



Médecins libéraux : ces craintes qui alimentent le malaise

Contraintes économiques pesant sur le financement de la santé, encadrement de l'exercice médical, pression des patients expliquent en partie le malaise des médecins libéraux.

Les médecins libéraux seraient-ils tétanisés par l'avenir, rongés par d'innombrables inquiétudes ? Une lecture un peu rapide de la chronique sociale peut accréditer l'image d'une profession frileuse, rétive aux réformes, paralysée par les évolutions du système de santé. La réalité est, bien sûr, plus complexe. Les 120 000 médecins libéraux ne constituent pas un bloc homogène pétrifié dans le conservatisme social. S'ils ont pu parfois donner cette impression c'est qu'ils ont été, plus que d'autres professions peut-être, confrontés, depuis quelques lustres, à de profondes évolutions de leurs pratiques. C'est aussi qu'exerçant la plupart du temps de manière isolée, ils peuvent se sentir mal préparés aux réformes qui les attendent.

Faut-il en effet rappeler, au risque d'égrener les lieux communs, l'importante mutation qui fut celle du corps médical depuis un demi-siècle ? Le médecin était naguère un notable, souvent un nanti. C'était le plus souvent un généraliste qui exerçait son métier comme un professionnel libéral à part entière, fixait librement ou presque ses honoraires, ignorait les contraintes de l'économie, les tracés de la justice et bénéficiait du respect quasi unanime d'une population largement ignorante à l'époque des questions de santé. Il est devenu aujourd'hui, aux yeux de beaucoup, un simple technicien de la santé, soumis aux impératifs de l'économie, à la réglementation de l'assurance maladie, aux pressions des consommateurs de plus en plus avisés. Protégé jadis par un savoir qu'il ne partageait guère, il doit aujourd'hui rendre des comptes à tous. Au point que le discours sur — ou plutôt contre — le pouvoir médical qui faisait flores au début des années soixante-dix paraît

aujourd'hui quelque peu décalé. Tant il est vrai que le pouvoir médical est de plus en plus sous contrôle, de plus en plus partagé. Personne ne regrettera sans doute une telle évolution mais on conçoit qu'elle ait pu laisser des traces et susciter quelques appréhensions dans le corps médical.

Quelles sont donc aujourd'hui les angoisses, les craintes, les préoccupations qui fondent ce qu'il est convenu d'appeler — quitte à en exagérer l'importance — le malaise de la profession ? Réglons d'abord le cas du médecin citoyen. Celui-ci partage, à peu de choses près, les inquiétudes de l'ensemble de la population. Tout au plus sa formation et sa sensibilité le rendent-elles plus réceptif à certains sujets. Interrogés sur les dangers qui menacent la planète, les médecins citaient en tête, voici quelque temps, les inégalités entre les pays développés et sous-développés, les fanatismes religieux, le chômage et la dégradation de l'environnement. Des appréhensions qui recoupaient largement celles de l'ensemble de la population¹.

Plus intéressantes sont les réactions des médecins libéraux en tant que professionnels. Et, à cet égard, c'est l'inquiétude qui domine. Toujours selon la même enquête d'opinion, 70 % des médecins français affirmaient que les conditions d'exercice de la médecine allaient se dégrader dans les années à venir et 63 % n'encourageraient pas leurs enfants à suivre des études médicales. Sans doute ne faut-il pas faire dire aux enquêtes d'opinion davantage que ce qu'elles signifient mais celle-ci a au moins le mérite de donner une idée de l'ampleur des inquiétudes des praticiens.

1. Sondage réalisé en 1995 pour le *Quotidien du Médecin* par la cabinet Antoine Minkowski auprès de 300 médecins.

Bruno Keller
Rédacteur en chef, *Quotidien du médecin*

Des inquiétudes qui ne s'accompagnent pas pour autant d'un réel désenchantement. Malgré les difficultés de l'heure, les praticiens ne désespèrent pas de leur métier et, si c'était à refaire, trois sur quatre feraient le même choix.

Il n'en demeure pas moins que la conviction que les conditions d'exercice de la médecine vont se détériorer est fortement ancrée. Les discours des responsables de la profession, les rencontres informelles avec les praticiens, les enquêtes ponctuelles menées ici ou là, le contenu du courrier des lecteurs dans la presse professionnelle permettent de discerner les éléments qui fondent cette appréhension.

Les impératifs économiques

Pendant longtemps le médecin a affiché vis-à-vis des choses de l'économie une superbe indifférence. Le développement d'un financement socialisé des dépenses de santé — avec la généralisation progressive de l'assurance maladie —, le coût croissant des soins lié au progrès technique et à l'allongement de la durée de la vie, la moindre croissance des recettes de l'assurance maladie provoquée par la crise économique des dernières années ont rendu intenable une telle posture. Dès lors s'est engagé un affrontement incessant entre la légitimité économique et la légitimité médicale. Aujourd'hui, rares sont les praticiens qui ne sont pas conscients de la nécessité de prendre en compte la dimension économique de leur activité. Trois-quarts d'entre eux estiment que les gouvernements sont fondés à vouloir maîtriser les dépenses de santé. Mais cette position de principe recouvre bien des ambiguïtés. Les praticiens se sont en effet presque toujours opposés aux mesures concrètes permettant de réguler les dépenses. Même lorsque les syndicats médicaux ont approuvé, voici six ans, un système dit de « maîtrise médicalisée des dépenses » reposant sur l'application de références médicales opposables, les médecins de base, eux, ont traîné les pieds. Et depuis aucun dispositif de maîtrise n'a eu l'heur de plaire aux médecins. Que redoutent donc les praticiens ? Que cette intrusion de l'économique dans leur exercice viennent réduire leur pouvoir d'achat ? Peut-être dans certains cas mais l'examen des chiffres incite à la prudence. Malgré des à-coups annuels, le revenu des médecins libéraux (frais déduits, avant impôts) a augmenté de 2,5 % pour les généralistes entre 1992 et 1997 (soit en pouvoir d'achat un gain réel de 0,5 % par an). Mais au-delà,

ce que semblent craindre les praticiens c'est bien des contraintes accrues sur leur activité, sur leurs prescriptions. Le discours sur les risques de rationnement des soins, si souvent entendu, ne relève pas simplement des propos de tribune. Il reflète les appréhensions profondes des médecins libéraux qui redoutent de voir leur liberté de prescription compromise par la multiplication des références médicales et des injonctions de toutes sortes de l'assurance maladie. Crainte d'autant plus vive qu'il leur est de plus en plus difficile de résister aux sollicitations des patients. Que ces appréhensions soient infondées est une autre affaire.

Un exercice de plus en plus encadré

Par ailleurs, les médecins sont persuadés que leur exercice va devenir de plus en plus encadré. Professionnels libéraux, ils ont toujours été réticents — sinon franchement hostiles — aux interventions de l'État. Ils ont tendance à considérer les caisses d'assurance maladie comme des adversaires, quitte à oublier qu'en solvabilisant les patients elles leur ont permis d'exercer dans des conditions plus satisfaisantes. Les projets visant à instaurer une formation médicale continue obligatoire voire une recertification régulière, l'obligation de s'informatiser et de télétransmettre les feuilles de soins contribuent à nourrir les inquiétudes et à alimenter la certitude que l'exercice de la médecine libérale va se dégrader. La formation continue obligatoire est perçue, par les médecins, comme une insupportable mise en cause de leur compétence. L'obligation de s'informatiser est aussi mal vécue. Non pas que les praticiens aient une hostilité viscérale vis-à-vis de l'informatique mais plus prosaïquement parce que les pouvoirs publics ont imposé cette informatisation essentiellement pour que les praticiens puissent télétransmettre les feuilles de soins. Dès lors, l'ordinateur n'a pas été perçu comme un utile outil d'aide à la décision médicale et d'échanges de données, mais comme un instrument destiné à faire du médecin un employé auxiliaire et quasi bénévole des caisses primaires, remplissant les tâches autrefois dévolues aux agents de la sécurité sociale. Les obligations de suivre une FMC ou de s'informatiser peuvent sembler des réformes de bon sens favorisant une amélioration de la qualité des soins. Elles n'en sont pas moins ressenties par le corps médical comme des sujets de préoccupation. À cela il faudrait ajouter les mille mesures administratives qui viennent alimenter le discours

convenu des réunions professionnelles contre la bureaucratie, les « énarques qui décident sans savoir », la paperasserie, les contrôles incessants de l'assurance maladie. Les praticiens libéraux ont l'impression d'être victimes d'une stratégie du soupçon qui alimente leur ressentiment, leur malaise et leurs craintes.

La pression croissante des consommateurs

La pression croissante des patients constitue enfin, pour les professionnels de santé, une profonde mutation dont ils n'ont peut-être pas pris encore pleinement la mesure et qui suscite chez eux de multiples appréhensions. L'obligation d'informer les patients des risques éventuels d'un acte médical, le libre accès au dossier médical et, surtout, l'accroissement des connaissances médicales et des exigences des consommateurs modifient -ou vont modifier- profondément le colloque singulier. D'autant que les médecins redoutent depuis plusieurs années déjà les risques d'une dérive à l'américaine, c'est-à-dire d'une multiplication des procès en responsabilité médicale. Le retard pris par l'adoption d'un système d'indemnisation de l'aléa thérapeutique n'a pas contribué à dissiper ces craintes.

Voici sommairement brossées les raisons du malaise des praticiens libéraux auxquelles il faudrait encore ajouter les rancœurs provoquées par les querelles incessantes entre généralistes et spécialistes, libéraux et hospitaliers. Un malaise qui complique singulièrement la tâche et compromet les ambitions de ceux qui veulent réformer le système de santé. ■



Exercice de la médecine et évolution des contraintes éthiques

L'éthique appliquée à l'exercice de la médecine concerne avant tout la nature de la relation soignant-soigné.

L'expression « contraintes éthiques » qui m'est proposée par la revue *adsp* donne le sentiment que le médecin est limité dans sa liberté professionnelle par « l'éthique » comme s'il y avait l'Ordre des médecins, des juges, des éthiciens capables de dire : « ici vous franchissez les normes éthiques ». Or l'éthique est, par essence, la reconnaissance d'une liberté indéfiniment interrogée dans son rapport à l'autre. Il n'y a pas plus d'éthiciens savants que de garde-fous éthiques. Mais il y a évidemment des comportements qui ne peuvent se prévaloir de l'éthique. Ainsi, privilégier des explorations aussi coûteuses qu'inutiles au nom d'un illusoire principe de précaution, peut être juridiquement valable mais éthiquement discutable.

Certes, il y a les lois de bioéthique du 25 juillet 1994, mais elles ne concernent que des situations centrées sur l'assistance médicale à la procréation, les greffes et les prélèvements d'organes, l'identification génétique, bref des situations plutôt en marge de la quotidienneté : « leurs contraintes » expriment, tout au moins avant la révision quinquennale prévue, le respect de l'embryon qui ne peut faire l'objet de recherche, le respect du corps humain, le respect des données identitaires. C'est donc plus la notion de respect que de contraintes qui s'impose aux praticiens.

En revanche, la loi dite Huriet Serusclat du 20 décembre 1988 a créé un tissu apparemment très contraignant, destiné à encadrer la recherche médicale. La pierre d'angle en est la notion de consentement libre et éclairé, destinée à faire de celui qui se prête à la recherche biomédicale un interlocuteur averti, responsabilisé. Cette responsabilisation

est d'ailleurs souvent mal interprétée par malades et médecins qui ont le sentiment que les chercheurs investigateurs dégagent, par la signature du sujet investigué au bas de ce document, leur responsabilité alors que justement cette signature engage plus l'investigateur dans sa responsabilité que celle du malade ou des volontaires sains se prêtant à la recherche biomédicale.

Ces consentements sont d'abord soumis à des comités consultatifs de protection des personnes dans la recherche biomédicale qui évaluent le caractère éclairant du document, la balance équilibrée entre les choix proposés, le caractère scientifiquement satisfaisant ou non. Ces recueils de consentement libre et éclairé peuvent effectivement apparaître comme autant de limites, de contraintes imposées à une recherche médicale qui peut avoir parfois une tendance excessive à vouloir satisfaire l'originalité d'une recherche, la pratique d'une publication rapide ou la matérialisation d'une idée « géniale ». Cette loi a radicalement transformé le champ de la recherche et introduit une rigueur, une protection, une sécurité des sujets se prêtant à la recherche biomédicale, telles que l'on frémit à l'idée de cette période médiévale de la médecine où chacun pouvait à sa guise, en fonction de l'idée du jour, traiter l'humain réellement comme un cobaye.

La recherche médicale est donc encadrée par des contraintes plus juridiques qu'éthiques, car généralement répressives en cas de manquement. C'est un abus de langage de parler « d'éthique » quand il s'agit ici de normes d'encadrement.

L'éthique, elle, est dans le recueil du consentement aux soins proposé par le praticien, un consentement libre et éclairé. Celui-ci est

Didier Sicard

Chef de Service, service de médecine interne, groupe hospitalier Cochin, Saint-Vincent-de-Paul, La Roche-Guyon, président du Comité consultatif national d'éthique

loin d'être présent dans la relation médecin/malade, encore empreint de cette confiance, *a priori* de celui ou celle qui souffre vis-à-vis de celui ou celle qui le ou la soigne. Mais confiance ne signifie pas confiance aveugle ; la confiance sera même d'autant plus grande que les termes éventuels des débats et avis diagnostiques ou thérapeutiques auront été évoqués avec le malade et c'est ici qu'intervient le paradoxe actuel du consentement qui l'emporte sur l'information. Le vrai concept éthique est en fait une information suffisamment éclairante pour susciter un refus ou un consentement. Le consentement aux soins n'est pas une norme juridique, ne dégage pas la responsabilité de celui qui soigne. Avoir la signature d'un malade au bas d'une page d'un document d'information sur tel ou tel danger encouru ne rend pas quitte de sa responsabilité celui qui pratique l'examen.

Cette ambiguïté croissante entre signature, information, consentement, engagement de responsabilité est, à mon sens, à la source de la plus grande confusion éthique actuelle. Il a suffi que la Cour de Cassation, le Conseil d'État rendent des avis mettant en jeu la responsabilité des médecins qui n'avaient pas informé suffisamment leurs malades d'accidents possibles, pour que l'ensemble de la profession médicale se sente interpellée et réagisse avec agacement et parfois excès. Il suffit de voir les documents de telle ou telle société savante prévenant désormais de toutes les catastrophes possibles les malades avant un examen pour s'en convaincre. Ceux-ci, parfois affolés, n'obtiennent pour toute réponse à leur inquiétude, que celle de la loi imposant désormais de les prévenir de tous les risques, fussent-ils exceptionnels. Cette adéquation croissante entre un acte médical et un acte technique ou de réparation de matériel industriel pose à elle seule un problème éthique majeur. Se protéger ainsi du recours possible au nom d'une transparence contrainte est tout sauf éthique ; comme si une responsabilité d'ordre médico-légal venait subrepticement occuper le champ de la vraie responsabilité médicale, au vrai sens, celui de répondre de l'autre.

La vraie transparence repose sur la possibilité pour le malade d'accéder à son dossier s'il le souhaite, pas de le recevoir comme un document indifférent. Le médecin est garant de la qualité du dossier médical, garant de son accès possible. Certes, cette exigence de transparence peut apparaître pour les médecins comme excessive, comme introduisant une rupture dans le dialogue singulier ; mais

elle est surtout le témoignage d'une nouvelle époque de la médecine où images et chiffres confisquent à leur profit de plus en plus la réalité de cette relation. Ce transfert d'une relation paternaliste, caritative, sur une expertise objective peut être le meilleur et le pire. Le meilleur quand l'acte médical s'articule sur les données évaluables, le pire quand la débauche d'examen normaux ne vient qu'en confirmer l'inutilité manifeste. Engagement lucide de sa responsabilité médicale sans garde-fous infinis, accompagnement aussi bien de la souffrance physique que morale sont des contraintes éthiques contemporaines. Mais il est vrai que la réflexion éthique est apparemment plus interpellée par les questions concernant les situations de début ou fin de vie, d'acharnement thérapeutique ou d'interruption de soins que par ces subtilités relationnelles bien souvent actuellement bousculées ; comme si l'éthique ne concernait que l'affrontement de situations vécues comme porteuses d'enjeux fondamentaux contradictoires. Il n'y a pas d'éthique de la fin de vie, du début de la vie, il n'y a pas d'éthique *a priori* du démuni. Il y a réflexion éthique dès l'existence d'un souci qui privilégie davantage l'autre dans sa fragilité même, que le soignant dans son narcissisme ou dans sa protection. Ce métier de soignant est plus passionnant que jamais, s'il consent à intégrer dans cette relation singulière d'autres critères que l'intérêt scientifique ou économique, s'il admet que le regard critique de l'État dans lequel il exerce a droit à l'évaluation, s'il admet que soigner ne suffit pas, s'il n'y a pas d'accueil à cette souffrance, s'il n'y a pas une tentative permanente de la restitution de l'identité de l'autre. La médecine contemporaine n'est pas menacée par les contraintes éthiques, elle est en revanche au cœur de la vie si elle admet que les enjeux éthiques passent leur temps à refonder la médecine. ■



L'exercice libéral des professions paramédicales

L'articulation entre médecins et professions paramédicales exerçant en libéral n'est pas clairement définie. Un groupe de travail présidé par Anne-Marie Brocas a fait des propositions pour clarifier les rôles et assurer un exercice de qualité.

Anne-Marie Brocas
Ancien chef de service à la direction de la Sécurité sociale

Une lettre de mission de la ministre de l'Emploi et de la Solidarité et du secrétaire d'État à la Santé, me confiait, le 12 juin 1998, le soin d'animer un groupe de travail réunissant les représentants des masseurs-kinésithérapeutes, des infirmiers, des orthophonistes et des orthoptistes libéraux, ainsi que des Caisses nationales d'assurance maladie et des administrations concernées, pour réfléchir aux évolutions souhaitables dans les conditions de l'exercice libéral des professions paramédicales.

Le rapport, remis le 9 décembre 1998, se fait l'écho de vues largement partagées sur quelques orientations concernant cet exercice. Il s'inscrit dans la perspective d'une complémentarité des interventions des différentes catégories de professionnels, d'une claire définition du rôle et des responsabilités de chacun et d'une régulation des pratiques. Certaines des évolutions préconisées supposent, bien sûr, une concertation avec les paramédicaux salariés pour être mises en œuvre.

On retiendra dans cette brève présentation du rapport deux axes saillants :

- la clarification des rôles respectifs des médecins et des paramédicaux dans la prise en charge des malades en ville, débouchant sur une évolution des règles de prescription ;
- la promotion et le contrôle de règles propres à garantir un exercice de qualité, confiée à un office des professions paramédicales.

La clarification du rôle des divers intervenants de santé

Il s'agit ici de tirer les conséquences de l'évolution concrète des pratiques et de répondre à un besoin d'autant plus aigu que les progrès thérapeutiques et les aspirations des

patients conduisent au développement des prises en charge à domicile. Or la qualité de ces prises en charge dépend pour une large part de la coordination des intervenants et d'une claire définition de leurs rôles.

Il est en conséquence proposé de modifier les textes relatifs à la prescription des actes infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie ainsi que de l'ensemble des actes de rééducation à visée thérapeutique.

Pour tous ces actes, il serait désormais prévu que la prescription médicale décide de « l'intervention d'un paramédical » (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste ou orthoptiste), mais non de la nature des actes que ce dernier est amené à réaliser (sauf si le médecin souhaite expressément apporter cette précision). C'est alors au professionnel paramédical qu'incomberait la responsabilité d'élaborer, à la suite du bilan qu'il effectue, un plan de soins ou de traitement adressé au médecin et au malade. Ce plan indiquerait les objectifs du traitement, sa durée, sa nature et les résultats attendus. Il devrait permettre une évaluation qui appartient d'abord au malade dans le cadre de sa relation avec le professionnel. Il serait le support de l'appréciation du médecin traitant qui interviendrait nécessairement en cas de prolongation du traitement. Le plan serait par ailleurs systématiquement transmis aux caisses d'assurance maladie. La proposition ainsi faite s'accompagne d'une demande de clarification des nomenclatures descriptives des actes destinée à assurer la transparence des pratiques, en recourant notamment à la notion de temps minimum requis pour les différents actes. La responsabilité professionnelle a bien sûr pour corollaire la responsabilité financière.

Il n'appartenait pas au rapport d'en traiter, même si il ouvre quelques pistes à ce sujet.

Des règles déontologiques, administratives et techniques dont le respect soit garanti par un office des professions paramédicales

À la différence des professions médicales, les professions paramédicales sont dépourvues de textes spécifiques fixant les règles déontologiques, administratives et techniques encadrant leur exercice. Seules les règles relatives aux fautes, abus et fraudes relevés à l'occasion des soins donnés aux assurés sociaux s'appliquent à l'ensemble de ces professions sous le contrôle de l'Ordre des médecins. S'y ajoutent pour certaines professions quelques dispositions particulières de nature réglementaire ou conventionnelle (c'est le cas essentiellement pour les infirmiers). Cette lacune est cruellement ressentie par les paramédicaux qui se trouvent ainsi privés de moyens indispensables pour assurer les contrôles nécessaires à la promotion d'un exercice de qualité. Le rapport fait en conséquence un certain nombre de propositions pour accéder au vœu maintes fois exprimé de l'édiction de telles règles.

Il propose par ailleurs la création d'un office des professions paramédicales, instance professionnelle chargée de proposer aux pouvoirs publics les règles encadrant l'exercice des professions paramédicales et d'en contrôler le respect. L'ensemble des professions est attaché, dans l'hypothèse où cette instance serait créée, à un fonctionnement démocratique et transparent. Elles souhaitent qu'elle échappe à une logique de défense corporatiste et soit ouverte sur l'extérieur, notamment aux usagers du système de santé. D'où les propositions faites pour organiser cette structure au sein de laquelle les professionnels paramédicaux, salariés et libéraux, mais aussi les usagers, seraient représentés.

Le rapport ici brièvement présenté s'efforce de trouver un point d'équilibre entre la reconnaissance de l'autonomie des professionnels qu'autorise l'évolution des pratiques, et la transparence et la responsabilité qui en sont les nécessaires corollaires. Il postule que la transparence doit être avant tout réalisée vis-à-vis du malade, le mieux à même de juger des soins qui lui sont dispensés, à condition qu'on lui en donne les moyens. Il s'inscrit dans une perspective de régulation du système de santé fondée sur une organisation rationnelle des processus de production et de distribution des soins, et la possibilité pour

les professionnels de développer des projets professionnels conformes à leurs compétences et à leurs aspirations. ■



La FMC peut-elle être un facteur d'adaptation à la médecine d'aujourd'hui ?

La formation médicale continue devrait être une réponse à l'évolution des besoins de santé. Pourtant elle est en crise. Analyse d'une situation incertaine et propositions pour une politique de formation médicale continue efficace.

**Pierre Gallois
Jean-Marc Charpentier
Eric Drahi**

Centre de documentation de l'Unaformec

Le médecin, au cours du dernier demi-siècle, a été confronté à de nombreux changements qui ont bouleversé l'exercice de sa profession. La formidable explosion du progrès scientifique et technique est le plus marquant de ces changements. La croissance rapide des coûts de la santé, le développement des politiques de santé publique et de prévention en sont des conséquences. Parallèlement la société a évolué, le comportement de la population face aux problèmes de santé s'est modifié, avec notamment une demande de plus en plus forte d'information et de participation des patients et du public aux décisions de santé.

Dans ce contexte, il semble que les médecins, généralistes, spécialistes ou hospitaliers, raisonnent toujours en fonction d'un exercice médical fondé sur une relation purement duelle avec le patient, plus ou moins teintée de paternalisme. Mais la technique et la spécialisation, l'importance qu'elles ont prise, ont profondément modifié cette relation qui est maintenant dominée par sa dimension technique, aux détriments de sa part humaine.

Cette contradiction peut s'expliquer en bonne partie par la formation reçue. La formation initiale, délivrée dans un milieu hospitalier de plus en plus spécialisé, privilégie l'étude du fonctionnement des organes. Elle est plus centrée sur la maladie que sur le malade. Elle a souvent une dimension encyclopédique, fondée sur l'accumulation des connaissances, bien moins sur leur hiérarchisation et leur utilité, assez peu sur leur adaptation à un patient donné. Son caractère, le plus souvent magistral, conduit peu à rechercher les preuves des données sur lesquelles se fondent les affirmations de l'enseignant. Ainsi le futur praticien est mal préparé à l'accueil et

l'analyse critique des informations et données nouvelles [12].

La formation médicale continue (FMC), devenue indispensable avec le renouvellement incessant des connaissances et des moyens disponibles, s'affranchit difficilement des habitudes acquises à l'université. Elle peine à s'adapter à la réalité des besoins du médecin, et à prendre en compte les transformations nécessaires de l'exercice.

Une présentation de la FMC ne peut ainsi se contenter d'un constat, d'une description. Il est essentiel de rattacher ce constat à la réalité des besoins du médecin d'aujourd'hui. Trois grandes questions semblent se poser. Quels sont les besoins actuels du médecin, et par là les grands objectifs et les méthodes d'une FMC moderne ? Quelles sont les conditions de l'efficacité réelle de la FMC ? Comment cette FMC est-elle actuellement organisée et sur quels principes pourrait-elle l'être ?

Des objectifs généraux adaptés à l'évolution de la médecine et de la santé

Si la FMC se contente d'apporter des informations, si bien faites soient-elles, elle est vouée à l'échec, dans une société de liberté et de multiplication de l'information. Le rôle de la formation de professionnels est avant tout de donner les outils et moyens de décrypter les informations, de faire le tri entre l'utile et l'inutile, l'applicable et l'inapplicable en vue d'une décision ou d'une action. Dans le domaine d'action du médecin clinicien, cette action, cette décision, même quand elle est fondée sur des stratégies issues de l'évaluation, voire des bases de santé publique, s'applique à une personne et doit donc être adaptée à cette personne. Elle doit cependant faire intervenir un ensemble de par-

tenaires, et la relation ne peut plus être exclusivement duelle. Ces principes doivent fonder les objectifs généraux de la FMC.

Promouvoir la médecine fondée sur les preuves

La multiplication des moyens diagnostiques disponibles, leur renouvellement incessant génère une multitude d'informations à la disposition du praticien. Cette information surabondante est de qualité et de validité souvent très incertaines. Pour sa plus grande part, elle est diffusée gratuitement de façon directe ou indirecte par des sponsors industriels, et la part promotionnelle d'une méthode, d'une stratégie ou d'un produit est souvent difficile à distinguer de l'information objective.

Le médecin n'a pas été formé à l'analyse critique de l'information. La notion de niveau de preuve ou de validité scientifique d'une donnée, les principes de l'évaluation d'une méthode ou d'une stratégie de prévention, de dépistage, de diagnostic, de soin lui sont bien souvent étrangers. Les données de base de l'épidémiologie et de l'analyse statistique ont été mal assimilées.

La médecine fondée sur les preuves est encore mal connue ou mal interprétée, souvent perçue comme une limitation des actions médicales aux données prouvées scientifiquement et non comme la nécessaire connaissance du niveau de validité scientifique des moyens proposés au patient, afin de choisir la décision la mieux adaptée à son problème [7, 19].

Retrouver une médecine centrée sur le patient

Tous les indicateurs, notamment ceux issus de la Conférence nationale de santé et les données concernant la responsabilité médicale, concordent pour placer au premier rang des demandes des patients et de la population une amélioration de la relation médecin-patient, de l'information du patient et de sa participation à la décision.

La formation dans ce domaine est restée rudimentaire, centrée sur le compagnonnage, avec les aléas que cela représente. Centrer la formation sur la décision médicale est un moyen trop méconnu dans ce domaine. Rappelons que la décision médicale ne peut se limiter à l'application de données en fonction de leur niveau de preuve ; sa seconde étape passe par une adaptation et une présentation de ces données au patient, en fonction de ses caractéristiques somatiques psy-

chologiques, culturelles, environnementales. La formation initiale, mais aussi la formation continue ne peuvent les ignorer.

Deux notions sont trop souvent méconnues : le caractère probabiliste des données dont nous disposons, et par là l'absence de certitude qui entoure chacune de nos décisions ; les principes de la négociation avec un patient-partenaire, alors que nous sommes habitués à une vision paternaliste de notre rôle. Apprendre à gérer l'incertitude est sans doute un objectif difficile mais fondamental [10, 11].

Apprendre à travailler en « réseau »

La formation s'est déroulée dans un monde hospitalier très hiérarchisé ; les relations ultérieures entre praticiens généralistes, spécialistes, hospitaliers s'en ressentent. La médecine actuelle nécessite la participation de professionnels multiples, médecins d'exercice divers, paramédicaux, travailleurs sociaux... , chacun avec ses responsabilités particulières, et donc ses propres objectifs de formation.

Cette manière de travailler en commun, sans hiérarchisation, doit non seulement être un objectif de formation, mais doit également imprégner les méthodes de formation, par la participation active de tous à leur définition et à leur mise en œuvre. Il s'agit d'arriver à une décision partagée, différente de celle des filières de soins, dans lesquelles chaque professionnel intervient successivement, souvent sans coordination ni partage de la décision.

Ajouter une approche « santé publique » à l'exercice traditionnel

L'évolution scientifique et technique a eu deux conséquences : l'augmentation régulière des coûts de la santé, l'élargissement du champ des possibilités médicales au-delà du curatif. Le système de soins s'est transformé en système de santé, faisant entrer de plus en plus dans les faits la définition de la santé adoptée par l'OMS. Préoccupés par leur tâche immédiate, par leur relation privilégiée avec « leur » patient, les cliniciens ont du mal à intégrer l'approche collective dans un exercice avant tout individuel.

La préoccupation économique est sans doute globalement acceptée. Cependant la formation des médecins à l'économie de la santé est rudimentaire ; les notions de coût direct et différé, de rapport coût-efficacité sont souvent méconnues et peu utilisées.

Les approches préventives et de dépistage sont abordées le plus souvent dans une optique individuelle. L'éducation à la santé reste

limitée, peu de praticiens s'y investissent. La participation des cliniciens à des actions de santé publique, de dépistage organisé, pose souvent des problèmes. La formation des praticiens en ce domaine ne peut être dissociée de leur participation à ces actions, qui doit être réelle avec une responsabilité effective. Ce n'est qu'ainsi que l'on peut espérer un changement de perception et de comportement [10].

Introduire ces grands objectifs dans la FMC

Ces grands objectifs sont indépendants des grands thèmes de FMC classés par domaines pathologiques. Ils peuvent être abordés pour eux-mêmes, mais plus souvent ils doivent servir de trame à la formation par pathologies. Cela nécessite le passage d'une vision académique à une approche décisionnelle de la formation, impliquant une série d'étapes : identifier les questions qui se posent au praticien, préciser et argumenter le niveau de preuve des moyens et stratégies à proposer, leur rapport coût-efficacité, apprécier l'utilité et l'acceptabilité de ces moyens pour le patient (ou la population), définir les missions de chacun des intervenants, analyser les modes d'information des patients et les modalités de leur participation à la décision [10]. Cela va bien au-delà du simple apport de connaissances.

La formation doit aider à utiliser trois attitudes : le doute qu'il faut positiver en attitude critique face à l'information, l'incertitude qu'il faut apprendre à gérer, la justification qui est l'argumentation pour les indispensables écarts face aux recommandations issues des données scientifiques.

Les conditions de l'efficacité de la FMC

Depuis plusieurs années les responsables professionnels et de santé publique se sont posé la question de l'efficacité de la FMC. Est-elle un moyen de modification, d'adaptation des comportements et compétences professionnelles ? Il ne s'agit pas ici de se contenter du taux de participation à des actions de FMC, ni de la satisfaction des participants (on a souvent pu constater que les praticiens se dirigent plus facilement vers des actions de formation dans les domaines qu'ils maîtrisent que dans ceux où ils ont des lacunes). L'acquisition de connaissances est également un critère insuffisant : de nombreuses études ont montré l'écart important qui existe souvent entre les connaissances et les comportements. Deux approches sont envisageables. La meilleure évalue les résultats sur l'état de santé



de la population : elle est difficile, peu d'études valables ont pu être réalisées. Une autre, sur un critère intermédiaire, évalue les modifications des comportements et procédures médicales ; elle se heurte à moins de difficultés.

Des synthèses de ces études, en particulier de celles de D. Davis [5] et de G. Bignolas [10], retenons l'utilité de l'identification active des besoins, l'utilité des retours d'information, des visites confraternelles et peut-être des discussions entre pairs, des méthodes autoritaires type RMO, l'intérêt incertain de la lecture individuelle, des matériels audiovisuels, l'inefficacité de l'enseignement magistral en grand groupe et de la diffusion isolée des recommandations.

Il apparaît ainsi que les perspectives d'amélioration de la qualité des soins par la FMC passent par un certain nombre d'exigences tenant compte des principes qui régissent les modifications de comportement d'un adulte, professionnel en exercice :

- privilégier dans la formation l'interactivité et la participation active à tous les niveaux ;
- mieux gérer l'information, à travers l'analyse critique et l'approche décisionnelle ;
- mieux diffuser les données validées : les diverses études analysant la non observation des recommandations montrent l'écart entre ces recommandations et la pratique réelle ou vécue du médecin. Il apparaît nécessaire de ne pas opposer les normes des recommandations et l'incertitude de la décision et surtout de favoriser les processus d'appropriation de ces recommandations par les professionnels eux-mêmes... ;
- promouvoir les méthodes de formation utilisant une évaluation des pratiques. Il apparaît nécessaire de concevoir des modalités de formation sortant du cadre traditionnel de l'enseignement, et confrontant le professionnel aux réalités de son exercice : les audits de pratique en sont l'exemple le plus étudié, mais il faut retenir la participation à des travaux de recherche clinique, des études épidémiologiques, des essais thérapeutiques, à condition que cette participation soit active ;
- prendre en compte dans la formation les aspects non techniques de la décision médicale, afin de tenter de combler le fossé entre le caractère théorique des données scientifiques et les données vécues de la pratique.

Les réalités et problèmes actuels

La FMC existe, tant au niveau des réalisations que de la structuration, avec des qualités et des défauts. Mais elle est en crise, et

les raisons sont à rechercher, moins au niveau de données intrinsèques à la FMC, qu'au niveau de l'organisation du système de soins français, et particulièrement des interférences entre l'État et les syndicats médicaux.

Des réalisations de qualité variable

La FMC s'est largement développée depuis quarante ans, à la suite d'initiatives d'origine diverses, principalement universitaires et professionnelles. La qualité de ces réalisations reste très variable allant du meilleur au plus incertain [10].

La FMC d'origine universitaire, la première organisée, sous le nom d'enseignement post-universitaire (EPU), est relativement développée dans toutes les UFR. Deux principaux reproches peuvent lui être faits. D'une part l'enseignement magistral, dont l'efficacité n'a jamais été démontrée, y est souvent privilégié. D'autre part l'identification des besoins est bien souvent réalisée à partir d'une vision hospitalière ou spécialisée ; ceci peut être valable pour la formation médicale continue des spécialistes, mais s'avère le plus souvent inadapté à celle des généralistes. Diverses réalisations tentent d'y pallier.

La FMC d'origine professionnelle, la plus souvent associative, s'est largement développée depuis les années soixante-dix et l'on compte actuellement près de 1 500 associations réparties sur le territoire. Cette spécificité française, qui responsabilise les professionnels et rapproche d'eux la FMC, est *a priori* un facteur d'adéquation entre la formation et les besoins. Par ailleurs la FMC associative a promu, dès son origine, sous l'influence notamment de Guy Scharf et de l'Unaformec, la pédagogie d'adultes et la pédagogie par objectifs. Il faut cependant reconnaître que, si beaucoup d'associations réalisent des actions de FMC très innovantes, un grand nombre reste encore très influencé par le modèle d'enseignement académique. Par ailleurs le mode dominant de formation en soirée se prête plus à une information qu'à une véritable formation susceptible de modifier les comportements. Les cycles de formation organisés par nombre d'associations, les séminaires de deux jours organisés depuis quelques années grâce aux financements conventionnels avec la Sécurité sociale, ont tenté de pallier ce défaut.

Reste un foisonnement d'initiatives diverses, peut-être plus à l'état de recherche, d'expériences que de large diffusion, mais dont l'importance ne doit pas être minimisée. Citons les réunions en petits groupes, les groupes

de pairs, les audits de pratique clinique, les formations-actions autour de divers projets de recherche..., toutes expériences ayant pour but de rapprocher la formation de la réalité de l'exercice professionnel. Citons aussi les expériences d'autoformation : les tests de lecture de la presse, les bilans professionnels personnalisés de l'Unaformec et les bilans de compétence de MG-France, les diverses expériences d'utilisation des nouveaux moyens de communication.

Une structuration et une politique professionnelle définies progressivement

La structuration, issue d'initiatives multiples, s'est réalisée progressivement à partir de 1975. Les premiers regroupements nationaux ont été d'initiatives associative et syndicale, soutenus par les pouvoirs publics. Rapidement s'est faite sentir la nécessité d'associer deux autres composantes de la vie professionnelle : l'Université et l'Ordre des médecins. C'est ainsi qu'ont été créés progressivement les Conseils régionaux de FMC et le Conseil national de la FMC, avec une composition quadripartite égalitaire. Purement associatives initialement, ces structures ont été légalisées par les Ordonnances de 1996.

Les principes généraux de la politique de FMC sont passés par une série d'étapes visant à améliorer les objectifs et le contenu de la FMC : introduction et formation aux principes de pédagogie d'adultes, avec formation d'animateurs ; promotion chez les professionnels des concepts d'évaluation et de qualité des soins, des principes d'épidémiologie, de santé publique, d'économie de la santé. En 1989, la définition des critères de qualité de la FMC a été basée sur quatre principes : adaptation à la pratique, qualité scientifique et pédagogique, indépendance. Depuis les Ordonnances de 1996 et l'obligation légale, le Conseil national de FMC a défini les critères de validation d'une action de FMC, en se fondant sur la recherche d'efficacité des divers types de FMC, sur leur capacité à modifier les comportements professionnels.

Les conditions de mise en œuvre ont été dominées par deux questions :

- la généralisation indispensable, avec l'alternative incitation ou obligation, résolue, au moins provisoirement, avec les ordonnances établissant l'obligation légale ;
- les problèmes de financement, avec ici trois possibilités : financement purement professionnel, auquel la majorité des praticiens n'étaient pas prêts ; financement par le biais de l'industrie, avec ses risques pour l'indé-

pendance de la formation ; financement public, par l'État ou les organismes sociaux, organisé progressivement, qui présente également des risques d'orientation de la formation. Les premiers financements ministériels en 1978 ont permis le lancement d'une politique nationale ; les financements conventionnels des années quatre-vingt-dix, ont permis le développement des formations de deux jours avec indemnisation des participants.

Les insuffisances et difficultés rencontrées

Elles ont été multiples, concernant aussi bien la FMC elle-même, ses modalités, son évaluation, son financement, que ses conditions de mise en œuvre. Les difficultés concernant ces dernières ont été particulièrement importantes et perturbatrices ces dernières années.

Les modalités de la FMC posent nombre de problèmes, tant au plan de l'identification des besoins que des méthodes pédagogiques utilisées. Conditionnés par les habitudes de l'enseignement académique, les intervenants et parfois même les participants, acceptent mal ou maîtrisent mal, des méthodes plus participatives. Le financement est largement dominé par les apports de l'industrie pharmaceutique, ce qui pose beaucoup de problèmes quant à l'indépendance du contenu de la formation. Des chartes satisfaisantes régissant les rapports entre les organisateurs et prestataires de formation et les sponsors industriels ont rarement été établies, et ne sont pas toujours observées.

Ces données concernant les insuffisances sont cependant souvent fondées sur des impressions, car l'évaluation de la FMC est, actuellement, insuffisamment développée.

Les conditions de mise en œuvre ont été assez profondément perturbées par les rivalités à l'intérieur de la profession, notamment par les dissensions syndicales et le souhait des organisations syndicales de jouer un rôle prédominant dans ce domaine, et notamment de contrôler les financements publics. L'État, en raison de dispositions du Code du travail et surtout en fonction des négociations professionnelles avec les représentants syndicaux, privilégie les options syndicales parmi les demandes des diverses composantes de la profession.

De ce fait la mise en œuvre de l'obligation légale est paralysée les pouvoirs publics n'ayant pas donné leur aval aux propositions du Conseil national de la FMC, celui-ci a pratiquement arrêté son activité. Il semblait pourtant que, malgré un certain nombre d'imperfec-

tions, la profession dans son ensemble avait accepté le nouveau dispositif, et que celui-ci pouvait facilement être amélioré.

Parallèlement une nouvelle modalité de FMC, la formation professionnelle continue (FPC), a été créée par la convention signée avec la Sécurité sociale et un syndicat de généralistes, et secondairement. Cette FPC, gérée paritairement par organismes sociaux et syndicats médicaux signataires, apparaît dérogatoire des règles adoptées par la profession et légalisées par les Ordonnances de 1996.

Ces données sont largement confirmées par deux rapports officiels indépendants : celui de l'Igas en 1993, et plus récemment le rapport de la Cour des Comptes sur la Sécurité sociale [4].

De toutes ces péripéties il résulte un blocage du système et surtout une démobilitation préoccupante des professionnels. La dynamique de développement professionnel de la FMC semble en panne. Seules, heureusement, les actions locales des associations se poursuivent, mais avec beaucoup de difficultés et un certain découragement.

Quelques principes pour une politique efficace de FMC

Une politique efficace de FMC doit prendre en compte quelques principes :

- La FMC doit avoir pour seul objectif la qualité des soins et la santé publique. Tout autre objectif risque d'en altérer l'indépendance. Il apparaît ainsi que les négociations concernant la FMC doivent être dissociées de tout autre objectif, sous peine d'asservir la FMC à des buts corporatifs. Le rapport de la Cour des Comptes en fait sa première conclusion [4].

- La FMC doit promouvoir une certaine conception de la médecine et de la santé, centrée sur le respect de la personne. Elle doit donc favoriser le travail en commun des divers modes d'exercice, tout en se centrant sur les objectifs propres à chaque discipline. Elle doit privilégier l'approche décisionnelle plutôt que le simple apport de connaissances, qui reste bien entendu nécessaire.

- La FMC doit accompagner les mutations du système de santé : évaluation et recherche de qualité des soins, travail en réseau, partage de la décision, éducation à la santé et éducation thérapeutique du patient, prévention et dépistage raisonné.

- La FMC doit reposer sur une véritable identification des besoins. Celle-ci doit faire intervenir les professionnels de toutes les dis-

ciplines et s'adapter à tous les modes d'exercice. Mais elle ne peut être l'œuvre des seuls professionnels, et doit prendre en compte les besoins de santé publique, les données économiques, les attentes de la population. C'est autour de l'identification des besoins que doit se réaliser essentiellement l'interaction entre les pouvoirs publics et les professionnels.

- La FMC doit tenir compte des principes de la formation de professionnels en exercice, et de l'impossibilité de sa réalisation sans une adhésion réelle de ces professionnels au système mis en place. Les structures qui l'organisent et la gèrent, doivent avoir la représentativité la plus large ; le système quadripartite mis en place semble être le mieux à même de favoriser l'adhésion du plus grand nombre de professionnels.

- La FMC dans ses modalités ne peut être que diversifiée, prenant en compte les particularités des médecins, de leurs besoins, de leur exercice. Elle ne peut se limiter aux méthodes traditionnelles de l'enseignement magistral. Les praticiens doivent avoir le libre choix de leurs moyens de formation.

- La FMC doit concerner l'ensemble des professionnels. Un système obligatoire, s'il est jugé nécessaire, qu'on l'appelle obligation de formation médicale continue ou recertification, doit se fonder sur la garantie des compétences plutôt que sur des connaissances. Il doit faire appel essentiellement à la responsabilité et à l'initiative des professionnels.

Il y aurait beaucoup à dire encore sur ce sujet. Plutôt qu'une description, difficile étant donné les incertitudes de la situation, il nous a paru préférable de présenter la problématique de l'efficacité de la FMC au regard de son ambition de permettre l'adaptation des professionnels à l'évolution des besoins de santé et de comparer cette problématique à la situation actuelle. Nos données montrent qu'il y a encore beaucoup d'obstacles. Les bases de la réussite sont entre les mains des professionnels ainsi que de l'État. Pour les professionnels, il s'agit de surmonter leurs divisions et d'accepter de travailler ensemble. Le rôle de l'État peut être décisif, comme l'avait été l'impulsion donnée en 1978 par Simone Veil. Les recommandations de la Cour des Comptes montrent la voie à suivre. ■