



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 dérogeant 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. ■