

Étude de l'impact sur le taux de remplissage des dossiers médicaux d'une formation couplée à un audit clinique sur les pratiques préventives en soins primaires

1. Département de médecine générale, université Paris-7, Denis-Diderot
2. Réseau ARÈS92, 36, rue Pierre Timbaud, 92230 Gennevilliers

Julien Gelly¹, Aline Seif², Christine Chandemerle², Josselin Le Bel¹, Bruno Lepoutre¹, Michel Nougairède¹

exercer 2010;93:98-103.

julien.gelly@univ-paris-diderot.fr

Introduction. L'amélioration des pratiques préventives est placée au cœur du système de soin, mais rares sont les méthodes de formation qui ont démontré leur efficacité. Couplée à un audit clinique, cette étude a évalué l'impact d'une formation sur la prévention systématique sur le taux de remplissage des dossiers médicaux.

Méthode. Audit clinique. Entre décembre 2008 et juin 2009, 9 médecins généralistes ont assisté à 8 séances de formation. À partir des dossiers médicaux de 15 patients âgés de 20 à 60 ans sélectionnés au hasard, les praticiens devaient remplir une grille ciblée sur 12 items de prévention choisis pour leurs niveaux de preuve.

Résultats. Le taux de remplissage des dossiers médicaux a significativement augmenté entre les deux tours pour 6 items ($p < 0,05$) : antécédent familial de mort subite ou d'IdM (+ 27 %), antécédent familial d'AVC précoce (+ 34 %), vaccination antitétanique (+ 40 %), consommation déclarée d'alcool (+ 33 %), prise de risque pour les infections sexuellement transmissibles (+ 52 %) et dépistage du cancer du col de l'utérus (+ 108 %). Trois items avaient un taux de remplissage > à 70 % dès le premier tour (hypercholestérolémie, consommation de tabac, mesure de la pression artérielle). Les 3 derniers items n'ont pas significativement évolué (antécédent familial de cancer du sein et/ou de l'ovaire, dépistage du cancer colorectal, dépistage du cancer du sein).

Conclusion. Cette formation pourrait être une méthode d'évaluation et d'amélioration efficace du taux de remplissage des dossiers médicaux en soins primaires.

Mots-clés

Médecine préventive

Évaluation des pratiques

Médecine générale

Audit

Introduction

Depuis plusieurs années, une véritable politique de santé publique axée sur la promotion de la santé et la prévention tente de se développer en France : la récente réforme de l'assurance maladie^{1,2}. Trois rapports ministériels en 2005 et 2006^{3,4,5}, ainsi que 2 avenants à la convention nationale^{6,7} sont les témoins de cette évolution. Parallèlement, l'évaluation et l'amélioration des pratiques préventives des médecins généralistes sont placées au cœur des préoccupations du système de soin.

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) consiste à mesurer ce qui est fait dans la pratique, pour le comparer à ce qui est préconisé dans les recommandations professionnelles. L'audit clinique permet de mesurer les pratiques et les résultats de soins et de les comparer, à l'aide de critères déterminés, à des références admises, pour les améliorer. Il s'agit d'une méthode d'évaluation adaptée à la pratique ambulatoire^{8,9}.

Rares sont les méthodes de formation médicale ayant démontré un impact en termes de modifications des pratiques médicales. Divers travaux de recherche¹⁰⁻¹² attestent que la diffusion passive de l'information par le biais de supports écrits ou de conférences a une efficacité quasiment nulle sur la modification des pratiques, même si elle améliore les connaissances. Les interventions les plus efficaces sont celles qui combinent plusieurs stratégies de formation, réalisées sur le lieu d'exercice du participant, tout en ayant à cœur de faire activement participer les médecins, et en étant corrélées à leurs besoins de formation¹³.

Une thèse¹⁴ a porté sur l'évaluation de la faisabilité et sur l'impact de séances de formation médicale continue (FMC) associées à un audit clinique à partir du contenu des dossiers médicaux, concernant la prise en charge préventive des patients. Ce travail réalisé auprès de 15 médecins généralistes des Hauts-de-Seine (92) n'avait pas entraîné de modifications significatives de la tenue globale des dossiers, mais les taux de remplis-



© Fotolia

sage sur les antécédents familiaux d'infarctus du myocarde (IdM) et d'accident vasculaire cérébral (AVC) précoces s'étaient significativement améliorés entre les deux tours d'audit, passant respectivement de 48 % à 62 % et de 44 % à 60 % de dossiers renseignés ($p < 0,05$).

Les enseignements tirés de ce premier travail ont permis de mettre en place une méthode d'audit réalisable en ambulatoire, et de proposer à nouveau cette formation en 2009 à des médecins généralistes volontaires.

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact de cette formation couplée à un audit clinique, sur le taux de remplissage des dossiers médicaux pour 12 critères de qualité.

Méthode

Mise en place de l'audit clinique

Le thème choisi a été celui de la prévention non orientée. À la naissance du projet, aucune recommandation professionnelle en matière de prévention systématique n'était disponible en France. Un référentiel a donc été rédigé pour déterminer les interventions médicales réalisables en médecine générale, dans le champ des préventions primaire et secondaire, chez les adultes âgés de 20 à 60 ans. À la suite d'une analyse de la littérature (recommandations pour la pratique clinique de la Haute Autorité de santé, guide canadien de médecine clinique préventive¹⁵, recommandations de la *United States Preventive Services Task Force*¹⁶, etc.), les interventions retenues ont été celles concernant une situation fréquente en soins primaires, et qui avaient démontré leur efficacité sur l'amélioration de la santé des patients (grade A ou B). D'autres interventions ne répondant qu'au seul critère de prévalence en soins primaires ont été retenues si elles faisaient l'objet de recommandations émanant de l'Institut national de prévention et d'éducation en santé ou d'un accord professionnel.

À partir de cette recherche bibliographique, 12 critères de qualité ont été considérés comme pertinents pour la pratique en soins primaires (en termes de niveau de preuve et d'aide décisionnelle) et faisables (c'est-à-dire mesurables et ayant un potentiel d'amélioration de qualité). Il s'agissait de la disponibilité des renseignements suivants dans les dossiers médicaux :

- antécédent familial de mort subite ou d'infarctus du myocarde au 1^{er} degré avant 55 ans pour les hommes et 65 ans pour les femmes ;
- antécédent familial d'accident vasculaire cérébral précoce (avant 45 ans) ;
- antécédent familial de cancer du sein et/ou de l'ovaire ;
- hypercholestérolémie pour les hommes de plus de 50 ans et les femmes de plus de 60 ans ;
- vaccination antitétanique : dernier rappel datant de moins de 10 ans ;
- consommation de tabac ;
- consommation déclarée d'alcool ;
- prise de risque pour les infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- mesure de la pression artérielle : au moins une mesure dans l'année écoulée ;
- dépistage du cancer colorectal par Hémocult II® tous les 2 ans pour les sujets de 50 à 74 ans ;
- dépistage du cancer du sein par mammographie tous les 2 ans pour les femmes de 50 à 74 ans ;
- dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervicovaginal (FCV) tous les 3 ans pour les femmes de 20 à 65 ans, après 2 FCV normaux à un an d'intervalle.

Le déroulement de la formation

L'Association réseau de santé de la boucle nord du 92 (ARÈS92) a proposé aux généralistes de la région de participer à un cycle d'EPP comprenant 8 séances mensuelles de FMC entre décembre 2008 et juin 2009. Tous les médecins volontaires ont été sélectionnés, sans tirage au sort. Les effectifs de médecins n'ont pas été calculés a priori pour évaluer l'impact de la formation auprès de chaque médecin. Les 9 participants (8 médecins libéraux et 1 médecin salarié) exerçaient dans 5 villes différentes et ont participé au minimum à 6 séances de formation sur les 8 programmées. Le réseau ARÈS92 a fourni le soutien logistique et financier pour assurer cette formation (envois des invitations, mise à disposition des locaux pour les réunions, repas, indemnisation des intervenants) sans participation de l'industrie pharmaceutique. Cette formation a été proposée en collaboration avec le Collège des généralistes enseignants de Paris-7 qui a l'agrément HAS pour l'EPP.

	Tour 1 (%)	Tour 2 (%)	Variation relative (%)
Antécédent familial de mort subite ou d'IdM au 1 ^{er} degré (avant 55 ans pour les hommes et 65 ans pour les femmes)	47,5	60,5	+ 27,4§
Antécédent familial d'AVC précoce (avant 45 ans)	45,0	60,5	+ 34,4§
Antécédent familial de cancer du sein et/ou de l'ovaire	52,5	54,5	+ 3,8
Hypercholestérolémie	84,4	87,5	+ 3,7
Vaccination antitétanique	38,3	53,7	+ 40,2§
Consommation de tabac	72,5	83,6	+ 15,3
Consommation déclarée d'alcool	55,0	73,1	+ 32,9§
Prise de risque pour les IST	40,8	61,9	+ 51,7#
Mesure de la pression artérielle	92,5	90,3	- 2,4
Dépistage du cancer colorectal par Hémocult II®	20,8	47,9	+ 130,3§
Dépistage du cancer du sein par mammographie	58,6	82,1	+ 40,1§
Dépistage du cancer du col de l'utérus par FCV	30,1	62,7	+ 108,3§

Tableau 1. Taux de remplissage des dossiers médicaux à chaque tour et variation relative entre les deux tours (§ : $p < 0,05$; # : $p < 0,001$).

Les thèmes de prévention abordés à chaque séance était déterminés par les participants lors de la séance précédente : addictions, risque cardiovasculaire, IST, santé de la femme, dépistage des cancers, vaccinations, etc. Chaque participant pouvait évoquer ses problématiques au travers de cas cliniques « exemplaires », et le groupe s'efforçait de produire des réponses aux questions soulevées. Au cours de ces séances, l'intervention de l'expert revenait sur les données actuelles de la science relatives au thème : interventions recommandées, niveaux de preuve et efficacité attendue. Au cours de la formation, de nombreux documents ont été remis aux praticiens : référentiel de prévention élaboré spécifiquement à partir d'une synthèse des recommandations actuelles, annuaire des ressources de la boucle nord du 92 pour la prévention (consultations d'addictologie, centres de dépistage anonyme et gratuits, association départementale pour le dépistage des cancers, etc.), et divers documents d'information à destination des patients, notamment certains distribués par l'INPES. Enfin, certains articles récents tirés du *New England Journal of Medicine* ou de la revue *Prescrire* ont été distribués.

Fonctionnement de l'audit clinique

L'audit clinique s'est déroulé sur deux tours : le premier au début de la formation, et le second à la fin. À chaque tour, les 15 premiers patients âgés de 20 à 60 ans ayant consulté la semaine précédente et qui consultaient au moins pour la deuxième fois ont été inclus. Il n'y avait pas de critère de non-inclusion.

Les participants devaient noter si les renseignements relatifs aux 12 critères de qualité sélectionnés étaient disponibles dans le dossier médical. Si un critère leur

paraissait « non applicable » pour un patient, ils devaient en préciser la raison sous la forme d'une réponse libre. Par exemple, pour la consommation de tabac, le critère de jugement n'était pas de dire si le patient fumait ou non, mais bien si l'information sur la consommation de tabac était accessible dans le dossier.

Les critères de jugement correspondaient au taux de remplissage des dossiers médicaux pour les 12 critères (dont 2 ne s'appliquaient qu'aux femmes). Les médecins recueillaient rétrospectivement les informations disponibles dans leurs dossiers.

La restitution des résultats du premier tour a eu lieu lors de la deuxième séance de formation, d'abord individuellement pour déterminer les objectifs personnels à atteindre, puis en groupe pour amorcer une discussion sur les mesures correctrices à mettre en œuvre. Les interventions ont été librement mises en place par chaque participant (systématisation de l'interrogatoire, standardisation du dossier médical, remise de documents d'information, etc.). Enfin, la progression du taux de remplissage des dossiers médicaux a été mesurée lors d'un deuxième tour après la septième séance de formation.

Les résultats collectifs des deux tours ont été comparés par des tests appariés (tests du χ^2 de McNemar et de Mantel-Haenszel), les effectifs n'étant pas suffisants pour comparer les résultats (avant-après) pour chaque praticien.

À l'issue de cette formation, chaque participant a répondu à un questionnaire de satisfaction sur les items suivants (selon une échelle de Likert cotée de - 2 « pas d'accord du tout » à + 2 « tout à fait d'accord ») : satisfaction des attentes, contenu global, appréciation



de chaque séance, documentation, installation/communication, rythme et progression, qualité de l'expert, méthodes pédagogiques, clarté des exposés, interventions pertinentes pour la pratique, et appréciation globale.

Résultats

Résultats collectifs

Tous les praticiens ont rempli entre 14 et 15 grilles par tour (médiane : 15), soit 254 patients inclus dans les 2 tours : 98 hommes (39 %) et 156 femmes. Leur moyenne d'âge était de 44 ans, sans différence significative entre les sexes. Il n'y avait pas de différence significative pour l'âge et le sexe entre les 2 tours.

Pour chaque tour, les items étaient considérés comme « insuffisamment renseignés » si le taux de remplissage des dossiers était < 50 %, « bien renseignés » entre 50 % et 70 %, et « très bien renseignés » au-delà de 70 %.

Entre le premier et le second tour, 5 items sont passés de « insuffisamment renseignés » à « bien renseignés » : antécédent familial de mort subite ou d'IdM, antécédent familial d'AVC précoce, vaccination antitétanique, prise de risque pour les IST, dépistage du cancer du col de l'utérus par FCV, et 2 items sont passés de « bien renseignés » à « très bien renseignés » : consommation déclarée d'alcool et dépistage du cancer du sein par mammographie (tableau 1).

Un seul item était toujours « insuffisamment renseigné » au deuxième tour (dépistage du cancer colorectal par Hémocult II®, passant néanmoins de 20,8 % à 47,9 %), et un autre est demeuré « bien renseigné » (antécédent familial de cancer du sein et/ou de l'ovaire, avec respectivement 52,5 % et 54,5 %).

Trois items étaient « très bien renseignés » dès le premier tour : hypercholestérolémie, consommation de tabac et mesure de la pression artérielle.

Les valeurs manquantes ont été peu nombreuses lors des deux tours, à l'exception de l'item « consommation déclarée d'alcool » (15 valeurs manquantes sur 120 au premier tour). Il y a eu respectivement 4 et 5 patients inclus à tort sur les deux tours, tous âgés de plus de 60 ans. Certaines réponses « non applicable » étaient inadéquates étant donné l'âge et/ou le sexe du patient, notamment pour l'item « pratique du frottis cervicovaginal » (respectivement 22 et 4 femmes), mais dans la plupart des cas il était précisé que ces femmes étaient suivies par un gynécologue.

Commentaires des participants

Certains praticiens ont précisé qu'ils interrogeaient les patients de manière moins ciblée sur leurs antécédents familiaux, en posant plutôt des questions telles que

« Y a-t-il des antécédents cardiovasculaires dans votre famille ? » ou « Y a-t-il des antécédents de cancers dans votre famille ? ». Parfois, l'histoire personnelle du patient (adoption) empêchait le recueil exhaustif. Plusieurs praticiens ont remarqué l'incohérence entre les critères de remplissage de l'item « hypercholestérolémie » s'adressant aux femmes de plus de 60 ans d'après les recommandations et les critères d'inclusion spécifiés (patients âgés de 20 à 60 ans).

D'autres ont rappelé que de nombreux patients ne connaissent pas la date de leur dernier rappel antitétanique, et venaient rarement avec leur carnet de vaccination.

Pour les items « consommation de tabac » et « consommation déclarée d'alcool », les commentaires ont été nombreux, le plus souvent pour justifier l'absence de remplissage dans le dossier. Certains ont affirmé connaître la consommation (ou l'absence de consommation) de leurs patients, parfois en s'appuyant sur leur connaissance des pratiques religieuses des patients. D'autres ne les abordaient pas systématiquement en consultation, mais uniquement en cas de modifications biologiques compatibles, ou chez une femme enceinte par exemple.

Pour l'item « prise de risque pour les IST », certains praticiens ne posaient la question qu'en cas de suspicion d'IST ou de demande du patient. D'autres ont cité le statut marital et familial comme « garantie » de non-prise de risque. D'autres encore ont eu peur de choquer leurs patients en leur posant la question.

Pour les items spécifiques aux femmes (dépistage du cancer du sein et dépistage du cancer de l'utérus), plusieurs praticiens ont précisé que leur patiente était suivie par un gynécologue. D'autres ont regretté que les femmes ne se souviennent pas toujours des dates des derniers actes réalisés.

Satisfaction des participants

L'appréciation globale des participants à l'issue de cette formation a été excellente (1,88/2,0), tant du point de vue de la satisfaction par rapport à leurs attentes (1,88/2,0), du contenu global de cette formation (1,57/2,0), ou de l'installation et de la communication (1,75/2,0).

Les 8 séances de formation ont été diversement appréciées (1,29-1,75 ; moyenne : 1,61/2,0), avec les moins bonnes appréciations pour la première séance de présentation et la dernière séance de remise des résultats de l'audit (respectivement 1,29 et 1,50/2,0). Le rythme et la progression au cours des séances ont été jugés très satisfaisants (1,75/2,0), les méthodes pédagogiques adaptées (1,63/2,0), les exposés clairs (2,0/2,0), la participation de chacun encouragée par l'expert (1,75/2,0), la documentation utile (1,88/2,0) et les interventions pertinentes pour la pratique (1,63/2,0).

Discussion

Conception de l'audit clinique

Les 12 critères de qualité ont été sélectionnés à partir d'une synthèse de la littérature. À terme, il serait préférable que leur sélection repose davantage sur une revue méthodique et systématique de la littérature. Un tel projet est en cours à Paris-7 visant à établir un guide de recommandations pour la prévention systématique en soins primaires.

A posteriori, il aurait été souhaitable de rajouter un 13^e item sur la présence ou l'absence d'antécédent familial de cancer colorectal. La présence de plusieurs antécédents familiaux de cancer colorectal (surtout à un âge précoce) peut amener un médecin à réaliser des examens de dépistage en dehors du dépistage organisé du cancer colorectal. Cette éventualité avait été prise en compte pour le cancer du sein lors du choix des items, mais pas pour le cancer colorectal.

Les participants ont remarqué l'incohérence pour l'item « hypercholestérolémie » entre les critères de remplissage (femme âgée de plus de 60 ans) et les critères d'inclusion (âge de l'inclusion entre 20 et 60 ans). Ceci a probablement été responsable d'un certain nombre de patients inclus à tort. À l'avenir, il serait préférable d'inclure une population âgée de 20 à 74 ans, pour que la borne supérieure corresponde au critère de sélection pour les dépistages organisés du cancer colorectal et du sein.

Le nombre de patients à inclure a été choisi en accord avec les participants : il s'agissait d'un compromis entre ce que les praticiens étaient disposés à faire (principe d'acceptabilité), et ce que l'analyse statistique exigeait. Un nombre proche de 60 patients par tour et par médecin aurait été souhaitable pour avoir une puissance suffisante afin d'analyser chacun des critères individuellement. Cette limite a permis d'obtenir des résultats significatifs en termes de taux de remplissage collectif, mais pas d'analyser les résultats de chaque praticien.

Enfin, chaque praticien sélectionnait et remplissait lui-même les grilles à la lecture de ses dossiers. Il existe nécessairement un biais de remplissage, mais ceci a permis une participation active des participants, ce qui est un facteur de réussite d'une telle formation¹³.

Résultats de l'audit clinique

La distinction entre les items « insuffisamment renseignés » (taux de remplissage des dossiers < 50 %), « bien renseignés » (50 %-70 %), et « très bien renseignés » (> 70 %) était arbitraire. Elle a néanmoins permis à chaque participant de repérer les items pour lesquels les actions correctrices étaient particulièrement nécessaires.

Certains items étaient « très bien renseignés » dès le premier tour (hypercholestérolémie, consommation de tabac et mesure de la pression artérielle). Ceux-ci étaient tous relatifs à la prise en charge du risque cardiovasculaire, qui semble bien ancrée dans la pratique de ces généralistes. Les 2 autres items s'y rattachant (antécédent familial de mort subite ou d'IdM, antécédent familial d'AVC précoce) étaient initialement « insuffisamment renseignés ». Leur taux de remplissage a augmenté de 30 % au deuxième tour ($p < 0,05$). Ces résultats sont concordants avec ceux obtenus par Ader *et al*¹⁴.

Si la question sur la consommation de tabac était systématique posée, celle portant sur les autres conduites à risque (consommation d'alcool ou prise de risque pour les IST) l'était moins. Là aussi, le taux de remplissage s'est significativement amélioré entre les deux tours (respectivement 32,9 % et 51,7 %). Enfin, les valeurs manquantes ont été beaucoup moins nombreuses lors du deuxième tour pour l'item « consommation déclarée d'alcool », ce qui peut traduire une moins grande gêne à l'aborder avec les patients.

Les résultats sur le dépistage des cancers sont plus difficiles à interpréter. Le taux de remplissage de l'item « antécédents familiaux de cancer du sein et/ou de l'ovaire » est resté stable entre les deux tours (respectivement 52,5 % et 54,5 %). Or, si le recueil de ces antécédents est nécessaire pour estimer le risque familial de cancer du sein et donc proposer ou non le dépistage organisé, il semble que cette formation n'ait pas modifié les pratiques. Le taux de remplissage des dépistages organisés du cancer colorectal et du sein a augmenté de manière non significative, probablement en raison d'effectifs insuffisants dans les sous-groupes concernés (hommes et/ou femmes âgés de 50 à 74 ans). Cette formation a cependant modifié les pratiques sur l'interrogatoire portant sur le dépistage du cancer du col de l'utérus (+ 108,3 % ; $p < 0,05$). Les nombreuses réponses « non applicable » à cet item lors du premier tour n'ont pas été observées lors du deuxième. Les praticiens ont probablement pris pour habitude d'interroger et de noter le résultat des frotis même si leurs patientes étaient suivies par un gynécologue.

Enfin, le taux de remplissage sur l'item « vaccination antitétanique » a significativement augmenté (+ 40,2 %), mais est resté largement insuffisant au deuxième tour (53,7 %).

Cette étude ne permet pas d'évaluer spécifiquement l'effet de la formation, car il n'y avait pas de groupe témoin. De plus, la mesure de l'effet immédiat de cette formation sur le taux de remplissage des dossiers ne préjuge en rien d'un changement de comportement durable. Un 3^e tour d'audit 6 ou 12 mois plus tard serait



nécessaire pour apprécier la persistance des modifications de pratiques.

Enfin, si des dossiers médicaux bien tenus apparaissent comme un pré-requis nécessaire pour une prise en charge préventive de qualité, cette étude ne démontre pas que cette même démarche est efficace sur des critères cliniques de type morbidité et/ou mortalité.

Conclusion

Cette formation couplée à un audit clinique sur les pratiques préventives semble une méthode d'évaluation et d'amélioration du taux de remplissage des dossiers médicaux adaptée aux soins primaires. Un nouveau cycle sera proposé en 2010 par le réseau ARÈS92.

Summary

Introduction. *Improvement of the preventive practices is a topical issue in French primary health care but efficient trainings are a few. This study yielded to estimate the impact of training on systematic prevention associated with a clinical audit on the rate of filling in medical record.*

Method. *Between December 2008 and June 2009, nine general practitioners attended 8 sessions and participated in a clinical audit. At the beginning and at the end of this training, the practitioners had to fill in, from the medical files of 15 patients from 20 to 60 years old, selected at random, a form about 12 evidence based preventive items.*

Results. *The rate of filling in the medical files increased significantly between both tours for 6 items ($P < 0.05$): family history of sudden death or myocardial infarction (+ 27 %), family history of early stroke (+ 34 %), antitetanic vaccination (+ 40%), declared consumption of alcohol (+ 33%), risk-taking for sexually transmitted infections (+ 52 %) and cellular screening of cervical cancer of the womb (+ 108 %). Three other items had a rate of filling upper to 70 % from the first tour (hypercholesterolemia, tobacco consumption, blood pressure). The last 3 items were not significantly modified (family history of breast and/or ovary cancer, colorectal cancer screening, breast cancer screening).*

Conclusion. *This training appears to be a method of evaluation and improvement of the rate of filling in the medical record in primary care.*

Références

- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. NOR: SANX0300055L. Journal Officiel de la République Française ; n° 185 du 11 août 2004:14277.
- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (rectificatif). NOR: SANX0300055L. Journal Officiel de la République Française ; n° 276 du 27 novembre 2004:20151.
- Commission démographie médicale. Rapport présenté par le professeur Yvon Berland 2005. http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/berland_demomed/rapport.pdf.
- La consultation périodique de prévention. Rapport présenté par le professeur Joël Ménard 2005. <http://www.sfsp.info/sfsp/infos/documents/rapportmenard.pdf>.
- Stratégies nouvelles de prévention. Rapport de la Commission d'orientation prévention présidée par Jean-François Toussaint 2006. <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/toussaint/rapport.pdf>.
- Arrêté du 23 mars 2006 portant approbation de l'avenant n° 12 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. NOR: SANS0621311A. Journal Officiel de la République Française n° 76 du 30 mars 2006: 4768.
- Arrêté du 2 mai 2007 portant approbation de l'avenant n° 23 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. NOR: SANS0752329A. Journal Officiel de la République Française ; n° 103 du 3 mai 2007: 7826.
- HAS. Audit clinique ciblé : évaluation des pratiques par comparaison à un référentiel. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/audit_clinique_cible_2006_4pages.pdf.
- Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006;(2):CD000259.
- Bloom BS. Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health. A review of systematic reviews. Int J Technol Assess Health Care 2005;21:380-5.
- Davis D, Thomson O'Brien MA, Freemantle N, et al. Impact of formal continuing medical education, do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? JAMA 1999;282:867-74.
- O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001;(1):CD003030.
- Wensing M, Van Der Weijden T, Grol R. Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? Br J Gen Pract 1998;48:991-7.
- Ader P. Evaluation des pratiques professionnelles préventives en médecine générale. Thèse pour le diplôme d'État de doctorat en médecine. Université Denis-Diderot - Paris-7, 2008.
- Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. Guide canadien de médecin clinique préventive. Groupe Communication Canada — Edition Ottawa : 1994. Agence de la santé publique du Canada. http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clin-clinique/index_f.html.
- United States Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services. Rockville: AHRQ Publication number 07-05100. <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>.