



Inspection générale  
des affaires sociales  
RM2008-124P

# Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins

RAPPORT

Établi par

Pierre Louis BRAS

Dr Gilles DUHAMEL

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

- novembre 2008 -



## Synthèse

- [1] Les médecins, quel que soit leur mode d'exercice, ont le devoir déontologique de se former et d'évaluer leurs pratiques. Ce devoir déontologique est devenu une obligation légale pour la formation médicale continue (FMC) en 1996, et pour l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en 2004. Pour permettre aux médecins de satisfaire à ces obligations et en assurer la validation, deux dispositifs, distincts même s'ils sont articulés, ont été définis. Ils sont tous deux complexes, faisant intervenir des institutions et des acteurs multiples aux compétences enchevêtrées. Ces dispositifs ne sont d'ailleurs pas pleinement opérationnels dans la mesure où les Conseils régionaux de formation continue n'ont pas été mis en place.
- [2] Les difficultés à construire ces dispositifs n'ont pas empêché pour autant que se poursuivent des actions de formation continue et que se développent des actions d'évaluation des pratiques.
- [3] En matière de formation, malgré des rapports qui ont déjà pointé cette carence, on manque de données permettant d'apprécier les pratiques des médecins, leurs attentes, leurs besoins et leurs difficultés. Pour les médecins libéraux, on note toutefois que la formation continue financée dans le cadre du dispositif conventionnel se développe fortement depuis le début des années 2000. Mais le caractère partiel de ces données ne permet pas, par exemple, de savoir si les pratiques des médecins libéraux correspondent aux exigences légales : environ 4 journées consacrées à la formation continue par an. Les rares données sur l'hôpital suggèrent qu'en moyenne les médecins se forment bien au-delà des obligations légales grâce, notamment, à l'importance des financements provenant de l'industrie des produits de santé.
- [4] Pour ce qui concerne l'évaluation des pratiques, la HAS a infléchi l'interprétation de cette nouvelle exigence l'éloignant d'une conception "sanctionnante" (appréciation portée par un tiers sur la qualité des pratiques) pour privilégier une évaluation "formative". L'évaluation des pratiques englobe donc les activités qui conduisent les médecins à porter un regard critique sur leurs pratiques pour les améliorer. Ce regard critique s'exerce à partir, autant que possible, des recommandations de bonne pratique. De nombreuses méthodes sont mobilisées : elles ont en commun de faire intervenir des échanges entre pairs et/ou la mesure d'indicateurs cliniques. Pour les spécialités à risques, l'accréditation, soit la déclaration et l'analyse des événements indésirables ou porteurs de risque, est une forme particulière et privilégiée d'évaluation. Il semble qu'une grande majorité de médecins, en tout cas dans les établissements de santé, est engagée dans des activités qui ressortent de l'évaluation des pratiques. Très majoritairement les médecins considèrent que le développement de ces activités est positif.
- [5] Un examen de la littérature, essentiellement étrangère, consacré à l'impact de la formation continue montre que celle-ci, dès lors qu'elle emprunte des formes pédagogiques didactiques traditionnelles a peu d'effet direct sur les pratiques. Les modes de formation plus interactifs, plus ancrés dans la pratique effective des médecins auraient un impact plus prononcé. Ce constat conduit à privilégier les activités relevant de l'évaluation des pratiques. Il ne condamne pas pour autant, a priori, la formation médicale continue développée en France dans la mesure où les organismes de formation, notamment ceux tournés vers les généralistes, ont développé des formations interactives relevant de la pédagogie d'adultes.
- [6] Sur la base de ces constats, la mission propose un aménagement du dispositif existant.
- [7] La séparation actuelle entre les dispositifs de formation continue et d'évaluation des pratiques n'est pas justifiée ; ces deux activités sont complémentaires. Il convient donc de les fédérer au sein d'un concept englobant : le développement professionnel continu dont l'objectif est d'améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

- [8] Les médecins auraient donc l'obligation de s'inscrire dans une démarche de développement professionnel continu. Cela suppose qu'ils veillent à maintenir et à actualiser leurs connaissances, qu'ils perfectionnent leur « savoir faire », qu'ils développent leur « savoir-être », qu'ils gèrent les risques inhérents à leur pratique. A cet effet, ils doivent participer à des actions de formation continue, évaluer leur pratique et sont astreints, du moins pour les spécialités à risques, à une procédure d'accréditation.
- [9] Est-il pertinent de vérifier que les médecins s'inscrivent effectivement dans cette démarche ou peut-on se borner à poser une simple exigence déontologique ? Il est pertinent de mettre en place un dispositif de validation si celui-ci est susceptible de favoriser le développement d'activité de formation et d'évaluation qui débouchent effectivement sur une amélioration des pratiques. En l'absence de données tant sur les activités de formation des médecins que sur la qualité et les effets des formations dispensés, il est difficile de se prononcer de manière assurée. La mission estime toutefois qu'il est raisonnable de maintenir un dispositif de validation, notamment parce que l'abandon de cette perspective, après plus de dix ans de tâtonnements, serait, à tort ou à raison, un facteur de démobilisation pour les médecins engagés dans ces activités et ceux qui militent pour les développer auprès de leurs confrères.
- [10] Les médecins devraient d'une part consacrer, sur cinq ans, environ quatre jours/an (ou un effort équivalent) à la formation médicale continue, d'autre part participer, dans l'année, à une démarche d'évaluation de leur pratique ou être engagés dans une procédure d'accréditation.
- [11] Il ne semble ni possible, ni pertinent de prescrire, au-delà de cette exigence générale de formation et d'évaluation, des thèmes qui s'imposeraient aux praticiens. La liberté de choix des médecins en ce domaine mérite d'être préservée. Il est toutefois souhaitable de privilégier certains thèmes de formation en leur apportant un soutien particulier.
- [12] Dans les faits, les pouvoirs publics ou les autorités hospitalières ne maîtrisent pas la plus grande part du financement de la formation des médecins hospitaliers. On ne peut envisager d'orienter leur choix de formation, au niveau national ou au niveau des établissements que dans l'hypothèse d'une réforme drastique, et donc peut-être peu réaliste, du mode de financement de leur formation.
- [13] En revanche, en exercice libéral, il est possible d'orienter les choix des médecins vers des thèmes considérés comme prioritaires. Les formations ou actions d'évaluation des pratiques correspondant à ces thèmes seraient financées et indemnisées par un fonds qui reprendrait les sommes consacrées actuellement à la Formation professionnelle conventionnelle (FPC), à l'EPP par la CNAMTS et celles gérées au titre du Fonds d'assurance formation de la profession médicale (FAF-PM).
- [14] Pour marquer la priorité à accorder aux actions d'évaluation, le fonds financerait ce type d'actions alors que les sommes actuellement disponibles sont consacrées quasi exclusivement à la formation. Il soutiendrait les actions d'évaluation des pratiques par le paiement aux organismes agréés pour l'évaluation d'une somme forfaitaire pour tout médecin pris en charge. Le montant des sommes consacrées au développement professionnel continu, en sus des contributions des médecins héritées du FAF-PM, serait déterminé dans le cadre des accords conventionnels.
- [15] Les formations et les actions d'évaluation ne sont validées que si elles sont réalisées par un organisme agréé. Cette procédure d'agrément paraît nécessaire dans la mesure où d'une part elle signale aux médecins les organismes qui satisfont à des critères de qualité et d'indépendance et ou, d'autre part, elle est susceptible de susciter des progrès dans la qualité des prestations proposées. Le dispositif actuel d'agrément et de sélection des actions financées fait intervenir de multiples institutions qui ne présentent pas toutes des garanties suffisantes de professionnalisme et d'indépendance. Il est donc proposé un dispositif unifié, professionnalisé, doté de capacité de contrôle et présentant des garanties d'indépendance renforcées.
- [16] Pour mettre en œuvre ce dispositif, l'architecture institutionnelle suivante est proposée.

- [17] Un conseil national du développement professionnel continu des médecins regroupe les représentants de la profession (Ordre, associations de formation et d'EPP, syndicats, sociétés savantes, collèges universitaires...), des pouvoirs publics et de l'UNCAM. Ce conseil définit les orientations de la politique de développement professionnel continu des médecins, émet des propositions sur la nature des obligations auxquels sont assujettis les médecins, définit les règles générales qui président à l'agrément des organismes et exerce une fonction de surveillance vis-à-vis du dispositif d'agrément. Il détermine, dans une formation spécifique aux médecins libéraux, les thèmes prioritaires qui ont vocation à bénéficier d'un soutien financier.
- [18] La HAS alimente la réflexion du conseil à travers un rapport annuel qui vise à répertorier les domaines où la FMC et/ou l'EPP peuvent contribuer à améliorer la qualité des soins et fait le bilan annuel des réalisations en matière de formation et d'évaluation et, dans toute la mesure du possible, celui de leur impact sur les pratiques. Pour construire ces analyses, la HAS s'appuie sur les structures fédératives professionnelles qui sont en train d'être constituées par spécialité ainsi que sur les URML. Elle réalise des études régulières visant à analyser les attentes, les besoins et les difficultés des médecins en matière de développement professionnel continu. Elle définit et promeut les méthodes, les référentiels et les pratiques pertinentes.
- [19] Une structure est en charge de l'agrément des organismes de formation et/ou d'évaluation et de la sélection sur appel d'offres des formations et/ou actions qui, consacrés aux thèmes prioritaires, font l'objet d'un financement spécifique. Cette structure constitue un conseil scientifique et un réseau d'experts afin d'assurer l'indépendance des décisions. Elle analyse la synthèse des rapports d'activité des organismes agréés et développe les méthodes de mesure des résultats. Elle dispose d'une capacité de contrôle des organismes agréés soit par la mobilisation de médecins habilités, soit par le personnel de la structure. Il paraît préférable de positionner cette structure au sein de la HAS que de constituer un organisme auprès du conseil national de développement professionnel continu. En tout état de cause, cette structure rend compte de son action devant ce conseil.
- [20] Les organismes agréés transmettent directement aux conseils départementaux de l'Ordre des médecins les justificatifs des actions de formation et d'évaluation. Le conseil de l'Ordre engage une démarche de concertation avec les médecins pour lesquels les justificatifs minimum n'auraient pas été fournis. Si à l'issue de cette procédure, il apparaît que le médecin n'entend pas corriger la situation, le conseil de l'Ordre engage une procédure disciplinaire.



# Sommaire

|  |          |
|--|----------|
| <b>SYNTHESE .....</b>  | <b>3</b> |
| <b>FORMATION MEDICALE CONTINUE ET EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DES MEDECINS .....</b>   | <b>9</b> |
| 1. LES DISPOSITIFS DE FMC ET D'EPP .....   | 9        |
| 1.1. <i>La formation médicale continue</i> .....   | 10       |
| 1.1.1. Les dispositifs de FMC.....   | 10       |
| 1.1.2. L'activité de FMC et son financement .....  | 12       |
| 1.2. <i>L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)</i> .....  | 17       |
| 1.2.1. L'organisation de l'EPP.....  | 18       |
| 1.2.2. La portée de l'obligation pour le médecin .....   | 20       |
| 1.2.3. L'EPP en pratique.....  | 20       |
| 1.2.4. Les données relatives au développement de l'EPP .....   | 23       |
| 1.2.5. Le financement de l'EPP.....  | 24       |
| 1.3. <i>L'agrément des organismes et des actions</i> .....   | 25       |
| 1.3.1. Description des différents dispositifs .....  | 25       |
| 1.3.2. La dynamique positive de l'agrément .....   | 27       |
| 1.3.3. Des incertitudes et des insuffisances subsistent.....   | 27       |
| 1.3.4. Comment concilier pluralité de l'offre et exigences de qualité ? .....  | 28       |
| 1.3.5. Faut-il agréer des organismes et/ou des actions ?.....  | 28       |
| 1.3.6. La multiplicité des guichets ne se justifie pas .....   | 28       |
| 1.3.7. Des attitudes différentes vis-à-vis du financement.....   | 29       |
| 1.3.8. Professionnalisation et indépendance des décisions.....   | 30       |
| 1.3.9. L'insuffisance du contrôle.....   | 30       |
| 2. LES PROPOSITIONS D'AMENAGEMENT DU DISPOSITIF .....  | 30       |
| 2.1. <i>Que peut-on attendre de la formation médicale continue et de l'EPP ?</i> .....   | 30       |
| 2.2. <i>Quel cadre général pour la FMC et l'EPP ?</i> .....  | 33       |
| 2.3. <i>Faut-il maintenir un dispositif de validation de l'engagement dans une démarche de développement professionnel continu ?</i> ..... | 34       |
| 2.3.1. Faut-il maintenir une validation de la participation à des actions de FMC ? .....   | 34       |
| 2.3.2. Faut-il maintenir un dispositif de validation de l'obligation d'EPP ?.....  | 36       |
| 2.3.3. Obligation de moyens, obligation de résultat ? .....  | 36       |
| 2.3.4. Quel dispositif de validation ? .....   | 37       |
| 2.4. <i>Faut-il prescrire aux médecins des thèmes de FMC et/ou d'EPP ?</i> .....   | 39       |
| 2.5. <i>Quel financement pour la FMC et l'EPP ?</i> .....  | 43       |
| 2.5.1. Comment marquer la priorité à accorder à l'EPP ?.....   | 44       |
| 2.5.2. L'avenir du FAF-PM.....   | 44       |
| 2.5.3. Le calibrage du montant du fonds .....  | 45       |
| 2.6. <i>Quel dispositif de promotion et de contrôle de la qualité de l'offre ?</i> .....   | 47       |
| 2.7. <i>Quelle répartition des responsabilités ?</i> .....   | 49       |
| 2.7.1. Un rôle d'orientation politique et de pilotage général.....   | 49       |
| 2.7.2. Une fonction d'expertise .....  | 49       |
| 2.7.3. Une fonction de promotion et de contrôle de la qualité de l'offre .....   | 50       |

---

|  |           |
|--|-----------|
| 2.7.4. Une responsabilité de gestion des obligations individuelles ..... | 50        |
| 3. SYNTHÈSE DU DISPOSITIF PROPOSÉ .....                                  | 51        |
| <b>LETTRÉ DE MISSION.....</b>  | <b>53</b> |
| <b>LISTE DES PERSONNES RENCONTREES .....</b>                             | <b>55</b> |
| <b>ANNEXE 1 : CRITERES FMC .....</b>                                     | <b>57</b> |

## Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins

- [21] Mme la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative a demandé à l'Inspection générale des affaires sociales d'analyser l'organisation juridique, administrative et financière des dispositifs actuels de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles et de lui faire des propositions de simplification afin d'assurer une meilleure lisibilité pour les professionnels et les patients des moyens mis en œuvre pour améliorer la qualité du système de santé (cf. lettre de saisine en annexe).
- [22] Confirmant l'obligation déontologique des médecins en matière de formation continue, la ministre souhaite que son organisation soit simple, efficace et responsabilisante pour les médecins. Le pilotage et le financement de l'ensemble du dispositif devront être unifiés et simplifiés.
- [23] La mission a rencontré ou contacté les principales institutions et personnes impliquées dans les dispositifs actuels de formation médicale continue (FMC) et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) (cf. liste des personnes rencontrées ou contactées).
- [24] La mission a concentré ses analyses et ses recommandations sur les médecins exerçant à titre libéral et sur les médecins exerçant leurs fonctions dans les établissements de santé. Dans les délais impartis, il ne lui était pas possible d'approfondir la problématique des médecins salariés non hospitaliers pour lesquels il aurait été nécessaire de mettre à plat les spécificités de chaque métier (médecine du travail, médecine scolaire, médecine de protection maternelle et infantile, médecine des centres de santé...).
- [25] A cet égard, la mission n'a pas mis en cause l'option prise depuis 1996 d'établir une législation générale applicable à l'ensemble des médecins quels que soient leurs modes d'exercice. Au plan symbolique, cette législation unique marque que tous les médecins sont soumis aux mêmes exigences ; toute différenciation risquerait d'être perçue comme une discrimination. Il n'en reste pas moins que les médecins sont placés, du fait de leurs modes d'exercice, dans des situations fondamentalement différentes. Il est donc délicat de calibrer les normes uniformes valables pour tous.
- [26] Dans une première partie, le rapport décrit les dispositifs actuels de FMC et d'EPP. La mission, dans une deuxième partie, s'est attachée à faire des propositions d'aménagement qui sont présentées sous forme de réponses aux principales questions qui se posent. Enfin, la troisième partie synthétise ses recommandations.

### 1. LES DISPOSITIFS DE FMC ET D'EPP

- [27] Les médecins sont soumis à une double obligation de FMC et d'EPP. Ces obligations sont individuelles et cumulatives. Toutes deux constituent un devoir déontologique<sup>1</sup>. Elles font, par ailleurs, l'objet de régimes juridiques distincts.
- [28] Nous décrirons successivement le dispositif de FMC et ce que l'on sait de l'activité de FMC (§ 1.1), puis le dispositif d'EPP et l'activité d'évaluation des pratiques professionnelles (§ 1.2). Enfin, un paragraphe est consacré à la présentation et à l'analyse comparée des différents dispositifs d'agréments des organismes et des actions de formation et d'EPP (§ 1.3).

---

<sup>1</sup> Selon l'article 11 du code de déontologie (décret n° 95-1000 de septembre 1995), " tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles".

## **1.1. La formation médicale continue**

### **1.1.1. Les dispositifs de FMC**

#### 1.1.1.1. L'obligation générale de formation et son barème

- [29] L'activité de FMC a longtemps été le fait d'initiatives – locales ou d'envergure nationale - venues des professionnels ou de certains universitaires. Pour ce qui concerne les généralistes, à la fin des années 70, un mouvement militant s'est constitué pour promouvoir des formations adaptées à cette spécialité<sup>2</sup>.
- [30] L'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 a fait de la FMC une obligation légale pour tous les médecins en exercice. Les modalités de mise en œuvre de cette obligation ont été revues par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 et celle n°2004-806 du 9 août 2004.
- [31] L'organisation et la gestion du dispositif relatif à la validation de l'obligation de FMC relève essentiellement de la profession. Trois instances professionnelles ont été constituées au niveau national : les conseils nationaux de la FMC des médecins libéraux (CNFMC-L), des médecins salariés (CNFMC-S) et des médecins exerçant en établissement de santé (publics et privés participant au service public) (CNFMC-H). Ces conseils sont chargés notamment de fixer des orientations et des thèmes prioritaires de formation, d'agrément les organismes formateurs, de définir les règles de validation du respect de l'obligation. Un comité de coordination est chargé « d'assurer la cohérence des missions des trois conseils nationaux ».
- [32] Un barème, établi sur la base des travaux des conseils nationaux, fixe les exigences pour valider l'obligation : chaque médecin doit obtenir, dans un délai de 5 ans, 150 « crédits » de formation<sup>3</sup>.
- [33] Les formations doivent être dispensées par des organismes agréés. Elles peuvent impliquer la présence physique du médecin, formation dites « présentielle ». Pour prendre en compte les difficultés de certains médecins à se regrouper notamment dans les zones rurales ou pour respecter le souhait de certains de pouvoir se former individuellement, des formations individuelles, à distance sont possibles via Internet.
- [34] Chaque formation "présentielle" ou à distance avec un organisme agréé donne lieu à l'attribution de 8 crédits pour une journée, de 4 pour une demi-journée ou une soirée<sup>4</sup>. Peu ou prou une heure vaut un crédit. Quatre journées de formation par an suffisent à un médecin pour respecter son obligation.
- [35] Au-delà de ces modes de formation, le barème ouvre des options aux médecins qui peuvent se substituer aux formations « classiques ». L'abonnement à un périodique ou l'acquisition d'un ouvrage médical donnent droit à 2 crédits par an dans la limite de 10 crédits sur les 5 ans. Si le périodique répond à des critères de qualité, chaque abonnement rapporte 4 crédits dans une limite de 40 sur les 5 ans.

<sup>2</sup> Gallois P. « Historique de la FMC en France » in *La formation médicale continue : principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation*, Paris, Médecine-Sciences Flammarion, 1997, P3.

<sup>3</sup> Cf. arrêté du 13 juillet 2006

<sup>4</sup> Les formations qui s'inscrivent dans une des orientations nationales que fixent les conseils, sont valorisées par une bonification de 20 % des crédits auxquels elles ouvrent droit.

- [36] Enfin, certaines situations professionnelles sont reconnues pour satisfaire à l'obligation de FMC au prorata du temps passé (l'équivalent d'une journée consacrée à l'une de ces activités vaut 8 crédits) dans une limite de 100 points sur les 5 ans. Ces situations sont multiples. Leur lien avec la pratique clinique est plus ou moins prononcé<sup>5</sup>.
- [37] Décrié du fait de sa complexité, le barème peut effectivement paraître assez peu lisible dans sa présentation dès lors que l'on évoque les multiples options offertes au médecin. Toutefois, l'essentiel du dispositif peut se résumer à l'obligation pour chaque médecin de consacrer au moins 4 jours par an, ou 8 demi-journées ou soirées par an, à des actions de FMC.
- [38] Le respect de l'obligation devait être validé par des conseils régionaux de la FMC. Chaque professionnel devait constituer un dossier comprenant les justificatifs des formations suivies, justificatifs fournis par l'organisme formateur. Les conseils régionaux, après vérification, devaient délivrer une attestation au praticien. En cas de manquement (absence de dépôt de dossier après une mise en demeure et un délai accordé de 6 mois) et de refus de pallier l'insuffisance constatée (mise en œuvre d'un plan ad hoc), le conseil régional de la FMC, devait informer le conseil régional de l'Ordre<sup>6</sup>. Les conseils régionaux n'ayant pas été mis en place, le coup d'envoi de l'ensemble du dispositif quinquennal n'est pas intervenu.

#### 1.1.1.2. Les dispositions spécifiques aux médecins libéraux : FPC et FAF-PM

- [39] Dans le cadre de la vie conventionnelle, certaines formations sont financées dans le cadre de la formation professionnelle conventionnelle (FPC). Les frais relatifs à ces formations sont pris en charge et les médecins sont indemnisés à hauteur de 15 consultations par jour (15 C pour les généralistes, 15 CS pour les spécialistes).
- [40] Le pilotage du dispositif est assuré par les partenaires conventionnels (représentants des syndicats médicaux signataires et de l'union nationale des caisses d'assurance maladie) réunis au sein du comité paritaire national de formation professionnelle conventionnelle (CPN-FPC). La gestion administrative et financière du dispositif est confiée à l'organisme gestionnaire conventionnel (OGC) créé par la loi n° 99-641 du 27/07/1999.
- [41] Chaque année le CPN-FMC arrête des thèmes de formation en rapport avec les thèmes conventionnels de maîtrise médicalisée des dépenses de santé et avec les objectifs de la loi de santé publique de 2004. A partir d'un appel à projets, des actions de formation seront sélectionnées parmi celles proposées par des organismes agréés. Avant d'être sélectionnées par le CNP-FPC, les projets d'actions, anonymisées, sont évaluées par le conseil scientifique de la FCP<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> Les situations professionnelles reconnues comme formatrices comprennent la réalisation de travaux de recherche et de publications, l'accomplissement de missions d'intérêt général au service de la qualité et de l'organisation des soins et de la prévention, les activités de formateur, notamment dans le cadre de la formation professionnelle des salariés hospitaliers et non hospitaliers, la participation à des jurys ou à des « staffs protocolisés ». Elles concernent également les fonctions électives dont on voit mal en quoi elles sont gages de pratiques de qualité tant elles paraissent éloignées de la pratique clinique.

<sup>6</sup> En cas de non validation, le conseil régional de l'Ordre aurait été en mesure d'appliquer une sanction. Mais il n'aurait pas été expressément dans l'obligation de le faire, la loi et les dispositions réglementaires n'ayant pas prévu de sanction explicite en la matière.

<sup>7</sup> Le conseil scientifique de la FPC est composé de 20 médecins experts permanents choisis par le CPN-FPC, dont 6 (3 généralistes et 3 spécialistes) à partir d'une liste proposée par les sociétés savantes, 6 à partir de celle proposée par les médecins conseils nationaux de l'UNCAM, et 6, représentants de l'université, figurant sur celle établie par la conférence des doyens. Siègent, avec voix consultative, un membre désigné par le CNFMC des médecins libéraux et un membre désigné par la HAS. Chaque projet est examiné par deux experts, les experts permanents pouvant faire appel à des experts correspondants figurant sur une liste nationale entérinée par le CPN-FPC (la liste comprenait 56 experts correspondants en 2007). Le conseil scientifique peut procéder à des visites sur sites dans le but d'élaborer des recommandations à l'intention de l'organisme, dans une perspective d'amélioration des formations qu'il dispense.

- [42] Enfin, dans le cadre général de la formation professionnelle, un fonds géré par les organisations syndicales - le fonds d'assurance formation de la profession médicale (FAF-PM) - s'adresse exclusivement aux médecins libéraux, à leur conjoint collaborateur et à leurs remplaçants. Le FAF-PM finance deux types de prestations : soit des formations collectives assurées par des associations qu'il a habilité, soit des actions individuelles de formation, essentiellement la participation à des congrès.

#### 1.1.1.3. Les dispositions spécifiques aux médecins hospitaliers

- [43] Les médecins exerçant leurs fonctions dans les établissements de santé sont soumis aux mêmes obligations générales de formation continue que les médecins libéraux et les médecins salariés non hospitaliers.
- [44] Les praticiens hospitaliers public ont, de par leur statut, le droit de consacrer 15 jours par an à la formation médicale continue.
- [45] Pour un médecin exerçant en établissement de santé, bon nombre des activités qu'il peut ou qu'il devrait réaliser dans le cadre d'une activité hospitalière « standard », sont susceptibles d'être prises en compte aussi bien dans le cadre de la FMC que dans celui de l'EPP<sup>8</sup>.

### 1.1.2. L'activité de FMC et son financement

- [46] Après la description des dispositifs, il paraît important d'examiner les données sur l'activité de FMC. Elles s'avèrent malheureusement lacunaires.

#### 1.1.2.1. Les données générales des CNFMC

- [47] Les organismes de FMC agréés sont tenus de fournir annuellement aux conseils nationaux un rapport dressant le bilan pédagogique et financier de leur activité. Seuls 159 des 215 organismes déjà agréés par les trois conseils au 31 mars 2008 avaient transmis leur rapport à l'été 2008, soit un taux de 72,9 %<sup>9</sup>.
- [48] Le rapport des conseils indique que 86 769 médecins différents ont été formés en 2007 par un organisme de formation agréé<sup>10</sup>. En moyenne, ces médecins ont participé à 1,5 formation par an, consacré 1,6 jour à la formation et recueilli 13 crédits<sup>11</sup>.
- [49] Cette information ne saurait, toutefois, être retenue comme base d'analyse dans la mesure où :
- d'une part elle sous-évalue très probablement la réalité<sup>12</sup> : du fait de la remontée incomplète des rapports d'activité des organismes agréés et parce que ne sont pas pris en compte les médecins qui ont été formés par des organismes remplissant les conditions de l'agrément mais pour lesquels la procédure d'agrément n'a pas été conduite à son terme ;

<sup>8</sup> Il en est ainsi de la participation régulière à des groupes de qualité ou à des groupes d'analyse de pratique entre pairs, de la participation régulière à des staffs pour peu qu'ils soient un minimum organisés et concernent la pratique du service. Cette interpénétration des deux champs d'obligation n'est pas gênante en soi, bien au contraire elle montre à quel point les démarches sont complémentaires. Les « dérogations » à l'obligation de formation proprement dite et la conception "large" des activités relevant, de l'EPP adoptée par l'HAS permettent au médecin hospitalier de remplir facilement ses obligations : bon nombre d'actions éligibles relèvent ou devraient relever de son activité régulière ; il peut les comptabiliser au choix dans l'un ou l'autre des domaines d'obligation (FMC ou EPP).

<sup>9</sup> Les dispositions réglementaires prévoient la subordination du renouvellement de l'agrément de l'organisme de formation à la transmission annuelle de son rapport. Celui-ci doit indiquer le nombre et la nature des formations dispensées ainsi que le nombre de médecins accueillis (art. R.4133-3 du CSP). Le délai mis par les conseils pour notifier certains agréments expliquerait en partie le faible taux de transmission des rapports.

<sup>10</sup> Début 2008, 210 600 médecins ont été répertoriés comme étant en exercice..

<sup>11</sup> Les ¾ des crédits recensés comme ayant été délivrés, l'ont été à des médecins libéraux, 8 % à des médecins salariés et 16 % à des médecins hospitaliers.

<sup>12</sup> Les données de l'observatoire régional de la santé de PACA pour leur part, décrivant la situation dans 5 régions différentes en 2007, font état d'un taux de participation déclaré très élevé (88,7 %) à des sessions de formation.

- d'autre part, les chiffres peuvent sur évaluer le nombre de médecins formés et sous évaluer le nombre de jours de formation par médecin dans la mesure où ils ne se rapportent qu'à un organisme donné alors qu'un même médecin a pu avoir suivi des formations de plusieurs organismes agréés durant l'année.

- [50] Parmi les 159 organismes ayant transmis un rapport aux conseils, seuls 138, soit moins des 2/3 des organismes agréés, ont fourni le descriptif de leurs recettes au titre de la FMC en 2007.
- [51] Les recettes totales s'élèvent à 48 M€ Presque 14 M€ proviennent d'un financement FPC (30% environ des recettes), et 1.27 M€ d'un financement du FAF-PM (2,6%)<sup>13</sup>. Pour près de la moitié des organismes (71 sur 138), les droits d'inscription acquittés par les médecins représentent plus de 50% des recettes. Au total, les droits d'inscription représentent 21% des recettes totales. Les droits d'adhésion s'élèvent à 2 M€ (4,1 %).
- [52] Cinquante deux organismes (soit 37.7 % des 138) ont bénéficié de l'aide financière d'industries de santé. La participation financière des industries de santé se serait élevée à 5.4 M€ en 2007 (soit à 11 % de l'ensemble des recettes). Toutefois les industriels peuvent apporter des soutiens aux formations qui ne transitent pas par les comptes des organismes (soutien logistique...). Il est donc difficile d'apprécier globalement l'indépendance financière des organismes de FMC par rapport aux industries de santé<sup>14</sup>.

#### 1.1.2.2. Les données spécifiques aux médecins libéraux

- [53] En sus des données des CNFMC, très lacunaires, on dispose d'éléments relatifs aux autres dispositifs de formation continue des médecins (FPC et FAF-PM).
- a) La FPC
- [54] Les données relatives à la FPC ne couvrent qu'une part des activités de formation des médecins libéraux, elles fournissent néanmoins de indications intéressantes.
- [55] En 2007, un peu plus de 20 000 des quelques 112 000 médecins libéraux en exercice ont suivi des formations dans le cadre de la FPC. Il s'agit essentiellement de médecins généralistes : 15 565 généralistes soit plus du quart d'entre eux (27 %) pour 4 474 spécialistes.
- [56] La participation à la FPC a connu depuis 2001 un essor constant. Les médecins généralistes étaient 6 451 à se former dans ce cadre en 2001, ce nombre a été multiplié par 2.4 en 2007. Le nombre de journées de formation est passé de 18 376 à 67 762 en 2007 soit une multiplication de 3.7 pour les généralistes. Depuis 2001, 27 465 médecins généralistes différents soit près de la moitié des généralistes en exercice ont été formés. En moyenne, 79 % des médecins généralistes formés ont renouvelé l'expérience les années suivantes. Cette forte croissance est liée à un effet d'offre (croissance du budget du fonds), mais elle peut aussi témoigner d'une dynamique en matière d'engagement dans la FMC. Il faudrait, pour en être certain, pouvoir vérifier que les formations via la FPC ne se sont pas substituées à d'autres.
- [57] Les spécialistes ne peuvent participer au dispositif que depuis 2005. Leur nombre reste encore relativement limité : quelques 6 700 spécialistes ont depuis cette date suivi une formation dans le cadre de la FPC. Mais la dynamique semble engagée, 43.8 % des médecins qui ont participé à une action de FPC pour la première fois, en 2007, sont des spécialistes<sup>15</sup>. Le nombre de journées de formation de spécialistes a été multiplié par 4.6 (3 002 en 2005, 13 720 en 2007).

---

<sup>13</sup> Cinquante organismes agréés (36 % des 138 ayant fourni des informations relatives à leurs ressources aux conseils) déclarent des recettes issues de la FPC. A noter que 7 organismes ont également déclaré un financement de l'assurance maladie autre que la FPC provenant du FICQS pour un montant global de 1.39 M€ représentant le tiers des recettes de ces organismes. Vingt neuf organismes (21 % des 138) ont déclaré des ressources venues du FAF-PM.

<sup>14</sup> Questionnés sur ce point les CNFMC considèrent que les contributions de l'industrie « ne peuvent être qualifiées de fortes ». Leur intention est d'enrichir le questionnaire adressé aux organismes agréés dans le futur en leur demandant une estimation chiffrée des ressources en nature, prêtées, offertes ou prises en charge par un tiers.

<sup>15</sup> Ils ont été 2945 spécialistes parmi les 6712 médecins à avoir participé pour la première fois en 2007.

- [58] En 2007, un médecin généraliste qui a recours à la FPC a suivi en moyenne 4.35 journées de formation. Cinquante neuf pour cent des généralistes (32 % des spécialistes) ont suivi plus d'une session de formation. Sachant que quatre vingt quinze pour cent des formations sont réalisées sur deux jours<sup>16</sup>, la FPC devrait permettre à bon nombre de généralistes de valider leur obligation de formation continue<sup>17</sup>.
- [59] Le financement des organismes est calculé par jour et par médecin participant. Ils bénéficient d'un forfait pour les frais pédagogiques (380 € pour un organisme national, 300 € si l'organisme est régional), les frais d'hôtellerie et de restauration sont pris en charge dans la limite d'un plafond<sup>18</sup>. Le budget total de la FPC s'est élevé à quelques 75 M€ en 2007, les financements effectifs à 64.9 M€ dont 34 M€ pour les organismes de formation. Le budget prévisionnel pour 2008 s'élève à 104.7 M€ après intégration du reliquat 2007 : 50.4 M€ consacrés au financement des formations, 47.7 M€ à l'indemnisation des médecins, 5 M€ au financement de formations à l'EPP, 1 M€ au financement de l'OGC et 600 000 € au conseil scientifique<sup>19</sup>.
- [60] Même si le nombre des thèmes proposés est relativement élevé (44 en 2007), les médecins ont privilégié un nombre restreint de sujets : les ¾ des journées de formation depuis 2001 ont porté sur 12 thèmes, la moitié sur les 6 thèmes suivants :
- suivi de l'enfant et de l'adolescent ;
  - suivi de la femme / pathologies gynécologiques et obstétriques ;
  - le patient en perte d'autonomie / suivi de la personne âgée ou dépendante ;
  - la prescription du médicament ;
  - le patient en situation d'urgence ;
  - le patient diabétique de type 2 / diabète – pathologies endocriniennes<sup>20</sup>.
- [61] La plupart de ces thèmes sont médicaux et plutôt transversaux, ils ne sont pas spécifiquement conventionnels ou médico-économiques<sup>21</sup>.
- [62] L'ensemble de ces données et les taux de réitération des formations semblent montrer que l'offre de formation satisfait les participants. Toutefois, il n'est pas possible de garantir que les thèmes proposés couvrent tous les besoins ressentis par les médecins et, a fortiori, de savoir s'ils correspondent aux besoins réels qui ne sont aucunement objectivés aujourd'hui.
- [63] Le dispositif est contraint par le budget disponible, on ne sait pas si le budget proposé correspond à la "demande" ou si une expansion de l'enveloppe permettrait de développer les formations<sup>22</sup>.
- b) Le FAF-PM :
- [64] 122 430 médecins ont cotisé au fonds en 2008. La cotisation de chaque médecin s'élève à 47 € et à 72 € en cas de conjoint collaborateur. Les ressources du FAF-PM s'élèvent à 5,5 M€ en 2008.

<sup>16</sup> 83 % ont lieu le vendredi et le samedi.

<sup>17</sup> Si le rythme de participation de 2007 se maintient, plus de 15 % des généralistes auront validé leur obligation de FMC sur 5 ans via la seule FCP.

<sup>18</sup> 69 € en Ile de France et à la Réunion, 59 € dans les autres régions et les autres DOM

<sup>19</sup> Soit des frais de fonctionnement s'élevant à 1.53 %.

<sup>20</sup> Les 6 autres thèmes sont : l'outil informatique, le patient anxieux et/ou dépressif et/ou insomniaque, le patient à risque cardiovasculaire, la prise en charge de la douleur, la prévention des cancers, et les outils de coordination et de continuité des soins.

<sup>21</sup> Il faut toutefois noter qu'en 2007 un critère médico - économique est venu enrichir la grille d'évaluation des actions et que, parmi les actions validées par le conseil scientifique, celles comportant une approche médico - économique ont été privilégiées par le comité paritaire national dans ses décisions de financement.

<sup>22</sup> Le taux de remplissage moyen des 2 174 sessions et 81 482 journées de formation réalisées en 2007 s'est élevé à 81 %.

- [65] Les frais de fonctionnement du fonds sont estimés en 2008 à quelques 450 000 €. Environ 3,5 M€ sont destinés à financer des actions engagées par les associations habilitées<sup>23</sup> : seuls sont financés les frais pédagogiques à hauteur de 600 € la journée<sup>24</sup>, 280 € la demi journée, 180 € la soirée. Enfin, 800 000 € sont prévus pour financer les formations individuelles. Celles-ci sont prises en charge au coût réel des frais pédagogiques et plafonnées à 600 € par an et par médecin.
- [66] Le FAF-PM a contribué à former environ 7 000 médecins en 2007 soit moins de 6 % des cotisants. On ne peut savoir combien de formations financées par le FAF-PM ont été réalisées par des organismes agréés CNFMC.
- [67] Outre des sujets strictement médicaux<sup>25</sup>, le fonds finance des formations à l'informatique (15 % des actions en 2006, 35 % en 2007) et à l'apprentissage ou au perfectionnement de l'anglais médical (6 % des actions).

### 1.1.2.3. Les données relatives aux praticiens hospitaliers

- [68] Selon, la synthèse annuelle des données sociales hospitalières pour les établissements publics, les médecins hospitaliers ont consacré en moyenne 4,4 jours à la formation<sup>26</sup>. Une enquête par sondage réalisée par le CNFMCH en 2004<sup>27</sup> faisait apparaître des pratiques de formation beaucoup plus soutenues. Les praticiens hospitaliers consacraient environ 14 jours par an à des formations (6,4 jours à des congrès, 6,35 à des séances de formation ou à des séminaires et 1,1 jour à des formations organisées par l'établissement via la CME).
- [69] L'écart entre les deux sources est révélateur de l'incertitude sur les pratiques réelles. Selon la source, il apparaît que les pratiques des praticiens hospitaliers seraient soit au moins égales, soit très supérieures aux exigences du barème de FMC (environ 4 jours par an). Il n'est pas exclu pour autant qu'une petite minorité de praticiens se situent à des niveaux inférieurs au barème. La situation varierait selon la taille de l'établissement, les spécialités, les caractéristiques personnelles des praticiens.
- [70] Quant à la capacité des médecins à dégager du temps pour se former, les résultats de l'enquête précitée du CNFMC laissent penser que les praticiens y parviennent. Toutefois, certains répondants font état de difficultés, du fait de leur charge de travail, pour dégager du temps pour la formation continue.
- [71] L'article 11 de la loi du 10 juillet 1989 prévoyait que la commission médicale d'établissement (CME) dispose d'un budget pour financer les formations des médecins, pharmaciens et biologistes d'au minimum 0,5 % de la masse salariale brute, hors charges, des praticiens dans les CHU et d'au minimum 0,75% dans les CH. Cet article de loi a été abrogé par la loi du 4 mars 2002. Un nouvel article (art. L 6155-4 du CSP) issu de la même loi maintient l'exigence de consacrer un pourcentage de la masse salariale à la formation continue mais renvoie à un décret le soin d'en fixer le taux. Six ans après la promulgation de la loi, le décret n'est toujours pas paru<sup>28</sup>. Selon la DHOS, les établissements publics de santé continueraient à appliquer les pourcentages antérieurs qui, même en l'absence de base réglementaire, feraient "référence".

<sup>23</sup> Le FAF-PM a versé 3,92 M€ aux associations en 2007 sur les 5,38 M€ collectés.

<sup>24</sup> Soit un montant largement supérieur à celui retenu dans le cadre de la FPC.

<sup>25</sup> Ceux-ci avaient représenté 71 % des actions financées en 2006 mais n'ont plus concerné que 45 % des actions en 2007.

<sup>26</sup> DHOS, Synthèse annuelle des données sociales hospitalières 2005, Mars 2008. P 126 à 134.

<sup>27</sup> Voir le rapport d'activité du CNFMCH de janvier 2005, p 77 à 81. L'enquête sur questionnaire a été adressée à 200 praticiens tirés au sort et son analyse a porté sur 100 réponses. Ses résultats doivent donc être pris avec précaution.

<sup>28</sup> Il semble avoir été oublié qu'il est de "bonne administration" de prendre les textes réglementaires pour assurer l'application des lois sachant qu'en l'occurrence, le texte à prendre n'est pas d'une complexité majeure..

- [72] Pourtant, la synthèse annuelle des données sociales hospitalières publiée par la DHOS fait apparaître un ratio dépenses de formation sur rémunération brute des médecins de 0,41%, soit un niveau inférieur à la norme en vigueur avant 2002. Cet écart n'est pas expliqué par la DHOS (erreurs statistiques, diminution des efforts des établissements du fait de la disparition de la base réglementaire...). Ce ratio est d'autant plus élevé que les établissements sont de petites tailles (0,25% pour les établissements dont l'effectif est supérieur à 3000, 0,69 % pour les établissements dont l'effectif est compris entre 300 à 499).
- [73] Les sommes consacrées à la formation continue des médecins par les établissements hospitaliers publics peuvent être estimées sur la base de ce ratio à 17,2 millions d'euros soit environ 200 euros par praticien ou 325 euros par ETP. Les hôpitaux publics financeraient donc environ 1 jour de formation par praticien et par an (si l'on se réfère aux coûts de la FPC), soit bien moins que l'obligation du barème.
- [74] Ces données ne permettent pas toutefois de rendre compte des sommes consacrées réellement à la formation médicale continue. En effet, l'industrie des produits de santé financerait une part importante de la FMC. Sans qu'il soit possible d'estimer le montant de ces financements, il serait largement supérieur à ceux des CME. Le fait que le ratio de dépenses soit plus élevé dans les petits établissements que dans les grands pourrait refléter la plus grande difficulté pour les praticiens des petits établissements à obtenir des financements de l'industrie.
- [75] Enfin, les praticiens contribueraient eux-mêmes, dans certains cas, au financement de leur formation continue.
- [76] La situation des praticiens est donc fondamentalement différente selon qu'ils peuvent accéder ou non à des financements de l'industrie, possibilité qui varie selon la spécialité, la taille des établissements, le renom du praticien. Les CME orienteraient, du moins en partie, leurs budgets vers les praticiens qui disposent de moins de possibilités de solliciter l'industrie.
- [77] L'article R 6144-1 du CSP, prévoit que la CME "organise la formation médicale continue en préparant avec le directeur dans les hôpitaux locaux et avec le conseil exécutif dans les autres établissements publics de santé les plans de formation des praticiens"..
- [78] Les opinions divergent sur la capacité des CME à organiser effectivement la formation continue. Pour certains, les CME parviennent, même en ne maîtrisant qu'une faible part des financements, à affirmer des priorités. Pour d'autres, la faiblesse des financements de la CME ne lui permet pas d'orienter vraiment les efforts de formation des praticiens, la CME agit pour l'essentiel pour financer les souhaits de formation des praticiens qui ne bénéficient pas de financement industriels. Selon le CNFMCH, "elle répartit la plus grande partie des fonds au coup par coup entre les praticiens pour financer leur participation à des congrès médicaux ou à des séjours dans des structures étrangères"<sup>29</sup>. La seconde opinion paraît plus proche de la réalité.
- [79] La situation décrite peut susciter des interrogations. La dépendance des praticiens à l'égard de l'industrie pour leur formation est-elle susceptible d'avoir une influence néfaste sur leur indépendance ? La faible maîtrise par les autorités médicales des projets de formation des praticiens est-elle préjudiciable car elle ne permet pas d'affirmer une politique d'établissement ou, au contraire, ne porte-t-elle pas à conséquence dans la mesure où les projets individuels de formation peuvent se réaliser ? Quelle est la part des médecins hospitaliers contraints dans leurs souhaits de formation soit par manque de temps, soit par insuffisance des financements ?

---

<sup>29</sup> Rapport du CNFMCH précité. Voir aussi Le Bonniec J. "La formation médicale continue enjeu stratégique et levier pour l'optimisation de la gestion des compétences médicales", mémoire de l'ENSP décembre 2007, une monographie qui confirme à partir du centre hospitalier de saint-Brieuc que "les conditions d'une réelle politique de formation continue ne sont pas pour l'instant réunies", et que "la FMC peut s'apparenter bien souvent à un droit de tirage sur le budget dédié".

#### 1.1.2.4. La carence des informations

- [80] Comme les rapports successifs de l'IGAS le soulignent depuis plus de 10 ans<sup>30</sup> les données sur la FMC sont très insuffisantes. On ne sait toujours pas combien de médecins ont suivi combien de formations durant l'année passée, quel temps ils y ont consacré. On ne dispose d'aucune appréciation de leurs besoins, de leurs attentes et de leurs difficultés.
- [81] Il serait, par exemple, utile de savoir :
- ce que les médecins pensent de l'obligation de formation continue et du barème leur permettant de la valider ;
  - ce que sont leurs attentes en matière de FMC, s'ils estiment certains thèmes prioritaires ;
  - s'ils se forment à hauteur des exigences du barème, au-delà ou en deçà et pour quelles raisons ;
  - s'il existe une typologie des comportements de FMC, si ceux-ci sont liée au sexe, à l'âge, à l'ancienneté dans l'exercice, aux modalités de l'exercice (en groupe, ou isolé)...
- [82] On est également imparfaitement informé sur la qualité des formations suivies, en particulier de celles qui n'ont relevé d'aucun agrément, n'ont sollicité aucun financement institutionnel (public ou professionnel).
- [83] La DHOS attendait une remontée d'informations de la mise en place du portail Internet qui devait parachever le dispositif de FMC issu de la loi de 2004. On peut toutefois regretter qu'elle n'ait procédé à des études ponctuelles par sondage, à l'instar des travaux conduits par la Haute autorité de santé (HAS) auprès des médecins en exercice à propos de l'EPP (voir infra).
- [84] Des études évaluant l'impact de la FMC sur les pratiques des médecins seraient également particulièrement utiles, mais leur réalisation est beaucoup plus ardue compte tenu des multiples cofacteurs explicatifs possibles. Elles sont, à notre connaissance, quasi inexistantes en France.

### 1.2. L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

- [85] La loi du 13 août 2004 a institué (art L.4133-1-1 du CSP) une nouvelle obligation se surajoutant à celle relative à la formation continue, "l'évaluation *individuelle* des pratiques professionnelles".
- [86] Le décret, en date du 14 avril 2005, définit l'EPP : elle "a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par le praticien. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement de la santé publique dans le respect des règles déontologiques. Elle consiste en l'analyse des pratiques professionnelles en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par le Haute Autorité de Santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'amélioration des pratiques. L'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue"<sup>31</sup>.
- [87] Au-delà des objectifs, la définition fait de "l'analyse des pratiques professionnelles", le cœur de la démarche d'évaluation. Le terme "analyse" renvoie, de prime abord, à l'idée d'un regard externe porté sur les pratiques du médecin. En fait, c'est l'auto-analyse qui a été privilégiée (cf. infra).

<sup>30</sup> Notamment les rapports n° 98037 d'avril 1998 et 2006 002 de janvier 2006 (d'Autume C., Postel-Vinay D. « Mission relative à l'organisation juridique, administrative et financière de la formation continue des professions médicales et paramédicales. »). Un crédit de 1.5 M€ avait été obtenu en loi de finances 2006 pour créer un portail Internet qui devait constituer l'amorce d'un système d'information dédié à la formation continue des professions de santé. Mais le cabinet de la ministre de la santé a demandé à la DHOS de sursoir début 2008. Aucune initiative particulière n'a été prise par la DHOS pour collecter un minimum de données qualitatives.

<sup>31</sup> Précision peut-être opportune sur le fond mais qui contredit la loi qui identifie deux obligations distinctes. Cela a permis notamment d'intégrer l'EPP dans le barème des CNFMC qui au-delà des 150 crédits déjà évoqués au titre de la FMC exige 100 crédits au titre de l'EPP.

### 1.2.1. L'organisation de l'EPP

- [88] La loi prévoit que pour satisfaire à l'obligation d'EPP, le médecin doit participer :
- soit (article L. 4134-5) à des actions organisées par les URML qui ont recours à des médecins habilités. Il est prévu que ces médecins habilités procèdent, à la demande des médecins libéraux, à "des évaluations *individuelles ou collectives* des pratiques"<sup>32</sup>.
  - soit à un dispositif agréé dans des conditions fixées par décret.
- [89] Selon le décret du 14 avril 2005 :
- Pour tous les médecins, les évaluations des pratiques professionnelles sont réalisées selon des modalités définies par la HAS. La HAS habilite des médecins et des organismes agréés qui ont vocation à "réaliser" les actions d'évaluation. Pour les organismes, l'agrément par la HAS est précédé d'un avis du ou des CNFMC.
  - L'évaluation des pratiques professionnelles pour les médecins libéraux est "organisée" par les URML. Elle est "réalisée" par des médecins habilités ou par des organismes agréés.
  - Pour les médecins salariés exerçant en établissements de santé, l'évaluation est organisée par la CME, la commission médicale ou la conférence médicale selon le statut de l'établissement, avec éventuellement le concours d'un organisme agréé.
  - Pour les médecins libéraux exerçant en établissements de santé privés les évaluations sont "organisées" conjointement par l'URML et la CME. Le décret ne mentionne pas explicitement l'intervention de médecins habilités ou d'organismes agréés pour la réalisation d'évaluation mais celle-ci ne paraît pas exclue.
  - Pour les médecins salariés non hospitaliers, le décret ne prévoit pas d'autorité qui organise l'évaluation mais indique que le recours à des médecins habilités ou à des organismes agréés est possible.
  - Peuvent délivrer des certificats attestant de l'évaluation, au vu de l'évaluation fournie par le médecin habilité ou par le médecin de l'organisme agréé, soit l'URML (cas des libéraux), soit la CME, la commission médicale ou la conférence médicale (cas des hospitaliers), soit l'organisme agréé lui-même (cas des médecins salariés).
  - Pour tous les médecins, une commission régionale de six membres (trois désignés par les CNFMC, trois par le conseil régional de l'Ordre) "constate" au vu des certificats fournis et à la demande du médecin, que celui-ci a satisfait à son obligation. Si le constat est positif, il en informe le conseil départemental de l'Ordre des médecins qui délivre une attestation au médecin.
- [90] Enfin, on peut penser que cette attestation permet aux médecins d'obtenir les 100 crédits exigés dans le barème des CNFMC au titre de l'EPP pour valider leur obligation. Le barème CNFMC exige en effet, sur cinq ans, 150 crédits au titre de la FMC (cf. supra) mais aussi 100 crédits au titre de l'EPP.
- [91] Ce dispositif complexe semble s'organiser autour du schéma suivant :
- réalisation de l'évaluation par des "institutions" habilitées par la HAS (médecins habilités, organismes agréés) ;
  - certification de chaque action d'évaluation par une autorité (URML pour les libéraux, CME pour les hospitaliers, organisme agréé directement pour les salariés) ;
  - appréciation par la commission placée auprès du conseil régional de l'Ordre, au vu des certificats fournis, que le médecin a satisfait à son obligation d'évaluation ; information du conseil départemental de l'Ordre et délivrance d'une attestation au médecin.

---

<sup>32</sup> On notera les flottements dans le vocabulaire, l'article L. 4133-1-1 fixe une obligation "d'évaluation individuelle" et renvoie à l'article L. 4134-5 qui se réfère à des "évaluations individuelles ou collectives", le décret d'application du 14 avril 2005 renvoie quant à lui à "l'évaluation des pratiques professionnelles".

- [92] La logique de ce schéma est, pour l'essentiel, celle d'une "évaluation sanctionnante"<sup>33</sup>, d'un jugement externe sur les pratiques des médecins : les pratiques du médecin sont évaluées par un tiers (médecin habilité, organisme agréé) qui "réalise" et "fournit" une évaluation. Sur la base des résultats de l'évaluation "réalisée", une autorité (URML, CME, organisme agréé) certifie que telle ou telle pratique du médecin a été évaluée et implicitement que l'évaluation est positive. L'accumulation de certificats doit permettre à la commission placée auprès du conseil régional de l'Ordre de se prononcer sur le "caractère complet de l'évaluation"<sup>34</sup>. La dimension de jugement externe sur la pratique est marquée par le fait que les médecins habilités ou les organismes agréés peuvent (art. R. 4133-27) délivrer des recommandations au médecin portant notamment sur le suivi d'actions de formation médicale continue, recommandations que le médecin peut contester.
- [93] La HAS qui définit les modalités de l'évaluation, a donné au dispositif, une orientation profondément différente. Elle va insister sur le fait que l'EPP n'est pas une "évaluation sanctionnante" mais une "évaluation formative". Il s'agit pour l'essentiel d'engager les médecins dans des démarches d'auto-évaluation, individuelle ou collective, de leurs pratiques en vue de les améliorer. La fonction des intervenants de base (médecins habilités, organisme agréé) est ainsi profondément modifiée : ils ne "réalisent" plus une évaluation comme le prévoit le décret mais accompagnent les praticiens dans une démarche d'évaluation de leur propre pratique. Ils ne sont pas en position de délivrer des recommandations de formation médicale mais accompagnent le médecin dans une démarche qui, éventuellement, lui permet de mieux apprécier ses besoins de formation. Les éventuels certificats n'ont plus le même sens, ils n'attestent pas que la pratique du médecin est "bonne" mais sanctionnent le fait qu'il s'est effectivement engagé dans une démarche validée, visant à les améliorer.
- [94] Constaté que la HAS a modifié l'esprit du dispositif n'est pas une critique ; on peut, au contraire penser que cette réorientation est opportune.
- [95] Il est vrai que subsiste une modalité traditionnelle de l'évaluation qui relève du regard extérieur sur la pratique (audit de certaines pratiques au cabinet du médecin par un médecin habilité à partir d'une exploitation des dossiers patients). Mais cette possibilité n'est plus promue par la HAS qui doute de sa pertinence. Traditionnellement, cette modalité d'évaluation était désignée, depuis le décret de 1999, comme "l'évaluation individuelle". Aujourd'hui lorsque la HAS évoque l'évaluation individuelle, elle désigne des démarches où le médecin mesure certains aspects de sa pratique, les transmet à un organisme agréé qui les analyse, les confronte à des normes ou à des résultats moyens, les renvoie au médecin de manière à alimenter une démarche d'amélioration de sa pratique.
- [96] Il est vrai également que les médecins exerçant une spécialité à risques, peuvent satisfaire à leur obligation d'EPP en participant à une démarche d'accréditation<sup>35</sup>. Cette démarche obéit à des règles propres. Elle est fondée sur la déclaration et l'analyse des événements porteurs de risque survenus dans leur pratique. Dans le cadre de cette démarche, les organismes agréés pour l'accréditation sont dans une position différente de celle qui prévaut en matière d'EPP. Ils sont en position de formuler des recommandations, d'en suivre la mise en œuvre, d'organiser des visites sur place par l'intermédiaire de médecins experts extérieurs. La démarche d'accréditation, si elle vaut EPP, est toutefois porteuse d'exigences spécifiques qui la distinguent de l'EPP commune.

---

<sup>33</sup> Nous reprenons les termes de la HAS qui distingue « évaluation sanctionnante » et « évaluation formative ». En fait, le terme « évaluation sanctionnante » désigne ce qui, dans le sens commun, est dénommé évaluation, soit l'appréciation portée par un tiers qui se traduit par la détermination d'une note, d'un prix, d'un certificat de conformité que l'on peut avec une connotation péjorative appeler sanction. C'est en ce sens que l'on parle d'évaluation scolaire, de l'évaluation d'un bien immobilier, de l'évaluation d'une procédure ou d'un procédé. L'évaluation formative s'éloigne du sens généralement accepté pour le terme « évaluation », il s'agit pour l'essentiel d'une auto-évaluation.

<sup>34</sup> Art. D. 4133-24 du CSP cf. infra.

<sup>35</sup> Art. D. 4135-1 du CSP.

### 1.2.2. La portée de l'obligation pour le médecin

- [97] Le dispositif légal et réglementaire actuel ne permet pas aux médecins d'apprécier concrètement la portée de leur obligation en matière d'EPP.
- [98] Le décret du 14 avril 2005 prévoit qu'un médecin satisfait à l'obligation "dès lors que sa participation au cours d'une période maximale de cinq ans à un ou plusieurs dispositifs...atteint un degré suffisant pour garantir, dans des conditions définies par la Haute Autorité de Santé après avis des conseils nationaux de la formation continue compétents, le caractère complet de l'évaluation". Une décision de la HAS du 7 novembre 2007 précise que le médecin satisfait à l'obligation dès lors que le médecin soit a été accrédité, soit s'est engagé dans "un ou plusieurs programmes" et "fait reconnaître sa participation dans le ou les programmes choisis" sachant que ces programmes doivent être en "rapport direct" avec l'activité du praticien et "susceptibles de permettre notamment par leur contenu et leur durée, une amélioration de la qualité des soins et du service rendu". La HAS donne en annexe de sa décision une définition ambitieuse et exigeante des caractéristiques des programmes susceptibles de permettre une amélioration de la qualité des soins<sup>36</sup>.
- [99] En fait, la HAS s'est écartée des prescriptions du décret pour conforter sa conception de l'EPP. On passe d'une conception "sanctionnante" de l'EPP dont témoigne, dans le décret, l'exigence d'un "caractère complet de l'évaluation"<sup>37</sup> à une conception formative dont témoigne, dans la décision de la HAS, l'exigence de participer à des programmes susceptibles d'améliorer la qualité des pratiques.
- [100] Sur la base de ces textes ambigus, les commissions placées auprès du conseil régional de l'Ordre sont censées, au vu des certificats transmis, constater que le médecin a satisfait à son obligation d'EPP.
- [101] Il est donc très difficile pour un médecin de savoir concrètement ce qu'il doit faire pour satisfaire à son obligation d'EPP. En effet, l'appréciation est renvoyée à une commission qui, au vu de certificats délivrés pour des "actions", doit apprécier si cela atteste de la participation à un ou des "programmes" répondant à des exigences formulées en termes qualitatifs par le HAS.

### 1.2.3. L'EPP en pratique.

- [102] L'EPP s'est, en pratique, développée, pour l'essentiel, selon les modalités promues par la HAS, soit sous la forme d'une évaluation « formative » et non d'une évaluation "sanctionnante". L'EPP n'est pas un jugement extérieur porté sur les pratiques mais une démarche qui vise à les améliorer. L'HAS, soucieuse de créer une dynamique, a donc validé une large gamme de modalités d'EPP. Il s'agissait, sans imposer un cadre trop contraignant; d'accueillir toutes les démarches qui intégraient l'une ou l'autre des deux dimensions suivantes :
- l'échange sur les pratiques en groupe, entre pairs. Il est admis que de tels échanges dès lors qu'ils sont plus ou moins structurés, se traduisent par une amélioration des pratiques ;
  - la mesure de la pratique. Il est également admis, dès lors que le médecin s'astreint à mesurer certains indicateurs de sa pratique et qu'il bénéficie en retour d'une analyse de ces données (confrontation à une norme...), que les pratiques mesurées s'en trouvent améliorées.

---

<sup>36</sup> Les programmes d'évaluation doivent respecter un certain nombre de caractéristiques relatives notamment au thème de l'évaluation qui doit être en rapport direct avec l'activité du médecin, aux modalités de recueil, d'analyse et de suivi des données de son exercice, aux conditions de restitution de l'analyse et du suivi des données de son activité clinique, à la mise en œuvre et au suivi formalisé d'actions d'amélioration, en respectant la confidentialité des données nominatives relatives aux patients et aux résultats de l'évaluation des médecins.

<sup>37</sup> En tout état de cause, la notion de "caractère complet de l'évaluation" aurait été, du fait même de son ambition, indéfinissable.

- [103] Des modalités très diverses d'EPP ont donc été reconnues par la HAS. Pour certaines, elles reposent sur l'échange sans efforts de mesure substantiels (cas de certains groupes d'échange, de certaines réunions de staff). Pour d'autres, elles n'engagent pas les médecins dans une structure d'échange mais les conduisent à mesurer et à analyser des indicateurs de pratique (cas des audits cliniques individuels). Les deux démarches peuvent se rejoindre (cas de groupe d'échange, des staffs dont le travail est structuré autour de la mesure).
- [104] Ce cadre général a été adapté aux différents modes d'exercice. Le souci de la HAS a été de valoriser toutes les initiatives en termes d'organisation de la pratique qui comportent une dimension de travail en équipe et/ou engagent dans le suivi d'indicateurs. Elle a donc reconnu, comme modalités de l'EPP, des initiatives et des formes d'organisation mises en place dans une perspective distincte de l'EPP. Ainsi, constituent des modalités reconnues d'évaluation des pratiques professionnelles en ville, la participation à un réseau ou à des échanges structurés dans le cadre d'un groupe médical. De même qu'est reconnu en établissement de santé, la participation à des réunions de staff ou à des réunions de concertation pluridisciplinaires en oncologie.
- [105] Ainsi figurent parmi les actions qui selon la HAS constituent l'EPP<sup>38</sup> :
- la participation régulière à des groupes de qualité, groupes d'analyse de pratique entre pairs, « staff EPP » ;
  - le suivi régulier d'indicateurs de pratique professionnelle ;
  - la participation régulière à des réunions de concertation pluridisciplinaires en établissement de santé ;
  - la participation régulière à des réunions de concertation pluri ou mono disciplinaire dans le cadre d'un réseau de santé ;
  - l'utilisation d'un logiciel fournissant des aide-mémoires et un suivi d'indicateurs en routine ;
  - la participation régulière à la tenue de registres de pathologies chroniques ;
  - la participation régulière à des actions dites de gestion du risque (revue de morbi-mortalité, signalement d'événements indésirables, accréditation pour les spécialités à risques) ;
  - la participation à un programme d'évaluation proposé par un organisme agréé d'EPP ;
  - l'utilisation d'autres méthodes d'amélioration de la qualité (audits cliniques, revue de pertinence...).
- [106] La HAS a utilisé l'obligation d'EPP comme le support d'une dynamique pour favoriser toutes les initiatives qui tendent à développer l'échange et/ou la mesure dans le cadre de la pratique médicale en s'efforçant de promouvoir des exigences de méthode.
- [107] La HAS a donc défini de manière très large les actions qui constituent l'EPP. A cet égard, il y a certainement un équilibre délicat à trouver entre :
- d'une part, le souci pour assurer le démarrage de l'EPP de reconnaître largement les initiatives prises par les médecins en matière d'amélioration de la qualité ;
  - d'autre part, la volonté d'utiliser le levier de l'obligation d'EPP pour obtenir de réels progrès dans la qualité et l'intensité des actions d'amélioration de la pratique<sup>39</sup>.

---

<sup>38</sup> D'après la définition de l'EPP utilisée pour un sondage réalisé pour la HAS, cf. infra. On notera que ne figure pas dans les actions recensées par la HAS, la visite d'évaluation au cabinet par un médecin habilité, soit le mode traditionnel d'évaluation des pratiques.

<sup>39</sup> A titre d'exemple, reconnaître que l'obligation d'EPP est satisfaite dès qu'un médecin dispose d'un "logiciel fournissant des aides mémoires et un suivi d'indicateurs en routine" peut paraître quelque peu accommodant dans la mesure où l'on peut souhaiter et espérer que ces équipements se développent de manière systématique indépendamment de l'EPP.

### **Les évolutions de la conception de l'EPP**

Le constat suggère une profonde évolution, lors de la mise en œuvre, dans la conception de la politique d'évaluation des pratiques. Ce constat peut surprendre du moins si l'on considère que la mise en œuvre des politiques publiques devrait se borner à décliner des normes (loi, règlements) de niveau supérieur.

Il est clair que la mise en œuvre est aussi une phase de conception et de définition des politiques. L'exemple de l'EPP en est une illustration. Une étude plus approfondie serait certainement utile pour mieux comprendre, à partir de cet exemple, comment se construisent effectivement les politiques en matière de santé.

On peut toutefois formuler les hypothèses suivantes sur les éléments déterminants aux différentes étapes du processus :

- La phase législative se caractérise par l'ambiguïté entretenue sur la teneur du projet, cette ambiguïté est une des conditions de son aboutissement. Ainsi, même si la perspective était plutôt celle d'une évaluation "sanctionnante", la plasticité de la notion d'évaluation des pratiques professionnelles pouvait satisfaire tant ceux qui souhaitaient développer un contrôle externe sur l'activité des médecins, que ceux qui entendaient s'en saisir pour développer une politique d'amélioration de la qualité par les médecins eux-mêmes.

- Lors de la mise en œuvre réglementaire (élaboration du décret) les ambiguïtés subsistent. Même si la perspective reste globalement "sanctionnante", les éléments fondamentaux (modalités de l'évaluation, exigences pour valider l'obligation) sont pour l'essentiel renvoyés "prudemment" à la HAS soit par incapacité à définir les contours d'une évaluation "sanctionnante", soit pour éviter un conflit avec le monde médical. Par ailleurs, la pression de toutes les institutions (URML, CME, Ordre, CNFMC...) pour être partie prenante au processus conduit à concevoir un système particulièrement complexe.

- Au cours de la phase de mise en œuvre, la HAS retrouve une marge de liberté suffisante pour faire prévaloir sa vision de l'EPP. Les éléments constitutifs d'une évaluation "sanctionnante" n'étaient pas suffisamment définis pour contraindre la HAS. Au contraire le décret lui renvoyait la responsabilité de les établir. Par ailleurs, approfondir l'orientation "sanctionnante" aurait exposé la HAS à un conflit avec le monde médical alors même qu'elle entend développer des relations de confiance et de coopération. La HAS a donc construit une interprétation propre du dispositif autour de la notion d'évaluation formative. Les administrations centrales qui avaient porté les textes initiaux, n'avaient, si tant est qu'elles en aient eu la volonté, aucun moyen de peser sur l'orientation de la HAS qui dispose de ressources supérieures (statut qui protège son indépendance, capacité d'expertise, réseau de relations avec les professionnels de santé, liberté par rapport aux représentants institutionnels de la profession).

La politique d'évaluation, mal définie dans ses contours et ses ambitions à l'origine, est transformée lors de sa mise en œuvre. La HAS, du fait des ressources diverses qu'elle mobilise, s'avère l'acteur central du processus. On peut penser que "les agences du Ministère" et particulièrement la HAS, autorité indépendante, loin d'être de simples organes d'exécution, constituent de vrais lieux de définition des politiques.

#### 1.2.4. Les données relatives au développement de l'EPP

- [109] L'EPP s'est donc développée selon des formes très diverses et il est difficile de quantifier son développement.
- [110] Pour ce qui concerne les médecins engagés dans une action d'évaluation des pratiques, la HAS en estimait le nombre à 22 400 au 31 décembre 2007<sup>40</sup>. Ce chiffre ressort d'enquêtes auprès des URML et des CME des établissements de santé, sa pertinence est douteuse (nombreuses réponses manquantes, doutes sur la fiabilité des données collectées).
- [111] Un sondage a été réalisé en avril - mai 2008 à l'initiative de la HAS<sup>41</sup>. Il en ressort que 89% des médecins savent que l'EPP est obligatoire, et que 55% s'estiment plutôt bien ou très bien informés sur l'EPP (46% des salariés non hospitaliers, 61% des salariés hospitaliers, 56 % des médecins généralistes libéraux, 51% des spécialistes libéraux).
- [112] Selon ce sondage la participation des médecins à des actions relevant de l'EPP serait déjà très importante.

Tableau 1 : Pourcentage de médecins déclarant participer à une EPP

|   | Généralistes Libéraux | Spécialistes Libéraux | Hospitaliers |
|---|-----------------------|-----------------------|--------------|
| Groupes de qualité, de pairs, d'analyse des pratiques                                 | 46%                   | 36%                   | 61%          |
| Participation régulière à des réunions de concertation dans le cadre d'un réseau      | 45%                   | 51%                   | 70%          |
| Participation régulière à un programme d'évaluation par un organisme agréé pour l'EPP | 40%                   | 30%                   | 35%          |
| Participation régulière à la tenue d'un registre de pathologies chroniques            | 15%                   | 23%                   | 30%          |

Source : Sondage IPSOS/HAS 2008

- [113] On peut craindre un biais de déclaration. Il n'en reste pas moins que les initiatives relevant de l'EPP semblent, selon ce sondage, être, d'ores et déjà, fortement développées. Seuls 18% des généralistes, 21% des spécialistes, et 2% des hospitaliers déclarent ne participer à aucune des 9 actions (dont les quatre reprises dans le tableau) qui selon la HAS constituent l'EPP.
- [114] Le principe même de l'EPP (définie par les neuf actions) constitue plutôt une bonne initiative ou une très bonne initiative pour 83% des praticiens, (77% pour les généralistes libéraux, 76% pour les spécialistes libéraux, 89% pour les hospitaliers, 94% pour les salariés non hospitaliers). Les médecins considèrent à 85% que l'EPP contribue aux bonnes pratiques, à 82% qu'elle permet d'améliorer la qualité des soins, à 84% qu'elle est bénéfique pour les patients.

<sup>40</sup> Chiffre à rapprocher des quelques 210 600 médecins en exercice début 2008.

<sup>41</sup> Ipsos Santé, HAS "Perc'EPP'tion, rapport d'étude quantitative" 7 juillet 2008.

- [115] Ces résultats doivent toutefois être abordés avec précaution. Un autre sondage<sup>42</sup> réalisé sur cinq régions, en 2007, aboutit à un taux de participation bien moindre, environ 33%. Dans ce sondage, les actions relevant de l'EPP n'étaient pas définies. On peut penser que l'énumération dans le sondage réalisé pour la HAS de toutes les actions relevant de l'EPP a conduit plus de médecins à afficher une participation à des actions d'EPP. Certains médecins qui feraient de l'EPP sans le savoir ou sans être engagés dans une démarche formalisée, ont pu apporter des réponses différentes aux deux sondages.
- [116] La dernière étude permet de spécifier les éléments qui sont corrélés à la participation à l'EPP. Les médecins qui y participent, semblent être des médecins par ailleurs soucieux de la qualité de leur pratique (participation à la FMC, abonnement à des revues payantes, vigilance par rapport à la poly médication des personnes âgées, moindre attention portée aux visiteurs médicaux...). La participation à l'EPP augmente avec l'âge mais décroît aux âges les plus élevés de la vie professionnelle (58 ans et plus). Il n'y a pas de lien direct entre le volume d'heures de travail et l'EPP même si les auteurs n'excluent pas que la moindre disponibilité en temps soit un frein à l'EPP.
- [117] On retiendra donc qu'il y a une graduation dans les engagements vis-à-vis de l'EPP : des 33% pour lesquels cette démarche est identifiée comme telle au 80% qui, lorsqu'on les guide, se découvrent participer, de fait, à des actions d'EPP.

### 1.2.5. Le financement de l'EPP

- [118] L'évaluation des pratiques professionnelles ne fait pas l'objet de financements spécifiques.
- [119] Les URML participent au financement de l'EPP notamment en rémunérant les médecins habilités pour leur intervention. Un questionnaire sur le montant des sommes engagées, adressé aux deux fédérations qui regroupent les URML, n'a reçu de réponse que de l'une des fédérations. Il ressort de ces réponses (7 exploitables sur 2007) des montants de dépenses contrastés s'échelonnant de 25 000 euros en Picardie à 114 000 euros en Franche-Comté. Une des fédérations, la Conférence des Présidents, a indiqué que les URML qu'elle regroupe, s'engageaient à consacrer au moins 15% de leur budget global au financement de l'EPP<sup>43</sup>. Si cette "règle" était suivie par toutes les URML, les sommes consacrées par les URML à l'EPP s'élèveraient à environ 2,6 million d'euros au total<sup>44</sup>.
- [120] Par ailleurs, la CNAMTS contribue au financement de l'EPP. Elle avait dégagé en 2007 un montant de 10 millions d'euros pour soutenir des initiatives en matière d'EPP mais n'aurait dépensé que 2,2 millions d'euros.
- [121] Les cercles de qualité de Bretagne constituent le principal projet financé (560 000 euros). Ces cercles de qualité ont été constitués à l'initiative conjointe de l'URCAM et de l'URML avant même que le dispositif EPP n'ait été mis en place. La participation à ces cercles de qualité est reconnue au titre de l'EPP. Les médecins, au nombre de 400 environ qui participent à ces cercles de qualité, sont indemnisés. Par ailleurs, les frais d'organisation et de fonctionnement des cercles de qualité sont pris en charge. La charge globale par an et par médecin participant peut être estimée à environ 2000 euros dont 1200 euros pour l'indemnisation des médecins participants sur la base de 10 réunions par an (six en journée, quatre en soirée).
- [122] Malgré des demandes réitérées, la CNAMTS n'a pas jugé bon de fournir à la mission, au-delà des montants financiers 2007, des indications sur le bilan, notamment financier, de ces initiatives et de lui apporter des précisions sur sa politique en la matière si ce n'est l'évocation de la perspective d'extension de l'expérience bretonne à cinq autres régions<sup>45</sup>.

<sup>42</sup> Observatoire régional de santé PACA, "Description et analyse des déterminants des comportements visant à améliorer la qualité des pratiques des médecins généralistes dans cinq régions françaises".

<sup>43</sup> Communiqué de presse du 23 juin 2008, Conférence des Présidents d'URML.

<sup>44</sup> Sur la base d'une contribution des médecins aux URML de 17,9 millions d'euros en 2007.

<sup>45</sup> Il nous faut en revanche remercier tant l'URCAM que l'URML de Bretagne qui nous ont apporté toutes les données demandées sur l'expérience qu'ils ont menée. En l'absence d'éclaircissements de la CNAMTS, la mission se bornera à

- [123] Dans le secteur hospitalier public ou participant au service public, dès lors que les pratiques d'EPP s'intègrent à la pratique courante, on peut penser que les dépenses afférentes à l'EPP sont prises en charge par le budget de l'établissement : le temps consacré à l'EPP s'intègre naturellement dans le temps de travail, les éventuels moyens mobilisés pour conduire les actions d'EPP ont, le plus souvent, vocation à être fournies par l'établissement.
- [124] Dans le cas de l'accréditation qui est une des formes de l'EPP, une somme est déduite de l'aide financière apportée par l'assurance maladie à la souscription de l'assurance en responsabilité civile médicale accordée aux chirurgiens et obstétriciens libéraux soit une fraction des médecins concernés par l'accréditation. Cette somme à hauteur de 500 euros par praticien et par an est versée aux organismes agréés et finance ainsi leur intervention.
- [125] Au total, il n'y a pas de politique de financement organisée pour soutenir l'EPP mais des sources de financement multiples. Pour la plupart des médecins, le temps consacré à l'EPP n'est pas indemnisé et il appartient au médecin de supporter les coûts induits par sa démarche.
- [126] Il est vrai toutefois que la très grande diversité des pratiques aboutit à de fortes différences soit en termes de temps consacré aux actions, soit dans leurs coûts induits, ce qui rend difficile le formatage d'un financement dès lors que l'on souhaiterait, pour des raisons de simplicité, envisager un soutien homogène par praticien concerné.

### **1.3. L'agrément des organismes et des actions**

- [127] L'existence de procédures pour l'agrément des organismes et la sélection des actions bénéficiant d'un financement constitue a priori un levier pour améliorer la qualité des prestations proposées aux médecins. De multiples dispositifs existent. Les CNFMC, la FPC, le FAF-PM pour la formation continue, la HAS pour l'EPP et l'accréditation ont mis en place chacun de leur côté des dispositifs d'agrément d'organismes ou de sélection d'actions financées qui leur sont propres.

#### **1.3.1. Description des différents dispositifs**

##### **1.3.1.1. Les CNFMC**

- [128] Les CNFMC ont mis en place une procédure destinée à agréer les organismes de formation. Les organismes constituent leur dossier sur la base d'un dossier-type élaboré par les conseils. Les dossiers sont examinés par des rapporteurs, membres des conseils. Les rapporteurs qui ont un conflit d'intérêt ne sont pas missionnés. Ils notent les organismes au vu de critères prédéfinis, proposent une décision assortie d'observations ou des motifs du refus. Chaque dossier bénéficie d'une double évaluation<sup>46</sup>. L'agrément est prononcé par chaque conseil, sur la base des conclusions des rapporteurs, à l'issue d'un débat en séance plénière suivi d'un vote<sup>47</sup>.

---

noter que certains médecins craignent que l'assurance maladie n'ait une volonté hégémonique en matière d'organisation de l'EPP, il est clair qu'elle dispose de moyens dont ne dispose pas les autres acteurs.

<sup>46</sup> Les organismes peuvent solliciter leur agrément auprès des trois conseils simultanément, auprès de deux d'entre eux, ou d'un seul selon qu'ils estiment que le public visé appartient à une catégorie professionnelle ou à une autre. La procédure de traitement des dossiers est commune aux trois conseils. Le nombre de rapporteurs peut être porté à quatre lorsque l'agrément est sollicité dans deux conseils différents. Il est de trois lorsque l'agrément concerne les trois conseils.

<sup>47</sup> Dans les dix sept mois qui ont suivi la mise en place des trois conseils nationaux de FMC, 670 demandes d'agrément ont été sollicitées. Au 14 août 2008, à peine la moitié d'entre elles avaient été traitées (318 soit 47,4 %). Jusqu'alors l'agrément a été accordé à environ trois quarts des organismes candidats dont le dossier a été traité (71,1 % soit 226). Presque tous les organismes agréés ont un statut associatif (86,7 %). La place des opérateurs privés à but lucratif est modeste (4,4 %), de même que celle d'opérateurs publics ou para publics (5,3 %).

[129] L'agrément des organismes vaut pour 5 ans. Il tient compte notamment (article R. 4133-2 du CSP) du respect des orientations nationales définies par les conseils, de la qualité scientifique et pédagogique des programmes que proposent les organismes, de la conformité aux référentiels et aux bonnes pratiques de la profession, de l'absence de toute promotion en faveur d'un produit de santé et de la transparence des financements. Le renouvellement de l'agrément est subordonné à la transmission annuelle au conseil national compétent d'un rapport dressant un bilan pédagogique et financier de l'activité de l'organisme. L'agrément peut être retiré ou suspendu.

#### 1.3.1.2. La FPC

[130] Le dispositif de la FPC agréé des organismes et sélectionne des actions à partir d'un appel d'offres annuel.

[131] Pour être agréé par le CPN-FPC, un organisme doit être géré en majorité par des médecins libéraux en exercice<sup>48</sup> et être agréé par les CNFMC.

[132] La procédure de sélection des actions offre des garanties de qualité. Les actions sont évaluées par un conseil scientifique. Les membres du conseil sont rémunérés. Il est fait appel à des experts extérieurs. Pour l'évaluation, les projets sont rendus anonymes. Seules les actions évaluées positivement sont financées.

#### 1.3.1.3. Le FAF-PM

[133] Le FAF-PM habilite des associations indépendamment de l'agrément du ou des CNFMC. Pour être habilitées, les associations doivent être gérées par une majorité de médecins libéraux (au moins 75% des gestionnaires) mais ceux-ci peuvent ne plus être en exercice<sup>49</sup>.

[134] Le FAF-PM finance des actions émanant des seules associations qu'il a habilité. Ses modalités de sélection des actions financées n'ont aucun lien avec la FPC. Les décisions sont prises par les membres du conseil d'administration du FAF-PM constitué de représentants des syndicats de médecins libéraux.

#### 1.3.1.4. L'EPP

[135] Les organismes qui participent à l'évaluation des pratiques professionnelles doivent être agréés par la HAS après avis du CNFMC. Le cahier des charges initial d'octobre 2005 pour la validation de l'agrément reposait sur une vingtaine de critères relatifs aux modes de gouvernance professionnelle et scientifique, au niveau scientifique requis pour les programmes, et à l'évaluation de ces derniers.

[136] La HAS a fait évoluer son cahier des charges en novembre 2007, notamment pour favoriser une organisation de la profession autour d'un "collège de bonnes pratiques" par spécialité qui représenterait la spécialité dans toutes ses composantes - syndicat(s), société(s) savante(s), universitaire(s) - et serait l'interlocuteur privilégié de la HAS. La Haute Autorité souhaite donc réduire le nombre d'organismes agréés pour l'EPP, comme elle l'a fait pour l'accréditation.

---

<sup>48</sup> Seuls 4 types d'organismes peuvent être retenus : les associations de formation continue des médecins libéraux, les collèges d'enseignants en médecine, les sociétés savantes à la condition que la formation professionnelle des médecins libéraux fasse partie de leur objet statutaire, qu'elles aient déclaré leur activité conformément à l'article L.920-4 du code du travail et qu'elles soient enregistrées par les directions régionales de la formation professionnelle - ainsi que les départements universitaires de médecine générale et les départements universitaires de FMC des UFR. Départements universitaires et sociétés savantes doivent également être composés ou avoir un conseil d'administration composé de plus de 80 % de médecins libéraux en exercice et expliciter les procédures d'évaluation des formations qu'ils réalisent.

<sup>49</sup> Elles doivent également comporter la formation continue dans leur objet social et avoir été enregistrées par la DRTEFP.

### 1.3.1.5. L'accréditation

- [137] De fait, pour l'accréditation des médecins exerçant une spécialité à risques, la HAS n'a agréé qu'un seul organisme par spécialité<sup>50</sup>. A cette différence près, la procédure d'agrément des organismes en charge de l'accréditation est très proche de celle relative à l'EPP. Les cahiers des charges sont quasi superposables et le mode décisionnel est identique (décision du Collège de la HAS après expertise interne par les services de la Haute Autorité<sup>51</sup>).
- [138] Ainsi, coexistent plusieurs dispositifs (CNFMC, FPC, FAF-PM, EPP, accréditation) relevant de guichets différents (CNFMC, OGC, FAF-PM, HAS) qui pourtant partagent la même finalité.

### 1.3.2. La dynamique positive de l'agrément

- [139] L'agrément signale aux médecins les organismes ou associations qui satisfont à certains critères de qualité.
- [140] Les exigences des procédures d'agrément peuvent également favoriser une démarche de progrès de la part des organismes. Selon les CNFMC, les organismes de formation "ont réalisé un spectaculaire progrès qualitatif"<sup>52</sup>. Ils soulignent que ce progrès se poursuit après l'agrément du fait des observations formulées par les conseils. De fait, près de la moitié des organismes déclarent avoir effectué des modifications en leur sein depuis le dépôt de leur dossier d'agrément.
- [141] On peut penser que les procédures mises en place dans le cadre de la FPC (évaluation scientifique, anonymat) ont également participé à l'amélioration de l'offre<sup>53</sup>.
- [142] La HAS utilise la procédure d'agrément non seulement pour garantir la qualité des actions mais aussi comme un levier pour structurer l'organisation des spécialités<sup>54</sup>.

### 1.3.3. Des incertitudes et des insuffisances subsistent

- [143] Certains organismes, bien qu'agréés par les CNFMC, n'offrent toujours pas une garantie suffisante en matière de qualité des actions qu'ils conduisent. Douze pour cent des organismes qui ont été agréés par les CNFMC avec observations<sup>55</sup>, ne les ont pas pris en compte et 29 % ne l'ont fait que partiellement<sup>56</sup>. Presque un quart des organismes agréés ont une procédure de déclaration systématique des conflits d'intérêt qui paraît insuffisante. Trente pour cent ne communiquent pas systématiquement les conflits d'intérêts aux participants des formations qu'ils dispensent.

---

<sup>50</sup> A l'heure actuelle, 14 organismes ont été agréés pour l'accréditation des médecins.

<sup>51</sup> En vertu des dispositions de l'article D. 4133-29 du CSP, la décision de la HAS relative à l'agrément des organismes concourant à l'EPP est prise après avis des CNFMC.

<sup>52</sup> Rapport d'activité des CNFMC, 2007.

<sup>53</sup> En 2007, 103 organismes ont été agréés et financés par la FPC.

<sup>54</sup> A ce jour, 119 agréments ont été délivrés dans le cadre de l'EPP pour une période probatoire de 24 mois. Ces organismes, pour la plupart, ont demandé l'agrément FMC. Soixante l'ont déjà obtenu et 57 sont en cours d'instruction.

<sup>55</sup> Un certain nombre d'insuffisances ont fait l'objet de simples observations mais n'ont pas fait obstacle à la délivrance d'un agrément. Ces insuffisances ont porté principalement sur des défauts en matière d'objectifs de formation, d'évaluation de la qualité des programmes et en matière d'utilisation de ces évaluations pour améliorer les programmes ultérieurs. D'autres insuffisances ont porté sur les garanties d'indépendance en matière de transparence des financements et de gestion des conflits d'intérêt.

<sup>56</sup> La majorité des organismes qui n'ont pas pris en compte les observations émises par les CNFMC au moment de leur agrément, l'explique par la notification tardive de leur agrément.

[144] Par ailleurs, il ne semble pas logique que des organismes puissent être financés par le FAF-PM alors qu'ils n'ont pas été agréés par les CNFMC. Parmi les 138 organismes agréés par le CNFMC ayant fourni à celui-ci des informations sur ses sources de financement, seuls vingt neuf ont déclaré des ressources venues du FAF-PM. Dans le même temps le FAF-PM a habilité 142 associations de FMC. Cette situation peut s'expliquer en partie par le délai de mise en place et le retard pris par les CNFMC dans l'instruction des demandes d'agrément<sup>57</sup>. Mais il est possible qu'elle résulte aussi d'un choix délibéré de certaines associations de ne pas vouloir se soumettre aux exigences des CNFMC et de ne pas solliciter d'agrément de leur part.

#### **1.3.4. Comment concilier pluralité de l'offre et exigences de qualité ?**

[145] La HAS a fait le choix de limiter le nombre d'organismes intervenant en matière d'accréditation et d'EPP. Elle souhaite ainsi contribuer à structurer la représentation des spécialités et s'appuyer sur des organismes présentant des garanties de qualité.

[146] Les conseils nationaux de la FMC, pour leur part, ont pris acte de la multiplicité des associations impliquées dans la FMC. Ils n'ont pas cherché à la remettre en cause mais à préserver, autant que faire se peut, l'offre de proximité, tout en veillant à faire valoir des exigences minimales avec l'ambition d'en élever progressivement le niveau.

[147] Il est difficile de concilier le maintien de l'émiettement actuel de l'offre, notamment en matière de FMC, et l'ambition de poser des exigences de qualité élevé ? Il conviendra de dégager avec le temps un équilibre entre le souci de la proximité celui de faire valoir des exigences de qualité que seules des organisations importantes et structurées peuvent satisfaire.

#### **1.3.5. Faut-il agréer des organismes et/ou des actions ?**

[148] Certains dispositifs agréent des organismes, d'autres à la fois les organismes et les actions qu'ils conduisent. La question se pose de savoir quel est le bon niveau d'appréciation de la qualité. Peut-on se contenter de l'agrément des organismes ? Ou devrait-on également vérifier la qualité de l'ensemble des actions qu'ils conduisent avec les médecins ?

[149] L'idéal serait d'évaluer et d'agréer non seulement les organismes mais également de valider a priori les prestations qu'ils s'appêtent à offrir. Toutefois cette ambition ne paraît pas réaliste. Il ne paraît possible de valider spécifiquement que les actions qui font l'objet d'un soutien financier public.

[150] Cette demi-mesure paraît d'autant plus acceptable que les procédures d'agrément des organismes même s'ils ne portent pas expressément sur les actions menées, ne les ignorent pas pour autant totalement. Le CNFMC prend en compte les formations déjà réalisées par l'organisme lorsqu'il demande son agrément. Le conseil national est également tenu de prendre en considération l'activité et le bilan pédagogique des formations réalisées chaque année par l'organisme agréé. C'est une des conditions du maintien et du renouvellement de son agrément.

#### **1.3.6. La multiplicité des guichets ne se justifie pas**

[151] Il ne semble pas y avoir de différences essentielles dans les critères identifiés par les trois dispositifs de formation continue comme devant être pris en compte pour juger de la qualité pédagogique et scientifique des organismes, de leurs programmes et de leurs actions (cf. annexe 1).

---

<sup>57</sup> Retard que les CNFMC s'attachent actuellement à combler.

- [152] De son côté, le dispositif mis en place par la HAS pour agréer les organismes d'EPP comporte bien évidemment des caractéristiques spécifiques à l'EPP (essentiellement pour ce qui concerne les méthodes d'évaluation, leur acceptabilité et leur faisabilité dans le cadre de l'exercice professionnel). Mais il prend également en compte des exigences comparables à celles des dispositifs de formation en matière scientifique : critères de choix des thèmes, choix des méthodes, des données scientifiques et des références documentaires utilisées dans les actions et programmes, critères et indicateurs d'évaluation des programmes<sup>58</sup>.
- [153] De la même manière, les compétences requises pour la mise en œuvre de l'accréditation et son encadrement comportent des spécificités (par exemple, celles liées à la déclaration et à l'analyse des événements porteurs de risque). Toutefois, les fondements méthodologiques, les requis organisationnels, scientifiques et déontologiques sont tout à fait similaires à ceux pris en compte pour l'agrément dans le cadre de l'évaluation des pratiques.
- [154] L'expertise requise pour l'agrément des organismes ou des actions financées et, plus largement, pour l'encadrement institutionnel du développement professionnel continu des médecins, ne justifie pas les multiples procédures dispersées dans des structures différentes. Elle gagnerait au contraire à être regroupée en un seul lieu. D'autant que la diversité des interlocuteurs pour les médecins praticiens est facteur de cloisonnement entre les différentes démarches et plus généralement d'incompréhension et de moindre acceptabilité.

### 1.3.7. Des attitudes différentes vis-à-vis du financement

- [155] Une différence importante existe entre les dispositifs de FMC et d'EPP en ce qui concerne les sources de financement possibles.
- [156] Les CNFMC acceptent le principe d'une participation financière de l'industrie à la FMC<sup>59</sup>. Confrontés à la question de l'indépendance des formations où sont impliqués des financements et des intérêts industriels, les pouvoirs publics ont signé avec les entreprises de santé en novembre 2006 un code de bonnes pratiques par lequel les entreprises s'engagent notamment à respecter l'indépendance scientifique et pédagogique des formations, à s'abstenir de toute activité de promotion dans le cadre de ces formations, et à être transparentes sur leurs financements<sup>60</sup>. Les règles attendues des organismes prestataires d'actions de formation ou d'évaluation permettant d'identifier et de gérer les conflits d'intérêts ont été bien définies dans le cadre des procédures mises en place par les CNFMC<sup>61</sup> et par la HAS. En revanche, elles mériteraient d'être plus clairement établies et mises en œuvre par le FAF-PM.
- [157] La FPC est financée par des fonds publics, les participations de l'industrie sont exclues. La HAS n'autorise aucune contribution financière de l'industrie en matière d'EPP.

<sup>58</sup> Il est intéressant de noter l'exigence faite aux organismes agréés pour l'EPP de distinguer en son sein 4 structures différentes : celle en charge de la politique scientifique (choix des thèmes, méthodes et critères d'évaluation), celle responsable des relations de l'organisme avec les instances professionnelles, celle chargée de la préparation et de la mise en œuvre des programmes, et celle qui les évaluera.

<sup>59</sup> La doctrine des CNFMC mériterait toutefois d'être clarifiée sur certains points. Ainsi, le principe d'un financement industriel exclusif pour un organisme de FMC ne semble pas admis par les CNFMC. Il y aurait un plafond admissible qui n'est pas connu.

<sup>60</sup> Il n'est pas inutile en la matière de prendre en compte le point de vue récemment défini par l'association des collèges médicaux américains (AAMC) qui s'avère plus exigeant. S'agissant des actions de FMC conduites dans les *academic medical centers*, l'association estime nécessaire que le respect du code de bonne conduite qu'ils ont défini, soit audité dans les établissements, que les participations des industriels soient transparentes et centralisées et que les formations soutenues financièrement ne puissent être faites que par des formateurs agréés. Association of American Medical Colleges. "Industry funding of medical education : Report of an AAMC task force" Juin 2008 [www.aamc.org/publications](http://www.aamc.org/publications)

<sup>61</sup> Ainsi, sont mis en exergue l'importance de l'indépendance éditoriale des programmes et des actions, la transparence des financements des organismes, l'information donnée aux participants lorsqu'existe un partenariat financier, l'existence d'une politique relative aux conflits d'intérêts dont sont informés les intervenants et les participants, l'interdiction explicite d'actions de promotion de produit, le rappel de la nécessité pour tout intervenant de faire connaître ses liens éventuels avec une entreprise de santé s'il s'exprime sur un produit de l'entreprise (L.4113-13 du CSP)...

### 1.3.8. Professionnalisation et indépendance des décisions

[158] La comparaison des procédures de prise de décision dans les différents dispositifs existants conduit à différencier les dispositifs où la décision repose sur une expertise indépendante ou semi professionnelle et ceux où la décision relève d'un conseil ou d'un conseil d'administration dont les membres (ou certains membres) sont eux-mêmes acteurs et offreurs de prestations ou assez directement liés à ces derniers. Il en est ainsi de la représentation syndicale dans les lieux de décision en matière de formation continue. Les liens entre décideurs et organismes agréés ou soutenus financièrement apparaissent alors quasi institutionnalisés, nombre d'organismes agréés et d'actions soutenues financièrement ont été mis en place par ces mêmes organisations syndicales.

### 1.3.9. L'insuffisance du contrôle

[159] Une des limites de l'ensemble des procédures existantes tient au fait que l'évaluation se fait essentiellement a priori et sur dossier.

[160] Les dispositions réglementaires prévoient aussi une possibilité de retrait d'agrément après évaluation a posteriori. Toutefois, bien que cela soit envisagé, aucune des structures existantes n'exerce de contrôle. D'ailleurs, pour la plupart, elles ne disposent pas des moyens en personnels nécessaires.

## 2. LES PROPOSITIONS D'AMENAGEMENT DU DISPOSITIF

[161] A partir de ces éléments de constat, la mission formule des propositions d'aménagement du dispositif. Celles –ci seront présentées à travers une série de questions :

- 1) Que peut-on attendre de la FMC et de l'EPP ?
- 2) Quel cadre général pour la FMC et l'EPP ?
- 3) Faut-il un dispositif de validation des obligations de formation continue et d'EPP et lequel ?
- 4) Faut-il prescrire aux médecins des thèmes de FMC et d'EPP ?
- 5) Quel mode de financement de la FMC et de l'EPP ?
- 6) Quel dispositif de contrôle et de promotion de la qualité de l'offre ?
- 7) Quelle répartition des compétences et des responsabilités ?

### 2.1. *Que peut-on attendre de la formation médicale continue et de l'EPP ?*

[162] Une réflexion sur l'évolution du dispositif de FMC/EPP suppose de s'interroger sur ce que l'on peut attendre du développement de ces pratiques. A priori, elles sont censées permettre l'amélioration des savoirs, des savoir-faire et/ou des savoir-être des médecins. De cette amélioration, il est attendu un progrès dans la qualité et/ou l'efficacité des pratiques des médecins. Ce changement des pratiques doit lui-même se traduire par des bénéfices cliniques et/ou des bénéfices économiques.

[163] Or ces enchaînements vertueux pour être généralement postulés sont loin d'être évidents. Il importe pour en apprécier la plausibilité de se référer à la littérature sur l'impact de la formation médicale continue<sup>62</sup>.

<sup>62</sup> La littérature d'origine essentiellement anglo-saxonne ne distingue pas FMC et EPP, distinction très française, mais son champ couvre des modalités interactives de formation qui sont très proches de ce que l'on entend par EPP en France.

- [164] Dans l'absolu, l'évaluation des initiatives de formation médicale continue doit s'envisager à plusieurs niveaux : (1) la satisfaction des participants, (2) l'amélioration des connaissances et des "savoirs" des participants, (3) l'impact sur les pratiques, (4) les bénéfices cliniques et/ou économiques. A priori seuls des résultats positifs de niveau 3 ou 4 sont la marque d'un bénéfice pour la collectivité. Des résultats positifs au niveau 2 méritent toutefois d'être pris en compte dès lors qu'ils peuvent apparaître comme des préalables à d'éventuels changements de pratique.
- [165] La mission s'est concentrée sur les principales revues générales ou méta-analyses disponibles<sup>63</sup>. Cette littérature et les références de base sont essentiellement d'origine nord-américaine.
- [166] Les études sont d'autant plus difficiles à mettre en place qu'elles prétendent appréhender l'impact sur les pratiques et les résultats sanitaires induits (niveaux 3 et 4). Les études qui traitent de ces dimensions sont relativement rares. Les études disponibles sont de qualité méthodologique variable mais souvent faible. La diversité des thèmes de formation, des publics et des méthodologies (mode de constitution des groupes d'intervention et des groupes contrôle, modalités d'appréciation objective ou déclarative des changements, choix des variables d'impact, période de suivi...) rend également difficiles les comparaisons entre études et la généralisation des résultats<sup>64</sup>.
- [167] Sous ces réserves qui conduisent en règle générale les auteurs à admettre que les niveaux de preuve sont faibles, certains auteurs concluent que les effets sur la pratique et les résultats sanitaires des formations didactiques classiques sont très faibles ou le plus souvent inexistant, alors que les modalités interactives de formation auraient des impacts plus affirmés même s'ils restent modestes. La dernière revue<sup>65</sup> des études en date est moins radicale quant à l'absence d'effet de la formation continue classique mais conclut que les formations interactives (groupe de discussion, études de cas) sont plus efficaces que les méthodes didactiques classiques (cours, présentation éventuellement suivie de questions et réponses). La formation médicale continue serait par ailleurs plus efficace lorsqu'elle est de longue durée, qu'elle est séquencée dans le temps et ne se réduit pas à une intervention ponctuelle, qu'elle est conçue pour un groupe de médecin de taille réduite appartenant à la même spécialité.
- [168] Une autre voie d'appréciation de l'impact de la formation médicale continue est fournie par les études qui analysent les modalités pertinentes pour favoriser la mise en œuvre des recommandations de bonne pratique. Ces études comparent les différentes formes d'intervention et aboutissent à des résultats convergents avec les études précédentes.

---

<sup>63</sup> Davis D. et al. "Impact of formal continuing medical education. Do conferences, workshop, rounds, and other traditional continuing medical education activities change physician behavior or health care outcomes?" *JAMA*, September 1, 1999-Vol 282, n°9, 867-874.

Marinopoulos S. et al. "Effectiveness of continuing medical education", *AHRQ publication, Evidence Report/Technology assessment*, n°149, janvier 2007.

Thomsom O'Brien MA et al "Continuing medical education meetings and workshop : Effects on professional practice and health care outcomes" *Cochrane Database Syst Rev*. 2001; (2) : CD003030.

Mansouri M. Lockyer J. "A meta-analysis of continuing medical education effectiveness", *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 27(1) : 6-15, 2007.

Blomm BS "Effects of continuing medical education on improving physician care and patient health / A review of systematic reviews" *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 21:3 (2005) 380-385.

<sup>64</sup> Sur les problèmes posés par l'évaluation de la formation continue, voir Tian J. et al "A systematic review of evaluation in formal continuing medical evaluation" *Journal of Continuing Education in the Health professions*, 27(1) : 16-27, 2007.

<sup>65</sup> Marinopoulos S. et al. pub. citée.

- [169] Ainsi une revue des études réalisée par l'ANAES<sup>66</sup> range la formation médicale continue de forme classique parmi les "interventions inefficaces" et la formation médicale continue interactive parmi les "interventions d'efficacité démontrée mais avec un effet d'intervention limité". Les moyens d'interventions les plus efficaces sont la visite à domicile et les dispositifs de rappel intégrés à la pratique. Une étude plus récente<sup>67</sup> confirme ces résultats pour ce qui concerne la formation médicale continue classique qui semble, si tant qu'elle ait un effet, n'avoir qu'un effet très faible. La combinaison de sessions de formation médicale continue avec la diffusion de supports imprimés aurait, au mieux, des effets faibles.
- [170] Ces revues de littérature différencient principalement les effets de la formation médicale continue en fonction de la forme pédagogique autour de l'opposition formation didactique classique/formation interactive. La frontière entre ces deux modes de formation est d'ailleurs assez imprécise. Il faut souligner que des activités telles que les staffs ou les groupes de pairs qui sont classées en France sous la rubrique EPP figurent, dans la littérature anglo-saxonne, parmi les formes interactives de formation médicale continue et s'avèrent être celles qui se révèlent les plus efficaces<sup>68</sup>.
- [171] Toutefois, il est probable que la forme pédagogique n'est pas le seul déterminant de l'impact de la formation. On peut penser que celui-ci dépend aussi de l'objet de la formation (complexité du thème, plus ou moins grande facilité de la transposition dans la pratique), des caractéristiques des participants (motivation, engagement vis-à-vis d'éventuels changements), du contexte d'application (ampleur des barrières au changement, congruence ou contradiction avec d'autres initiatives visant à influencer sur les pratiques notamment celles de l'industrie pharmaceutique), de l'attitude des patients (résistance ou soutien au changement). Ces diverses dimensions sont, à notre connaissance, moins bien explorées dans la littérature.
- [172] Il semble toutefois admis que la motivation à changer des praticiens est un élément important de l'impact éventuel des formations, d'où l'intégration dans les formations de dispositifs conduisant les médecins à définir des objectifs de changement et à les mesurer<sup>69</sup>.
- [173] Il semble également admis que les médecins lorsqu'ils effectuent des choix de formation privilégient la consolidation de connaissances déjà acquises et évaluent mal leurs besoins réels<sup>70</sup>.
- [174] Par ailleurs, malgré l'intérêt de ces études d'impact, évaluer des formations à la seule aune des effets constatés sur la pratique selon un modèle un peu mécanique (la formation doit entraîner un changement repérable statistiquement en lien avec le thème de la formation suivie) peut être réducteur. Les apprentissages issus de la formation ne sont pas toujours ceux anticipés par les concepteurs de la formation<sup>71</sup>. Il est possible que la formation continue ait d'autres fonctions plus larges (fournir des occasions de contacts professionnels aux médecins, soutenir leur moral et leur estime de soi, entretenir une attitude ouverte et curieuse par rapport aux évolutions médicales, favoriser une attitude critique générale par rapport aux routines, tempérer les effets de la promotion pharmaceutique...). Ces effets sont moins repérables mais ne peuvent pour autant être négligés.

<sup>66</sup> ANAES, Efficacité des méthodes de mise en oeuvre des recommandations médicales; janvier 2000.

<sup>67</sup> Grimshaw JM. "Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies", *Health Technology Assessment* 2004; Vol. 8 : n°6.

<sup>68</sup> Certaines expériences en France semblent confirmer que ces modes d'intervention sont susceptibles d'avoir un impact sur les pratiques. On peut faire référence d'une part au projet Groupama partenaires santé conduit au début des années 2000, voir REES France, *Bilan à 30 mois de l'expérimentation Groupama partenaires santé dans les Pyrénées Atlantiques*, memo, d'autre part aux cercles de qualité mis en place en Bretagne à l'initiative de l'URML et de l'URCAM, voir URCAM Bretagne, "Les Groupes de Qualité", *Les dossiers de l'URCAM Bretagne*, n°31.

<sup>69</sup> White I. Grzybowski S. Broudo M. "Commitment to change enhances program planning, implementation, and evaluation". *Journal of Continuing Medical Education in the Health Professions*, 2004. Vol. 24, pp 153-162.

<sup>70</sup> Tracey J. Arrol B. Barham P. Richmond D. "The validity of general practitioners' self assessment of knowledge : cross sectional study" *BMJ* 1997 ; 315 ; pp 1426-1428.

<sup>71</sup> Dolcourt J. Zuckerman G. "Unanticipated learning outcomes associated with commitment to change in continuing medical association" *Journal of Continuing Medical Education in the Health Professions*, 2003. Vol. 23 pp 173-181.

- [175] De plus, ces études se réfèrent à des pratiques courantes, répétitives dans des domaines où les "bonnes pratiques" sont définies et où l'enjeu est de les faire appliquer. Or la formation continue concerne également des domaines où la norme de pratique n'est pas stabilisée. Ainsi, tous les aspects de la pratique des généralistes ne sont pas couverts par des référentiels (le patient réel n'est jamais le patient des études cliniques, les poly pathologies ne font pas le plus souvent l'objet de recommandations...). Il est donc utile que le généraliste bénéficie de formations qui l'aideront à exercer son jugement clinique. Par ailleurs, pour certaines formes de formation médicale continue (congrès scientifique...), l'enjeu est moins l'impact immédiat sur les pratiques que la diffusion et la discussion des progrès scientifiques. Les constats négatifs précédents ne semblent pas concerner cet aspect de la formation continue. Il semble peu contesté que, pour certains médecins, cette modalité de formation continue soit incontournable.
- [176] Enfin, il convient d'être prudent avant de considérer que les formations continues proposées en France sont directement concernées par les constats négatifs de la littérature sur le faible impact de la formation didactique classique. Le développement de nombreuses associations de FMC parmi les généralistes s'est organisé, depuis la fin des années 70 sous l'égide de l'UNAFORMEC, autour d'une démarche critique à l'égard de la formation continue classique, didactique et universitaire, démarche critique qui fait écho aux constats sur le peu d'impact de cette forme pédagogique. Sans qu'il soit possible d'apprécier les caractéristiques des formations réellement dispensées en France, on peut raisonnablement penser que nombre d'entre elles empruntent aux formes interactives.
- [177] Au total, on retiendra de la littérature sur la FMC qu'il ne faut pas attendre du développement des formes classiques de formation continue des effets immédiats et majeurs sur les pratiques, qu'il convient d'orienter, dans toute la mesure du possible, la formation médicale continue vers ses formes les plus interactives et qu'à ce titre les formes promues en France à travers l'EPP doivent être privilégiées.

## 2.2. *Quel cadre général pour la FMC et l'EPP ?*

- [178] Les dispositifs d'organisation d'une FMC et d'une EPP obligatoires se sont construits à des dates différentes. Ils obéissent à des modalités de mise en œuvre distinctes et font intervenir des acteurs différents. Il est d'ores et déjà apparu que cette séparation était largement artificielle : l'EPP est devenue une "évaluation formative" et l'on a vu naître le concept de "formation évaluative". Ces évolutions sémantiques témoignent de finalités partagées et marquent bien la proximité entre les démarches de FMC et d'EPP. De même, il est apparu nécessaire d'indiquer dans les textes réglementaires que l'EPP était partie intégrante de la FMC, ce qui a conduit à intégrer l'EPP dans le barème de FMC.
- [179] Les deux démarches sont effectivement complémentaires : l'EPP conduit à s'interroger sur les pratiques et permet de faire apparaître les besoins réels de formation. L'EPP est, en soi, formative à travers la confrontation entre d'une part la pratique individuelle et d'autre part celle des pairs et/ou les normes de bonne pratique.
- [180] Il paraît donc pertinent d'affirmer l'unité de la FMC et de l'EPP en les réunissant sous un concept commun susceptible de les englober et de leur donner sens. La notion de développement professionnel continu peut à cet égard être proposée. Elle vise à signifier que les médecins ne sont pas simplement tenus à des obligations de moyens (participer à des actions de FMC, évaluer leur pratique) mais qu'il leur appartient d'entretenir et d'actualiser leurs connaissances, de perfectionner leur savoir faire, d'améliorer leur savoir être, de se mettre en position de gérer activement les risques inhérents à leur pratique. Cette exigence de développement professionnel continu a pour finalité l'amélioration de la qualité du service rendu. La qualité est entendue au sens large, elle désigne notamment des soins sûrs, conformes aux données acquises de la science, adaptés aux aspirations des patients et efficaces<sup>72</sup>.

---

<sup>72</sup> Par soins efficaces, dans ce contexte, nous n'entendons pas suggérer que le médecin devrait arbitrer entre des niveaux de qualité selon le coût des soins mais simplement que, pour un niveau de qualité donné, il lui appartient de privilégier les moyens les plus économiques, soit l'exigence formulée à l'article 8 du code de déontologie médicale.

- [181] La FMC et L'EPP apparaissent ainsi comme des moyens pour les médecins de mettre en œuvre une obligation de développement professionnel continu, démarche qui ne trouve son sens que dans sa finalité : l'amélioration de la qualité du service médical rendu au patient.
- [182] Cette conception du développement professionnel continu conduit à entériner l'orientation donnée par la HAS au dispositif d'EPP. Celui-ci n'a pas pour objectif de garantir la qualité des soins à partir d'un jugement externe sur les médecins dans le souci de sanctionner d'éventuels médecins "insuffisants" ou "déviant". Cette fonction mérite, éventuellement, d'être développée par ailleurs mais elle n'est pas constitutive de l'EPP telle qu'elle s'est construite en France. Il ne serait ni réaliste ni d'ailleurs opportun d'envisager une réorientation en ce sens du dispositif<sup>73</sup>.

### ***2.3. Faut-il maintenir un dispositif de validation de l'engagement dans une démarche de développement professionnel continu ?***

- [183] L'engagement des médecins dans une démarche de développement professionnel continu a vocation à se matérialiser par la participation à des actions de FMC et d'EPP. La question est posée de savoir si cet engagement doit faire l'objet d'un ou de plusieurs dispositifs de validation ou s'il faut se borner à poser une obligation déontologique.

#### **2.3.1. Faut-il maintenir une validation de la participation à des actions de FMC ?**

- [184] La critique du dispositif de validation de l'obligation de FMC nous semble s'organiser autour des arguments suivants :

1) Le système aura peu d'effets sur le comportement de formation des médecins. La menace de sanction est peu crédible (elle ne concerne pas les médecins âgés, on peut douter que les institutions ordinaires puissent ou veuillent sanctionner effectivement les médecins qui ne satisferont pas à l'obligation). Il est facile de satisfaire aux exigences du barème sans modification réelle de comportements (possibilité de s'abonner passivement à une revue, de faire valoir des activités professionnelles ou syndicales sans lien avec la formation médicale)<sup>74</sup>. De nombreux médecins, notamment les hospitaliers, satisfont d'ores et déjà au barème, le dispositif ne constituera pour eux qu'une formalité bureaucratique supplémentaire.

2) Si tant est que le dispositif ait un impact sur le comportement de formation de certains médecins, il les conduira à assister à des formations dont l'impact sur la qualité des pratiques et donc sur les résultats sanitaires seront faibles voire inexistantes. En tout cas, ces résultats ne seront pas à la hauteur du coût de gestion du dispositif et des contraintes administratives imposées aux médecins.

3) Inciter les médecins à assister à des formations continues "présentielles" peut, dans le cadre d'un budget temps contraint, les détourner de démarches plus productives (démarches interactives du type EPP, recherche individuelle, Internet...)

- [185] La défense du principe de validation s'organise autour d'une démarche inverse :

1) Même si elle est de faible intensité, la menace de sanction ou du moins la "norme sociale" qui découle du dispositif, ont et auront un impact sur le comportement des médecins. Elles contribuent à accroître l'effort de formation continue d'un nombre significatif de médecins.

<sup>73</sup> Pour éviter l'ambiguïté attachée au mot évaluation, on pourrait y substituer le terme "d'auto évaluation" ou évoquer une "démarche d'amélioration des pratiques" pour désigner l'EPP. Pour autant, il ne nous semble pas pertinent de complexifier la situation par des innovations sémantiques, la dimension d'auto évaluation de l'EPP s'est imposée.

<sup>74</sup> Il est vrai que cette critique peut conduire à envisager un aménagement du barème et non à sa suppression.

2) La formation continue dispensée dans le cadre du dispositif est d'une qualité pédagogique suffisante pour que l'on puisse en espérer un impact sur les pratiques et sur la qualité des soins. En effet, l'offre de formation continue française aurait, pour une bonne part, intégré les critiques adressées aux formations didactiques classiques et s'appuierait sur des méthodes interactives, adaptées à la pratique.

3) L'obligation dans la mesure où elle ne prend en compte que les formations dispensées par des organismes agréés permettrait d'une part d'orienter les médecins vers des formations répondant à des standards de qualité, d'autre part de faire progresser la qualité des formations proposées par les exigences formulées dans le cadre du dispositif d'agrément. L'hypothèse est faite que le dispositif d'agrément contribue à la pertinence des formations dispensées.<sup>75</sup>

4) Les formations continues "présentielles" ne sont pas contradictoires mais complémentaires avec l'évaluation des pratiques. Elles participent d'une même démarche d'amélioration de la qualité. Notamment, l'évaluation des pratiques permet aux médecins de mieux apprécier leurs besoins et de mieux orienter leur demande de formation.

5) Quelle que soit la pertinence d'un dispositif fondé sur des crédits ou des points, l'annonce de sa suppression aurait un effet péjoratif sur la formation continue en marquant qu'elle ne constitue plus aux yeux des pouvoirs publics une "ardente obligation". Bien évidemment, cet argument n'a de portée que si l'on considère que la formation continue est efficace.<sup>76</sup>

[186] Ces deux argumentations divergent pour l'essentiel sur deux points importants : l'appréciation des effets du dispositif sur le comportement des médecins, l'appréciation de la qualité et de l'impact de la formation médicale continue.

[187] Il est délicat, du fait de la carence de données, de départager ces positions. L'absence de données déjà signalée sur les comportements des médecins, leurs attentes et leurs attitudes face au dispositif ne permet pas d'apprécier l'impact qu'il a eu ou qu'il aura sur leur participation aux actions de formation continue. Tout au plus, il semble que l'on puisse considérer que la perspective de l'obligation ait contribué à soutenir le développement de la FPC, seul domaine où l'on dispose de données.

[188] L'autre élément crucial est bien évidemment l'appréciation portée sur la qualité et l'impact des formations dispensées dans le cadre de l'obligation. L'absence, sauf exceptions ponctuelles, d'études d'impact sur les formations dispensées en France permet difficilement de porter un jugement sur leurs effets. Tout au plus peut-on souligner qu'il serait contradictoire de continuer à consacrer environ 100 millions d'euros par an au financement de la FPC si l'on abandonnait, par ailleurs, l'idée de crédits ou de points au motif que la formation continue est inefficace<sup>77</sup>.

[189] Sans données plus explicites et dès lors qu'il faut se prononcer en situation d'incertitude, il nous semble pertinent de maintenir un système de crédits notamment pour ne pas adresser un message négatif aux médecins engagés dans une démarche de formation personnelle ou dans le développement de la formation auprès de leurs confrères.

---

<sup>75</sup> Il est vrai que l'on pourrait maintenir un dispositif d'agrément même en l'absence de dispositif de validation mais celui-ci aurait, dans cette perspective, certainement moins d'influence sur les médecins et les organismes de FMC.

<sup>76</sup> Parmi les arguments mobilisés pour soutenir la mise en place d'un système de crédits, la référence aux pays étrangers où ses dispositifs sont répandus est souvent mobilisée. L'évocation de cet argument conduit les détracteurs du système à objecter que ces dispositifs font l'objet de critiques dans les pays où ils sont implantés. Aux USA, la principale critique formulée vis-à-vis du système de crédit n'est pas, nous semble-t-il, son principe même mais le fait qu'il valide des formations didactiques dont l'inefficacité est patente.

<sup>77</sup> A la limite, cela devrait également conduire à s'interroger sur le droit à 15 jours de formation continue dont bénéficient les praticiens hospitaliers mais personne n'y songe sérieusement.

### 2.3.2. Faut-il maintenir un dispositif de validation de l'obligation d'EPP ?

- [190] Si un dispositif de validation de l'obligation de FMC est maintenu, il semble pertinent de maintenir un dispositif de validation de l'obligation d'EPP dans la mesure où il semble que l'EPP regroupe les démarches les plus efficaces pour améliorer la qualité des pratiques.
- [191] Si le dispositif de validation de la FMC était supprimé, la question de sa suppression pour l'EPP pourrait se poser. L'impact de l'EPP sur les pratiques est moins mis en doute que celui de la FMC. Pour autant, il pourrait être défendu, et il est parfois avancé, que l'EPP est susceptible de se développer sans qu'il soit nécessaire de s'appuyer sur un dispositif de validation formalisé. Les initiatives "spontanées" de la profession d'une part, les besoins des médecins d'autre part suffiraient à assurer la diffusion de la démarche en évitant toute lourdeur bureaucratique.
- [192] Il nous semble toutefois que, comme pour la FMC, le dispositif de validation en matérialisant l'obligation, contribue au développement de la démarche. Il est certainement superfétatoire pour les médecins motivés. Il sera peut-être inefficace pour ceux qui sont les plus hostiles à la perspective de l'évaluation. Mais il peut constituer un élément de motivation supplémentaire pour un grand nombre de praticien. Par ailleurs, comme pour la FMC, la suppression du dispositif de validation serait certainement perçue, à tort ou à raison, comme marquant un désintérêt des pouvoirs publics vis-à-vis de l'EPP.

### 2.3.3. Obligation de moyens, obligation de résultat ?

- [193] Le dispositif aboutit à faire peser sur les médecins des obligations de moyens (participer à des actions de formation, participer à des actions d'évaluation). On suppose et on espère que ces obligations de moyens se traduiront par, ou du moins contribueront à, des améliorations de la qualité des pratiques. Il serait certainement préférable de substituer à de telles obligations de moyens, des obligations ou des objectifs, formulés en termes de résultats. Il est le plus souvent préférable de laisser à un agent le soin de choisir librement les moyens pour se borner à contrôler et à sanctionner ses résultats.
- [194] Pour autant, nous ne sommes pas dans la situation où nous pourrions envisager de substituer une obligation de résultats à une obligation de moyens.
- [195] Pour ce qui concerne la dimension acquisition de savoirs de la formation médicale continue, il pourrait être envisagé de substituer à l'obligation de suivre des formations, une obligation générale d'actualisation des connaissances qui serait sanctionnée par des « examens » périodiques. Il est clair que le corps médical n'est pas prêt aujourd'hui à se soumettre à une telle démarche. Il n'est pas non plus évident que l'on soit à même de définir tant les connaissances minimales exigibles, que les modalités pertinentes pour vérifier que les médecins les possèdent.
- [196] De plus, l'essentiel n'est pas que le médecin ait accumulé des connaissances et les aient actualisées dans une perspective scolaire mais sa capacité, en situation, à rechercher les données et les informations nécessaires pour une pratique de qualité. Une obligation de résultats en termes de connaissances accumulées risque aussi de laisser de côté des éléments que la formation continue et l'évaluation entendent développer : les « savoirs faire » et les « savoirs être ». Comme l'indique le Conseil national de l'ordre des médecins, la compétence "première exigence de la morale professionnelle" ne doit pas se concevoir "comme une somme des savoirs. Si l'exercice de la médecine ne peut se faire sans une connaissance exhaustive des données acquises de la science, il ne peut se concevoir sans certaines aptitudes humaines et organisationnelles. Cette conjonction de savoir faire et de savoir être est tout aussi indispensable à un exercice médical de qualité que les connaissances cliniques"<sup>78</sup>.

<sup>78</sup> Conseil national de l'ordre des médecins. *Qualité de l'exercice professionnel, compétence et déontologie ; vers un système intégré de la gestion des compétences des médecins*. Paris, 2000.

- [197] Il peut donc être envisagé sur la base de cette définition large de la compétence de mettre en place des procédures de recertification/revalidation/requalification. La réflexion sur cette perspective a été approfondie dans un rapport du Professeur Y. Matillon<sup>79</sup> et s'est prolongée dans la construction d'un référentiel des compétences en chirurgie<sup>80</sup>. Quoiqu'il en soit et sans même entrer dans les débats que suscite une éventuelle procédure de recertification, son développement systématique ne peut être envisagé à court/moyen terme en France<sup>81</sup>.
- [198] Une autre forme d'obligation de résultats pourrait être envisagée. Le but ultime étant la qualité des pratiques, il pourrait être envisagé de substituer à l'obligation actuelle de moyens, la mesure des performances des médecins en termes de qualité et la sanction, positive ou négative, de cette mesure. Sur cette question, un rapport IGAS<sup>82</sup> suggère :
- d'une part que, compte tenu du contexte, on ne peut envisager à court terme, de disposer d'un système complet de mesure des performances,
  - d'autre part que même si nous disposions d'un tel système, il ne rendrait compte, en tout état de cause, que de certains aspects de la qualité de la pratique médicale : la part mesurable par des indicateurs.
- [199] Ces constats établis pour les généralistes semblent pouvoir être transposés aux spécialistes même si pour certaines spécialités techniques, la constitution d'un système d'indicateurs relativement complet de qualité est peut-être plus accessible. Aussi, si l'on ne peut que souscrire à l'idée qu'il serait certainement pertinent de développer un système complet de mesure en routine des performances des médecins, l'horizon d'aboutissement d'un tel projet est suffisamment éloigné pour qu'il ne soit pas justifié d'abandonner aujourd'hui des obligations de moyens. A cet égard, l'EPP contribue à développer, dans le cadre d'actions ponctuelles, le souci de la mesure parmi le corps médical et favorise ainsi l'émergence à terme d'un dispositif de suivi en routine des performances médicales.

#### 2.3.4. Quel dispositif de validation ?

- [200] Maintenir un dispositif de validation pour la FMC et l'EPP suppose que l'on formule clairement les exigences adressées aux médecins. La question de la pertinence du barème actuel et de son éventuelle simplification se pose.

a) **Pour ce qui concerne l'EPP**, l'ampleur des incertitudes quant au contenu de l'obligation et la complexité du circuit actuel d'attestation de l'obligation d'EPP ont déjà été soulignées. Il convient donc de proposer un cadre d'exigences minimales et un dispositif de validation simple à comprendre et, autant que faire se peut, simple à mettre en œuvre.

---

<sup>79</sup> Pr Y. Matillon. *Modalités et condition d'évaluation des compétences professionnelles médicales*. Rapport de mission, mars 2006.

<sup>80</sup> Mission Evaluation des compétences professionnelles des métiers de santé/Fédération nationale des spécialités chirurgicales. *Référentiels métier et compétences en chirurgie*. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, décembre 2007.

<sup>81</sup> L'OMS Europe a tenté de faire le point sur les exigences en termes de formation et de revalidation dans les pays européens. Il apparaît que certains pays font valoir, à l'égard des médecins, des exigences largement supérieures à celles connues en France. Les auteurs de l'étude n'en concluent pas moins que "l'évaluation continue de la performance de tous les médecins et dans tous les domaines de compétence reste irréalisable. Les données factuelles relatives aux différents outils et méthodes employés pour évaluer les médecins n'ont généralement abouti à aucune conclusion notamment en ce qui concerne les résultats pour les patients. Les données relatives au rapport coût-efficacité sont aussi largement absentes". Voir Mercur S et al "Est-ce qu'un apprentissage permanent et la revalidation des compétences garantissent la capacité d'exercer des médecins ?", OMS 2008.

<sup>82</sup> Bras PL, Duhamel G. *Rémunérer les médecins selon leur performance, les enseignements des expériences étrangères*, Rapport IGAS RM 2008-047 P [www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000596](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000596).

- [201] Le dispositif de validation doit se construire à partir des caractéristiques essentielles de la démarche d'EPP. Elle consiste, pour le médecin, à participer à des actions d'autoévaluation, individuelle ou collective, de ces pratiques, selon une méthodologie validée. Les organismes agréés sont les supports privilégiés de cette démarche, ils construisent les actions et sont les garants de leur pertinence. Par ailleurs, l'EPP n'a de sens que si elle constitue un processus continu témoignant d'une vigilance constante du professionnel sur ces pratiques.
- [202] Aussi l'obligation d'EPP pour un médecin pourrait être satisfaite dès lors qu'il a participé annuellement à une action d'EPP proposée par un organisme agréé. Cet organisme, en proposant l'action, décrit les conditions minimales de participation exigées. Il atteste de cette participation après l'action.
- [203] Par exemple, un médecin qui participe effectivement sur l'année à un groupe de pair encadré par un organisme agréé reçoit de sa part une attestation pour l'année. De même un médecin qui participe à une action individuelle proposée par un organisme agréé reçoit une attestation pour l'année.
- [204] Les organismes agréés étant chargés de délivrer les attestations, on peut craindre que certains d'entre eux ne fassent preuve de laxisme pour élargir leur public. Dans cette hypothèse, les démarches les moins exigeantes l'emporteraient et évinceraient les démarches plus structurées. Il appartiendra à l'autorité en charge de l'agrément et du contrôle des organismes de vérifier qu'ils font valoir des exigences minimales pour attester de l'obligation d'EPP.
- [205] On peut penser que le système est lisible pour le médecin. Les organismes agréés formulent diverses propositions d'actions. Le médecin apprécie la nature et la pertinence des actions qui lui sont proposées. Il sait que s'il participe effectivement à une action proposée par tel ou tel organisme agréé, celui-ci attestera de son obligation annuelle d'EPP.
- [206] Pour les médecins en établissement, les actions d'EPP peuvent être organisées sans le concours d'un organisme agréé. Aussi, il faut prévoir que la CME puisse dans ce cas délivrer des attestations. L'autorité de contrôle serait habilitée à vérifier comme pour les organismes agréés que la CME fait valoir des exigences minimales pour délivrer les attestations. Par ailleurs, les visites de certification devraient permettre de contrôler que les CME veillent effectivement à ne délivrer qu'à bon escient les attestations d'EPP.
- [207] Par ailleurs, il convient de maintenir le principe selon lequel la mise en œuvre d'une procédure d'accréditation est, pour les spécialités à risques, une modalité reconnue pour satisfaire à l'obligation générale d'EPP. Le caractère facultatif de la démarche d'accréditation pose d'ailleurs question. Les praticiens des spécialités à risques peuvent aujourd'hui opter pour d'autres modalités d'EPP même si l'accréditation est privilégiée dans la mesure où elle entraîne, du moins pour certains praticiens libéraux une prise en charge des primes de responsabilité civile médicale. Or s'il est admis qu'il s'agit de la manière la plus pertinente de réduire les risques, il serait logique que cette démarche devienne une obligation pour tous les médecins relevant de ces spécialités.
- b) Pour ce qui concerne la FMC**, l'obligation de FMC pourrait se formuler de manière plus simple dès lors qu'elle se limiterait à prescrire un temps minimum consacré à des formations "présentielles" ou à distance sur l'année ou sur une période de cinq ans.
- [208] La complexité du barème provient, on l'a vu, du fait qu'il ouvre des options et valide d'autres formes de FMC que les formations "présentielles" ou à distance. On pourrait donc simplifier le barème en le réduisant à un nombre d'heures (ou de points, 1 heure =1 point). Toutefois cette simplification se paierait de contraintes accrues sur les médecins.

- [209] Certaines modalités d'obtention des crédits peuvent faire l'objet de critiques. La légitimité de retenir l'abonnement à des revues ou à certaines revues généralistes comme moyen d'acquisition de crédits est mise en cause par certains. Il est vrai que ces crédits sont octroyés sans réelles garanties qu'ils correspondent de la part du médecin à un réel effort de formation. Pour autant, on ne peut exclure que la lecture de revues soit, pour certains médecins, un moyen efficace de formation. Réserver les crédits/points aux seules revues de formation comme cela fut envisagé ou les réserver aux médecins qui justifient de tests de lecture paraît une piste d'évolution pertinente.
- [210] De même, le fait que certaines responsabilités professionnelles ou syndicales "rapportent" des crédits sans que pour autant ces responsabilités n'aient la moindre dimension de "formation médicale" peut aussi prêter à critiques. Il serait sûrement pertinent d'envisager une évolution sur ce point.
- [211] Il reste, par ailleurs, à définir plus précisément les règles permettant de valider le temps passé dans les congrès (détermination des congrès éligibles, distinction entre les sessions de formation et les symposiums satellites) et à prévoir un dispositif d'agrément des formations à distance.
- [212] Si des évolutions du barème peuvent sembler souhaitables, il est clair que sa stabilité est en elle-même une condition de son appropriation par les médecins. Aussi, faut-il prévoir des périodes de stabilité (cinq ans) pendant lesquelles le barème serait immuable. Avant de le figer ainsi, le barème actuel mérite certainement un réexamen par l'autorité en charge de le définir.

**c) Un dispositif de validation unique ?** Les propositions ci-dessus conduisent à retenir deux dispositifs distincts pour la FMC et l'EPP, le premier articulé pour l'essentiel autour d'un nombre d'heures, le second autour de la participation annuelle à au moins une action déclinée dans le temps. La complémentarité souhaitable des démarches de FMC et d'EPP conduit à envisager l'hypothèse où ses deux obligations seraient fusionnées en une obligation unique de "développement professionnel continu", libre aux médecins de privilégier les initiatives (FMC et EPP) qui leur paraîtraient les plus pertinentes. Cela supposerait de formuler cette exigence globale dans une unité commune : par exemple un nombre d'heures consacré soit à des formations, soit à des actions d'EPP.

- [213] Malgré son intérêt, notamment en termes de simplification, cette hypothèse nous paraît devoir être écartée. D'une part, il est réducteur de vouloir réduire les démarches d'EPP à un nombre d'heures, le temps passé ne rend pas compte de la qualité et de la pertinence des actions engagées. D'autre part, on peut craindre, dans cette hypothèse, que, pour certains médecins, la FMC, perçue comme moins exigeante, ne l'emporte sur les démarches d'EPP.

#### **2.4. *Faut-il prescrire aux médecins des thèmes de FMC et/ou d'EPP ?***

- [214] Les obligations de FMC et d'EPP sont des obligations générales, les médecins sont libres de définir, parmi les offres agréées, les thèmes de formation ou d'évaluation qui leur paraissent les plus pertinents.
- [215] Il est parfois avancé que tant la FMC que l'EPP devraient être mises plus directement au service d'une politique de santé publique<sup>83</sup> et qu'il conviendrait de fixer des priorités qui s'imposeraient aux médecins dans le choix des thèmes.

---

<sup>83</sup> On entend politique santé publique, dans ce contexte, au sens large. La notion englobe tant la prise en charge médicale de telle ou telle pathologie que les actions de prévention ou de promotion de la santé.

- [216] A cet égard, il nous semble que les pouvoirs publics, même associés aux professionnels, ne sont pas en mesure de définir clairement de telles priorités. L'expérience montre qu'il est très difficile de hiérarchiser les exigences de santé publique et que nous sommes loin, en France, d'avoir construit une démarche qui permettrait d'aboutir à une telle hiérarchisation. Marqués par la conjoncture, les débats sur les priorités se réduisent le plus souvent à une discussion où les diverses parties prenantes font valoir leurs préoccupations du moment. Une expertise approfondie conduit à identifier un nombre important de thèmes qui tous ont leur justification, comme en témoignent les travaux engagés pour établir la loi de santé publique de 2004, travaux qui ont abouti à retenir cent objectifs.
- [217] Par ailleurs, même définie de manière pertinente, une priorité de santé publique ne constitue pas nécessairement une priorité en matière de FMC/EPP. La formation ou l'EPP ne sont pas, pour toutes les problématiques, des vecteurs efficaces pour obtenir un progrès ou le développement d'une politique.
- [218] De plus, des priorités générales de santé publique ne peuvent être déclinées mécaniquement pour toutes les spécialités : pour les spécialités techniques, c'est la dynamique propre de la spécialité (diffusion de telle ou telle innovation, prise en compte de telle ou telle lacune ou insuffisance, de telle ou telle situation à risque...) qui doit guider la réflexion sur d'éventuelles priorités.
- [219] Enfin, les médecins sont divers. Non seulement les spécialités, les clientèles, les modes d'exercice sont différents mais cette diversité renvoie aussi aux caractéristiques personnelles de chaque praticien : à son expérience médicale, à ses efforts antérieurs de formation, à ses centres d'intérêt...
- [220] Il ne paraît donc pas possible de définir des thèmes de formation qui d'une part s'avèreraient pertinents et qui d'autre part conviendraient à tous et à chacun. D'autant qu'une formation suivie par obligation ne sera sûrement pas une formation efficace.
- [221] Idéalement, les formations suivies devraient se fonder sur les besoins réels de chaque médecin c'est-à-dire sur l'état de ses pratiques et sur les marges de progrès qu'elles révèlent. Le constat que les médecins ne sont pas les mieux à même de déterminer leurs zones de faiblesses et qu'ils ont plutôt tendance à se former dans leurs domaines d'excellence, ne doit pas conduire à conclure qu'il convient de les guider autoritairement. De tels choix obligés auraient peu de chance d'être plus pertinents que ceux faits par les médecins eux-mêmes. L'essentiel semble plutôt être d'aider les médecins à apprécier correctement leurs besoins. La démarche d'EPP peut, à cet égard contribuer à une meilleure appréhension de leurs besoins réels.
- [222] Ces remarques nous conduisent à écarter l'idée de surajouter à une obligation générale de moyens, une obligation de suivre des formations ou d'engager des actions sur des thèmes imposés. Il n'est même pas nécessaire de mentionner à titre d'argument supplémentaire qu'une telle exigence compliquerait encore le dispositif.
- [223] Un événement exceptionnel (menace épidémique nouvelle ...) justifierait bien évidemment que l'on impose à tous les médecins ou à tous les médecins d'une spécialité de recevoir telle ou telle formation. Toutefois de tels événements exceptionnels doivent être traités par une procédure exceptionnelle.
- [224] De même, les innovations technologiques qui comporteraient des risques particuliers pour les patients devraient faire l'objet d'une attention particulière en matière de formation et d'évaluation particuliers, des programmes qu'il conviendra de définir avec les collègues professionnels, pourraient être établis et accompagner la démarche d'accréditation.
- [225] Si l'obligation doit être proscrite, il semble pertinent d'envisager que les médecins soient incités à se diriger vers certains thèmes.
- [226] Deux modalités d'incitation peuvent être envisagées : les incitations financières d'une part, la construction d'un consensus professionnel d'autre part.

## 1) Les incitations financières

### a) Les médecins libéraux

- [227] Actuellement, pour les médecins libéraux, certaines formations sont indemnisées et financées au titre de la FPC, les thèmes retenus à ce titre sont donc privilégiés<sup>84</sup>. Toutefois, la formation professionnelle continue est conçue comme un support de la vie conventionnelle et les thèmes admis au financement sont définis par un dialogue entre l'UNCAM et les syndicats signataires de la convention. Cette perspective est certainement trop étroite, les thèmes qui méritent d'être privilégiés, devraient être choisis en fonction de considérations globales d'impact en matière de service médical rendu même si les préoccupations médico-économiques font partie de cette perspective globale. Aussi la discussion sur les thèmes à privilégier devrait-elle réunir les pouvoirs publics, la profession dans toutes ses composantes et l'UNCAM.
- [228] Les remarques précédentes sur la difficulté d'une hiérarchisation nous invitent à suggérer que le dialogue entre ces trois partenaires sur les thèmes de formation et d'EPP ne sera fructueux que s'il est structuré et s'appuie sur une expertise fondée sur une meilleure connaissance de la situation des attentes, des pratiques et des besoins. Il est à craindre que la simple confrontation d'opinions ne permette pas de faire des choix réellement pertinents. Il nous semble qu'il convient d'éclairer les débats par une expertise préalable dont les contours sont délicats à définir, mais dont on peut penser qu'ils s'affineront avec l'expérience. Ainsi il serait nécessaire de nourrir la réflexion des participants au débat par des études visant à repérer les principales faiblesses dans la prise en charge médicale des problèmes de santé et plus particulièrement celles pour lesquelles un effort en matière de formation continue ou l'EPP est susceptible d'avoir un impact positif. Ceci implique notamment de disposer de capacités d'évaluation des effets des formations ou des actions d'EPP. La construction d'une telle réflexion suppose une forte capacité d'expertise qui doit notamment se nourrir des apports des structures représentatives des spécialités et de l'expérience des URML.
- [229] Dès lors que des thèmes auront été définis dans ce cadre nouveau, la méthode de travail pour sélectionner les actions éligibles pourrait s'inspirer des procédures actuellement en vigueur pour la FPC (appel d'offres, examen des offres anonymisés par un conseil scientifique assisté d'experts indépendants, hiérarchisation des offres).
- [230] Par ailleurs, dès lors que les thèmes prioritaires pour un soutien financier sont définis, les actions éligibles pourraient être des formations comme c'est le cas aujourd'hui mais également des actions d'EPP. Des actions d'EPP sur les thèmes sélectionnés pourraient ainsi se voir financées. Ce fonds devrait donc recevoir également les sommes consacrées aujourd'hui à l'EPP par la CNAMTS.

### b) Les médecins hospitaliers

- [231] Les propositions précédentes concernent les médecins libéraux pour lesquels il existe des financements dédiés. Elles ne sont donc pas transposables au monde hospitalier. Le mode de financement de la formation à partir des budgets hospitaliers ne permet pas d'envisager de soutenir des thématiques nationales.
- [232] On peut d'ailleurs penser qu'il est plus pertinent que d'éventuelles priorités soient définies au niveau de l'établissement par la CME à partir des budgets dont elle assure la gestion. Toutefois, la part importante des financements émanant de l'industrie pharmaceutique ou de l'industrie des matériels médicaux ne semble pas permettre, le plus souvent, à la CME de faire valoir des priorités : les financements de la CME intervenant à la marge pour combler les besoins non pris en charge par l'industrie.

---

<sup>84</sup> On a d'ailleurs vu que même dans le cas de la FPC où il devrait être plus facile de retenir des priorités à partir de la perspective conventionnelle qui fonde le dispositif, les thèmes retenus sont en fait très nombreux et très généraux.

- [233] Une augmentation importante des budgets consacrés à la formation médicale par les hôpitaux ne semble pas actuellement possible compte tenu de la situation financière des établissements. Il ne semble pas réaliste non plus d'envisager, compte tenu de la situation financière de l'assurance maladie, une augmentation des dotations hospitalières.
- [234] De plus, il est d'autant moins probable qu'un effort soit consenti que les besoins de formation ressentis par les praticiens semblent être globalement financés<sup>85</sup> du fait d'apports industriels extérieurs.
- [235] La question semble moins être celle du montant des financements que celle de leur maîtrise et de leur orientation : du fait de ce mode de financement, la formation des hospitaliers s'ordonne pour l'essentiel autour des besoins ressentis par chaque professionnel et au gré des financements qu'ils obtiennent soit de la CME, soit de l'industrie.
- [236] Peut-être la situation n'est-elle pas fondamentalement dommageable, la formation des médecins hospitaliers, plus technique et plus scientifique, obéissant plus à une logique de besoins individuels qu'à une démarche collective ? Si, au contraire, il apparaissait impératif de pouvoir affirmer des priorités soit au niveau national, soit au niveau de l'hôpital, il pourrait être envisagé de "transférer"<sup>86</sup> les sommes que l'industrie consacre à la formation des hospitaliers pour les réaffecter soit vers un fonds national, soit vers une augmentation des budgets formation des hôpitaux. Toutefois, cette orientation, évidemment conflictuelle avec l'industrie, ne peut être considérée que si l'on estime d'une part que le mode de financement actuel nuit à l'indépendance des praticiens d'autre part qu'il est très important de pouvoir orienter les efforts de formation. Il est vrai que la DHOS estime pour sa part que "les établissements (CME et direction) devraient s'impliquer davantage dans la formation de leur praticiens, au minimum en recensant les actions de FMC suivies par chaque PH financées et non financées par l'hôpital, et idéalement en contribuant à orienter les praticiens vers des actions de qualité utiles aux praticiens comme à l'hôpital". Pour autant, il ne semble pas que la question présente pour les acteurs concernés une acuité telle qu'il soit possible d'envisager d'y apporter une solution drastique.
- [237] A tout le moins, on pourrait exiger plus de transparence en matière de source de financement et s'inspirer du débat engagé aux Etats-Unis autour du "Physician payments sunshine act". Ce texte, en cours de discussion au Congrès, prévoit que tout financement de l'industrie vers un médecin, pour quelque raison que ce soit, doit être déclaré, ces déclarations ayant vocation à être rendues publiques. Ce projet est soutenu par PhRMA, l'équivalent américain du LEEM, et par l'American Medical Association<sup>87</sup>.

## 2) La construction d'un consensus professionnel

- [238] Il est souhaitable que les professionnels contribuent à la construction des priorités en matière de développement professionnel continu. Ils sont certainement les mieux à même d'apprécier par spécialité les domaines où la FMC et l'EPP peuvent conduire à améliorer la qualité de leurs pratiques.

<sup>85</sup> On a vu qu'il était difficile de savoir si les hospitaliers étaient limités dans leurs souhaits de formation par des contraintes financières.

<sup>86</sup> S'il apparaissait opportun, ce transfert pourrait s'opérer soit par une diminution des prix de certains biens dès lors que les prix sont administrés, soit par une taxation. Bien évidemment, il ne s'agit pas de sous-estimer la complexité de l'organisation de ce transfert. Un entretien avec le LEEM a permis de confirmer qu'il était irréaliste d'envisager que ce transfert puisse s'opérer de manière volontaire selon une perspective parfois évoquée par certains (contribution volontaire des entreprises à un fonds général de formation). Il est clair que chaque laboratoire entend d'une part maîtriser l'orientation de ses financements et d'autre part construire une relation personnelle avec les bénéficiaires.

<sup>87</sup> Alors que dans la première version les transferts devaient être déclarés à partir de 25 dollars, le seuil pourrait être porté à 500 dollars. Voir T. Devred, "Moralisation dans les RP", *Pharmaceutiques*, n°159, septembre 2008 ainsi que Steinbrook R. "Disclosure of industry payments to physicians" *N. Eng. J. Med.* 2008. 359 ; 6 ; pp 559-561.

- [239] Aussi la démarche entreprise par les médecins, avec l'appui de la HAS, visant à constituer, par spécialité, une « structure fédérative » ou « collège de bonnes pratiques » paraît devoir être approfondie et soutenue. Ces structures fédératives ont vocation à fédérer les médecins d'une spécialité et les différentes institutions (sociétés savantes, syndicats, collèges universitaires...) qui aujourd'hui les représentent, indépendamment des distinctions selon le mode d'exercice (ville-hôpital, libéral-salarié). Il est attendu de ces structures fédératives qu'elles définissent des axes d'action prioritaires en matière d'EPP (par exemple : proposer la tenue d'un registre permettant d'apprécier les résultats d'un procédé thérapeutique en vue de porter une appréciation générale sur le procédé en question et de comparer les performances des divers médecins ou équipes qui l'utilisent) et, dans le prolongement, en termes de FMC.
- [240] On peut penser, ou du moins espérer, que la seule force du consensus professionnel émanant de telles structures sera suffisante pour engager une dynamique au sein de la spécialité. Toutefois cette dynamique pourrait être différente selon les spécialités : plus le spectre d'action de la spécialité est étroit, plus la spécialité est technique et plus ses effectifs sont réduits, plus il devrait être aisé de construire un consensus pertinent et d'obtenir un effet de mobilisation.
- [241] Cette démarche peut s'articuler avec la précédente, les priorités définies par les structures fédératives devraient être prises en compte pour la définition des thèmes prioritaires pour un soutien financier selon le schéma évoqué précédemment.
- [242] Si la démarche de constitution des structures fédératives doit être encouragée, il ne semble pas pertinent de donner, du moins actuellement, une base légale et réglementaire à ce processus. Au contraire, une intervention administrative risquerait de figer un mouvement en cours et de provoquer des conflits institutionnels que la démarche vise précisément à surmonter.
- [243] Au-delà de l'action des structures fédératives pour dégager des priorités, la HAS envisage qu'elles puissent être à l'origine d'un organisme agréé unique par spécialité qui aurait donc vocation à animer et à encadrer l'ensemble des actions d'EPP des médecins de la spécialité. C'est d'ailleurs le schéma retenu et mis en place pour les organismes agréés en matière d'accréditation où la HAS n'a souhaité admettre qu'un organisme émanant de la profession par spécialité à risques. Autant ce principe paraît pertinent pour l'accréditation qui concerne des spécialités à taille réduite et un objet circonscrit (l'analyse des risques) pour lequel l'homogénéité des pratiques s'impose, autant il ne paraît pas évident que cette organisation doive s'imposer en matière d'EPP. La pluralité de l'offre peut être bénéfique pour proposer des actions qui correspondent aux besoins divers des praticiens concernés et parce que les méthodes d'évaluation restent multiples. L'unicité des organismes agréés par spécialité ne nous semble pas devoir être érigée en principe, elle peut toutefois être le résultat de la structuration de la profession autour de sa structure fédérative. Par ailleurs, compte tenu des débats qui traversent la médecine générale sur les méthodologies pertinentes d'EPP, il est improbable que cette spécialité puisse être couverte par un seul organisme. Il n'est d'ailleurs pas sûr que cela soit souhaitable.

## **2.5. *Quel financement pour la FMC et l'EPP ?***

- [244] La problématique du financement de la FMC et de l'EPP a déjà été évoquée à propos de la "priorisation" des thèmes de formation et d'EPP.
- [245] Il est apparu que cette question concernait pour l'essentiel les médecins libéraux sauf à envisager un bouleversement profond des modes de financement de la FMC à l'hôpital.
- [246] Pour ce qui concerne les libéraux, Il convient, dans un premier temps, de rappeler les grandes lignes des propositions déjà formulées :
- Constitution d'un fonds de financement du développement professionnel continu des médecins libéraux à partir d'une part des sommes aujourd'hui consacrées à la formation professionnelle conventionnelle, d'autre part des sommes consacrées par le CNAMTS à l'EPP ;

- Ce fonds finance des actions sur des thèmes prioritaires définis dans le cadre d'un dialogue entre les pouvoirs publics, la profession et l'UNCAM ;
- Pour la définition des priorités, les parties prenantes au dialogue sont soutenues dans leur réflexion par une expertise constituée par la HAS qui s'appuie notamment sur les structures fédératives par spécialité ;
- Le fonds a vocation à financer tant des actions de FMC que d'EPP. La priorité qu'il convient d'accorder à l'EPP devrait se traduire par une montée en charge progressive de la part des actions d'EPP dans le financement global ;
- Les actions de formation ou d'EPP financées sont sélectionnées par appel d'offre sur la base des thèmes prioritaires selon une procédure semblable à celle de l'actuelle FPC.

[247] Ces propositions n'épuisent pas toutes les questions posées par le financement de la FMC et de l'EPP.

### **2.5.1. Comment marquer la priorité à accorder à l'EPP ?**

[248] Le fait de rendre éligibles des actions d'EPP au financement du nouveau fonds devrait en faciliter le développement. Toutefois, réservée aux actions prioritaires, cette nouvelle possibilité de financement ne permet de soutenir le développement de l'EPP en général. Il semble donc nécessaire d'aller au-delà pour marquer la priorité accordée à cette modalité d'amélioration des pratiques. Un effort particulier peut également se justifier parce qu'il apparaît, selon le bilan des CNFMC, que les organismes agréés, bénéficiaires pour la formation continue, sont déficitaires pour ce qui concerne l'EPP. Or, si comme nous le proposons, l'EPP s'organise pour les libéraux essentiellement autour de l'action de ces organismes, il faut permettre à une offre de qualité de se développer.

[249] Pour l'instant, le médecin qui participe à une action d'EPP doit non seulement dégager du temps mais aussi rémunérer, sauf exception, l'organisme agréé qui prend en charge l'organisation et la supervision de l'action. S'il ne peut être envisagé du fait des montants en cause d'indemniser (hors actions prioritaires) le temps passé par les médecins à l'EPP, il nous semble pertinent d'envisager que les coûts des actions conduites par les organismes agréés soient, au moins partiellement, couverts.

[250] La diversité des actions conduites en matière d'EPP aboutit selon les actions à des coûts très divers. Il n'est donc pas question de prétendre financer le coût réel et total de chacune des actions. Il est toutefois possible d'envisager un soutien minimal que nous évaluons à environ 100 euros par an et par médecin qui permettrait d'alléger les montants exigés des médecins par les organismes agréés. Les organismes agréés recevraient ainsi environ 100 euros par attestation délivrée. Ce financement public renforce la nécessité d'un contrôle vigilant sur l'activité des organismes agréés. Il permet en contrepartie de formuler des exigences minimales quant à la qualité des initiatives des organismes agréés.

[251] Sur la base d'environ 120 000 médecins libéraux et d'une action par médecin et par an, on aboutit à un budget de 12 millions d'euros qui s'imputerait sur le fonds de financement. Il s'agit d'un budget maximal, dans la mesure où dans les établissements de santé privés, tous les médecins n'auront pas recours à un organisme agréé pour organiser l'EPP.

### **2.5.2. L'avenir du FAF-PM**

[252] La mise en place d'un fonds de financement de la FMC et de l'EPP pose la question de l'avenir du FAF-PM. L'existence de deux sources de financement de la formation continue des médecins libéraux se justifiait pleinement dès lors que le fonds FPC était censé ne financer que des actions conventionnelles.

- [253] La création d'un fonds à vocation large, dont les priorités sont définies à partir d'une vision globale de santé publique rend moins légitime la coexistence de deux fonds. La cohérence dans la définition des priorités, la volonté d'assurer l'indépendance des décisions de financement, la simplicité (un "guichet unique" pour les médecins et pour les associations de formation) et le souci de l'économie dans la gestion<sup>88</sup> plaident pour que les cotisations des médecins actuellement versées au FAF-PM, le soient demain au fonds général.
- [254] Cette proposition de fusion des deux fonds se heurte à deux objections. La première de principe consiste à considérer que les contributions au FAF-PM étant versées directement par les médecins, ce fonds ne doit être géré que par les médecins eux-mêmes par l'intermédiaire de leurs syndicats représentatifs. La seconde, plus fonctionnelle, part du constat que le FAF-PM permet aujourd'hui de financer certains types de formation (informatique, anglais médical...) qui ne figuraient pas parmi celles prises en charge par le FPC et risquent de ne pas figurer parmi celles du nouveau fonds.
- [255] Il nous semble toutefois que les avantages d'une fusion l'emportent sur les inconvénients.

### 2.5.3. Le calibrage du montant du fonds

- [256] Sur la base des fonds actuellement consacrés à la FPC, les sommes disponibles au titre du fonds s'élèveraient à environ 100 millions d'euros soit environ 850 euros par médecin libéral soit environ un jour à un jour et demi de formation ou d'action d'évaluation en prenant en compte indemnisation et frais pédagogique ou d'animation<sup>89</sup>.
- [257] Bien évidemment, ces chiffres ne constituent qu'un ordre de grandeur. Il faudrait tenir compte des coûts de gestion. Le financement des organismes agréés EPP viendra éventuellement s'imputer sur ces montants. L'apport des fonds du FAF-PM augmenterait éventuellement les sommes disponibles de quelques 5 millions d'euros. Les sommes consacrés par la CNAMTS à l'EPP ont également vocation à abonder le fonds.
- [258] Il est difficile d'apprécier si ce fonds est correctement dimensionné. On a vu qu'il est difficile de savoir si, sur la base des priorités de la FPC, les sommes allouées actuellement sont suffisantes ou entraînent un rationnement.
- [259] Dans la mesure où ce fonds est destiné à financer des actions prioritaires, on pourrait renvoyer la question de son dimensionnement à la définition des thèmes prioritaires. Plus il y aura de thèmes réputés prioritaires, plus le montant consacré à leur financement devrait être élevé. Pour autant, il est peu probable que l'on puisse déduire simplement et mécaniquement des priorités, les sommes qui doivent leur être consacrées. Il est plus vraisemblable que l'on continuera à se situer dans une logique budgétaire : les formations sur des thèmes prioritaires sont financées dans la limite d'une enveloppe prédéfinie.
- [260] Actuellement, le calibrage des montants consacrés à la FPC est renvoyé à la négociation conventionnelle (voir le 14° de l'article L 162-5 du CSS). La convention de 2005 (article 6.5 de la convention approuvée par arrêté du 3 février 2005) précise que la dotation est fixée par le comité paritaire national (CPN) sur proposition du CPN-FPC "sous réserve de disposer sur le Fonds national de l'action sanitaire et sociale de crédits suffisant". Les fonds consacrés à la formation sont donc négociés par les partenaires conventionnels mais dans le cadre d'une enveloppe elle-même fixée dans la convention d'objectif et de gestion entre l'Etat et la CNAMTS. Cette articulation est notamment à l'origine, à travers le mécanisme des reports des crédits sur la durée de la COG, des fluctuations de l'enveloppe (75 millions disponibles en 2007, 64.9 dépensés, 104 millions disponibles en 2008).

<sup>88</sup> Les coûts de gestion représentent 8.2% des cotisations. Par ce constat, il ne s'agit pas de porter un jugement sur la qualité de l'actuelle gestion du FAF mais de suggérer qu'en ce domaine des économies d'échelle sont certainement possibles.

<sup>89</sup> On s'est basé sur 120 000 médecins libéraux sachant que les spécialistes libéraux exerçant en établissement peuvent bénéficier comme les hospitaliers de financements de l'industrie des produits de santé...

[261] Pour éviter ces fluctuations et pour des raisons de principe, il semble pertinent de considérer la question du financement dans le cadre de la problématique plus générale de la rémunération des médecins<sup>90</sup>. On pourrait considérer, en première analyse, que le tarif de l'acte englobe tant la rémunération de l'acte en lui-même que celle des activités annexes (formation continue, EPP) nécessaires à sa qualité. Toutefois, ce raisonnement qui a le mérite de la simplicité, néglige le fait que, dans ce cas, le médecin est incité à produire des actes mais ne l'est pas à consacrer du temps à la FMC ou à l'EPP. Bien évidemment, la déontologie du médecin, son souci d'une pratique de qualité, l'intérêt en soi de ces activités sont des facteurs de motivation qui vont conduire les médecins à s'engager dans ce type de pratique. Mais on peut raisonnablement estimer que cet engagement serait facilité et accru si des incitations financières venaient soutenir les motivations "altruistes" du médecin. Il peut donc apparaître pertinent d'augmenter les sommes consacrées à l'indemnisation du temps consacré à la FMC et à l'EPP mais dans le cadre d'une appréciation globale des sommes consacrées à la rémunération des médecins, d'un arbitrage entre tarif de l'acte et montant des indemnisations pour ces activités.

[262] Il n'est, bien évidemment, pas réaliste d'envisager une diminution du tarif des actes pour accroître les financements dédiés à la formation ou à l'EPP. Cet arbitrage (tarif/financement FMC-EPP) est toutefois possible lorsqu'il est envisagé d'augmenter les tarifs des actes<sup>91</sup>. Il serait certainement pertinent d'allouer une partie des sommes, non aux tarifs, mais à la prise en charge des actions de FMC et d'EPP. Dans le dispositif institutionnel, ce sont les partenaires conventionnels qui sont en position d'adopter cette vue globale des dépenses médicales et des recettes des médecins. Une prise en compte pertinente de cet arbitrage potentiel dans le cadre des négociations conventionnelles se heurte toutefois à des difficultés :

- le tarif des actes a une portée symbolique forte, leur augmentation est certainement, à montant égal, plus "valorisée" par les médecins et leurs représentants qu'un accroissement des enveloppes consacrées à la FMC ou à l'EPP ;
- lorsque l'assurance maladie consacre 1€ à l'augmentation du tarif, les recettes des médecins du fait du ticket modérateur augmentent de 1,2€ environ, l'intérêt immédiat de l'assurance maladie et des syndicats médicaux est donc de privilégier l'augmentation des actes ;
- les partenaires conventionnels gèrent directement les fonds consacrés à la FMC, le fait qu'ils perdent la maîtrise directe des fonds ne va pas les inciter à en accroître leur montant.

[263] Malgré ces obstacles, on peut espérer que les partenaires conventionnels, motivés par la préoccupation de contribuer à l'amélioration de la qualité des pratiques, se saisiront de cette question et auront le souci, dans le cadre de leurs négociations, de faciliter le développement de la FMC et de l'EPP. Il leur reviendrait donc de fixer dans le cadre des négociations conventionnelles le montant des sommes allouées au fonds de financement du développement professionnel continu. On peut espérer ainsi que, progressivement, lorsque des marges de manœuvre seront disponibles pour accroître la rémunération des médecins, une partie de ces marges de manœuvre sera utilisée pour financer la FMC et l'EPP<sup>92</sup>. La profession, à travers ses représentants syndicaux, est ainsi en position, dans le cadre de la négociation conventionnelle, de calibrer les sommes consacrées à son développement professionnel. Il semble prudent de prévoir que le ministre chargé de la santé puisse intervenir sur ce sujet dans la mesure où il estimerait que les fonds alloués à la FMC et à l'EPP sont insuffisants par rapport à ce qu'exige une politique active d'amélioration de la qualité des soins.

<sup>90</sup> Ce qui en pratique revient à sortir ces crédits de fonds d'action sanitaire et sociale, devenu d'ailleurs fonds d'action conventionnelle, pour financer les crédits de formation sur le risque.

<sup>91</sup> Des augmentations régulières sont en effet à prévoir du moins pour les médecins généralistes, l'activité par tête des généralistes ne progresse pas depuis dix ans environ, le simple maintien de leur niveau réel de revenu exige des hausses de tarifs à intervalle régulier. Il est possible de soutenir leur revenu en augmentant les tarifs ou en finançant plus largement leurs efforts de FMC et d'EPP.

<sup>92</sup> Pour fixer les ordres de grandeur, on peut rappeler qu'une hausse de 1 € du C coûte 250 millions d'euros aux régimes d'assurance maladie et augmente les recettes de médecins d'environ 300 millions d'euros. Ces montants sont bien plus

[264] Par ailleurs, à travers le FAF-PM, on constate que les fonds consacrés à la formation ne sont pas seulement issus des arbitrages conventionnels mais proviennent en partie d'une contribution directe des médecins de 47 € par médecin libéral et par an. Toutefois, on peut aussi penser que toute contribution demandée aux médecins alimente les revendications à la hausse des tarifs et que cette contribution renvoie ainsi à la question précédente de l'équilibre entre les sommes consacrées à la tarification de l'acte et les sommes consacrées à la formation ou à l'EPP<sup>93</sup>.

## 2.6. *Quel dispositif de promotion et de contrôle de la qualité de l'offre ?*

[265] L'exigence adressée aux médecins de participer à des actions de FMC et d'EPP n'a de sens que si l'on est en mesure de s'assurer que les promoteurs de ces actions développent des initiatives de qualité dont on peut espérer un impact sur les pratiques. Le dispositif d'agrément et de sélection doit contribuer à améliorer graduellement la qualité de l'offre.

[266] Aussi, nous paraît-il pertinent de retenir les principes suivants :

- 1) Les formations et les actions d'EPP ne sont validées que si elles sont dispensées par des organismes agréés. Elles ne sont financées au titre des actions prioritaires qu'après sélection des propositions les plus pertinentes sur appel d'offre ;
- 2) Un guichet unique doit être organisé pour des raisons de cohérence, d'économie et de simplicité pour les organismes de FMC et/ou d'EPP, pour l'agrément des organismes comme pour la sélection des actions financées ;
- 3) Le dispositif doit donner toutes garanties d'indépendance, les personnes participant au processus d'agrément ou de sélection ne doivent pas avoir de lien étroit, direct ou indirect, avec les organismes prestataires concernés. Les dossiers doivent être appréciés sous forme anonymisée par des experts indépendants et les décisions prises par un "conseil scientifique"<sup>94</sup> ;
- 4) Il convient de se doter d'une capacité de contrôle/inspection pour pouvoir vérifier que les engagements pris sur dossier sont respectés.

[267] Au-delà de ces principes généraux d'organisation de la fonction agrément-contrôle, il convient de faire valoir certaines exigences à l'égard des organismes :

- 1) Il faut pouvoir être en mesure de vérifier leur indépendance par rapport aux financements industriels. On a vu que cela était aujourd'hui difficile dans la mesure où le soutien industriel ne transite pas nécessairement dans les comptes de l'organisme mais s'effectue par des apports en nature pour soutenir l'organisation des formations. Il faut donc soit proscrire ce type d'apport, tout soutien de l'industrie doit être recensé dans les comptes de l'organisme, soit prévoir un recensement de ces soutiens par les organismes. La première formule semble être celle qui offre le plus de garanties.
- 2) Il faut pouvoir disposer d'éléments permettant d'apprécier la qualité des actions. Les organismes devraient donc être astreints à recueillir le niveau de satisfaction des

---

importants que les sommes consacrées à la FMC/EPP. Il est donc tout à fait possible de financer une augmentation substantielle des montants consacrés à la FMC par affectation (en fait report dans le temps) des augmentations de tarifs.

<sup>93</sup> Globalement, il est équivalent d'une part de distraire une partie des sommes consacrées aux hausses de tarifs pour augmenter une dotation conventionnelle à la FMC et à l'EPP et d'autre part d'augmenter les tarifs pour financer une hausse de la contribution des médecins à la FMC/EEP. Cette équivalence n'est bien sûr que globale. La contribution des médecins au FAF-PM est forfaitaire, indépendante de l'activité. Le financement par dotation conventionnelle sur la base d'une moindre hausse des tarifs fait contribuer de fait les médecins au prorata de leur activité. Au plan symbolique, dans l'hypothèse de la contribution des médecins, il apparaît que ce sont les médecins qui financent la FMC. Dans l'autre hypothèse, celle de la dotation conventionnelle, il apparaît que ce sont les partenaires conventionnels qui financent la FMC/EPP à partir des ressources de l'assurance maladie.

<sup>94</sup> Ce principe nous semble se justifier de lui-même mais l'on peut ajouter que toute autre organisation risque d'être contraire aux exigences de l'article 14 de la directive relative aux services dans le marché intérieur du 12 décembre 2006 qui prescrit : "Les Etats membres ne subordonnent pas l'accès à une activité de service ou son exercice sur leur territoire au respect de l'une des exigences suivantes...6° l'intervention directe ou indirecte d'opérateurs concurrents, y compris au sein d'organes consultatifs dans l'octroi d'autorisations ou dans l'adoption d'autres décisions des autorités compétentes, à l'exception des ordres et associations professionnels (*sic*) ou autres organisations qui agissent en tant qu'autorité compétente..."

participants selon des procédures standardisées. L'homogénéité des données permettra ainsi d'établir des comparaisons.

- 3) Il convient de progresser dans la mesure de l'impact des formations. Il faut donc exiger des organismes qu'ils recueillent systématiquement, à l'issue des formations, les intentions de changement dans la pratique des participants et qu'ils collectent, à trois ou six mois, les appréciations des participants sur les changements effectifs de pratique.
- 4) Pour être agréé, les organismes EPP doivent proposer des actions qui se traduisent par la mise en relation des pratiques médicales avec les recommandations, impliquent l'analyse des données cliniques et permettent la confrontation et le suivi des résultats, entraînent une actualisation des modalités de prise en charge et une amélioration continue de la qualité des soins.
- 5) Une plus grande attention doit être apportée à la gestion des conflits d'intérêt au cours des formations et à la connaissance qu'en ont les médecins participants.

[268] Pour ce qui concerne l'indépendance des actions au regard de leur financement, on a vu que le choix du CNFMC diffère de celui de la HAS.

[269] Trois options sont possibles :

- Une telle différence ne se justifie pas, l'industrie doit pouvoir participer financièrement à l'EPP dans le respect de règles de bonnes pratiques<sup>95</sup> (comme celles mise en place pour la FMC) et sous réserve d'en contrôler le respect (ce qui n'est, semble t'il, pas envisagé pour FMC).
- Cette différence peut s'expliquer par une différence de nature entre FMC et EPP. La mise en œuvre de l'EPP conduit à manier des informations confidentielles sur la pratique même des médecins, toute participation de l'industrie, sous quelque forme que ce soit doit donc être refusée. Il faudra alors fixer des règles de cloisonnement strict<sup>96</sup>.
- Il s'agit d'une question de principe. L'industrie ne doit participer ni à la FMC ni à l'EPP.

[270] Avant d'en faire une question de principe, il est nécessaire de tirer le bilan du code de bonne conduite signé avec les entreprises de santé en novembre 2006. Un tel bilan était prévu après deux ans, soit en fin d'année 2008. Le LEEM a engagé une démarche auprès de ses adhérents pour établir ce bilan. Bien évidemment, il importe que l'évaluation de l'accord ne soit pas conduite par une seule des parties et que la DHOS prenne les dispositions nécessaires pour disposer de sa propre appréciation afin de trancher entre les différentes possibilités évoquées ci-dessus.

[271] En tout état de cause, cette question ne se pose que du fait des insuffisances des sources de financement publiques qui contrastent avec la grande "générosité" dont semble pouvoir faire preuve l'industrie pharmaceutique<sup>97</sup>. La question du calibrage des fonds consacré à la FMC et à l'EPP est, sur cette question, cruciale.

<sup>95</sup> Garantissant, par exemple, l'absence de remontée d'information relative aux pratiques des médecins – et a fortiori aux personnes qu'ils prennent en charge - sous quelque forme que ce soit, même une information rendue anonyme.

<sup>96</sup> Mais on voit mal comment la distinction pourrait être garantie pour les organismes intervenant à la fois dans le cadre de la FMC et dans celui de l'EPP ce qui est, au demeurant, souhaitable.

<sup>97</sup> Dans le cadre de la réorientation des efforts de promotion, le soutien à la formation continue figurerait parmi les vecteurs privilégiés. D'après Charrondière H. Kerob S. "Promotion du médicament /quelles perspectives à l'horizon 2012" Pharmaceutiques, n°159 septembre 2008, les directions marketing-vente des laboratoires réorienteraient les efforts de marketing notamment pour "accompagner le développement de RP (relations publiques), des congrès médicaux et de la formation continue". Voir aussi dans le même numéro Soulez Barselo E; "Medical education, un mouvement de fond".

## **2.7. *Quelle répartition des responsabilités ?***

[272] Les propositions formulées ci-dessus ont permis de dégager certaines fonctions, rôles et responsabilités à assumer. Il convient de préciser quelles sont les institutions qui pourraient les prendre en charge. Parmi ces fonctions, on peut distinguer : un rôle d'orientation politique et de pilotage général, une fonction d'expertise, une fonction de promotion et de contrôle de la qualité de l'offre, une responsabilité de gestion des obligations individuelles.

### **2.7.1. Un rôle d'orientation politique et de pilotage général**

[273] Ce rôle englobe les missions suivantes : proposer des orientations nationales en matière de formation médicale continue, examiner pour avis les textes légaux et réglementaires relatifs à la formation médicale continue, définir les critères qui président à l'agrément des organismes de FMC et/ou d'EPP<sup>98</sup>, définir les exigences qui s'imposent aux médecins pour valider les obligations de FMC et d'EPP.

[274] Il englobe également, mais pour les seuls médecins libéraux, la définition des thèmes prioritaires qui feront l'objet de financements par le fonds de financement du développement professionnel continu.

[275] Ce rôle pourrait être assumé par un conseil national du développement professionnel continu qui regrouperait les représentants de la profession, des pouvoirs publics, de l'UNCAM et des représentants des usagers. La représentation de la profession doit associer toutes les composantes (syndicats représentatifs des médecins libéraux, des médecins hospitaliers, des médecins salariés non hospitaliers, Ordre, organismes issus de la profession en matière de formation et d'EPP, université). Si ce conseil doit plus être lieu de recherche de consensus que de confrontation, il semble logique que la représentation de la profession y dispose de la majorité et que son président soit issu de la profession.

[276] Ce conseil se réunirait dans une forme restreinte (représentants des médecins libéraux, des pouvoirs publics et de l'UNCAM) lorsqu'il s'agit de déterminer les thèmes prioritaires qui feront l'objet de financements.

[277] La HAS aurait vocation à participer à ce conseil mais dans une position particulière par rapport aux autres intervenants dans la mesure où elle devrait être le support d'expertise des débats (cf. infra).

### **2.7.2. Une fonction d'expertise**

[278] Le conseil national, organisme d'orientation politique, ne pourra remplir son rôle de manière pertinente que s'il peut s'appuyer sur une expertise structurée sur les thèmes suivants : analyse des domaines où la formation et l'EPP peuvent avoir des impacts sanitaires et/ou économiques significatifs pour aider à la définition des thèmes prioritaires, analyse des attentes et difficultés des médecins en matière de FMC et d'EPP, définition et promotion des méthodes et des meilleures pratiques tant en matière de FMC que d'EPP, suivi des réalisations, évaluation de l'impact de la FMC et de l'EPP.

[279] On a suffisamment noté tout au long du rapport la carence des données de base sur la plupart de ces thèmes pour qu'il ne soit pas nécessaire de souligner combien il est nécessaire de se doter d'une capacité structurée d'expertise sur ces questions. La HAS, qui assure déjà cette fonction d'expertise pour ce qui concerne l'EPP, nous paraît la structure la mieux à même d'assumer cette responsabilité. Il lui appartiendra de s'appuyer sur les structures fédératives professionnelles et les savoir faire universitaires pour les analyses, études et propositions spécifiques à telle ou telle spécialité.

---

<sup>98</sup> Un requis minimal étant défini par voie réglementaire.

- [280] Le conseil national peut saisir la HAS de toute demande d'expertise qu'il juge nécessaire à l'exercice de ses missions.

### **2.7.3. Une fonction de promotion et de contrôle de la qualité de l'offre**

- [281] Le dispositif proposé suppose de prendre des décisions individuelles à l'égard des organismes de formation et d'EPP : agrément ou refus d'agrément, sélection des programmes/actions qui feront l'objet d'un appui financier. La pertinence de ces décisions est déterminante, les exigences mises en avant dans le cadre de ces procédures conditionneront pour partie la qualité de l'offre de formation et d'EPP.
- [282] Cette fonction est aujourd'hui dispersée entre les CNFMC (agrément des organismes de FMC), la HAS (agrément des organismes d'EPP) et les organes de gestion de la FPC et du FAF-PM (sélection des programmes financés). Un souci de cohérence et d'économie conduit à les rassembler.
- [283] Il est nécessaire, on l'a vu de fournir des garanties d'indépendance : les décisions doivent être prises, sur le mode déjà adopté pour la FPC, sur la base des avis d'un conseil scientifique assisté d'experts. Ce conseil scientifique doit pouvoir s'appuyer sur une structure légère permettant de préparer l'instruction des dossiers, d'assurer l'analyse des rapports d'activité et de réaliser ou de commanditer d'éventuels contrôles sur pièce et sur place.
- [284] Les décisions individuelles s'inscriront dans un cadre de règles (exigences à faire valoir pour l'agrément ou la sélection des actions financées) qui seront fixées par le conseil national. Il pourrait être envisagé pour organiser cette fonction de constituer une structure ad hoc auprès du conseil national. Un souci d'économie de moyens devrait conduire à privilégier un hébergement de cette structure par l'HAS. Cette institution a en effet une expérience de la gestion des commissions ou conseils de ce type (commission de la transparence par exemple...). Elle dispose déjà, ou peut aisément recruter, des personnels possédant les compétences techniques et scientifiques requises. Par ailleurs, les informations recueillies à travers l'exercice de cette fonction pourraient nourrir la fonction d'expertise, positionnée à la HAS, évoquée précédemment. Un conseil scientifique placé auprès de la HAS semble enfin la structure qui offre les meilleures garanties d'indépendance par rapport aux multiples logiques d'intérêts du secteur.
- [285] Quelle que soit l'organisation choisie, la structure en charge de cette fonction doit pouvoir développer une capacité de contrôle susceptible de missionner les actuels médecins habilités et de mobiliser une équipe réduite d'évaluateurs internes.

### **2.7.4. Une responsabilité de gestion des obligations individuelles**

- [286] Dès lors que les obligations de formation et d'EPP continuent à faire l'objet d'une validation, il convient d'assurer le suivi de cette validation. Il importe de prévoir à cet égard un circuit court. Les attestations de formation et d'EPP délivrées par les organismes agréés sont transmises au médecin et au conseil de l'Ordre départemental dont il relève. Celui-ci est en charge de vérifier que les médecins ont rempli leurs obligations sur la base de ces dossiers. Dès lors qu'il ne ressort pas des dossiers que le médecin a satisfait à ses obligations, le conseil de l'Ordre départemental engage avec lui une démarche de conciliation, fixe des exigences au médecin. Si le médecin ne se conforme pas à ces exigences, le conseil de l'Ordre engage une procédure disciplinaire. Il convient que l'Ordre national organise une centralisation des données des conseils départementaux pour pouvoir fournir des statistiques agrégées.
- [287] Une variante de cette proposition consisterait à faire transiter toutes les attestations par un lieu unique (portail) afin de pouvoir établir un suivi statistique des réalisations, à charge pour ce lieu unique de répercuter l'information sur les conseils départementaux.
- [288] Le choix entre ces deux variantes mérite une expertise technique qui doit s'appuyer sur des considérations de coût et de sécurité.

- [289] La répartition des rôles et des responsabilités proposée ne réserve pas de rôle particulier aux URML. Celles-ci, dans le dispositif actuel, se voient reconnaître un rôle "d'organisation" mais sans qu'il soit défini clairement qu'elle en est la portée. Il ne paraît pas pertinent de confier une mission institutionnelle particulière aux URML sauf à compliquer l'agencement du dispositif. Il leur revient sur la base de budgets qu'elles gèrent, d'être des acteurs du processus d'EPP selon les modalités qu'elles jugent pertinentes pour améliorer la qualité des soins : information des médecins sur les possibilités d'EPP, constitution d'organismes agréés spécifiques ou soutien à des organismes agréés actifs dans la région, développement des actions d'évaluation des actions de FMC et ou d'EPP, contribution à la réflexion sur les priorités en matière de FMC et d'EPP. Il leur revient également de contribuer par leurs études à l'expertise sur les besoins et les priorités en matière de FMC et d'EPP et l'impact des actions menées. Fortes de marges de manœuvre dont elles disposent à travers leur budget, leur légitimité dépendra plus de la plus value concrète qu'elles apporteront par leurs initiatives sur le terrain que d'un rôle institutionnel.
- [290] De même, le dispositif préconisé n'identifie pas de rôle institutionnel spécifique pour les futures agences régionales de santé (ARS). Compte tenu du rôle qu'elles sont appelées à jouer en matière d'organisation du système de santé, il importe toutefois qu'elles soient informées par les diverses parties prenantes de la FMC et de l'EPP localement et que la HAS porte à leur connaissance les bilans amalgamés au plan régional. Il ne semble pas pertinent aujourd'hui de régionaliser le fonds national de financement. Ce point de vue pourra être révisé quand le rôle régulateur des ARS se sera confirmé. En toute hypothèse, si les ARS disposent d'un budget discrétionnaire, elles auront toutes latitudes pour en user pour l'EPP et la FMC comme les URML.

### 3. SYNTHÈSE DU DISPOSITIF PROPOSÉ

- [291] Les propositions de la mission ont été en réponse aux principales questions posées, il a paru utile d'en dresser une synthèse.
- [292] Les médecins ont l'obligation de s'inscrire dans une démarche de développement professionnel continu : ils veillent à maintenir et à actualiser leurs connaissances, ils perfectionnent leur « savoir faire », développent leur « savoir-être », gèrent les risques inhérents à leur pratique. A cet effet, ils ont le devoir de participer à des actions de formation continue, d'évaluer leur pratique et sont astreints du moins pour les spécialités à risques à la déclaration et à l'analyse des événements indésirables ou porteurs de risques.
- [293] Cette obligation a pour objectif d'améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.
- [294] Les médecins doivent attester de leur inscription dans une démarche de développement professionnel continu en justifiant d'une part qu'ils consacrent, sur cinq ans, environ quatre jours/an (ou un effort équivalent) à la formation médicale continue, d'autre part qu'ils ont participé dans l'année à une démarche d'évaluation de leur pratique ou qu'ils sont engagés dans une procédure d'accréditation.
- [295] Les médecins choisissent librement les formations et les actions d'évaluation des pratiques. Seules les formations ou actions proposées par des organismes agréés sont prises en compte pour justifier de leur obligation de développement professionnel continu.
- [296] Pour ce qui concerne les médecins hospitaliers, une plus grande transparence des financements industriels est nécessaire.
- [297] Pour les médecins libéraux, les formations ou les actions d'évaluation des pratiques correspondant à des thèmes prioritaires sont financées et indemnisées par un fonds qui reprend les sommes consacrées actuellement à la FPC, celles gérées au titre du FAF-PM et celles consacrées par la CNAMTS à l'EPP. Ce fonds soutient les actions d'évaluation des pratiques par le paiement aux organismes agréés d'une somme forfaitaire pour tout médecin pris en charge. Le montant des sommes consacrées au développement professionnel continu, en sus des contributions des médecins héritées du FAF-PM, est déterminé dans le cadre des accords conventionnels.

- [298] Un Conseil national du développement professionnel continu des médecins regroupe les représentants de la profession (Ordre, associations de formation et d'EPP, syndicats, sociétés savantes, collèges universitaires...) des pouvoirs publics et de l'URCAM. Ce conseil définit les orientations de la politique de développement professionnel continu des médecins, émet des propositions sur la nature des obligations auxquels sont assujettis les médecins, définit les règles générales qui président à l'agrément des organismes et exerce une fonction de surveillance vis-à-vis du dispositif d'agrément. Il détermine, dans une formation spécifique aux médecins libéraux, les thèmes prioritaires qui ont vocation à bénéficier d'un soutien financier.
- [299] La HAS alimente la réflexion du Conseil à travers un rapport annuel qui vise à répertorier les domaines où la FMC et/ou l'EPP peuvent contribuer à améliorer la qualité des soins et fait le bilan annuel des réalisations en matière de formation et d'évaluation et, dans toute la mesure du possible, de leur impact sur les pratiques. Pour construire ces analyses, la HAS s'appuie sur les structures fédératives professionnelles constituées par spécialité ainsi que sur les URML. Elle réalise des études régulières visant à analyser les attentes, les besoins et les difficultés des médecins en matière de développement professionnel continu. Elle définit et promeut les méthodes, référentiels et les pratiques pertinentes.
- [300] Une structure (positionnée au sein de la HAS ou placée auprès du conseil national) est en charge de l'agrément des organismes de formation et/ou d'évaluation et de la sélection sur appel d'offres des formations et/ou actions qui, consacrés aux thèmes prioritaires, font l'objet d'un financement spécifique. Cette structure constitue un conseil scientifique et un réseau d'experts afin d'assurer l'indépendance des décisions (agrément, sélection des formations). Elle analyse la synthèse des rapports d'activité des organismes agréés et développe les méthodes de mesure des résultats. Elle dispose d'une capacité de contrôle des organismes agréés soit par la mobilisation de médecins habilités, soit par le personnel de la structure. Elle rend compte de son action devant le Conseil national de développement professionnel continu.
- [301] Les organismes agréés transmettent directement aux conseils départementaux de l'Ordre des médecins les justificatifs des actions de formation et d'évaluation. Le conseil de l'Ordre engage une démarche de concertation avec les médecins pour lesquels les justificatifs minimum n'auraient pas été fournis. Si à l'issue de cette procédure, il apparaît que le médecin n'entend pas corriger la situation, il appartiendra au conseil de l'Ordre d'engager une procédure disciplinaire.

Pierre Louis BRAS

Gilles DUHAMEL

---

## **Lettre de mission**



*Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative*

Direction générale  
des Affaires Sociales

30 JUIN 2008

Paris le 27 JUIN 2008

*Le Conseiller technique*

565

Cab RBN/NN/MA - Me D 08 6602

**Note à l'attention de  
Monsieur André NUTTE  
Chef du service de FIGAS**

**Objet : Demande de mission sur l'organisation juridique, administrative et financière de la formation continue des médecins.**

Les dispositifs actuels de formation continue (FMC) et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) doivent faire l'objet d'une simplification juridique et fonctionnelle dans le cadre du prochain projet de loi « Patients, santé et territoires » prévu pour cet automne, afin d'assurer une meilleure lisibilité pour les professionnels et les patients des moyens mis en œuvre pour améliorer la qualité du système de santé.

Ces préconisations faisaient d'ailleurs partie des conclusions du rapport remis par votre service à Xavier Bertrand et Philippe Bas en janvier 2006 (rapport d'Autume / Postel-Vinay), à leur demande (lettre de mission du 27 juillet 2005). Une commission des suites de ce rapport a été réunie par vos soins le 12 février dernier et a confirmé les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'un dispositif de FMC particulièrement complexe.

Si le principe de la formation continue doit être affirmé pour toutes les professions de santé, les modalités d'organisation doivent pouvoir être envisagées par profession au niveau réglementaire. Le projet de loi « Patients, santé et territoires » fixera donc ces principes et renverra l'organisation spécifique à chaque profession ou groupe de profession au niveau du décret.

Pour ce qui concerne la profession de médecin, qui constitue le périmètre de votre mission, ma conviction est que la formation continue et le maintien des connaissances et des compétences sont des éléments fondamentaux de notre système de santé. Ma volonté est bien sûr de confirmer cette obligation déontologique. Pour autant, les moyens actuels de contrôle ne me paraissent ni responsabilisants pour les médecins, ni suffisants en terme de résultats.

Il est de mon devoir de garantir à nos concitoyens des soins d'un haut niveau de qualité et de sécurité. Je souhaite donc que l'obligation de formation continue soit exprimée et organisée de manière simple, efficace et responsabilisante, sur la base de priorités de santé publique et selon des méthodes favorisant l'évaluation des pratiques au regard d'un référentiel.

Simultanément, je souhaite faciliter l'accès des médecins à des outils leur permettant de faire progresser leurs pratiques. La politique à mettre en œuvre doit, à ce titre, permettre la

professionnels et l'évolution des carrières des professionnels, notamment dans le cadre réglementaire de la validation des acquis de l'expérience. Cette dernière partie constituera le volet qualifiant du dispositif. Je souhaite que, sur ce dernier point, vous me fassiez des propositions sur les modalités d'administration de ces compétences entre les différents acteurs concernés que sont l'ordre et l'université.

Enfin, parallèlement à ce dispositif prioritaire, je tiens à ce que vous étudiiez la possibilité d'améliorer la qualité et la diffusion de la formation médicale continue dispensée par les organismes de formation professionnels, afin que les médecins soient informés sur la qualité des programmes de formation qui leurs sont proposés.

Le pilotage et le financement de l'ensemble de ce dispositif devra être unifié et simplifié, ce qui implique le rapprochement des structures actuelles avec celles de la formation continue conventionnelle (FCC).

Je souhaite que vous me remettiez un rapport proposant, pour les médecins, les principes d'organisation et de fonctionnement d'un nouveau dispositif de formation médicale continue, cohérent avec ces objectifs et basé sur la responsabilisation des professionnels. Ce rapport devra comporter une évaluation financière des différentes hypothèses.

Je souhaiterais que le rapport définitif de la mission soit remis fin août 2008.



Roselyne BACHELOT NARQUIN

## Liste des personnes rencontrées

### **Cabinet de madame la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative :**

Dr N. NABET, Conseiller technique

Pr Y. MATILLON, Chargé de mission

#### **Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins :**

Mme C. d'AUTUME, Chef de service

Mme M. SOUFFLET-CARPENTIER, sous direction de professions médicales et personnelles médicaux

Mr Ph. HENAULT, sous direction de professions médicales et personnelles médicaux

#### **Direction de la sécurité sociale :**

Mme M. JEANTET, Adjointe au sous directeur, sous direction du financement du système de soins

Mme C. TAGLIANA, sous direction du financement du système de soins

Mme C. BUSSIERE, sous direction du financement du système de soins

#### **Haute autorité de santé :**

Pr L. DEGOS, Président du collège

Mr F. ROMANEIX, Directeur

Pr J.M. CHABOT

Dr R. Le MOIGN

Mme F. POTHIER

Dr Ph. CABARROT

#### **Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés :**

Mr E. HAUSHALTER

Mme E. PRUGNAUD

Mme S.REY

Mme D. JOYON

#### **Conseils nationaux de la formation médicale continue :**

Dr A.BEAUPIN, Président du CNFMC des médecins salariés

Pr D.BERTRAND, Président du CNFMC des praticiens hospitaliers

Dr B.ORTOLAN, Président du CNFMC des médecins libéraux

#### **Formation professionnelle conventionnelle – Organisme gestionnaire conventionnel :**

- Mr R.SAUVADET, Directeur de l'OGC

#### **Fonds d'assurance formation de la profession médicale**

Dr D.VIGNON, Président

#### **Conseil national de l'ordre des médecins :**

- Dr LEGMANN, Président

#### **Conférence des présidents de CME :**

Dr F.FELLINGER, Président de la conférence des CME de CH

Dr D.GAILLARD, Président de la conférence des CMZE de PSPH

**Fédération hospitalière de France :**

- Dr P.LESTEVEN

**CSMF :**

Dr M.CHASSANG, Président

Dr ESPAGNO

**MG France :**

Dr M. OLIVIER KOEHRET, Président

Dr J.L.BENSOUSSAN

**URML :**

Dr P.BOUTIN, Président de la conférence des URML

Dr UNVOIS, conférence des URML

**URML de Bretagne : Dr B.FEGER, Président****URCAM :**

- URCAM de Bretagne : Mr C.HUBERT, Directeur

**Fédération des médecins habilités par la HAS :**

Dr P.DELMOTTE

**Fédération des organismes agréés EPP :**

- Dr VARROUD-VIAL, Président FENODEP

**Fédération des spécialités médicales :**

Pr O.GOEAU BRISSONNIERRE, Président

**Société française de cardiologie :**

Dr THEBAULT

**Sociétés savantes et associations de médecine générale :**

SFMG : Dr F.RAINERI

SFDRMG

SFTG : Dr I de BECO

UNAFORMEC : Dr P.BONNET

CNGE

**Les entreprises du médicament (LEEM) :**

Dr R.DAHAN, Président de la commission des affaires scientifiques, pharmaceutiques et médicales

Dr C. LASSALE

Mme S. PAULMIER-BIGOT

**Revue de FMC :**

- Dr A. TREBUCQ, Directeur général du groupe Huvaux

SOPHIA Fondation d'entreprise Genévrier :

Mr D.VACHER, Directeur général des laboratoires Genévrier

Pr G. POTEL, Président du conseil d'administration de la fondation

## ANNEXE 1 : Critères FMC

| Critères des CNFMC  | Critères du FAF-PM   | Critères de la FPC  |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- programme (de formation) de l'année précédente ;</li> <li>- CV et fonctions des responsables ;</li> <li>- expérience scientifique et pédagogique de l'organisme ;</li> <li>- existence d'un comité scientifique et pédagogique</li> <li>- explicitation des critères de choix des formateurs ;</li> <li>- description de la démarche d'identification des besoins des praticiens ;</li> <li>- description démarche d'élaboration des objectifs de formation ;</li> <li>- pertinence des moyens et méthodes pédagogiques utilisés ;</li> <li>- pertinence des programmes par rapport à la cible visée ;</li> <li>- procédure(s) d'évaluation de la qualité des programmes/actions ;</li> <li>- procédure(s) d'analyse et d'utilisation des résultats de l'évaluation pour l'amélioration des programmes/actions ultérieurs ;</li> <li>- pertinence scientifique et actualisation de l'information ;</li> <li>- qualité pédagogique ;</li> <li>- contenu des activités et des programmes objectif et équilibré ;</li> <li>- programme validé et s'appuyant sur des référentiels ;</li> <li>- auteurs identifiés ;</li> <li>- -objectifs pédagogiques et d'apprentissage (savoir, compétence, performance) définis, adaptés et communiqués à chaque participant.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- pertinence de l'action en fonction des besoins des médecins ou de leurs pratiques ;</li> <li>- conception sur des bases documentaires accessibles ;</li> <li>- objectifs de formation en matière de compétences ou savoir-faire acquis ;</li> <li>- préciser l'organisation pédagogique ;</li> <li>- modalités et indicateurs de contrôle des acquis ;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- argumentation scientifique du projet ;</li> <li>- intégration des recommandations et référentiels ;</li> <li>- validité scientifique des références bibliographiques ;</li> <li>- formulation des objectifs ;</li> <li>- validité scientifique des messages de la formation ;</li> <li>- lecture critique intégrée dans le déroulement de la formation ;</li> <li>- prise en compte de l'efficacité des stratégies de prise en charge (aspects médico-économiques) ;</li> <li>- facilitation du parcours de soins : circulation de l'information et prise en compte de la coopération ;</li> <li>- adéquation des méthodes pédagogiques ;</li> <li>- faisabilité dans le temps imparti ;</li> <li>- structuration de la formation entre plénières et ateliers ;</li> <li>- - adéquation de l'expertise.</li> </ul> |