



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^e ou au 3^e 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. ■