



# Formation des médecins

**Si la formation initiale des médecins est longue, sélective, périodiquement révisée pour s'adapter au mieux aux besoins de santé, la formation médicale continue rencontre des difficultés d'organisation et de mise en œuvre.**

**Jacques Roland**  
Président de la  
Conférence des  
doyens des facultés  
de médecine

## La formation initiale

**L**ongues, difficiles, professionnalisées, les études médicales tranchent avec la plupart des autres cursus universitaires. Leur maquette relève certes d'une conception universitaire qui voudrait les plier à une standardisation des parcours (Deug, licence...), ce qui explique la succession des cycles. Mais il s'y ajoute, du fait de leur finalité et de leur autre tutelle qu'est la Santé, des sélections, des orientations, des certifications, des obligations, qui n'ont rien en commun avec les filières classiques. Nos études, dont la durée minimum est de 8 ans et demi, sont divisées en trois cycles : un premier cycle où se déroule la sélection, et que l'on peut qualifier de préclinique, un deuxième cycle clinique et un troisième professionnalisant. En recherche perpétuelle d'adaptation par rapport aux besoins en santé, les études de médecine font l'objet de révisions périodiques et actuellement deux trains de réformes sont en train de les traverser. C'est dire que l'état actuel n'a rien de définitif et que nous pouvons prévoir encore de larges modifications dans les années qui viennent...

### Sélection des étudiants en médecine

Le premier cycle reflète bien les influences inverses de nos tutelles. La politique de santé amène à la notion de *numerus clausus*, nombre annuel des étudiants définitivement admis dans les études médicales. Cela impose donc une sélection, mais celle-ci, pour des motifs idéologiques universitaires, ne peut s'organiser à l'entrée des études. C'est la raison pour laquelle c'est à la fin de la première année que s'organise le concours. On comprend dès lors les inconvénients de cette formule : pour débiter des études à vocation humaniste les étu-

dants sont appelés à s'éliminer entre eux, leur grand nombre empêche des pédagogies actives, et trois-quarts des étudiants redoublent pour être admis. Ces inconvénients ne sont pas partagés par nos voisins britanniques et allemands, qui sélectionnent à l'entrée. À côté de ces défauts, la première année a aussi ses vertus : nous sélectionnons des étudiants aux qualités étendues à des disciplines très différentes, travailleurs, ayant un bon esprit de synthèse. Les résultats de ce concours sont corrélés statistiquement aux résultats du baccalauréat, ce qui est peut-être satisfaisant pour l'objectivité des résultats, mais ce qui tend aussi à dire qu'on aurait pu aussi bien faire cette sélection plus tôt... Par ailleurs, l'introduction bienvenue au programme des sciences humaines et sociales a permis d'apporter une touche plus humaniste à cette année de concours ; les épreuves finales « ouvertes » de cette matière complètent heureusement les questionnaires à choix multiples des autres disciplines. Le *numerus clausus* annuel est actuellement de 3 850 pour l'ensemble de la France, ce nombre étant réparti dans chacune de nos 44 Facultés.

### Les années de formation

À partir de la deuxième année et pendant la troisième, année charnière des deux premiers cycles, l'étudiant renforce sa culture en sciences fondamentales, aborde les disciplines biocliniques et débute la sémiologie. Il accède aussi, mais sans fonction particulière, aux stages hospitaliers. Les quatrième, cinquième et sixième années sont consacrées à l'enseignement de la pathologie, grâce à une formation théorique et pratique au sein des services hospitaliers. Ainsi l'étudiant commence à participer aux gardes et prend place progressivement dans les équipes soignantes. Il est devenu ce que nous appelions auparavant « l'externe ». Cette période des études est particulièrement motivante pour les étudiants qui se

rapprochent enfin de leur futur métier. Le nombre des étudiants européens qui briguent des stages Erasmus (échanges d'étudiants européens) pendant cette période en est un témoignage supplémentaire. La Commission pédagogique nationale des études médicales est en train de mettre au point une réforme, applicable à la rentrée 2001, qui modifie nettement les programmes en favorisant des matières « transversales » propices à une meilleure connaissance globale des individus.

### Concours de l'internat et orientation professionnelle

Vient ensuite le concours de l'internat à la fin de cette sixième année. Il y a deux épreuves chaque année, une « Nord » et une « Sud » et les étudiants peuvent les tenter à deux reprises. Cet examen classant est celui qui va déterminer l'orientation professionnelle du troisième cycle, c'est donc lui qui confèrera au jeune médecin sa future qualification. C'est dire toute l'importance que les étudiants lui donnent à juste titre et l'influence de cette épreuve, organisée par les services du ministère de la Santé, sur l'ensemble de notre cursus. Ce concours existait avant la réforme de 1984 ; il était alors très élitiste (1 reçu sur 10), réservé aux volontaires, et rien n'obligeait à le passer pour accéder à une spécialité. La réforme de 1984 en a changé totalement l'état d'esprit en le rendant obligatoire pour toutes les spécialités médicales en dehors de la médecine générale. L'article d'Anne-Chantal Dubernet, dans cette même revue, mesure l'impact de cette réforme maintenant ancienne. Des effets positifs ont été certes obtenus par une intégration de l'ensemble des jeunes médecins dans les hôpitaux. Mais on ne peut que constater aussi des inconvénients : altération du métier de généraliste (le seul qui ne nécessite pas ce concours), effort exagéré sur un programme ne tenant pas compte du futur métier médical du candidat, absence de critères personnels d'orientation. Une réforme est actuellement proposée pour 2004, elle permettra en particulier de gommer les différences entre les filières des spécialistes et des généralistes, ceux-ci subissant les mêmes obligations que les autres. De plus une modification complète des épreuves permettra de rendre ce concours plus pertinent par rapport aux qualités souhaitées pour les futurs médecins.

### La phase professionnalisante

Le troisième cycle permet une appropriation des connaissances au futur métier. Chaque interne, en fait déjà un médecin, passe de stage en stage dans des services hospitaliers (CHU ou généraux). Les futurs généralistes passent deux années dans les hôpitaux et six mois dans un cabinet médical. Les spécialistes ont quatre ou cinq années de stages, pour satisfaire à leur DES ; ces stages se déroulent en majorité dans les CHU ; les internes peuvent aussi faire des surspécialités (les DESC). Pour tous, une thèse d'exercice coiffe la fin des études et confère le titre de docteur en médecine. Cette thèse est nécessaire à l'installation, dont l'autorisation est donnée par l'Ordre des médecins.

### Les autres formations médicales

D'autres formations, facultatives, se greffent sur le cursus classique. Il y a d'abord la formation à la recherche qui débute pendant le deuxième cycle par la possibilité de faire une maîtrise en sciences biologiques et médicales, puis pendant le troisième cycle un DEA et enfin une thèse d'université, étapes fondamentales vers une carrière hospitalo-universitaire. Les Capacités, autres diplômes nationaux, permettent de conférer à un médecin une compétence particulière obtenue en deux années après le troisième cycle (exemple : médecine aéronautique, médecine de catastrophes).

Il est à noter enfin le nombre important de diplômes d'université qu'ont créé les facultés de médecine ; ce sont des diplômes sans valeur nationale, mais souples, faciles à créer, périmables, dont la principale orientation est la formation médicale continue.

### Perspectives des facultés de médecine

Les facultés de médecine font face à quatre défis bien différents qu'elles devront relever :

- Le défi de l'exhaustivité : on devrait dire que ce défi est déjà perdu, si l'on croyait que la masse des connaissances nécessaires peut être actuellement mémorisée par tous les professionnels. C'est devenu tout à fait impossible. Le défi est donc d'inclure dans le domaine de la compétence du jeune médecin l'aptitude à aller chercher et choisir les connaissances nécessaires à son exercice quotidien. Ce n'est plus un ensemble de cours magistraux qui suffit à cette éducation. Les facultés utilisent donc massivement les stages pratiques, mais elles se mettent aussi en fonction de l'application des sciences cognitives à des méthodes d'éducation à l'apprentissage (APP et ARC). La notion finale de qualification ou de certification oblige aussi à des docimologies qui nous éloignent des examens classiques, en s'approchant des bilans de compétence professionnelle.

- Le défi de l'évaluation : les milieux de la santé sont maintenant imprégnés de la culture de l'évaluation. Dans l'Université, les facultés de médecine doivent donner l'exemple et provoquer elles-mêmes les initiatives nécessaires : des audits sont organisés à l'échelon international, nous devons les encourager.

- Le défi européen : on peut garder une initiative d'innovation, tout en restant attentif aux synergies européennes. La libre circulation et la libre installation des médecins en Europe nous obligent à nous mettre en relation avec les autres structures d'éducation à la médecine et favoriser les échanges d'enseignants, d'étudiants et de chercheurs. Nous ne pouvons plus nous réformer sans concertation avec nos voisins, nous ne pouvons plus nous modifier sans en même temps créer les occasions d'échanges avec les facultés européennes.

- Le défi de leur statut : la loi Savary n'a pas apporté aux facultés de médecine, comme aux autres filières



à finalité professionnelle, les conditions nécessaires à leur adaptation. Là où il devrait y avoir initiative, elle leur a enlevé la responsabilité morale ; là où il devrait y avoir adaptation constante, elle leur a imposé une double tutelle. Là où on devrait s'approcher des coûts réels de formation d'un médecin, on se trouve dans un système dépendant de la composition globale de l'université. Le statut de la faculté de médecine, au sein de l'université, mérite d'être revu là encore en fonction d'une réflexion élargie aux milieux professionnels, aux responsables de la santé et en fonction de correspondances européennes. ■

# La formation continue des médecins dans les hôpitaux publics

**Christophe Segouin**

Médecin, chef du service de la Formation continue des médecins, Assistance publique-Hôpitaux de Paris

## Le concours de l'internat de médecine : formation ou sélection ?

**H**istoriquement, la formation médicale a connu de nombreuses transformations, afin de s'adapter à une pratique qui s'est progressivement spécialisée, au gré des avancées techniques et scientifiques. Cette évolution a modifié la place de la médecine générale dans le champ médical, puisqu'elle ne représente plus, aujourd'hui, la qualification commune à l'ensemble des praticiens. Avant 1982, la formation médicale était organisée à partir d'un tronc commun de sept années conclu par la thèse, qui autorisait l'exercice de la médecine générale. Ceux qui désiraient se spécialiser prolongeaient leur formation par un certificat d'études spécialisées (CES)\* de deux à quatre années ou un internat des hôpitaux de quatre ans. Au vu des transformations de la pratique médicale, ce système présentait des inconvénients majeurs : d'une part, la médecine générale ne faisait pas l'objet d'un enseignement propre ; d'autre part, la formation des spécialistes était hétérogène, les internes bénéficiant d'une pratique hospitalière plus importante que les étudiants en CES. À la fin des années soixante-dix, la nécessaire harmonisation européenne des diplômes médicaux a amené la France à créer une formation spécifique pour les omnipraticiens et un cursus homogène d'apprentissage des spécialités. Par ailleurs, l'attrance des étudiants pour la spécialisation faisait craindre une augmentation des dépenses de santé et l'instaur-

ation d'un *numerus clausus* apparaissait comme une mesure économiquement nécessaire.

Reprenant les grands principes d'une première loi-cadre élaborée en 1979, la loi du 31 décembre 1982 a posé les bases du système actuel, en instaurant un concours national d'accès aux filières de spécialité et un résidanat de médecine générale, aboutissant à un doctorat portant qualification de médecine générale ou spécialisée. Le nouveau concours garda l'appellation d'internat, bien que sa vocation ne soit plus celle de l'ancien internat des hôpitaux, qui visait à pré-recruter le corps des praticiens hospitalo-universitaires. Loin d'aboutir à une valorisation de la médecine générale, ainsi que l'espéraient les protagonistes du dispositif, le concours a eu un effet de barrage qui excluait les généralistes, rapidement stigmatisés par la « sélection par l'échec ». Les clivages professionnels déjà importants entre généralistes et spécialistes s'en sont d'autant accentués, renforçant la dualisation du corps médical.

### L'ambiguïté de la mission des universités

La réforme de 1982 concernait surtout les troisièmes cycles d'enseignement, tant dans leurs conditions d'accès que dans leurs contenus. En effet, le concours de l'internat porte sur un programme distinct de celui des premiers cycles universitaires et les questions sont tirées à partir d'une banque nationale. Mais dans la pratique, cette épreuve a perturbé le deuxième cycle des études médicales, moment de la préparation du concours. Le cumul de deux programmes, lourds et en partie dif-

férents, rendent ces études d'autant plus difficiles qu'ils doivent être intégrés dans un temps relativement court. Rapidement, les facultés furent confrontées à un dilemme : doivent-elles ignorer le programme de l'internat et conserver intact leur programme de base ou doivent-elles s'inspirer des questions du concours pour faciliter le passage de l'internat à leurs étudiants ? Outre la pression exercée par les étudiants eux-mêmes, la publication des résultats de l'internat mettait les facultés en concurrence, les incitant à placer leurs propres candidats dans des conditions optimales de réussite.

Dans le cadre de notre recherche sur l'impact de cette réforme, nous avons étudié les contenus et les conditions d'enseignement des deux premiers cycles des études médicales de plusieurs universités, durant les années précédant et succédant à la réforme, ainsi que durant la période de transition. Nous avons constaté que les facultés avaient modifié, plus ou moins systématiquement, les contenus et les formes de validation du deuxième cycle. Du point de vue des contenus, les certificats enseignés se sont parfois alignés strictement sur les questions d'internat, les examens reprenant des épreuves du concours. Par ailleurs, les modes de validation se sont assouplis, en particulier en levant le principe selon lequel les étudiants doivent obtenir la moyenne à chaque certificat, garantie de connaissances minimales assimilées dans l'ensemble des grands domaines médicaux.

La formation pratique a également subi des transformations, même si celles-ci sont moins formelles. Mais il arrive que certaines promotions d'externes soient dispensées de leur dernier stage hospitalier pour pré-

**Anne-Chantal Dubernet**  
Chargée de recherche au CNRS, Laboratoire G. Friedmann (Paris I), MSH Ange Guépin (Nantes)

\* Certificats d'études spécialisées : diplômes par lesquels les étudiants avaient accès aux spécialités médicales. La plupart n'exigeait pas le passage par l'internat. Des modalités de sélection à l'entrée pouvaient exister, mais étaient propres à chaque discipline, voire à chaque université.

Les médecins des hôpitaux publics sont soumis aux mêmes obligations déontologiques d'entretien de leurs connaissances, aux mêmes contraintes liées à l'augmentation rapide du savoir médical. Toutefois, compte tenu de leur cadre d'exercice, de la diversité de leurs activités professionnelles et de leur statut de salarié, la formation continue présente des spécificités.

### Des spécificités qui déterminent les besoins de connaissance

Dans le domaine de la spécialité médicale exercée, plus le niveau de connaissance se spécialise, moins la ré-

ponse de formation pourra être standardisée, aussi bien dans son contenu que dans la forme qu'elle peut prendre. Dans cette situation, l'appréciation de son besoin sera au mieux exprimée par l'expert, lui-même devenant producteur de savoir nouveau pour les autres quand pratique médicale et recherche se rejoignent.

Par ailleurs, l'exercice hospitalier offre des opportunités de formation réelles bien que difficiles à quantifier. Les échanges au sein des équipes, formalisées dans les staffs et les réunions bibliographiques ou sur le terrain ainsi que les échanges avec les pairs, facilitent la circulation du savoir. De même, les activités d'enseignement

parer l'internat. Individuellement, le choix de stages réclamant peu de présence ou la « vente de gardes » constituent des stratégies qui, bien que déjà en vigueur avec l'internat de CHR, ont eu tendance à se généraliser.

Localement, ces changements de stratégie universitaire ont porté leurs fruits. Dans une faculté que nous avons étudiée, le taux d'accès à la médecine spécialisée concernait 20 à 25 % des premières promotions du nouveau concours. Six années plus tard, alors que les maquettes d'enseignement ont été totalement revues, c'est plus de la moitié des étudiants qui accédaient à la spécialisation, soit un taux proche de ce que produisait l'ancien système. Cette dépendance de la formation universitaire vis-à-vis de la préparation au concours pose des problèmes de nombreux enseignants, qui nous ont fait part de leurs difficultés à assurer un enseignement qui ne soit pas dominé par les questions d'internat. En outre, les étudiants ont tendance à désertier les amphithéâtres au profit des conférences d'internat, extérieures à la faculté, laquelle est pourtant le seul lieu de socialisation commun à l'ensemble des étudiants, quel que soit l'exercice qu'ils choisiront. Cet aspect de la formation pose une question essentielle, au regard de la segmentation croissante du corps professionnel, où le fossé existant entre généralistes et spécialistes a tendance à provoquer des tensions de plus en plus fortes\*.

### Une formation discriminante ?

Au-delà des taux de réussite à l'internat,

\* Comme on peut le constater à travers la division du syndicalisme médical [2].

indicateurs en général retenus pour mesurer l'efficacité de cette réforme, on remarque que les caractéristiques des étudiants ayant dorénavant accès à la spécialisation ont été bouleversées. Les femmes, qui sont arrivées en grand nombre dans les facultés de médecine ces dernières années, ont pâti de cette forme de sélection : si elles franchissent massivement la barrière du concours de première année, celle de l'internat les pénalise. En conséquence, elles se spécialisent aujourd'hui moins souvent que les hommes, alors qu'avant 1982, seule une minorité devenait médecin généraliste.

Par ailleurs, les étudiants ont tendance à évaluer leurs chances de réussite à l'internat à l'aune de leurs résultats en deuxième cycle : s'ils ne sont pas classés dans les deux premiers tiers de leur promotion, ils s'auto-sélectionnent et renoncent à se présenter au concours. Tout se passe comme si l'ensemble des étudiants avait intériorisé le fait que la spécialisation était réservée aux « meilleurs » et que les résultats universitaires reflétaient des prédispositions à l'exercice d'une forme de médecine. Ainsi que les entretiens réalisés auprès des médecins le montrent, l'omnipratique souffre d'une dévalorisation universitaire et hospitalière accentuée par le nouveau système. Avant la réforme, un nombre significatif « d'excellents » étudiants pouvaient opter pour la médecine générale, sans que ce choix soit vécu comme un signal d'échec. Aujourd'hui, presque tous les étudiants performants se lancent dans la préparation à l'internat, y compris ceux qui auraient été attirés par la médecine générale, l'émulation prenant ainsi le pas sur l'attrait professionnel.

Il apparaît que la probabilité de se spécialiser résulte aujourd'hui de trois principaux déterminants : les orientations pédagogiques de la faculté d'origine ; le sexe ; la réussite aux études. Ainsi, la moitié des jeunes femmes les moins brillantes à la faculté avaient accès à une spécialisation médicale avant 1982, en particulier par les CES. Dix ans plus tard, on estime que 80 % des étudiantes d'un niveau similaire sont généralistes.

On peut alors s'interroger sur le sens des évolutions de la formation universitaire. Pour certains médecins, la préparation au concours de l'internat constitue la meilleure formation possible, puisqu'il s'agit d'apprendre une médecine de haut niveau. Pour d'autres en revanche, ce concours, basé sur un programme jugé incomplet, stimule plus la mémoire que la réflexion et appauvrit, de ce fait, la formation médicale. Ces opinions divergentes mettent en évidence la contradiction qui existe entre un objectif de formation et un objectif de sélection. Le premier vise à assurer des connaissances solides et minimales à tous et le second à faire émerger « l'élite » du lot commun. À défaut d'un choix explicite entre ces deux objectifs, l'internat, mais aussi le deuxième cycle des études médicales, représentent des systèmes de formation dont le résultat est un inéluctable classement, où les *non sélectionnés* et les *mal placés* deviennent les *mal formés*. ■

Cet article s'appuie en partie sur les premiers résultats d'une recherche en cours, s'intitulant : « Les effets de l'internat en médecine de 1982 sur les choix professionnels des médecins ». Ce travail est inscrit dans le programme Inserm/CNRS/Mire 98 : processus de décision et changements dans les systèmes de santé. Le rapport de recherche est prévu pour le début de l'année 2001.



## Les médecins aujourd'hui en France

et de recherche sont, pour ceux qui en ont la charge, autant de moyens d'augmenter et de clarifier leurs connaissances.

Le médecin hospitalier n'est pas seulement un expert. Il est aussi un acteur de l'organisation complexe qu'est l'hôpital. Ses fonctions l'amènent à manager des projets, des budgets, des hommes ; ce sont des rôles auxquels sa formation initiale ne l'a pas préparé. Dans ce domaine, la formation continue aura un rôle important à jouer, comme l'a d'ailleurs souligné le protocole récemment signé entre le ministère et les représentants des praticiens.

### Des textes qui inscrivent un droit et devoir individuel dans un cadre collectif

Les textes qui se sont succédé (cf. encadré) depuis la mise en place du statut des praticiens hospitaliers en 1984 ont permis de déterminer droits et devoirs de chacun pour ce qui concerne la formation continue :

- pour les médecins, le droit de bénéficier d'un quota de jours consacrés à la formation et d'en obtenir le financement partiel ou total ; avec, en contrepartie, une transparence vis-à-vis de leur employeur sur l'emploi de ce temps ;
- pour la communauté médicale, représentée par la commission médicale d'établissement (CME), et pour la direction de l'hôpital, la possibilité de préparer conjointement un plan de formation et d'apprécier l'opportunité des formations pour lesquelles une prise en charge financière est sollicitée. En particulier pour ce qui con-

cerne l'acquisition d'un nouveau savoir, d'une nouvelle technique, dont le financement institutionnel ne pourra être envisagé que dans le cadre d'un projet de l'hôpital.

Pour autant, l'hôpital n'est pas devenu le maître d'œuvre de la formation continue de ses médecins, compte tenu, entre autres, de la modestie des sommes qu'il lui consacre : 0,40 % de la masse salariale médicale en moyenne [17], soit un niveau inférieur à celui prévu par la loi de 1989 (cf. encadré). De cette masse financière, on sait que les deux tiers ou les trois quarts des médecins titulaires en bénéficient chaque année ; mais le bilan réalisé par le ministère ne précise pas à quelles formations sont consacrés ces fonds. Ce que l'on peut dire, c'est qu'avec moins de 2 000 francs par an et par médecin, l'hôpital ne finance qu'une partie de la formation continue.

### Des pratiques de formation qui font coexister des stratégies individuelles et des enjeux collectifs

Il existe peu de données sur les pratiques de formation des médecins hospitaliers. La « Fédération des sociétés nationales de spécialités médicales » qui a vu le jour après l'Ordonnance de 1996 instituant l'obligation de formation médicale continue a réalisé un état des lieux [9] ; de même que quelques sociétés savantes ont mis en place un suivi dans leur spécialité. Mais ces études ne suffisent pas à déterminer une pratique individuelle moyenne.

Un centre hospitalier universitaire, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), a réalisé une enquête

## Formation continue : dispositions législatives et réglementaires au 15 octobre 2000

- Décret n° 84-135 du 24 février 1984 : Statut des personnels enseignants et hospitaliers des CHU. Arrêté du 21 décembre 1960 modifié par arrêté du 31 mars 1976 et circulaire du 15 mars 1978 : *autorisation d'absence*.
- Décret du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers, art. 46 : *un plan de formation est arrêté dans chaque établissement, les PH ont droit à 15 jours de congé formation*.
- Arrêté du 23 mai 1985 fixant les modalités d'exercice du droit à congé de formation des praticiens hospitaliers : *précise les modalités retenues au titre de la formation continue et leur financement. L'économie de la santé, l'épidémiologie et l'évaluation de la qualité des soins sont nommément cités*.
- Arrêté du 28 mai 1986 fixant les modalités du droit à congé de formation des praticiens exerçant leur activité à temps partiel dans les établissements d'hospitalisation publics
- Circulaire du 28 août 1986 relative aux congés de formation des praticiens hospitaliers

à temps plein et à temps partiel : *précise les modalités d'exercice du droit à congé formation ainsi que les points relatifs au plan de formation de l'établissement*.

- Loi du 10 juillet 1989 portant diverses propositions relatives à la sécurité sociale, Titre II : *financement plancher par les établissements à hauteur de 0,50 % de la masse salariale brute hors charges patronales pour les CHRU et 0,75 % pour les autres*.

- Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, art. L 714-16 : *la CME émet un avis sur les plans de formation « intéressant les personnels médicaux »*.

- Ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, Titre II : *obligation de formation continue dont le respect est justifié tous les 5 ans auprès de la CME (non mis en place)*.

- Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, Titre VIII : *la CME « organise la formation continue des praticiens (...) et, à cet effet,*

*prépare avec le directeur les plans de formation correspondants »*.

- Art. L 714. 27 du Code de la santé publique.

- Arrêté du 6 mai 1997 portant création du Conseil national de la formation médicale continue hospitalière.

- Arrêté du 27 mai 1997 portant nomination au Conseil national de la formation médicale continue hospitalière.

- Décrets du 31 mai 1997 portant sur la FMC des personnels médicaux hospitaliers : *précise entre autres le nombre de jours ouvrables de congé annuel formation et les praticiens astreints à la formation continue. Les attachés sont concernés, sous condition de nombre de vacations*.

- Décret n° 99-292 du 14 avril 1999 : *obligation et durée de formation continue pour les praticiens adjoints contractuels*.

Une loi en préparation doit préciser les conditions de mise en œuvre de la FMC obligatoire.



## La FMC des médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers

Statut	Médecin <sup>a</sup>	Pharmacien	FMC <sup>c</sup>	Organisée par la CME <sup>d</sup>	Justifiée devant la CME <sup>e</sup>	Congé formation annuel <sup>f</sup>
	Odontologiste <sup>b</sup>					
Praticien hospitalier temps plein	●		Obligatoire	Oui	Oui	15
Praticien hospitalier temps plein		●	Non explicitement obligatoire	Oui	g	15
Praticien hospitalier temps partiel	●		Obligatoire	Oui	Oui	6
Praticien hospitalier temps partiel		●	Non explicitement obligatoire	Oui	g	6
Pharmacien des hôpitaux à temps partiel			Obligatoire	Oui	g	8
Praticiens contractuels	●		Obligatoire	Oui	Oui <sup>h, i</sup>	8 <sup>i</sup>
Praticiens contractuels		●	Non obligatoire	Oui <sup>h, j</sup>	g	8 <sup>i</sup>
Praticiens adjoints contractuels	●		Non précisé	k	k	15
Assistants des hôpitaux	●		Obligatoire	Oui	Oui	8
Assistants des hôpitaux		●	Non obligatoire	Oui	g	8 <sup>i</sup>
Attachés et attachés associés à 11 vac.	●		Obligatoire	Oui	Oui	8 <sup>i</sup>
Attachés <sup>l</sup> / 6 < vac. < 11 dans CHG ou spécialisés ; 8 < vac. < 11 vac. CHRU	●		Obligatoire <sup>m</sup>	Oui <sup>n</sup>	Si souhait	p
Attachés		●	Non obligatoire	Oui	g	q
Personnels enseignants et hospitaliers des CHU <sup>s</sup>	●	●	Obligatoire	Oui	Oui	r

a. Ou biologiste titulaire du diplôme permettant l'exercice de médecin.

b. Ou biologiste titulaire d'un diplôme permettant l'exercice pharmacien.

c. Obligatoire (art. L. 367-2) et non obligatoire.

d. Art. L. 714-14.9.

e. Art. L. 714-16, susceptible d'être modifié par les futures dispositions.

f. Jours ouvrables. Les droits au titre d'une année peuvent être reportés (sans pouvoir être cumulés par anticipation).

g. Ne s'applique pas.

h. Pour les recrutés au titre du 6<sup>e</sup> du I de l'art. 2.

i. Pour les temps plein.

j. Pour les temps partiel.

k. Non prévu.

l. Dans 1 ou plusieurs centres hospitaliers.

m. Si souhait exprimé de justifier sa FMC au titre de son activité d'hospitalier.

n. Si souhait exprimé de justifier sa FMC devant la CME.

p. Non précisé.

q. Idem autres attachés.

r. 6 semaines dont 31 jours à l'étranger.

s. Tous grades, toutes disciplines.

par questionnaire écrit sur ce sujet. Ce travail, réalisé en 1998, a été mené auprès d'un échantillon représentatif de 800 titulaires, stratifiés par discipline [22]. Les réponses rendues par 80 % des médecins interrogés mettent en évidence des pratiques diversifiées et denses. Ainsi chaque année, 93 % participent à près de quatre congrès, les trois quarts signent près de quatre publications dans des revues à comité de lecture, 60 % consultent régulièrement des bases de données biomédicales à partir de leur micro...

Pour ce qui concerne le champ de la formation en revanche, on constate que 15 % des médecins seulement consacrent du temps à des formations médicales en dehors de leur spécialité et que moins de 5 % disent participer à des formations portant sur la communication interindividuelle ou le management.

Pour ce qui concerne les formations au management, on connaît les efforts croissants réalisés par les centres hospitaliers universitaires (CHU) grâce à un bilan réalisé par ces derniers entre 1988 et 1994 [20]. En effet, l'évolution sur ces six années met en évidence le développement d'une stratégie de formation consistant à élaborer un plan de formation prenant à la fois en compte les objectifs des médecins et ceux de l'hôpital. En particulier, la part dévolue au management et

à la gestion avait augmenté régulièrement pendant cette période pour atteindre en moyenne 10 % du budget de formation en 1994. Cet intérêt pour le management s'est développé depuis le début des années quatre-vingt-dix. On en veut pour preuve la création par l'AP-HP (en partenariat avec l'université Paris VII Denis Diderot et l'École des Mines), dès 1991, de l'École de management pour les médecins des hôpitaux. Cette initiative, bientôt suivie par d'autres, trouve une validation *a posteriori* dans la signature du protocole de mars 2000 qui institue la nécessité de proposer systématiquement aux praticiens responsables « des formations spécifiques au management et à la gestion ».

La formation au management est pourtant toujours l'objet d'une discussion entre les tenants d'une formation médicale continue qui ne prendrait en compte que la partie médicale du métier de médecin à l'hôpital et ceux qui pensent que formation médicale et formation au management et à la gestion ne sont que les deux facettes du même métier de praticien hospitalier.

### Quelle formation continue obligatoire pour quelle compétence ?

L'obligation de formation continue qui devait prendre effet au premier janvier 1997 n'a pas été mise en place.



Le projet de loi de modernisation sanitaire maintiendrait cette obligation [5] en proposant toutefois des modalités très larges ; ceci devrait permettre à l'ensemble des praticiens, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers, universitaires ou non, de trouver des modes de « validation » qui s'adaptent à leurs pratiques. L'écueil de la participation obligatoire à des formations serait ainsi évité. On sait, en effet, que la formation continue, même volontaire, a un impact faible sur les pratiques médicales [6].

Il n'en reste pas moins que la comptabilisation par « crédit » de formation est la formule de contrôle la plus simple. Ceci explique sans doute une utilisation répandue ; c'est le cas, par exemple, dans la majorité des États des États-Unis qui exigent entre 12 et 50 heures de crédit de formation par an pour renouveler aux médecins leur autorisation d'exercice [23].

La formation continue s'inscrit dans une problématique plus vaste [10]. Elle n'est en fait qu'une des composantes de la question qui préoccupe le client du médecin comme son employeur : comment s'assurer qu'il est toujours compétent ? En effet, malgré la standardisation de la qualification médicale et du recrutement des praticiens, la qualité de leur pratique, à distance de leur formation initiale et de leur recrutement, ne peut plus être présumée. En ce sens, les médecins se trouvent dans la même situation que les établissements de santé dont la qualité doit aujourd'hui être démontrée par l'accréditation. Le débat actuel, en France comme à l'étranger [18], témoigne d'un cheminement dans ce domaine.

Chaque pays, en fonction de sa culture et des pratiques, trouve une solution dans laquelle la formation

continue a toujours sa place ; qu'elle soit pratiquée à titre préventif ou « curatif », comme c'est le cas au Québec où des médecins, à l'issue d'une procédure d'inspection lourde, peuvent être « invités » à suivre un programme de formation créé sur mesure [21].

### Conclusion

Les besoins et les opportunités de formation des médecins hospitaliers justifient une approche spécifique et des réponses à caractère local à cette question. Encore faut-il prendre en compte la diversité des situations liée tant à la diversité des hôpitaux qu'à celle des praticiens. Le temps disponible pour la formation, en particulier dans les équipes de petite taille n'étant pas le moindre de ces paramètres.

Cela considéré, il est indispensable que les dispositifs mis en place garantissent la cohérence des connaissances entre les médecins de ville et ceux de l'hôpital. De même qu'il faudra mettre en cohérence les contraintes de formation qui concernent les praticiens hospitaliers de biologie, qu'ils soient pharmaciens ou médecins, à partir du moment où ils exercent des fonctions similaires.

L'articulation entre les besoins individuels et les stratégies collectives doit également être privilégiée. Les commissions médicales d'établissement auxquelles l'Ordonnance de 1996 a donné la prépondérance dans le domaine de la formation a ici tout son rôle à jouer.

Au-delà de la formation continue, c'est bien la notion de compétence qui est en jeu. La formalisation de règles de formation n'épuiserait pas la question de l'assurance de la compétence. Elle en constitue seulement une des prémisses. ■

## La formation continue des médecins français

### Quelques données sur la situation actuelle

**Pierre Gallois**  
Président-fondateur  
de l'Unaformec

Il est difficile d'apporter des données précises, chiffrées, sur l'organisation et l'état de la formation continue des médecins français aujourd'hui pour diverses raisons :

- la formation continue des médecins (FMC) pose un problème spécifique. Pour l'ensemble des Français, l'objectif de la formation continue, telle que les lois successives l'ont organisée, est centré sur l'individu. Pour les médecins l'objectif de la FMC est centré sur la qualité des soins et leur adéquation aux objectifs de santé publique. Il s'agit alors d'une obligation déontologique. Dans un tel contexte, ce qui importe n'est pas la participation à telle ou telle action de FMC, mais la compétence effective des médecins. C'est dans ce sens que les Québécois ont instauré un système d'inspections professionnelles ;

- les ordonnances de 1996 ont transformé l'obligation déontologique de formation médicale continue en une obligation légale. Il s'agit dans ce texte législatif d'une obligation de moyens (le médecin doit prouver qu'il a suivi des actions de formation) et non d'obligation de résultats (il n'est pas demandé de prouver ses connaissances ou sa compétence). En fonction de ces ordonnances, le Conseil national de la formation médicale continue (CNFMC) a répertorié les modalités de formation qui pourraient permettre d'attester que le praticien a satisfait à l'obligation. Ces modalités sont extrêmement diverses, prenant en compte la grande variabilité des besoins de formation selon les modes et lieux d'exercice et le libre choix des moyens par le médecin ;

- avec le changement de gouvernement ces ordonnances n'ont jamais été appliquées. Le ministre de la

Santé qui devait donner son assentiment aux propositions du CNFMC n'a jamais répondu aux propositions faites. Une nouvelle loi serait en préparation, mais ce que l'on en connaît reste confus et contradictoire. Le CNFMC avait proposé un classement des moyens utilisables et des modalités d'attestation par les conseils régionaux de FMC. Il aurait alors été possible d'avoir une vision d'ensemble des efforts de formation des médecins.

Nous tenterons néanmoins de donner, avec toutes les réserves qui s'imposeront, quelques éléments sur la structuration actuelle de la FMC, les divers moyens de formation utilisés, les divers opérateurs de formation, quelques données sur la participation des médecins, les financements disponibles.

### Une structuration fruit d'une évolution de 30 ans

Dès le début des années soixante-dix le besoin d'une structuration nationale de la FMC s'est manifesté pour fédérer les diverses initiatives, proposer une politique professionnelle de FMC, définir des modalités de financement. Des propositions répondant à ce besoin ont été émises par des organisations de praticiens, l'université, les pouvoirs publics et les syndicats médicaux. Après divers tâtonnements, la nécessité d'une structure quadripartite réunissant les diverses composantes professionnelles s'est imposée. Le Conseil national et les Conseils régionaux de la formation médicale continue, composés de représentants de l'Ordre des médecins, des syndicats médicaux, de l'université et des associations de formation ont été créés à partir de 1982, avec la participation à titre consultatif des pouvoirs publics et des organismes sociaux. Ils ont été officialisés en 1996 par les ordonnances Juppé. Les missions de ces conseils sont d'élaborer une politique de formation médicale continue, de répartir les ressources, de valider les projets de formation.

Le CNFMC concerne uniquement les médecins exerçant à titre libéral. Il existe par ailleurs un Conseil national de la formation médicale continue hospitalière. Pour les médecins salariés, la formation continue entre dans le cadre général de la formation continue des Français et de l'entreprise à laquelle ils appartiennent. Cette division des médecins selon le mode d'exercice pose de nombreux problèmes de cohérence, et la profession a cherché à les surmonter par une structure de liaison, en attendant un CNFMC unique qui paraît souhaitable.

Parallèlement à cette structuration impliquant les diverses composantes professionnelles, une structuration de la FMC a été réalisée dans le cadre des relations conventionnelles entre médecins et organismes de sécurité sociale. Des actions de formation médicale continue financées dans un cadre conventionnel ont été mises en place depuis 1990. Elles restaient intégrées dans le cadre général de la FMC. La dernière convention entre organismes de sécurité sociale et le syndicat MG-France a créé une formation médicale

continue conventionnelle avec des structures propres officialisées par un texte de loi.

Il serait souhaitable que la future loi sur la FMC permette de définir les moyens d'une politique professionnelle globale, dans le cadre de la politique de santé.

### Des moyens très diversifiés

Les moyens de formation à la disposition des médecins sont très diversifiés, diversification correspondant à la multiplicité des modes d'exercice, des conditions d'exercice, des besoins, possibilités et personnalités des médecins. La liberté du choix des moyens de formation semble de ce fait un principe essentiel.

Parmi les moyens utilisables, citons par importance décroissante : la presse médicale largement utilisée, par plus de 90 % des médecins (dans toutes les enquêtes) ; les séances de formation de groupe organisées par les associations, les hôpitaux ou l'université ; les congrès ; la lecture de manuels. Parmi les formations de groupe, les spécialistes semblent privilégier celles d'origine hospitalière, les généralistes celles d'origine associative. Les moyens audiovisuels classiques sont en perte de vitesse, les moyens informatisés en progression.

Il faut rajouter des moyens de formation moins répandus mais peut-être plus efficaces : la participation à la vie hospitalière (surtout chez les spécialistes), à l'enseignement (en voie de développement chez les généralistes avec l'enseignement de 3e cycle et le stage chez le praticien), la participation à des recherches cliniques ou épidémiologiques, à des audits de pratique.

Pour tous ces moyens de formation l'efficacité réelle reste incertaine en termes de modification des comportements ; les diverses études ont montré des résultats très médiocres de l'enseignement magistral, des recommandations de pratique clinique diffusées sans processus d'appropriation associé, une plus grande probabilité d'efficacité des méthodes impliquant une participation active.

C'est à partir de ces études qu'ont été élaborés les critères de qualité de la FMC, base de validation des actions de formation dans le cadre de l'obligation. Ces critères sont regroupés dans quatre chapitres : adaptation à la pratique, qualité scientifique, qualité pédagogique, indépendance. L'indépendance reste un des plus difficiles à mettre en œuvre étant données les conditions de financement de la FMC et l'importance des moyens utilisés par l'industrie pour la promotion de ses produits. Il faut remarquer que, dans les enquêtes, les médecins placent les délégués médicaux au 2<sup>e</sup> ou au 3<sup>e</sup> rang de leurs moyens d'information, confondant ainsi information et formation.

### Deux ou trois grands types d'opérateurs

L'université et les hôpitaux sont les plus anciens, à travers divers modes : les réunions de service, surtout utilisées par les spécialistes, les journées annuelles de FMC organisées dans la plupart des unités de





## Les médecins aujourd'hui en France

formation et de recherche (UFR), avec une participation importante de généralistes, les congrès, très importants chez les spécialistes, avec la participation des sociétés savantes. La plupart des UFR se sont dotées d'un département de formation médicale continue. On dispose de peu de données chiffrées globales quant à la participation des médecins à ces diverses actions.

Les associations de FMC sont le deuxième grand vecteur de formation médicale continue, sans doute prédominant chez les généralistes. On en recense entre 1 500 et 1 800. L'Unafomec, fédération nationale d'associations de formation médicale continue créée il y a 20 ans, regroupe environ 1 300 associations réparties sur le territoire, qui assurent une formation de proximité, en groupes plus ou moins importants, utilisant souvent des méthodes de pédagogie active. Environ 800 animateurs bénévoles ont été formés à ces méthodes ; 38 000 médecins libéraux adhèrent à ces associations. La Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG) est une association de généralistes implantée surtout en région parisienne. Plus récemment des associations d'initiative syndicale se sont développées : MG-Form, Association confédérale pour la formation médicale (ACFM), Association fédérale pour la formation des médecins (AFFM), assurant des actions nationales ou régionales.

Reste, parmi les opérateurs, l'industrie pharmaceutique qui organise de nombreuses actions de formation, en principe non susceptibles de validation dans le cadre d'une formation médicale continue obligatoire. Il n'y a pas de façon significative d'opérateurs privés autres que ceux liés à l'industrie.

### Des chiffres de participation incertains et d'intérêt discutable

Il est difficile de dire combien de médecins participent à ces diverses actions de FMC et on ne dispose pas de données exemptes de critique.

Dans une enquête réalisée en 1993 par le Centre de sociologie et démographie médicales, les généralistes disaient utiliser comme principaux moyens de formation médicale continue la presse médicale (95 % d'entre eux), les manuels (72 %), la FMC associative (63 %), les délégués médicaux (64 %) ; et les spécialistes : la presse médicale (93 %), les congrès (82 %), les manuels (78 %), les séances de FMC hospitalières (50 %), la fréquentation hospitalière (49 %), la FMC associative (37 %).

Le rapport de l'Igas de 1998 évoque les chiffres de 85 % des spécialistes et 15 à 20 % des généralistes inscrits à des actions de formation collectives. Ces chiffres ne représentent pas la réalité, les associations, groupements de proximité, ne tenant le plus souvent pas de comptabilité. Il semble cependant que la participation oscille entre 30 et 50 % des médecins d'un secteur, avec des exceptions dans les deux sens.

Mais ces chiffres ne comptabilisent que les actions

de FMC très structurées et ne prennent pas en compte la très grande diversité des modes de formation utilisés par les médecins.

### Des moyens de financement ne garantissant pas l'indépendance.

Le coût de réalisation de la FMC, indépendamment du coût du temps passé pour les participants, n'a jamais été bien évalué. Le coût d'une soirée, moyen le plus répandu chez les généralistes, est relativement modéré. Le coût moyen d'une journée de formation a été estimé par le Fonds d'assurance formation (FAF) à 1 700 F par médecin formé. Dans cette hypothèse, le financement nécessaire pour réaliser cinq journées de FMC pour les 120 000 médecins libéraux s'élèverait à 1 milliard 200 millions. Et si l'on devait indemniser le temps passé sur la base de 15 C par jour, il faudrait envisager encore 1 milliard.

La part directe des médecins a été estimée à 300 millions de francs environ (cotisations aux associations, achats de revues, livres, frais de déplacement...). Elle est sans doute plus importante. Les cotisations (cotisations obligatoires, cotisations aux associations) ne représentent pas le poste le plus important.

L'industrie pharmaceutique a toujours été très présente dans la formation continue des médecins. Les estimations situent sa participation à la réalisation d'actions ou de support de formation médicale continue entre 2,5 et 4 milliards de francs.

Les pouvoirs publics (direction générale de la Santé) ont une participation épisodique en fonction d'objectifs de santé publique. Les premiers financements de 1979 à 1983, entre 1 et 3 millions de francs annuels, ont permis le démarrage d'une politique de FMC. Depuis, plusieurs financements ciblés ont été proposés notamment pour le sida.

Les organismes sociaux participent depuis 1990, avec des actions de formation médicale continue conventionnelles, qui prennent en compte la réalisation des actions et l'indemnisation du temps passé, mais aussi des actions de formation des représentants à la vie conventionnelle. La contribution a varié, de 56 millions en 1990 à 120 millions en 1993. Ces financements sont cependant précaires, liés aux aléas de la vie conventionnelle.

Les financements publics sont gérés par le FAF sous la responsabilité des seuls syndicats. Ceci est probablement inadapté et source de conflits. L'indépendance de la formation serait peut-être mieux assurée par une responsabilité professionnelle quadripartite à l'image du CNFMC. Par ailleurs le poids relatif des financements en provenance de l'industrie est un facteur de préoccupation pour l'indépendance de la formation.

Pour les médecins hospitaliers, les établissements sont tenus de consacrer au minimum 0,5 % ou 0,75 % de la masse salariale des médecins salariés qu'ils emploient. À l'évidence, une telle somme ne correspond pas à la dimension des besoins. ■