

URML de CORSE FMC-EPP-METHODOLOGIE DES GROUPES D'ECHANGES DE PRATIQUE
--

Chère Consoeur, Cher Confrère,

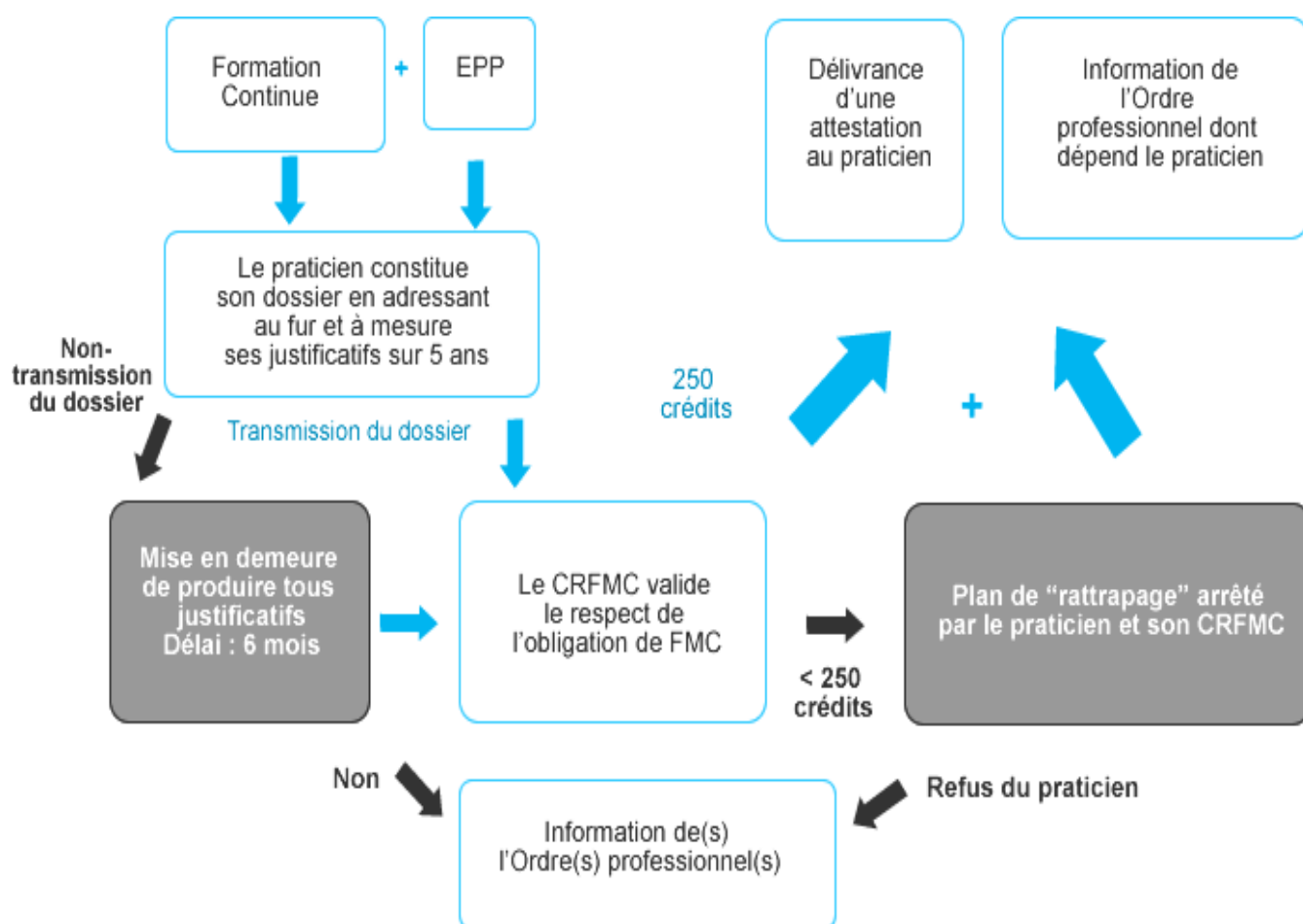
La Formation Médicale Continue est obligatoire depuis qu'Alain Juppé l'a inscrite dans une ordonnance d'avril 1996. En 2005 et 2006, Xavier Bertrand a publié tous les décrets d'application nécessaires.

Les Conseils Régionaux de FMC (CRFMC) auraient dû être installés courant 2007. A ce jour ils ne le sont toujours pas. Le temps T du démarrage officiel de la FMC-EPP sera le jour d'installation des CRFMC, mais vous pouvez dès à présent vous lancer dans une démarche d'EPP et/ou de FMC en gardant précieusement tous les justificatifs que l'on vous fournira, le CRFMC validant votre démarche jusqu'à cinq ans précédant son installation.

Pour satisfaire à votre obligation de FMC, vous devez cumuler 250 crédits sur une période de cinq ans
(cf. barème FMC).

- A chaque action de formation de FMC, vous recevez un justificatif à conserver pendant 5 ans. Simultanément, au fur et à mesure, vous adressez une copie de vos justificatifs au CRFMC dont vous dépendez.
- Vous aurez la possibilité de déposer votre dossier, contenant vos justificatifs, auprès de votre CRFMC, dès sa création.
- Ainsi au terme des cinq ans, si votre dossier totalise 250 crédits, votre CRFMC valide votre parcours en vous délivrant une attestation et en informant votre Ordre professionnel.
- Si vous ne totalisez pas les 250 crédits, le CRFMC arrête avec vous un plan de « rattrapage » permettant de compenser votre retard pris sur la FMC ou sur l'EPP.
- Si vous ne transmettez pas votre dossier au CRFMC, ce dernier vous met en demeure de produire tous justificatifs dans un délai de 6 mois.
- En cas d'absence de production des justificatifs demandés ou en cas de refus d'effectuer votre plan de « rattrapage », le CRFMC en informe votre Ordre professionnel.
- Il est prévu qu'à partir de 2008, vous puissiez adresser ces justificatifs par voie électronique directement dans votre dossier personnel sur le portail de la Formation Continue des Professionnels de Santé.

Schéma FMC, la validation de votre obligation



Données tirées du site Internet du CNFMC
www.cnfmc.fr

Barème des crédits de FMC paru au Journal officiel du 9 août 2006

Ce barème, identique pour les médecins libéraux, salariés et hospitaliers, propose trois catégories d'actions de FMC et une d'EPP.

Chaque médecin devra acquérir **en 5 ans 250 crédits** : dont **100 crédits obligatoires** dans la catégorie 4 (EPP) et 150 crédits de FMC devant être répartis dans au moins deux des catégories 1 à 3.

Catégorie	Moyens	Barème	Maximum pour 5 ans
Catégorie 1 : Formations présentielles	Formations présentielles, délivrées par des organismes agréés publics et privés, pour lesquelles la présence du praticien sur le lieu de formation est requise	- 8 crédits pour 1 journée. - 4 crédits pour ½ journée ou 1 soirée.	Maximum théorique : 149 crédits.
Catégorie 2 : Formations individuelles et formations à distance	Formations individuelles et à distance utilisant tout support matériel ou électronique, notamment les abonnements à des périodiques ou l'acquisition d'ouvrages médicaux, ou eFMC délivrées par des organismes agréés.	- Abonnement à un périodique médical ou achat d'un livre médical : 2 crédits. Maxi : 10 crédits pour 5 ans - Si périodique de formation répondant à des critères de qualité : 4 crédits par an et par périodique dans la limite de 40 crédits pour 5 ans. - eFMC : nombre de crédits par analogie aux formations présentielles au prorata du temps (1 journée = 8 crédits)	- Abonnement ou achat de livre : 10 crédits (soit 5 abonnements à une revue ou achat de 5 livres). - Périodiques de qualité : 40 crédits (10 abonnements en 5 ans, soit abonnement à 2 revues par an pendant les 5 ans). Maximum théorique: 149 crédits.
Catégorie 3 : Situations professionnelles formatrices	Situations dans lesquelles le praticien accomplit un travail personnel, en sa qualité de praticien, au sein ou en dehors de son exercice habituel.		
<i>Groupe 1</i>	Formation professionnelle des salariés hospitaliers et non hospitaliers et les staffs protocolisés		
<i>Groupe 2</i>	Accomplissement de missions d'intérêt général au service de la qualité et de l'organisation des soins et de la prévention, y compris électives, dans le cadre de structures organisées.	Crédits attribués aux prorata du temps passé par analogie à la catégorie 1	Maximum : 50 crédits par groupe pour 5 ans sans dépasser 100 crédits pour la catégorie pour 5 ans.
<i>Groupe 3</i>	Activités de formateur et la participation à des jurys, dans le champ de la santé.		
<i>Groupe 4</i>	Réalisation effective de travaux de recherche et de publications personnelles, dans le champ de la santé.		
Groupe 4 : Dispositifs d'évaluation	Dispositifs d'évaluation des pratiques professionnelles.	Forfait de 100 crédits pour la réalisation de son obligation d'EPP pour 5 ans. Obligatoire.	100 crédits obligatoires

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques.

L'EPP est obligatoire depuis juillet 2005 (Décret no 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles).

Le médecin qui n'a pas répondu dans les 5 ans à cette obligation s'expose aux sanctions prévues aux articles L145-1 et suivants du code de la sécurité sociale. (Avertissement, blâme, interdiction temporaire ou définitive d'exercer.....).

Qui fait quoi ?

- La HAS définit les modalités de l'évaluation des pratiques professionnelles, après avis des CNFMC, agréé les organismes, habilite les médecins, contrôle et rend compte de la marche du dispositif.
- Les URML organisent l'évaluation des médecins libéraux.
- Les CME organisent l'EPP des médecins salariés exerçant en établissement de santé.
- Les URML et les CME organisent conjointement l'évaluation des médecins libéraux exerçant en établissement de santé.
- Les médecins habilités (MH) ou les organismes agréés (OA) accompagnent les médecins dans la mise en œuvre de leur évaluation et proposent si nécessaire des mesures correctrices à mettre en place.
- Les Conseils régionaux de FMC/EPP enregistrent les certificats délivrés par les URML, les CME, les MH et/ou les OA. Le Conseil départemental de l'ordre des médecins (CDOM) délivre alors aux médecins évalués l'attestation quinquennale d'EPP.

Comment remplir son obligation d'EPP ?

Plusieurs possibilités :

- individuellement accompagné par un médecin habilité mandaté par l'URML
- au sein d'un groupe, existant (groupe FMC, groupe d'échange de pratiques, groupe intra-établissement de santé)
- via un organisme agréé (OA). (Liste des OA sur le site de la HAS).

L'EPP individuelle étant trop onéreuse et ne disposant toujours pas des financements prévus pour la mise en place du dispositif EPP l'URML de Corse a décidé de geler l'EPP individuelle.

Si un médecin voulait tout de même s'engager dans cette voie il le fera à ses frais (pour info environ 1000 euros).

L'URML de Corse par le biais d'une méthode expérimentale de la HAS a validé la démarche EPP des médecins évoluant en groupes d'échanges de pratiques et a décidé de favoriser cette méthodologie. (Voir méthodologie EPP/URML CORSE).

Dans l'attente du financement une ligne budgétaire sur fonds propres à l'URML a été dégagée pour 2007. Une fois ce budget épuisé les nouvelles demandes seront prises en compte et mise sur liste d'attente pour l'année suivante.

Conformément à ses missions l'URML de Corse a réussi à faire valider la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles des groupes d'échanges de pratique qui ont fonctionné en Corse de 2004 à 2006 grâce à un financement FAQSV soit 75 médecins libéraux (69 médecins généralistes et 6 médecins spécialistes) ayant au 31 décembre 2006 accompli leur cycle d'EPP.

15 Médecins spécialistes ont choisi de valider leur démarche d'EPP en passant par l'intermédiaire d'un organisme agréé.

Avec les 4 médecins habilités HAS la région Corse compte à ce jour 94 médecins ayant fini leur cycle d'évaluation des pratiques professionnelles.

Pour l'année à venir une vingtaine de médecins ont déjà souhaité fonctionner sous le mode de groupes d'échanges de pratiques.

Si des médecins libéraux veulent s'engager par le biais de l'URML ils devront le faire sur la méthodologie décrite ci après et sur le mode des groupes d'échange de pratique.

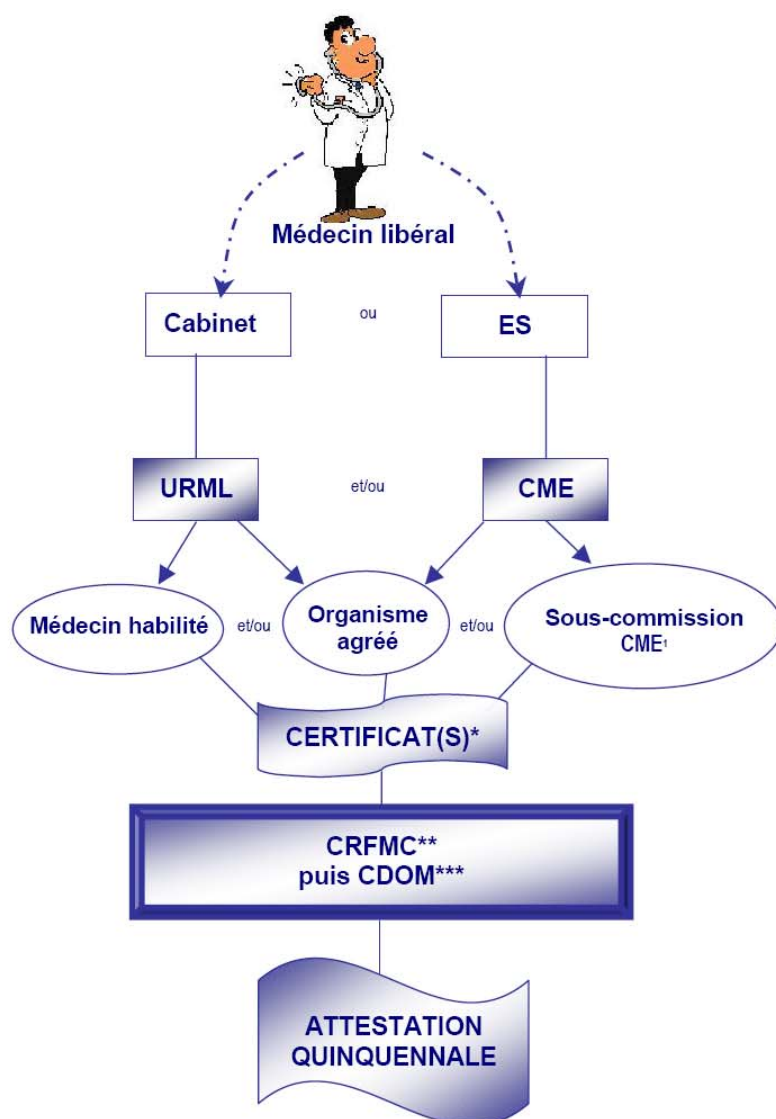
L'URML de Corse tient à disposition des médecins libéraux tous les moyens que ceux-ci ont de valider leur démarche d'EPP (Méthodologie URML, Organismes Agréés.....)

En vous souhaitant beaucoup de plaisir dans votre démarche de recherche de qualité pour votre pratique professionnelle.

IV- COMMENT REALISER L'EVALUATION SELON SON MODE D'EXERCICE

Les schémas ci-dessous permettent une lecture plus facile du décret du 14 avril 2005. Mais dans la réalité, il est vraisemblable que la plupart des médecins recevront de leurs organisations professionnelles (sociétés savantes, collèges, amicales, etc.) des propositions pour s'engager dans tel ou tel programme d'évaluation des pratiques cliniques ; tout comme aujourd'hui ils sont sollicités pour assister à tel ou tel programme de FMC.

1 - Démarche d'EPP pour le médecin libéral



ES = établissement de santé, public ou privé
URML = Union régionale des médecins libéraux
CME = Commission médicale d'établissement, commission médicale ou conférence médicale
CRFMC = Conseil régional de FMC
CDOM = Conseil départemental de l'ordre des médecins

¹ Sous-commission validant les programmes déjà soumis pour la version 2 de la certification (accréditation) des établissements de santé

* Le certificat est délivré par l'URML, la CME ou l'organisme agréé.

** Une copie du certificat est adressée au CRFMC

*** Le CDOM délivre l'attestation quinquennale.

Déroulement d'une réunion

1er temps

Il est centré sur l'étude de cas (casuistique). Chaque médecin présente le cas d'un patient choisi de façon aléatoire parmi ceux qu'il a vus récemment (ex : la 6ème consultation du mardi précédent la réunion). De part la loi de répartition des cas, à terme, les médecins confrontent leur expérience concernant les cas les plus fréquemment rencontrés dans leur pratique. C'est pourquoi le tirage au sort, même s'il ne permet pas d'éliminer des cas rares, centre les discussions sur ce qui fait 90% de la pratique. La présentation aléatoire favorise une analyse et une évaluation du dossier et de la pratique «tels qu'ils sont» et non pas de cas « préparés » à l'avance. Chaque médecin présente son cas à l'aide de sa grille de présentation. Gain de temps, de concision et de précision, elle témoigne de ce qui est exposé. Il n'est pas question ici de dire ce que nous avons cru faire ou ce que nous aurions du faire mais de pratiquer simplement une analyse réflexive de sa pratique à distance de l'action sans pouvoir en modifier le récit.

2ème temps

Il est consacré à l'analyse du parcours et de la coordination des soins. A qui confier les patients, qualité des informations délivrées et des soins, problèmes économiques éventuels, modèles de courriers entrant et sortant...

3ème temps

Sera consacré à la discussion de cas non résolus lors de la séance précédente ou pourra être l'occasion de parler des cas complexes, de recherche bibliographiques...

Bien évidemment un tel fonctionnement n'est possible que dans un groupe composé de pairs ayant entre eux une relation de confiance mutuelle. Une certaine confidentialité concernant les débats internes au groupe est de ce fait indispensable.

Les critères de qualité

Ces normes de qualité ont été finalisées par la SFMG à la suite du premier symposium national des groupes de pairs en juin 2001 puis modifiées au symposium 2005 enfin adaptées pour répondre à l'évaluation des pratiques professionnelles.

¶ 1 - Le Groupe

Le groupe doit être constitué de pairs (que des médecins de mêmes spécialités, par exemple des médecins généralistes). L'expérience prouve que c'est ainsi qu'est obtenue la plus grande liberté d'expression, les considérations hiérarchiques ne risquant pas de perturber les échanges. La pratique d'une animation exercée tour à tour par chacun des membres est indispensable. Le nombre de participants est au minimum de cinq et au maximum de douze. L'optimum semble être de sept à huit. Un modérateur, désigné parmi les membres du groupe, anime la séance. Il est recommandé que cette fonction soit assumée à tour de rôle par les membres du groupe.

¶ 2 - La Fréquence

Le nombre de réunions annuelles est d'au moins huit, et la fréquentation annuelle de six séances par médecin.

¶ 3 - Les Participants

Le nombre de participants est au minimum de 5 et au maximum de 12.

¶ 4 - La Présence

Il faut évidemment qu'elle puisse être certifiée. La liste d'émargement doit être renseignée et adressée avec les autres documents à l'URML

¶ 5 - L'Animation

Un modérateur et un secrétaire sont désignés à chaque réunion. Ils ne présentent pas de dossiers le modérateur fait respecter les temps de paroles (10 mn au maximum pour la présentation et la discussion sur un cas exposé le secrétaire prend les notes et établit le compte rendu de séance.

¶ 6 - La Réunion

Chaque réunion doit se dérouler selon les 3 temps.

¶ 7 - Les Données de la science

Les recommandations et autres données de la science connues par le médecin seront reportées sur la grille de présentation. Les recommandations connues ou recherchées et trouvées par le groupe seront reportées sur le compte rendu. Elles devront être citées et datées.

¶ 8 - Le Compte rendu de séance

Le compte rendu de séance témoigne du compte rendu du groupe, par exemple les cas cliniques n'y sont pas résumés puisque chacun adresse sa grille de présentation des cas, ne figure sur ce CR que le travail du groupe. Le CR du groupe doit être fait pendant la séance, succinct et validé par le groupe. Le secrétaire n'a aucun travail à fournir après la séance. Chaque membre du groupe exerce tour à tour le rôle de secrétaire de séance.

La validation par le médecin HAS de l'obligation légale d'évaluation des pratiques professionnelles

Comment procéder:

1. S'inscrire et se faire recenser comme groupe d'échange de pratique auprès du secrétariat de l'URML avec l'identité, l'adresse, le numéro d'inscription au conseil de l'ordre de chaque médecin participant au groupe. Désigner alors un responsable du groupe qui deviendra l'interlocuteur privilégié de l'URML et du médecin HAS mandaté par l'URML.
2. Le médecin d'un groupe d'échange de pratique adressera à l'URML une demande individuelle écrite de validation de sa démarche d'évaluation des pratiques professionnelles. (Document spécifique fournit par l'URML).
3. Cette demande sera alors examinée par le médecin HAS mandaté par l'URML, qui, au vu des documents adressés mensuellement ou annuellement par le groupe (notamment la grille de présentation de cas faisant état de la confrontation aux données de la science et le compte rendu de la séance) validera ou non la démarche après entretien avec le responsable du groupe d'échange de pratique.

Quand la démarche est validée, le médecin reçoit un certificat délivré par l'URML qui en fera parvenir un double au conseil régional de FMC, quand celui-ci sera installé.

Le CRFMC adressera le certificat de fin de cycle EPP à l'ordre dont dépend le médecin, celui-ci délivrera alors l'attestation quinquennale d'EPP.

Tout médecin participant à un groupe d'échange de pratique et suivant cette méthodologie peut répondre à l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles et en faire la demande auprès de l'URML.

Mode d'emploi de la grille et du compte-rendu de séance

Lors du premier temps de la réunion de groupe d'échange de pratique, chaque pair expose un cas clinique, tiré au sort et issu de sa pratique quotidienne (cas rencontré en **consultation** ou en **visite**).

Les grilles de recueil proposées par l'URML et basé sur les grilles proposées par le docteur GUIDICELLI Gilbert, médecin habilité par la HAS et ont deux fonctions bien distinctes :

- La présentation du cas clinique au groupe
- La validation de l'évaluation des pratiques professionnelles pour ceux qui ont choisi les groupes de pratique pour réaliser leur EPP.

1. La présentation du cas se fait grâce à la grille de présentation.

Elle doit :

- Etre préparée à distance de l'action, avant la réunion du groupe (+++) ;
- Etre synthétique et claire ;
- Mettre en valeur **le ou les motifs de consultation exprimés ou ressentis** (les plaintes) et **Les antécédents** apparaissant pertinents pour la compréhension et la résolution du cas ;
- Montrer les différents **éléments cliniques décisifs** permettant de proposer un ou des **diagnostics** (résultats de consultation) **à la fin de la séance** et les **risques graves** envisageables et nécessitant des décisions spécifiques en cours de séance ;
- Mettre en évidence les **différents déterminants** (médicaux ou non) **de la décision**. La présentation devrait notamment s'appuyer sur des **recommandations ou autres données de la science** lorsqu'elles existent, en citant précisément les **sources** (date, titre, etc.) et éventuellement leur **niveau de preuve** (avis d'experts ou niveau A, B, C) ;
- Indiquer les **décisions prises** et les **problèmes éventuels soulevés**.

Pour aider à l'analyse de la pratique, à la présentation du cas clinique et aux travaux de recherche, les **grilles** sont proposées, comme un fil rouge, afin d'éviter d'oublier certains items. Mais certains d'entre eux peuvent, en fonction du cas, être sans objet et non documenté. Cette grille ne doit surtout pas être à un n^{ième} formulaire administratif ou brider une quelconque envolée littéraire !

Comment remplir la grille de présentation de cas :

1°) **Le suivi du patient** permet d'avoir une pertinence sur la gouvernance du patient par le MG engagé dans son pilotage nécessairement pluridisciplinaire et donne un aperçu sur la charge para médicale nécessitée par l'état de santé du malade.

2°) **Les données biomédicales** permettent :

- de montrer une bonne tenue des dossiers médicaux par la présence documentée des antécédents des patients et de leurs allergies si nécessaire
- de préciser le motif de la consultation
- de mettre en valeur le travail du ME en consultation
- et à partir de là, de cibler la problématique présentée par le patient et selon son analyse sémiologique apporter la meilleure des solutions.

3°) **Le diagnostic et la pathologie prédominante ainsi que les diagnostics et les pathologies secondaires ou annexes** devront être toujours signalées dans la mesure d'un patient intégré à la patientèle du ME, car cela permet de voir si le dossier médical est bien organisé par priorités de santé

4°) **Pour la mise en valeur des pratiques professionnelles :**

a - Dans le cas où la consultation aura été riche, (la problématique rencontrée importante, la résolution du diagnostic ou du traitement difficile avec consultation à des référentiels), le ME devra remplir **la partie diagnostic et pathologie prédominante et diagnostic et pathologies secondaires**.

Puis, il ira directement à la **mise en valeur des pratiques professionnelles** avec travail sur les 6 rubriques :

- assurer le diagnostic
- assurer un bon suivi
- dépister les complications de la maladie
- traiter
- dépister les complications du traitement
- actualiser le conseil,

et aux **référentiels utilisés** et aux **problèmes soulevés** pour le cas exposé et rencontré dans cette consultation.

b - Dans les cas où la consultation correspondant au cas aléatoire serait moins intéressante (portant sur un renouvellement de traitement, un certificat médical, une virose intercurrente saisonnière ou tout autre banalité professionnelle), le ME pourra alors rebondir sur :

- soit le **diagnostic de la pathologie prédominante**
- soit le **diagnostic d'une des pathologies secondaires ou annexes**.

En ce cas, **la mise en valeur des pratiques professionnelles** avec les 6 rubriques :

- assurer le diagnostic
- assurer un bon suivi
- dépister les complications de la maladie
- traiter

- dépister les complications du traitement
- actualiser le conseil,

portera sur soit la pathologie prédominante soit sur une des pathologies secondaires signalées dans le dossier du patient.

5°) Les référentiels utilisés :

Dans la case gauche, les référentiels consultés seront précisés.

Dans la case droite, le ME précisera selon 3 niveaux de pratique se rapportant à ces référentiels signalés :

- s'il les consulte uniquement = en cochant la case 1
- s'il les utilise fréquemment = en cochant la case 2
- s'il les connaît parfaitement = en cochant la case 3

6°) Les problèmes soulevés :

Ils demeurent les mêmes que pour la grille du groupe d'échanges de pratiques ayant fonctionné jusqu'à maintenant :

- problèmes en relation avec le patient
- problèmes en relation avec le médecin
- problèmes en relation avec une structure de prise en charge.

Correctement remplie, cette grille simplifiera la tâche du secrétaire de séance :

Le secrétaire de séance n'aura qu'à rédiger le compte-rendu du groupe, directement pendant la réunion, le faisant valider le soir même par le groupe. Ce compte-rendu doit être synthétique et dégager, entre autres, les décisions du groupe, les points discutés, les problèmes soulevés résolus ou non résolus et les recherches à effectuer pour la prochaine séance.

Comment remplir la grille du compte rendu de séance :

L'analyse de tous les cas aléatoires exposés en séance de travail d'un groupe d'échanges de pratiques devra procéder par le ou les secrétaires de séance comme suit :

1°) Dans le cas d'un traitement d'un cas aléatoire très intéressant où le Médecin aura développé pour la mise de ses pratiques professionnelles le motif de la consultation et la problématique rencontrée lors du jour J arrêté par le président de séance , le secrétaire devra s'occuper :

- de la vérification du motif de la consultation
- de la vérification de l'énoncé des antécédents et allergies
- des problèmes exposés :
 - o analyse sémiologique
 - o problématique rencontrée
- de la mise en valeur des pratiques professionnelles en vérifiant les 6 critères :
 - o le diagnostic
 - o le bon suivi
 - o les complications de la maladie
 - o le traitement

- les complications du traitement
- l'actualisation du conseil
- des problèmes connexes soulevés lors de la discussion en groupe sur :
 - choix des référentiels utilisés
 - écart entre la pratique et les recommandations
- des problèmes soulevés restés sans réponse
- des recherches à effectuer ou points à développer par FMC

2°) Dans le cas d'un traitement d'un cas aléatoire banal où le Médecin choisira de développer pour la mise de ses pratiques professionnelles non pas le motif de la consultation et la problématique rencontrés lors du jour J arrêté par le président de séance, mais la pathologie déterminante (la plus importante de son patient) ou une des pathologies secondaires / annexes, le secrétaire de séance devra s'occuper :

- de la vérification du motif de la consultation
- de la vérification de l'énoncé des antécédents et allergies
- des problèmes exposés par la consultation aléatoire du jour J :
 - analyse sémiologique
 - problématique rencontrée
- de la mise en valeur des pratiques professionnelles portant sur la pathologie prépondérante ou une pathologie secondaire / annexe du sujet malade et présente dans son dossier médical, apportée en séance par le ME ; en vérifiant les 6 critères :
 - le diagnostic
 - le bon suivi
 - les complications de la maladie
 - le traitement
 - les complications du traitement
 - l'actualisation du conseil
- des problèmes connexes soulevés lors de la discussion en groupe sur :
 - choix des référentiels utilisés
 - écart entre la pratique et les recommandations
- des problèmes soulevés restés sans réponse
- des recherches à effectuer ou points à développer par FMC

2. Concernant l'évaluation des pratiques

Correctement remplie la grille de présentation et le compte rendu de séance permettra au médecin HAS mandaté par l'URML de colliger l'ensemble des données recueillies afin d'offrir une validation du groupe d'échange de pratique (Donc sur un travail sur dossier) et pour ceux de ses membres qui le souhaitent, une **évaluation des pratiques professionnelles** telle que l'impose la loi d'août 2004.

**Grille d'aide à l'analyse de la pratique
et à la présentation des cas cliniques en Groupe d'Echange de Pratique
Méthodologie groupe d'échange de pratique URML de Corse**

Identifiant du groupe :

Date de la réunion:

Patient (Initiales) : âge : sexe : profession :	Acte : C / V Accompagné : oui / non
Suivi du patient Régulier par généraliste : OUI / NON spécialiste 1: spécialiste 2 : spécialiste 3 :	infirmier : kinésithérapeute : orthophoniste : autre : établissement de soins spécialisé :
Données biomédicales - Motif(s) de consultation : - ATCD(s) personnels médicaux /chirurgicaux/Allergies - ATCD(s) familiaux	- Examen clinique - Analyse sémiologique
Diagnostic et Pathologie Prédominante :	Diagnostics et Pathologies Secondaires ou annexes :
Arbre décisionnel 1/ Assurer le diagnostic 2/ Assurer un bon suivi 3/ Dépister les complications de la maladie	4/ Traiter 5 / Dépister les complications du traitement 6 / Actualiser le conseil
Référentiels utilisés :	- Consultés <input type="checkbox"/> - Utilisés Fréquemment <input type="checkbox"/> - Connus et Appropriés <input type="checkbox"/>
Problèmes soulevés en relation avec le patient	Problèmes soulevés en relation avec le médecin et / ou avec la structure de prise en charge

**Grille de recueil pour le compte rendu de séance
Méthodologie groupe d'échange de pratique URML de Corse**

GROUPE D'ÉCHANGE DE PRATIQUE

Identifiant du Groupe :

Compte rendu de la séance du :

Secrétaire : Dr

Modérateur : Dr

Motif de la consultation	Antécédents Allergies
Problèmes exposés Analyse sémiologique	Problèmes exposés Problématique rencontrée
Mise en valeur des pratiques professionnelles .Le diagnostic : .Le bon suivi : .Les complications de la maladie : .Le traitement : .Les complications du Traitement : .L'actualisation du conseil :	Problèmes connexes soulevés lors de la discussion en groupe .Choix des référentiels utilisés : .Ecart entre la pratique et les recommandations :
Problèmes soulevés restés sans réponses	Recherches à effectuer ou points a développer par FMC

