION

The provider must,

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

# ANNEXE 11

## STANDARDS FOR COMMERCIAL SUPPORT OF CONTINUING MEDICAL EDUCATION

---

### PREAMBLE

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

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

### STANDARDS

#### 1. GENERAL RESPONSIBILITIES OF ACCREDITED PROVIDERS

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

##### a. *Basic Design Requirements for CME Activities*

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

##### b. *Independence of Accredited Providers*

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

##### (1) *Assistance with Preparation of Educational Materials*

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

##### (2) *Assistance with Educational Planning*

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

##### (3) *Marketing CME Activities*

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

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

(4) *Activities Repeated Many Times*

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

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

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

**2. ENDURING MATERIALS**

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

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

a. *Generic and Trade Names*

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

b. *Reporting Scientific Research*

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

c. *Unlabeled Uses of Products*

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

**4. EXHIBITS AND OTHER COMMERCIAL ACTIVITIES**

a. *Exhibits*

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

b. *Commercial Activities During Educational Activities*

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

c. *Commercial Supporters at Educational Activities*

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

## **5. MANAGEMENT OF FUNDS FROM COMMERCIAL SOURCES**

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

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

### *b. Payments to Faculty*

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

### *c. Acknowledgment of Commercial Support*

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

### *d. Accountability for Commercial Support*

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

## **6. COMMERCIALLY SUPPORTED SOCIAL EVENTS**

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

## **7. POLICY ON DISCLOSURE OF FACULTY AND PROVIDER RELATIONSHIPS**

### *a. Disclosure Policy for All CME Activities*

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

### *b. Disclosure in Conference Materials*

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

### *c. Disclosure for Regularly Scheduled Activities*

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

## **8. FINANCIAL SUPPORT FOR PARTICIPANTS IN EDUCATIONAL ACTIVITIES**

### *a. Expenses of Non-Faculty Attendees*

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

# ANNEXE 12 : Les recommandations aux auteurs de la RDPMG.

## LA REVUE DU PRATICIEN - MÉDECINE GÉNÉRALE

### RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

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

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

#### \* **Encadré**

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

#### \* **Bibliographie**

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

– Article de périodique :

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

– Livre :

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

– Contribution à un livre ou une publication séparée :

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

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

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

#### \* **Iconographie**

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

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

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

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

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

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

– Lui donner un titre bref.

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

3. Les schémas sont fournis si possible utilisables directement.

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

#### \* **Adresse des auteurs**

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

#### \* **Recommandations complémentaires**

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

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

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

## ANNEXE 13

**LE CONCOURS  
MEDICAL**

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

### RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES AUX AUTEURS

#### ① Présentation et longueur

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

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

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

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

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

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

#### ② L'Essentiel

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

#### ③ Références bibliographiques

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

Modèle pour une revue :

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

Modèle pour un livre :

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

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

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

#### ④ Documents iconographiques

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

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

#### ⑤ Articles déjà parus ou soumis à une autre revue

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

#### ⑥ Comité de lecture

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

#### ⑦ Droits d'auteur

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

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

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

#### Adresse

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

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



## The NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

EDITORIAL OFFICES

### DISCLOSURE & AUTHORSHIP STATEMENT

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

Name: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Manuscript Title or Number: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_

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

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

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

## ANNEXE 15.

### ENTRETIEN AVEC LES LECTEURS EMERITES DE LA REVUE PRESCRIRE.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## ANNEXE 16

Entretien avec un Lecteur Emérite de la revue Prescrire.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Q : Comment répondez-vous au test ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Je tire un bénéfice de ce travail.**

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

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

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

Q : Mémorisez-vous les items du test ?

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

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

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

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

Q : Comment faites-vous pour le onzième questionnaire ?

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

Q : Comment jugez-vous le niveau des questions ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De plus, **j'aime le côté test.**

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

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

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

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

## ANNEXE 17

### Entretien avec un Lecteur Emérite de la revue Prescrire.

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

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

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

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

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

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

Q: Comment faites-vous le test de lecture ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Q : Comment trouvez-vous la formulation des questions ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ANNEXE 18**

### **Déclaration personnelle de conflits d'intérêts.**

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

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

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

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

## RESUME

L'ordonnance du 24 Avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé promulgue la Formation médicale Continue (FMC) obligatoire pour tous les praticiens. Ceux-ci auront à apporter la preuve de leurs efforts de FMC tous les cinq ans pour obtenir du comité régional de FMC une attestation indispensable pour la poursuite de leur activité professionnelle. La Loi n° 2002-303 du 4 Mars 2002 décrit les modalités de validation de cette FMC obligatoire. Le Décret n° 2003-1077 du 14 Novembre 2003 précise les conditions d'agrément des organismes de FMC par les conseils nationaux de la FMC.

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

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

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

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

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

## MOTS CLEFS :

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

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

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

## RESUME

L'ordonnance du 24 Avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé promulgue la Formation médicale Continue (FMC) obligatoire pour tous les praticiens. Ceux-ci auront à apporter la preuve de leurs efforts de FMC tous les cinq ans pour obtenir du comité régional de FMC une attestation indispensable pour la poursuite de leur activité professionnelle. La Loi n° 2002-303 du 4 Mars 2002 décrit les modalités de validation de cette FMC obligatoire. Le Décret n° 2003-1077 du 14 Novembre 2003 précise les conditions d'agrément des organismes de FMC par les conseils nationaux de la FMC.

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

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

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

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

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

## MOTS CLEFS :

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