

ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

DIRECTEUR D'HÔPITAL

Promotion : **2006-2008**

Date du Jury : **Décembre 2007**

**La formation médicale continue : enjeu stratégique et
levier pour l'optimisation de la gestion des
compétences médicales.**

**Réflexions à partir de l'exemple du Centre Hospitalier de
SAINT-BRIEUC.**

Julien LE BONNIEC

Remerciements

Je tiens à remercier **M. J.Y BRIANT**, directeur du Centre Hospitalier de SAINT-BRIEUC ainsi qu'individuellement tous les membres de l'équipe de direction pour la qualité de leur accueil et la confiance qu'ils ont bien voulu me témoigner tout au long de mon stage, et au-delà tous les membres du corps médical qui ont participé à ce travail, notamment le **M. le Dr P.SIMON** et **M. le Dr C.COLMAR-MONTIEL**.

Je tiens tout particulièrement à remercier **Mme S.KERAMBRUN**, directrice-adjointe chargée des affaires médicales, pour les conseils qu'elle m'a proposés. Mes sincères remerciements vont aussi à **Mme M.C ILLION**, directrice-adjointe chargée des services économiques et logistiques, et maître de stage, pour nos échanges, qui ont nourri ma réflexion sur mon futur métier. Merci à **Mme G.SAUNIER-DUFOUR**, directrice-adjointe chargée du système d'information et de l'organisation, pour la qualité de nos relations et ses conseils avisés.

Je remercie vivement **Mme M.SENGELEN**, directrice-adjointe chargée des affaires médicales au CHRU de LIMOGES, et encadrant de ce mémoire, pour ses précieux conseils, le temps qu'elle a bien voulu y consacrer, ainsi que pour le soutien qu'elle m'a manifesté à chaque étape de ce travail.

Mes remerciements vont aussi au **Pr. D.BERTRAND**, président du Conseil National de la Formation Médicale Continue des Hospitaliers et directeur de l'ENSP, ainsi qu'au **M. le Dr M.RINCE**, néphrologue au CHRU de LIMOGES et membre du CNFMCH. Merci également à **M.N.VIDAL**, directeur des affaires médicales du CHRU de LIMOGES pour ses conseils et à **M. F.X SCHWEYER**, enseignant-chercheur à l'ENSP.

Enfin, merci à Cécile.

« La vie est courte, la médecine est vaste, l'expérience trompeuse, et l'occasion fugitive »

HIPPOCRATE

Sommaire

Introduction	1
1 FACE AUX MUTATIONS STRUCTURANTES DE L'EXERCICE DE LA MEDECINE, LA FMC APPARAÎT COMME UNE COMPOSANTE DE LA QUALITE DES SOINS ET UNE CONDITION DE LA COMPETENCE MEDICALE	4
1.1 L'importance de la FMC à l'aune du nouveau paradigme de la qualité des soins questionne les caractéristiques sociologiques de la profession médicale.....	4
1.1.1 Les nouvelles conditions d'exercice de la médecine témoignent de l'importance de la formation tout au long de la carrière du praticien	4
1.1.2 En tant que composante du nouveau paradigme de la qualité des soins, la FMC vient modifier le rapport du corps médical à la culture de l'évaluation.....	11
1.2 De la qualification à la compétence, ou la FMC comme « facteur d'adaptation à la médecine d'aujourd'hui ».....	18
1.2.1 La formation continue des médecins en France : un droit et une obligation dans le cadre d'une organisation critiquée	19
1.2.2 Un nouveau cadre réglementaire fragilisé par des limites d'emblée perceptibles.....	25
1.2.3 La FMC, facteur d'adaptation à la médecine d'aujourd'hui	34
2 ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES DE FMC ET LEVIERS MANAGERIAUX AU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-BRIEUC.....	40
2.1 Les pratiques en matière de formation médicale continue des praticiens du Centre Hospitalier de Saint-Brieuc	40
2.1.1 Les pratiques en matière de FMC au CH de SAINT-BRIEUC.....	40
2.1.2 Les chantiers d'EPP programmés	50
2.2 Des obstacles qui restent à lever pour améliorer l'organisation de la FMC.	51
2.2.1 Les limites de l'organisation de la FMC au CHSB témoignent de difficultés dans la définition d'une politique en la matière	51
2.2.2 Les facteurs ayant freiné la prise en compte de la dimension stratégique de la FMC	55
2.3 Les leviers managériaux mobilisables pour une optimisation de la gestion des compétences médicales.....	58

2.3.1 Donner à la FMC une dimension stratégique	59
2.3.2 L'évolution de l'organisation de la FMC pourrait permettre de créer les conditions d'une prise en compte de la dimension stratégique de la FMC	65
2.3.3 La FMC, clé de voûte d'une GPEC médicale qui reste à construire	70
Conclusion	77
Bibliographie.....	79
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARTT : Aménagement et Réduction du temps de Travail
CET : Compte Epargne Temps
CHSB : Centre Hospitalier de Saint-Brieuc
CHG : Centre Hospitalier Général
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSP : Code de la Santé Publique
DAM : Direction des Affaires Médicales
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DU : Diplôme Universitaire
DIU : Diplôme Inter Universitaire
ETP : Equivalent Temps Plein
FMC : Formation Médicale Continue
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
GRH : Gestion des Ressources Humaines
GRHM : Gestion des Ressources Humaines Médicales
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
PH : Praticien Hospitalier
PUPH : Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
SMR : Service Médical Rendu
SSR : Soins de Suite et Réadaptation
T2A : Tarification à l'Activité
TMS : Tableau Mensuel de Service
URML : Union Régional des Médecins Libéraux

Introduction

« Il aura donc fallu onze ans et la volonté de plus de quatre ministres pour que le dispositif soit complet ».

C'est par ces mots lourds de sens que s'ouvre l'éditorial du portail Internet des trois Conseils Nationaux de la Formation Médicale Continue. Obligation inscrite dans le code de déontologie depuis 1979, la réforme de la formation médicale continue initiée en 1996 avec les Ordonnances Juppé a constamment achoppé depuis sur des problèmes de gouvernance et de financement, sur fond de rivalités syndicales. Diverses tentatives de refonte du système se sont succédées, avec pour corollaire une accumulation de textes restés lettre morte.

Selon l'article L.4133-1 du Code de la Santé Publique, en application de la loi du 9 août 2004, la FMC constitue une obligation pour tous les médecins (ainsi que les dentistes, les sage-femmes, et les pharmaciens). *« [Elle] a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins et du mieux-être des patients, notamment dans le domaine de la prévention, ainsi que l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé publique ».* Liée dans les textes à la FMC, l'évaluation des pratiques professionnelles est définie à la fois comme un outil d'analyse des connaissances et des pratiques, et comme un moyen de réponse aux besoins de formation. Depuis le décret du 14 avril 2005 relatif à l'EPP, pris en application de la loi du 13 août 2004, la FMC a pris un sens plus large et plus riche. Définie par la Haute Autorité de Santé comme *« l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques »*, et jusque là indépendante du dispositif de formation au sens strict, l'EPP devient une part intégrante de la FMC.

Le dernier demi-siècle a vu le bouleversement de la médecine et de fortes mutations dans l'exercice de la profession médicale, du fait de l'explosion des savoirs et des techniques. La conjugaison des évolutions scientifiques, économiques et sociales a conduit les pouvoirs publics à davantage réglementer la profession médicale, ouvrant une brèche dans un champ professionnel qui se caractérise par son autonomie.

Face à la judiciarisation croissante des relations entre médecins et patients pour accusation de fautes médicales, allant des erreurs de prescriptions médicamenteuses à la iatrogénie, en passant par les erreurs de diagnostic, jusqu'aux négligences dans la prise en charge qui suscitent l'intérêt de la presse, la réforme de la formation continue des médecins apparaît comme une mesure d'amélioration de la qualité des soins mais aussi

de prévention face aux risques médico-légaux. Elle s'inscrit également dans un contexte maintenant ancien de réflexion de la profession médicale sur ses pratiques, alimenté notamment par les sociétés savantes.

En légiférant sur la FMC, c'est-à-dire dans un domaine qui relevait jusqu'à présent des pratiques de chaque médecin et qui était davantage perçu comme un droit à l'acquisition et à l'entretien de connaissances, dans le cadre d'une évolution permanente de la médecine et de la technique médicale, les pouvoirs publics, en réponse aux réflexions menées par une partie de la profession médicale, visent à diminuer le risque médico-judiciaire, tout en optimisant la qualité des soins dans un contexte budgétaire contraint.

Cette réforme, qui concerne tous les praticiens, de tout type d'exercice et de tout secteur d'activité, concerne tout particulièrement l'hôpital. Elle est à inscrire dans le cadre plus large de la certification obligatoire des établissements de santé et de l'élaboration d'indicateurs de qualité rendus publics (par exemple les infections nosocomiales), sur la base desquels certains magazines font leurs meilleures ventes en élaborant chaque année des classements des établissements de santé. Il s'agit d'améliorer la qualité des soins offerts à la population, en réfléchissant non plus uniquement en terme de qualification, mais plus largement en terme de compétence, possiblement entendue comme une façon adaptée et reconnue de faire des professionnels - recouvrant le savoir, le savoir-faire et le savoir-être - par des évaluations des pratiques professionnelles et de la formation continue contrôlées. Si un chiffre souvent évoqué fait état que 50% des connaissances en médecine seraient obsolètes en l'espace de 7 ans, seules la FMC, l'évaluation des pratiques et une masse critique suffisante d'activité permettent de garantir la qualité de l'exercice des praticiens.

Ces évolutions juridiques induisant une plus forte réglementation de l'exercice médical par les pouvoirs publics ont des effets non seulement sur la pratique de la médecine, mais également sur la sociologie de la profession médicale, notamment sur la représentation qu'elle se fait de l'exercice de son art : elles questionnent ses valeurs identitaires. Même si la gestion de la FMC relève du champ médical, les médecins doivent désormais de plus en plus rendre compte de leur activité, des efforts qu'ils font pour entretenir et développer leurs connaissances et leurs compétences, dans un contexte d'évolution rapide de la médecine, mais aussi de réglementation du temps de travail (ARTT) et de financement des établissements de santé à l'activité (T2A). Les référentiels de bonne pratique participent d'un mouvement de standardisation et de rationalisation de l'activité médicale et soignante, de nature à réduire l'autonomie médicale. Or, traditionnellement, la nature même de l'activité clinique, qui consiste en un service personnel et confidentiel, ne

se laisse pas facilement observer. Cela génère une modification de l'identité des médecins et de la représentation qu'ils ont d'eux-mêmes, de leur place dans la société ou en établissement de santé.

Notre enquête menée sur le terrain auprès des praticiens temps plein du Centre Hospitalier de Saint-Brieuc, hôpital général pivot du territoire de santé n°7 de Bretagne, s'avère riche en enseignements sur l'intensité des pratiques en FMC à l'hôpital, même non CHU. Les investigations menées, croisant des entretiens divers et l'exploitation d'un questionnaire adressé à l'ensemble des PH temps plein de l'établissement, nous permettent de confronter nos analyses à des données de terrain et fournit des éléments de réflexion sur l'évolution de la gestion des ressources humaines médicales à l'hôpital. En effet, cette réforme de la FMC et de l'EPP conduit en pratique les directeurs d'hôpital et certains praticiens à réfléchir à l'évolution de la gestion des ressources humaines médicales, dans une optique de gestion des emplois et des compétences. En raison de son caractère stratégique, la FMC peut fournir aux établissements un levier pour une gestion plus dynamique et non plus seulement statutaire des ressources humaines médicales, en raisonnant en terme de compétences. Elle peut être un outil permettant la mise en œuvre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, ou du projet médical. Elle doit permettre d'aller vers une approche qualitative des effectifs de chaque pôle dans le cadre de la nouvelle gouvernance des établissements de santé. Elle peut également se révéler comme un atout en terme de communication auprès des usagers.

Dans un premier temps, nous analyserons les mutations structurantes de l'exercice médical face auxquelles la FMC apparaît comme une composante de la qualité des soins et une condition de la compétence médicale **(1)**. Dans un second temps, nous ferons un état des lieux des pratiques en matière de FMC au Centre Hospitalier de Saint-Brieuc, et nous étudierons la réforme de la FMC en tant que levier stratégique pour une gestion plus dynamique des ressources humaines médicales à l'hôpital **(2)**.

1 FACE AUX MUTATIONS STRUCTURANTES DE L'EXERCICE DE LA MEDECINE, LA FMC APPARAÎT COMME UNE COMPOSANTE DE LA QUALITÉ DES SOINS ET UNE CONDITION DE LA COMPÉTENCE MÉDICALE

L'analyse des enjeux de la réforme de la Formation Médicale Continue amène à s'interroger sur les mutations structurantes de la médecine moderne, qui ont un impact non négligeable sur l'exercice de l'art médical ainsi que sur les caractéristiques sociologiques de la profession médicale.

En effet, le nouveau paradigme de la qualité des soins, dans un contexte de mise sous tension du financement du système de santé et de croissance du risque médico-légal, parallèlement à une exigence plus forte de qualité de la part des usagers, alimente des transformations dans l'exercice de la médecine **(1.1)**.

La réforme de la FMC témoigne d'un glissement de la qualification vers le développement des compétences ; en cela elle se doit d'être un « facteur d'adaptation à la médecine d'aujourd'hui ». Son cadre réglementaire est en voie de finalisation, après de nombreuses difficultés **(1.2)**.

1.1 L'importance de la FMC à l'aune du nouveau paradigme de la qualité des soins questionne les caractéristiques sociologiques de la profession médicale

Le décryptage des enjeux de la réforme de la FMC nécessite d'étudier les mutations à l'œuvre dans la médecine moderne et de croiser les enjeux de qualité, juridiques, économiques et financiers **(1.1.1)**.

Face à ce nouveau paradigme que représente la qualité des soins, la profession médicale évolue du point de vue sociologique : entre autonomie, réintroduction dans le champ politique, normalisation des pratiques, son identité et ses valeurs se modifient **(1.1.2)**.

1.1.1 Les nouvelles conditions d'exercice de la médecine témoignent de l'importance de la formation tout au long de la carrière du praticien

La réforme de la FMC vise à permettre aux praticiens de conserver et d'optimiser leurs connaissances et leurs compétences dans un cadre d'exercice de la médecine fortement changeant.

Face aux mutations continues de la médecine, ses conditions d'exercice évoluent pour les praticiens **(A)**.

Ces transformations qui touchent l'exercice de la médecine se font dans un environnement sous fortes contraintes **(B)**.

A) Les mutations de la médecine illustrent que le changement est au cœur de la pratique de la médecine

a) *Entre hyper-spécialisation et hyper-technicisation, l'exercice de la médecine évolue sans cesse*

Si l'art de guérir est étroitement lié à la culture et au développement des sociétés, il a longtemps été mêlé au merveilleux, au surnaturel, à la magie, au pouvoir des dieux et les pratiques rituelles.

La médecine moderne remonte au XIXe siècle, période pendant laquelle les sciences fondamentales l'ont considérablement enrichie, grâce notamment aux progrès de la biologie et au perfectionnement des moyens d'investigation du corps humain.

Jusqu'au XIXe siècle, en effet, les différents systèmes philosophiques élaborés par les Grecs pour expliquer la survenue des maladies survivront et influenceront la pratique médicale : Hippocrate insistera sur l'altération de l'équilibre des humeurs du corps comme cause de la maladie, sur la nécessité de procéder à un examen clinique, sur l'éthique professionnelle appelée déontologie que le praticien doit respecter ; Gallien apportera des connaissances en pharmacopée ; l'école arabe apportera de nombreux progrès en chirurgie, en ophtalmologie, en pharmacopée et en physiologie (exemple : les travaux d'Averroès).

Le Moyen Age, grâce aux Universités médiévales qui stimuleront les échanges culturels, permettra un renouvellement général du savoir.

Le XVIe siècle verra le progrès de l'anatomie et de la chirurgie, avec Léonard de Vinci, André Vésale, Michel Servet, Ambroise Paré (les guerres sanglantes y seront pour beaucoup). Ambroise Paré, dans son *Traité de chirurgie* insistera sur la nécessité d'instaurer des règles à la bonne pratique du métier de chirurgien émanant des pairs. tandis que les premiers microscopes naissent au XVIIe siècle, et révolutionneront la conception de la vie, mettant fin au dogme de la « génération spontanée ».

La découverte de la circulation sanguine par Harvey (1616) ébranle toutes les certitudes sur le système humoral hippocratique qui domine encore la médecine. Certains médecins commencent à réaliser des descriptions cliniques de chaque affection. Mais si les

connaissances cliniques progressent, la médecine reste pauvre sur le plan thérapeutique et la saignée restera longtemps un remède universel.

Après la découverte de la vaccination antivariolique fin XVIIIe, le XIXe siècle verra la médecine progresser à grands bonds : l'examen clinique, les premières endoscopies, l'antisepsie, la bactériologie et la radiologie bouleversent le pronostic médical et permettent de mieux soigner et donc d'allonger l'espérance de vie.

Le XXe a encore reculé les limites de l'investigation humaine et a permis l'exploration de l'infiniment petit, l'échelle moléculaire. La thérapeutique bénéficie de cette avancée scientifique, les traitements médicaux et chirurgicaux s'envisageant au niveau moléculaire. L'apport de l'imagerie médicale a été décisif dans l'histoire de la médecine : la radiologie, la tomodensitométrie (scanner), la résonance magnétique, la médecine nucléaire, la scintigraphie, etc. L'endoscopie a profité des mêmes progrès avec la miniaturisation des appareillages. L'industrie du médicament s'est dotée de moyens considérables permettant d'entreprendre des recherches longues et coûteuses.

Mais des maladies nouvelles ne cessent d'apparaître, en raison des modifications que l'homme apporte à l'environnement, de ses comportements, sans compter l'évolution propre des organismes pathogènes.

Aujourd'hui, la médecine se spécialise sans cesse en de multiples ramifications, avec le développement de sur-spécialités, notamment dans les CHU.

Dès lors, le praticien doit adapter ses compétences tout au long de sa vie professionnelle parce que les métiers évoluent vite. Par exemple, depuis que la chirurgie a vu émerger la chirurgie laparoscopique dans le domaine digestif, les indications, les savoirs et le savoir-faire sont différents de ce qu'ils étaient avec la chirurgie classique, et nécessitent une mise à niveau continue.

Cette nécessité de perfectionnement est une évidence pour la plupart des médecins, qui constituent une des professions les plus concernées par la nécessité de formation tout au long de la vie. Pour les médecins hospitaliers, cette nécessité est accrue du fait de la proximité avec la médecine de pointe.

b) Les nouvelles frontières de la médecine moderne mettent au défi les organisations existantes

Du fait de sa spécialisation continue, et des progrès fulgurants qui l'animent, la médecine a connu depuis les trente dernières années un changement radical dans l'organisation des soins, sous l'effet de sa collégialisation.

En effet, les années récentes ont vu un certain nombre de transformations des pratiques médicales et des comportements des patients, qui contribuent à rendre l'exercice de la médecine de plus en plus collégial. Dans les établissements de santé, du fait de

l'hyperspécialisation, une relation d'interdépendance et de complémentarité est apparue entre les différents acteurs que sont les praticiens, les soignants, les paramédicaux, et les usagers.

En tant qu'encadrement des pratiques par la comparaison à des standards de qualité qui ont fait leurs preuves objectives et scientifiques selon les sociétés savantes, le mouvement de la qualité des soins vient placer les médecins, qui sont culturellement enclins à une indépendance et à une forme de liberté qu'ils considèrent être inhérente à leur art, dans une situation d'interdépendance : la médecine devient de plus en plus interdisciplinaire, et sa pratique collective. Le médecin doit accepter d'être un intervenant - décisif certes - parmi de nombreux autres (infirmiers, psychologues, rééducateurs...). Le développement de l'exercice collégial de la médecine suppose donc un travail d'acculturation de la part des médecins.

En outre, l'hyperspécialisation n'est pas sans poser problème dans les établissements de santé, en terme de coordination des tâches et des savoirs. La culture médicale, très marquée par la logique territoriale des services, rend difficile l'émergence d'une identité commune au corps médical au sein d'un établissement et la mise en place d'une organisation interne décloisonnée de nature à favoriser une meilleure articulation entre les disciplines. La nécessité de créer les conditions d'une coopération entre professionnels de santé s'est vue renforcée par l'exigence de réorganisation des activités qu'a supposé la réforme des 35 heures à l'hôpital, et notamment sa déclinaison au corps médical (dispositif dit « Aménagement et Réduction du Temps de travail Médical »).

Le caractère plus collégial de la médecine à l'hôpital a des répercussions sur la formation continue des praticiens, puisque les staffs multidisciplinaires se sont fortement développés et font figure de composante organisationnelle essentielle, garante de qualité de la prise en charge des patients.

c) Vers une obligation de résultats sous l'effet de la judiciarisation des relations entre médecins et patients ?

En France¹, près de 200 000 hospitalisations causées par des erreurs humaines pourraient être évitées chaque année, selon une enquête de l'Etude épidémiologique Nationale sur les Evénements Indésirables liés aux Soins (ENEIS), parue le 5 décembre 2006. Il s'agit, par exemple, d'un rein sain retiré à la place de l'organe malade ou encore d'accidents de radiothérapie. Erreurs de diagnostic, infections nosocomiales, traitements

¹ Parmi les études américaines disponibles, le Dr LEAPE de la *Harvard School of Public Health* a pu établir dans son rapport publié par le *Journal of American Medical Association*, que 180 000 personnes meurent chaque année aux USA des suites d'une affection iatrogène, tandis que 15% des journées passées dans les hôpitaux américains seraient passées à traiter les effets secondaires des médicaments.

inadaptés, erreurs de geste chirurgical : chaque année, on recense environ 600 000 accidents médicaux, dont plus de 10 000 débouchent sur des procédures, contentieuses ou amiables. Toutefois, un faible nombre de procédures contentieuses se traduit par des condamnations pénales.

En tête des spécialités à hauts risques figurent l'anesthésie, la chirurgie et l'obstétrique. Cette tendance récente à la "judiciarisation" des rapports entre patients et médecins modifie considérablement les relations entre les médecins et leurs patients. En effet, depuis la loi du 4 mars 2002 ², dite Loi KOUCHNER, l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux connaît une recrudescence. Les patients n'hésitent plus à demander des comptes au corps médical et à exiger des indemnités en cas de problème.

Sous l'effet de cette judiciarisation, les médecins se trouvent désormais contraints de justifier leurs pratiques. Il semble probable que dans ce contexte, le respect par le praticien de ses obligations de formation et d'évaluation de ses pratiques prendra une importance décisive. En effet, considérant les complications voire les décès suites à un acte médical, il est légitime de s'interroger sur le défaut de formation et d'évaluation des pratiques qui peuvent être à l'origine de ces événements.

Il est donc possible d'analyser la réglementation de la FMC et de l'évaluation des pratiques professionnelles comme une mesure de prévention face au risque médico-légal : elle permet d'apporter des garanties objectives de qualité des soins, en réponse aux pressions sociétales, mais également de donner un cadre bien défini au corps médical pour appuyer la preuve que des moyens ont été mis en œuvre pour amoindrir voire exclure l'argument d'un manque de compétence dans le cadre d'un litige, même si dans le cas des infections nosocomiales, celles-ci peuvent avoir lieu malgré une connaissance et une application scrupuleuse des protocoles d'hygiène.

Par ailleurs, l'existence de dispositifs d'indemnisation indépendants de la preuve d'une faute médicale prévus par la loi du 4 mars 2002, conduit à s'interroger sur l'émergence d'une forme d'obligation de résultats dans l'exercice de la médecine. Depuis l'arrêt du Conseil d'Etat du 20 mai 1936 « *Dr Nicolas contre Epoux Mercier* », l'obligation de moyens et de formation continue est reconnue par le juge : « *le médecin doit prodiguer des soins consciencieux, attentifs, et réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science...* ». La relation liant le médecin à son patient a évolué : dans l'esprit du public, l'obligation de moyens tend à glisser vers une obligation de résultats. Néanmoins, le législateur se refuse à faire porter la responsabilité de l'obligation de résultats sur le médecin, souvent par absence de responsabilité (due à

² Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des usagers et à la qualité du système de santé.

l'absence d'erreur) ou de difficulté à identifier un responsable, et privilégie la socialisation de l'indemnisation des risques liés à l'aléa thérapeutique.

- B) Un environnement d'exercice de la médecine sous contraintes, posant la question de la conciliation des exigences plus fortes en matière de FMC et de la réduction du temps médical disponible

Le temps médical disponible diminue sous l'effet de l'ARTM³, qui prévoit notamment la limitation à 48 heures hebdomadaire du temps de travail médical, l'intégration des gardes dans le temps de travail, l'octroi de 20 jours de RTT aux médecins hospitaliers (à l'exclusion des personnels hospitalo-universitaires et des internes) et l'instauration d'un repos de sécurité d'une durée minimale de 11 heures par période de 24 heures.

Cette réforme, en dépit des arguments de sécurité liés au temps de travail, peut entrer en contradiction avec les besoins de formation continue et de développement des compétences, puisque la réduction du temps disponible a un impact direct sur le temps consacré à la formation, considéré par les médecins, souvent à regret, comme moins prioritaire que le soin.

En dépit des dispositions réglementaires⁴ accordant aux praticiens hospitaliers des jours de formation continue, et fixant les modalités d'exercice du droit à congé de formation, élargi à l'ensemble du corps médical hospitalier titulaire en 1990, la tension entre la formation continue et l'obligation de service alimentée par la réduction du temps médical disponible explique que tous les jours accordés au titre de la FMC ne soient, bien souvent, pas complètement utilisés, comme l'illustre notre enquête sur les pratiques des médecins du Centre hospitalier de SAINT-BRIEUC, développée en deuxième partie.

Parallèlement à la réduction du temps de travail médical, les difficultés budgétaires de l'Assurance maladie et des hôpitaux, ainsi que le nouveau mode de financement des établissements de santé à l'activité (dit T2A) peuvent entrer en contradiction avec les exigences de FMC et d'EPP.

La question épineuse du financement est le talon d'Achille de la FMC. A l'hôpital, les ressources consacrées à la FMC proviennent en premier lieu des jours de congés que les statuts réservent à la formation continue. A ces jours de congés avec maintien de la rémunération, s'ajoute un prélèvement sur la masse salariale médicale hors cotisation et hors gardes et astreintes, affecté à la formation continue des médecins. Le quantum

³ Protocole du 22 octobre 2001.

⁴ Décret 84-131 du 24 février 1984 modifié portant statut des praticiens hospitaliers, arrêté du 23 mai 1985 fixant les modalités d'exercice du droit à congé de formation des PH, circulaire du 28 août 1986 relative aux congés de formation des PH.

minimum était fixé à 0,5% de la masse salariale dans les CHU et 0,75% dans les CHG, en application de l'Article 11 de la loi du 10 juillet 1989 ⁵. En vertu de l'arrêté du 23 mai 1985, les frais d'inscription, les frais de séjour, et de transports correspondant aux actions inscrites au plan de formation médicale continue de l'établissement sont financés sur le produit de ce prélèvement sur la masse salariale. Toutefois, ces financements n'ont pas permis l'indépendance totale de la FMC.

Les financements par les laboratoires pharmaceutiques sont connus mais ils restent opaques et leurs montants exacts restent inconnus. Les chiffres avancés font état de plusieurs centaines de millions d'euros, (entre 400 et 600 millions d'euros) bien supérieurs aux financements publics ⁶. La frontière entre dépenses de promotion et dépenses de formation difficile à cerner, car la FMC déroge au champ d'application de la loi « anti-cadeaux » (article L 4133-6 du CSP).

La nouvelle logique de financement à l'activité des hôpitaux (la tarification à l'activité, dite T2A) vient bouleverser les schémas de gestion : désormais les recettes déterminent les dépenses. Les médecins sont désormais les principaux acteurs du financement, puisque le codage de leur activité génère des recettes pour l'établissement. D'où de fortes pressions sur le corps médical et sur les services pour améliorer l'efficacité dans l'organisation des prises en charge, et développer l'activité par plus de productivité.

En outre, les difficultés budgétaires qui frappent les hôpitaux obligent à des choix stratégiques dans l'utilisation des ressources, qui peuvent venir réduire les enveloppes dédiées à la FMC. Cela peut conduire les praticiens à rechercher les financements des entreprises du médicament, ce qui entrerait en contradiction avec la nécessité d'indépendance des formations continues, condition sine qua non de la maîtrise médicalisée des dépenses de soin.

Ces mutations de la médecine et des conditions de son exercice, notamment à l'hôpital, expliquent le développement d'un mouvement d'encadrement plus fort des pratiques médicales, dans lequel s'inscrit la formation continue et l'évaluation. Cette dynamique fournit les conditions d'une transformation des caractéristiques sociologiques des praticiens, particulièrement à l'hôpital.

⁵ En dépit de son abrogation par la loi du 4 mars 2002, cette loi continue à servir de référence, dans l'attente de la publication des décrets d'application régissant les nouvelles obligations de financement.

⁶ D'AUTUME C, POSTEL-VINAY D, *Rapport de la mission relative à l'organisation juridique, administrative et financière de la formation continue des professions médicales et paramédicales*, IGAS, janvier 2006

1.1.2 En tant que composante du nouveau paradigme de la qualité des soins, la FMC vient modifier le rapport du corps médical à la culture de l'évaluation

Dans ce contexte global de mutation de la médecine et de son environnement, le modèle de la qualité des soins par l'encadrement des pratiques professionnelles et leur évaluation s'est imposé depuis la fin du dernier siècle **(A)**.

Cette nouvelle conception de la médecine par les preuves alimente une transformation des caractéristiques sociologiques du corps médical par la remise en cause de son autonomie **(B)**.

- A) La construction du nouveau paradigme de la qualité des soins fondé sur la médecine par les preuves et l'évaluation
 - a) *La diffusion du paradigme de la qualité des soins par un mouvement externe à la profession médicale*

La philosophie du mouvement de la qualité des soins

Depuis la mise sous contraintes des ressources du système hospitalier depuis les années 70, la qualité des soins délivrés aux malades renvoie d'une manière constante à une interrogation : la baisse ou la modération de l'évolution des coûts ne se traduit-elle pas par des soins de moins bonne qualité ?

La définition globale de la Qualité des soins donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé vient résoudre l'équation : « *[La qualité des soins revient à] délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût, au moindre risque iatrogénique et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ».

Dans le concept de qualité des soins, qui fait véritablement figure de « *nouveau paradigme de l'action collective* » pour reprendre la formule de M. SETBON⁷, l'hypothèse sous-jacente est que l'amélioration de la qualité dépend d'une réduction de l'hétérogénéité entre les pratiques médicales pour une même pathologie. Cette réduction de l'hétérogénéité des pratiques devant permettre, qui plus est, de faire des économies au budget de l'Assurance Maladie, tout en assurant aux patients qu'il sera bien soigné en n'importe quel point du territoire. « *Les variations dans les pratiques sont pour une part*

⁷ SETBON M, « La qualité des soins : nouveau paradigme de l'action collective? », *Sociologie du travail*, Vol. 42 n°1, janvier/mars 2000.

attribuables au poids de la routine, à l'absence de rigueur ou d'esprit critique, à l'engouement pour l'innovation, au chant des sirènes des industriels de la santé, aux exigences de certains patients désinformés par les médias. Mais elle résulte surtout de l'absence d'évaluation de ces pratiques, de leur efficacité clinique, de leur efficience économique et de leur utilité, c'est-à-dire de leur impact sur la qualité de vie du patient (...). Dans notre pays, si les plans successifs de sauvetage de l'assurance maladie ont échoué, c'est qu'ils ont ignoré les pratiques médicales »⁸.

Ainsi, le mouvement qualitatif en médecine vise à transformer l'art médical en exercice scientifiquement fondé, par ce qu'on a appelé la « médecine par les preuves » (*evidence-based medicine*). Ce nouveau modèle d'encadrement et d'évaluation des pratiques professionnelles vise à concilier efficacité curative et maîtrise de la dépense, en encadrant les comportements des professionnels.

La structuration du dispositif

Les réflexions politiques nationales en la matière ont pour origine les difficultés budgétaires de l'Assurance maladie.

Dès 1991, le concept d'évaluation des pratiques professionnelles apparaît dans la réglementation, avant tout dans le milieu hospitalier. La loi du 31 juillet 1991 dispose : *« les établissements publics et privés développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins, et de toute action concourant à la prise en charge des malades afin d'en garantir la qualité et l'efficience ».*

En 1993, l'ANDEM (Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale), développe des expérimentations afin développer une culture de la qualité dans les pratiques médicales libérales et hospitalières. L'ANDEM importe le modèle anglo-saxon de l'« evidence based medicine » et met en place la méthodologie de l'audit clinique.

En 1996, l'Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée rend obligatoire la certification cyclique des établissements de santé, et de mise en œuvre de démarches qualité, pilotée au niveau national par l'ANAES (Agence nationale pour l'évaluation en santé), puis par la Haute Autorité en Santé (loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie). Il ne s'agit plus de répondre à la seule évaluation réglementaire d'installations techniques mais de mener une véritable politique d'évaluation des pratiques, dans le cadre d'une démarche pérenne d'amélioration de la qualité des soins. Depuis les lois du 4 mars 2002, du 13 août 2004, et le train de réformes qui composent le Plan Hôpital 2007, le dispositif d'EPP est musclé et couplé avec la formation continue des médecins (voir partie 1.2.2).

⁸ Extrait d'un article du Pr Jean-Louis Portos, médecin conseil national de la CCMSA, paru dans *Le Figaro* du 06 juillet 1993

Le courant qualitatif en matière médicale à l'hôpital n'est pas qu'un mouvement imposé par l'extérieur de la profession. Il est doublé par une réflexion ancienne des professionnels de la médecine eux-mêmes sur leur pratique, processus inhérent à la conception d'une médecine en progrès perpétuel.

b) Parallèlement, la profession médicale développe la réflexion autour de ses pratiques et de son évaluation

En France, le développement des méthodes d'évaluations des pratiques médicales a consisté dès 1988 à élaborer, sous l'égide des sociétés savantes de chaque spécialité, des référentiels d'aide à la décision à partir de consensus médicaux validés par les pairs, pour en définir les meilleures conditions d'implantation, d'application, d'utilisation. Il s'agit donc à la fois d'aider les pouvoirs publics et les gestionnaires de l'Assurance Maladie à sélectionner les pratiques recommandées par la profession médicale elle-même, d'autre part d'aider les médecins à éclairer leurs choix en matière de prise en charge de leurs patients de manière scientifique et professionnellement validée, tenant compte des évolutions du savoir médical et des progrès techniques.

Dans le domaine de la qualité des soins, le constat est vite apparu que si des démarches ont été initiées par les sociétés savantes, à travers les conférences de consensus, sous l'impulsion des pouvoirs publics, une partie du corps médical a longtemps manifesté une réticence à remettre en cause ses pratiques. De toute évidence, le mouvement qualitatif en médecine alimente des modifications dans la sociologie de la profession médicale, en venant questionner ses valeurs identitaires.

B) La transformation sociologique de la profession médicale en réponse à l'encadrement des ses pratiques

a) Une profession caractérisée par son autonomie, expliquant sa résistance à l'encadrement des pratiques

L'autonomie et le prestige social de la profession médicale trouvent leur origine à la fin du XIXème siècle. Il faut attendre l'essor de l'Université médiévale pour voir la médecine considérée comme une profession organisée et distincte des autres. C'est à ce moment qu'elle obtient que son université soit la seule institution autorisée à définir les critères de qualification exigés pour soigner. Le titre de Docteur conféré par l'Université constitue le premier trait discriminant de la profession médicale, en tant que critère administratif de

distinction. Pour le sociologue E. FREIDSON ⁹, « *la médecine occupe aujourd'hui une position comparable à celle des religions d'Etat d'hier. Elle a le monopole officiellement reconnu de dire ce que sont la santé, la maladie, et de soigner* ».

L'origine du contrôle de la profession médicale par elle-même revêt un caractère nettement politique, souligne E.FREIDSON. Après un siècle de statut contesté, la loi de 1892, établit le monopole légal de la profession médicale en fixant les limites juridiques à la pratique de la médecine, en supprimant les officiers de santé et en légalisant les syndicats médicaux départementaux, qui deviennent les représentants officiels des médecins. Cette monopolisation a permis d'écarter les charlatans et les guérisseurs de la dispense des soins, en garantissant une pratique de la médecine réservée à des professionnels diplômés et qualifiés.

Depuis la création de l'Ordre des Médecins, les médecins ne peuvent pratiquer la médecine qu'à la double condition d'être diplômés et inscrits à l'Ordre. Celui-ci s'est vu attribuer des fonctions administratives et disciplinaires, en plus de ses fonctions de garant des principes de probité, de moralité et de dévouement indispensables à la pratique médicale.

Cette autonomie de la profession médicale et son fonctionnement auto-normé qui exclut des critères d'évaluation extérieurs à la profession, explique la réticence à toute régulation, encadrement ou contrôle externe.

b) La réintroduction de la question de la régulation de la profession médicale dans le champ sociopolitique : l'encadrement des pratiques médicales comme remise en cause de l'autonomie de la profession

1- La réduction de l'autonomie de la profession médicale par l'encadrement des pratiques

Alors même que les succès croissants de la médecine, l'auto-régulation de la profession, et le prestige social dont bénéficient les médecins semblaient les protéger, les pouvoirs publics ont cherché, essentiellement suite aux difficultés budgétaires de l'Assurance maladie au milieu des années 70 mais aussi à cause de dérives et d'accidents médicaux qui ont sensibilisé l'opinion, à encadrer plus fortement les pratiques, en s'appuyant sur la profession elle-même, via les collèges de spécialité ou les sociétés savantes.

La prise de conscience des effets indésirables qui peuvent accompagner la médecine a poussé les gouvernements à s'emparer de la problématique de la réintroduction de la médecine dans le champ politique, d'où elle avait été éloignée du fait de sa technicité et

⁹ FREIDSON E, *La profession médicale*, Payot 1984.

de sa complexité. Le caractère socialement inacceptable de l'insécurité sanitaire et de ses multiples coûts (exemple : l'affaire du sang contaminé dans les années 90), de même que la prise de conscience des incertitudes de la médecine face à certaines maladies (l'émergence du SIDA au début des années 80), sont venus enrayer le mythe d'une médecine en progrès perpétuel et obligatoirement bienfaitrice.

Le sociologue F.X SCHWEYER voit précisément l'irruption du SIDA comme une étape clé dans ce processus : face à une maladie pour laquelle la médecine n'avait que peu de réponse, la compétence des médecins est devenue de facto un problème public. « *Les premiers malades avaient un capital culturel important, rapidement ils ont pu s'organiser et acquérir les maigres connaissances existantes sur leur maladie, parfois dans les mêmes proportions que la plupart des médecins, qui il faut bien le dire étaient assez désemparés* »¹⁰. Désormais, « *les pouvoirs publics, les autorités de tutelle, les directeurs d'hôpital, les compagnies d'assurance, l'assurance maladie, les juges ont un intérêt politique, financier et juridique à ouvrir la brèche dans le monopole détenu par le corps médical* », souligne M. SETBON¹¹, et la profession médicale est régulée de façon plus marquée par l'Etat, notamment à l'hôpital : il encadre les statuts, le recrutement, la carrière, les droits et obligations, la rémunération, l'EPP, la FMC, la RTT, etc.

Mais parmi les multiples moyens de régulation développés, la démarche qualité est celle qui intervient le plus en amont, car elle vise les comportements professionnels. Elle tend à transformer l'art médical en exercice scientifiquement prouvé, en ce qu'on appelle la médecine par les preuves.

L'encadrement des pratiques et des compétences suppose leur évaluation (auto-évaluation et évaluation externe). C'est tout l'enjeu des dispositions législatives sur la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles, qui remettent en cause l'identité d'une profession médicale longtemps caractérisée par son autonomie. Pourtant, la France a tardé à créer les conditions d'une formation continue de qualité pour les médecins. Les premières dispositions du Code de Déontologie sur la FMC datent de 1979, soit plus tard que la plupart des pays occidentaux, tandis que la première disposition légale la rendant obligatoire a un peu plus de 10 ans (1996). Depuis, la FMC s'est structurée peu à peu, mais elle tarde à devenir effective, en dépit d'une succession de textes législatifs et réglementaires.

Interrogé sur les causes de ce retard français, le Dr SIMON¹², pense qu'il est lié au prestige que la médecine française a pendant longtemps eu, ce qui était peu propice à la remise en cause et la critique des pratiques. « *Je pense que le retard de la France est en*

¹⁰ Extrait de l'entretien mené avec F.X SCHWEYER, Sociologue professeur à l'ENSP, membre du Conseil scientifique de la HAS.

¹¹ SETBON M, *Op. Cit.*

partie lié à la conception que la médecine française s'est longtemps faite d'elle même. Quand j'ai commencé il y a plus de 30 ans, c'était la période faste où la médecine clinique française était réputée la meilleure du monde, nous attirions alors des médecins du monde entier qui venaient se former. Mais désormais, la médecine française est à un tournant : elle doit faire un tri dans ses pratiques médicales, car il y a encore trop de pratiques non scientifiques ».

2- Une redéfinition des valeurs identitaires des médecins

Le développement des normes de bonne pratique, le développement de l'évaluation et l'encadrement plus strict de la formation continue modifient les valeurs identitaires d'une partie des membres de la profession médicale, et de ses modes d'organisation. D'où un phénomène perceptible sur le terrain hospitalier de réticence à la médecine par les preuves. Néanmoins, la légitimité de la qualité des soins est telle que personne ne peut s'y opposer ouvertement, car comme le note M. SETBON, « *elle se présente comme une solution à un problème public relevant de la responsabilité politique et dont la mise en œuvre, professionnelle, permet d'augmenter le bien être collectif* ».

Même si, comme nous le verrons, la FMC relève du corps médical et l'autocontrôle de la profession semble préservé, les médecins sont toutefois pris dans une dynamique globale où ils sont de plus en plus amenés à rendre des comptes aux différents acteurs du système de santé. Or, traditionnellement, la nature même de l'activité clinique, service personnel et confidentiel dans un « colloque singulier », ne se laisse pas facilement observer, comme l'a noté E. FREIDSON¹³, « *les médecins n'aiment ni surveiller, ni être surveillés. Le praticien ressent son travail comme singulier et concret, échappant à toute règle stable d'évaluation, inaccessible à quiconque n'a pas la même expérience que lui : il accentue ainsi l'importance de sa responsabilité personnelle* ». Culturellement, l'évaluation des pratiques d'un confrère n'est pas non plus évidente, puisque selon F.X SCHWEYER, il existerait un « *accord culturel entre médecins selon lequel tout médecin est réputé compétent. On ne se dénonce jamais, surtout pas aux autorités régulatrices extérieures, mais on préfère s'éviter le cas échéant. Ce code culturel de l'évitement ou du boycottage fait que l'incompétence est très rarement pointée du doigt dans le milieu médical* »¹⁴.

Le nouveau paradigme de la qualité des soins fragilise le postulat d'une compétence professionnelle statutaire et consubstantielle à l'obtention du doctorat de médecine.

¹² Extrait de l'entretien avec le Dr SIMON, ancien président de la CME, ancien néphrologue au CHSB, conseiller général des établissements de santé, réalisé le 12 juin 2007.

¹³ FREIDSON E, *Op. Cit.*

¹⁴ Extrait de l'entretien avec F.X SCHWEYER, *Op. Cit.*

L'existence de normes construites en dehors de leur champ d'expérience met en évidence un manque ou une défaillance que la norme cherche à corriger, et est contradictoire avec l'importance qu'ils attachent à leur autonomie et à leur liberté de praticien. Cela rend donc implicite que le médecin est un homme ou une femme faillible, ce qui est culturellement difficile à accepter pour certains praticiens, note M. SETBON.

La profession de PH traversant une crise identitaire, ce nouvel environnement d'exercice de leur art constitue une opportunité de redéfinition de leurs valeurs professionnelles. Les enjeux gestionnaires et managériaux suscitent progressivement l'intérêt de certains praticiens, qui y perçoivent un enjeu majeur dans le cadre de la répartition des pouvoirs à l'hôpital. Les enjeux qualitatifs commencent à se diffuser à l'hôpital, avec un effet de génération assez perceptible.

3- La question de l'art médical : une normalisation au risque de la taylorisation ?

Le contrôle plus strict des pratiques induit une normalisation, voire une standardisation des soins. En tant que tel, elle recèle un risque d'assèchement par une forme de taylorisation, qui entrerait en contradiction avec la tradition humaniste de la médecine, particulièrement marquée à l'hôpital.

Dès lors, le concept d'« art médical » se trouve fragilisé par ce processus de normalisation. L'encadrement des pratiques, diminuant l'autonomie, tend à annihiler la notion d'art. Pourtant, cette régulation a ses limites, car la transposition de l'approche par processus, qui vient directement de l'industrie fordiste, à l'hôpital, n'est pas aisée, du fait notamment de la variété et de la variabilité des modes de prise en charge. *« Contrairement aux productions industrielles dites de masse, il n'existe pas dans le cas de la prise en charge des patients hospitalisés un seul type de processus. Les pathologies en cause, mais aussi les caractéristiques personnelles des patients expliquent cette diversité ¹⁵ »*, souligne E. MINVIELLE. La prise en charge est étroitement conditionnée par les caractéristiques du patient, et la disponibilité des moyens humains et matériels nécessaires à la prise en charge. C. PASCAL voit dès lors les processus de production de soins comme des *« processus artistiques, c'est-à-dire dont le résultat n'est pas répétitif et qui n'utilisent aucune méthode fixe »*, du fait de l'extrême variabilité des facteurs.

Sans disparaître, il semble que l'art médical soit soumis à redéfinition, comme le pense le Dr SIMON : *« Aujourd'hui, du fait de ce courant de médecine par les preuves, un médecin ne peut plus innover thérapeutiquement parlant. Il doit se conformer aux consensus et*

¹⁵ MINVIELLE E., Gérer et comprendre l'organisation des soins hospitaliers, in *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail – Aspects sociologiques*. Editions ENSP 2000

aux thérapies validées par les pairs et les sociétés savantes, qui ont fait la preuve scientifique de leur efficacité. En ce sens, l'art médical stricto sensu ne veut plus rien dire. Mais il faut prendre garde à ne pas résumer la pratique médicale à des recommandations de bonnes pratiques. Dans le cas du traitement de l'hypertension artérielle, les recommandations de bonnes pratiques existent. Mais si on oublie la prise en charge globale du patient, en termes de mode de vie, d'habitude alimentaire, d'addiction au tabac, de sédentarité, bref tout ce qui relève de l'éducation à la santé, on aboutira à un traitement conforme aux normes, mais onéreux et insatisfaisant. (...) Si on tient compte de cette dimension, alors oui l'art médical veut encore dire quelque chose pour moi ¹⁶».

L'enjeu de la médecine actuelle, pour éviter une excessive standardisation, voire une dépersonnalisation de la prise en charge du patient, est de parvenir à organiser le soin en préservant son humanité, à relever le défi de ce que E. MINVIELLE appelle la « *gestion de la singularité à grande échelle* »¹⁷. Il s'agit de respecter la singularité de chaque prise en charge, tout en s'inscrivant dans un cadre normalisé.

Ces mutations structurantes de l'exercice de la médecine, avec un encadrement plus fort des pratiques médicales (animé par la recherche de la qualité de soins, la prévention des risques médico-légaux, etc.) engendre un mouvement de réduction de l'autonomie de la profession de médecin et alimente une redéfinition de ses caractéristiques identitaires.

Ce mouvement de régulation de la profession médicale est précisément le contexte dans lequel a pu se développer, et encore de façon inachevée, une politique de formation médicale continue et d'évaluation des pratiques professionnelles des praticiens. Il s'agit de définir les conditions d'une adaptation permanente des médecins à l'évolution de leur métier et de ses conditions d'exercice.

1.2 De la qualification à la compétence, ou la FMC comme « facteur d'adaptation à la médecine d'aujourd'hui ¹⁸ »

Le renforcement de la FMC et la mise en place d'un dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles sont des composantes essentielles de la qualité des soins.

La FMC est un droit en même temps qu'un devoir pour le praticien **(1.2.1)**.

¹⁶ Extrait de l'entretien avec le Dr SIMON, *Op. Cit.*

¹⁷ MINVIELLE E, *Op. Cit.*

¹⁸ GALLOIS P, CHARPENTIER JM, DRAHI E, « La FMC peut-elle être un facteur d'adaptation à la médecine d'aujourd'hui ? », ADSP n°32, septembre 2000

Les limites de l'organisation de la FMC en France ont poussé les pouvoirs publics à la réformer récemment, mais des limites sont perceptibles **(1.2.2)**.

Des réflexions en cours posent la question de la compétence au-delà de la qualification, en s'appuyant sur la FMC, qui est un facteur d'adaptation des médecins à la médecine d'aujourd'hui **(1.2.3)**.

1.2.1 La formation continue des médecins en France : un droit et une obligation dans le cadre d'une organisation critiquée

L'organisation de la Formation médicale continue s'est faite tardivement. Pluridimensionnelle, elle est à la fois un droit, un devoir déontologique et une obligation légale **(A)**. Sa structuration progressive a abouti à un système critiqué du fait de son manque de transparence et des conflits d'intérêt **(B)**.

A) La FMC : une obligation et un droit

a) *Un droit et un environnement professionnel favorable pour les médecins hospitaliers*

1- Une structuration progressive à partir du milieu des années 70

L'université et les hôpitaux sont les acteurs traditionnels des actions de FMC, selon différentes modalités : les réunions de service, les journées annuelles de FMC organisées par la plupart des UFR de médecine, les congrès. La plupart des UFR sont dotées d'un département de FMC.

Les associations professionnelles sont le deuxième grand vecteur de FMC. On en recense entre 1500 et 1800. L'UNAFORMEC, Fédération nationale des associations de FMC, créée il y a 20 ans, regroupe environ 1300 associations réparties sur le territoire, assurant des formations de proximité. Plus récemment, des associations de formation d'initiative syndicale se sont développées : MG-Form, l'Association Confédérale pour la Formation Médicale, l'Association Fédérale pour la Formation des médecins... La FMC s'est professionnalisée afin d'améliorer les objectifs et le contenu des formations : introduction et formation des animateurs à la pédagogie ; promotion grâce aux sociétés savantes et l'ANDEM (puis l'ANAES, puis la HAS) des concepts d'évaluation et de qualité des soins, des principes de l'épidémiologie, de la prévention en santé ou encore des enjeux de l'économie de la santé.

2- A l'hôpital, un contexte professionnel favorable à la formation continue des médecins

Si la structuration de la FMC a tardé à se mettre en place, les actions de FMC sont bien plus anciennes à l'hôpital, du fait des droits statutaires des PH d'une part, des opportunités de formation que constituent l'exercice hospitalier d'autre part.

Les droits statutaires favorables au développement de la FMC à l'hôpital

Contrairement à ce qui existait dans d'autres pays, le seul doctorat de médecine donnait le droit d'exercer la médecine en France. Jusqu'à la réforme de 1996, les médecins exerçaient leur métier sans obligation juridique de mettre à jour leurs connaissances. La formation continue était seulement une exigence des codes de déontologie des médecins, des odontologistes et des pharmaciens.

Néanmoins, plusieurs textes réglementaires sont venus encadrer la formation médicale continue à l'hôpital. Les dispositions réglementaires antérieures à l'ordonnance de 1996 prévoient ainsi, pour les hospitaliers :

- un plan de formation « *arrêté dans chaque établissement par le directeur sur proposition de la commission médicale consultative* »¹⁹, qui examine les actions de formation projetées et établit ses propositions sur les actions à financer en fonction des crédits disponibles²⁰. Le plan de formation est alors arrêté par le directeur ;
- le droit à des jours de congé de formation, rémunérés par l'établissement hospitalier dont relève le praticien²³.

DROITS A CONGE FORMATION DES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES	
PUPH	42 jours/an utilisables en une seule fois ou de manière fractionnée. Cumulables sur deux années.
MCUPH	
PHU	
Chef de clinique-assistant des hôpitaux	
Assitant hospitalo-universitaire	
DROITS A CONGE FORMATION DES MEDECINS HOSPITALIERS cumulables sur 2 ans	
Praticiens Hospitaliers Temps Plein ²¹	15 jours ouvrables/an
Praticiens Adjointes Contractuels	15 jours ouvrables/an
Assistants Temps Plein	15 jours ouvrables/an
Praticiens Temps Partiel ²²	6 jours ouvrables/an
Praticiens Attachés et Attachés Associés	
* 10 demi-journées	8 jours ouvrables/an
* entre 3 et 9 demi-journées	6 jours ouvrables/an
* moins de 3 demi-journées	2 jours ouvrables/an

¹⁹ Décret du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers – articles 46 et 63.

²⁰ Circulaire du 28 août 1986 relative aux congés de formation des praticiens hospitaliers.

²¹ A ces 15 jours ouvrables rémunérés par an peuvent s'ajouter 5 jours de congé formation supplémentaires pour les praticiens affectés sur un poste à recrutement prioritaire.

²² A ces 6 jours ouvrables rémunérés par an peuvent s'ajouter 3 jours de congé formation supplémentaires pour les praticiens affectés sur un poste à recrutement prioritaire.

²³ Décret du 24 février 1984 – articles 46 et 63.

- un financement de la formation continue à hauteur de 0,5% (pour les centres hospitaliers universitaires) ou 0,75% (pour les centres hospitaliers généraux) de la masse salariale médicale brute hors charge ²⁴ ;
- L'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, en son titre II, rend la formation continue obligatoire ²⁵ : « *L'entretien et le perfectionnement de ses connaissances constituent pour chaque médecin un devoir professionnel. Tout médecin, qu'il exerce à titre libéral ou dans un établissement de santé public ou privé participant au service public hospitalier, doit justifier du respect de cette obligation [...]* ». Plusieurs décrets du 31 mai 1997 précisent les médecins hospitaliers concernés par l'obligation de FMC : praticiens hospitaliers, praticiens à temps partiel, praticiens contractuels, attachés et attachés associés, assistants des hôpitaux.
- Une deuxième ordonnance de 1996, l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (titre VIII), confie à la commission médicale d'établissement le rôle d'organiser la formation continue des praticiens. C'est donc à cette instance que revient la responsabilité de conduire formellement la politique de formation des praticiens de l'hôpital.

Un environnement professionnel propice

L'exercice hospitalier offre des opportunités de formation réelles bien que difficiles à quantifier.

D'une part, l'hôpital organise des formations essentiellement dans les domaines liés au fonctionnement institutionnel, notamment en gestion et en management, ou à l'accompagnement des prises de fonction (chef de service) ou des projets hospitaliers (démarche qualité, projet d'établissement). Ces formations « hospitalières » destinées aux praticiens sont organisées conjointement par l'administration de l'hôpital et les représentants de la CME. Celle-ci a un rôle central aux côtés du directeur dans la politique de formation de l'hôpital. Néanmoins, elle répartit souvent 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. Enfin, les échanges au sein des équipes, formalisés par des staffs et les réunions, ainsi que les échanges avec les pairs, facilitent la circulation du savoir. De même, les activités d'enseignement et de recherche, le cas échéant, sont autant de moyens de développer et d'entretenir les connaissances.

²⁴ Loi du 10 juillet 1989 portant diverses propositions relatives à la sécurité sociale – titre II

²⁵ Ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

Pour autant, l'hôpital n'est pas devenu le maître d'œuvre de la formation des médecins, compte tenu, entre autres, de la modestie des sommes qu'il lui consacre : 0.40% de la masse salariale médicale en moyenne, soit un niveau inférieur à celui prévu par les textes (loi de 1989). De cette masse financière, on sait que les 2/3 voire les ¾ des médecins en bénéficient chaque année, sans savoir à quelles formations sont consacrées ces fonds²⁶. D'autre part, les pratiques de FMC se font pour une grande partie en dehors de l'hôpital : les praticiens hospitaliers organisent souvent individuellement leur FMC, parfois sans l'intervention financière de l'administration ni de la communauté médicale hospitalière. Ces formations ont lieu sous l'égide des sociétés savantes, des fédérations de spécialité, et par le biais de sources de financement diverses (université, associations, mais surtout laboratoires pharmaceutiques). Le financement hospitalier de la FMC ne représente d'ailleurs qu'une part faible des pratiques de FMC des praticiens.

Les formes émergentes de FMC

La FMC évolue vite. Des nouvelles méthodes se développent, telles que les réunions en groupes de pairs, les audits de pratiques cliniques, toutes ces formations ayant pour but de rapprocher la formation de la réalité de l'exercice professionnel. Les pratiques d'auto formation (tests de lecture de presse, bilans professionnels personnalisés, logiciels de formation, etc.) se diffusent progressivement.

Outre la HAS, chef d'orchestre du dispositif d'EPP, les sociétés savantes sont des acteurs historiques de la FMC, à l'origine des conférences de consensus et des recommandations de bonne pratique. Les collèges de spécialité commencent aussi à investir le champ de la FMC : le Collège de médecine d'Urgence, par exemple, élabore des boîtes à outils sur des thèmes médicaux pour aider les urgentistes dans leur EPP. Elles comprendront des référentiels ou des recommandations existant pour la pathologie ou l'acte en question, ainsi que des propositions de stratégie et des exemples pour réaliser son évaluation.

L'industrie pharmaceutique crée elle-aussi ses propres organismes de FMC, comme le groupe LILLY, tandis que des écoles de management comme l'Institut Supérieur de Communication et de Management Médical, soutenue par le laboratoire Pfizer, se développent en proposant des modules de formation absents du cursus universitaire et en rapport avec les réformes qui touchent l'hôpital, notamment la nouvelle gouvernance des hôpitaux.

La révolution numérique touche aussi la FMC, qui voit se développer les dispositifs de formation en ligne, le « e-Learning ». Un projet d'Université Médicale en ligne existe, l'Université médicale virtuelle francophone, regroupant 8 universités françaises. Cet outil

²⁶ D'après SEGOUIN C., La formation continue des médecins dans les hôpitaux publics, *ADSP* n°32, septembre 2002.

permettra de mettre en commun des contenus de FMI et de FMC à disposition des professionnels. Le site Internet WEBSURG est le premier site de FMC en ligne accrédité aux Etats-Unis par l'*Accreditation council for continuing medical education*. Il propose plus de 300 vidéos d'interventions chirurgicales par laparoscopie.

Enfin, les réseaux de soins représentent une nouvelle forme de FMC, qu'on pourrait qualifier d'« incrémentale », puisque les recommandations pratiques se structurent peu à peu en fonction des besoins du terrain. Le réseau doit permettre de développer un modèle d'organisation des prises en charge autour d'une pathologie, un ensemble de référentiels de pratique, un dossier médical partagé, des programmes de formation pour les professionnels de santé et d'éducation thérapeutique pour le patient. Les soins sont protocolisés, coordonnés et évalués. Par définition, le réseau répond donc aux critères requis pour l'EPP et il peut postuler pour être un organisme agréé.

b) *D'une obligation déontologique à une obligation légale*

Le devoir de FMC a d'abord été inscrit au Code de Déontologie Médicale en 1995. Le décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de Déontologie Médicale introduit en premier la notion de devoir, par l'article 11 du Titre 1 des devoirs généraux du médecin : « *tout médecin doit entretenir et perfectionner des connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de FMC. Tout médecin participe à l'EPP* ». L'obligation de formation continue est, en outre, inscrite dans les articles 32 à 33 du Titre 2 concernant les devoirs envers les patients : « *dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science*».

L'Ordonnance du 25 avril 1996 a ensuite imposé l'obligation de FMC : aux termes de l'article L 4133-1 du CSP, « *la FMC a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances, y compris dans le domaine des droits de la personne ainsi que l'amélioration de la prise en charge de priorités de santé publique... Le respect de cette obligation fait l'objet d'une validation. La méconnaissance de cette obligation est de nature à entraîner des sanctions disciplinaires* ».

Néanmoins, les décrets applications seront annulés en Conseil d'Etat, portant un coup d'arrêt au processus, qui ne sera pas repris par les gouvernements suivants jusqu'à la réformes de 2002 et 2004.

Successivement droit individuel puis devoir déontologique et enfin obligation légale, la FMC a changé de sens et de portée. Les insuffisances et les limites de l'organisation de

la FMC ont été souvent dénoncées, mais n'ont pas disparu du fait de l'inertie du système qui a freiné la mise en œuvre des réformes.

B) Les limites de l'ancienne organisation, gangrenée par les conflits d'intérêts

a) *Des limites connues et dénoncées*

Le rapport de la mission de l'IGAS ²⁷ est sévère sur le dispositif de FMC, qui a peiné à se mettre en place et se révèle excessivement complexe juridiquement. Il déplore des faiblesses préoccupantes.

La première faiblesse réside dans l'absence de données réelles et fiables sur les pratiques de FMC. Les experts entendus par la mission de l'IGAS estiment à 2000 le nombre d'associations de FMC, mais ce chiffre est à prendre avec prudence du fait de l'existence d'une multitude d'associations locales non répertoriées. Au total, si l'UNAFORMEC estime qu'environ 25% des médecins généralistes participent à des formations présentielles, pour d'autres cette proportion concernerait entre 10 et 20% de l'ensemble des médecins libéraux.

La seconde faiblesse tient au financement du dispositif (voir supra), notamment pour les médecins hospitaliers, qui ne garantit pas l'indépendance financière des formations, et ne permet pas une réelle intensification des formations continues, au vu de la faiblesse des marges disponibles pour la FMC dans la plupart des hôpitaux.

Enfin, l'omniprésence des conflits d'intérêts dans la gestion et le financement de la FMC constitue la principale difficulté du système. En effet, la gestion de la FMC est enjeu important pour les organisations syndicales qui ont toutes créées des organismes de formation continue dans leur mouvance, relève l'IGAS. En outre, la prépondérance de fait des laboratoires pharmaceutiques dans le financement de la FMC ne peut être admise sans garantie solide que les messages délivrés ne remettent pas en cause l'indépendance des formations, sauf à accepter que la FMC ait pour fin essentielle la promotion des nouveaux médicaments, en totale contradiction avec les objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

b) *Un système maintes fois remanié mais sans succès*

Depuis 1996, le dispositif de FMC a connu une accumulation de textes restés lettre morte, rapporte l'IGAS dans son rapport de 2006 sur la question : « *Initiée en 1996 avec les*

²⁷ Rapport de l'IGAS 2006, *Op. Cit.*

Ordonnances Juppé, la réforme de la FMC a constamment échoué depuis sur des problèmes de gouvernance et de financement, sur fond de rivalités syndicales ».

L'Etat, en raison des dispositions du Code du travail et surtout en fonction des négociations professionnelles avec les représentants syndicaux, privilégie les options syndicales parmi les diverses composantes de la profession. Mais « *les conditions de mise en œuvre ont été profondément perturbées par les rivalités à l'intérieur de la profession, notamment les dissensions syndicales et le souhait des organisations syndicales de jouer un rôle prépondérant dans ce domaine, et notamment de contrôler les financements publics* », notent les rapporteurs de l'IGAS.

De ce fait, la mise en œuvre de l'obligation légale a été paralysée : les pouvoirs publics n'ayant pas donné leur aval aux propositions du CNFMCH première mouture, celui-ci a dû arrêter, de fait, son activité. « *De toutes ces péripéties, il a résulté un blocage du système et une démobilisation préoccupante des professionnels* », conclut l'IGAS.

Ces limites et ce constat de difficultés à réformer le système ont poussé les pouvoirs publics à mettre en œuvre une réforme plus ambitieuse, qui n'est toutefois pas exempte de toute critique, suscitant des incertitudes sur son applicabilité.

1.2.2 Un nouveau cadre réglementaire fragilisé par des limites d'emblée perceptibles

La nouvelle organisation de la FMC en France est composée de deux leviers complémentaires : la formation continue stricto sensu et l'évaluation des compétences professionnelles **(A)**. La réforme reste toutefois source d'incertitudes du fait des limites perceptibles **(B)**.

A) Le nouveau dispositif de FMC composé d'un double volet

a) *La nouvelle organisation de la FMC*

Une nouvelle architecture réglementaire vient encadrer la FMC en France. Elle se caractérise toutefois par la complexité et le manque de lisibilité qui résulte de l'assemblage de textes récents, parus entre 2002 et 2006 (voir en bibliographie) .

Les médecins doivent désormais obtenir 250 crédits sur une période de 5 ans par des formations de quatre catégories, dont 150 crédits sont consacrés à la FMC et 100 à l'EPP. Le texte précise que lorsque les formations des catégories 1 à 3 s'inscrivent dans

les orientations nationales fixées par les conseils nationaux de la FMC, les crédits attribuables sont bonifiés de 20% ²⁸.

Catégorie 1 : Les formations présentielles, pour lesquelles la présence du praticien sur le lieu de formation est requise.

Catégorie 2 : Les formations individuelles et à distance utilisant tout support matériel ou électronique, notamment des abonnements à des périodiques ou à l'acquisition d'ouvrages médicaux.

Catégorie 3 : Les situations professionnelles formatrices

Il s'agit des situations dans lesquelles le médecin accomplit un travail personnel, en sa qualité de praticien, au sein et en dehors de son exercice habituel.

Le texte prévoit 4 groupes dans cette catégorie 3 :

- Groupe 1 : la formation professionnelle des salariés hospitaliers et non hospitaliers et les staffs protocolisés
- Groupe 2 : l'accomplissement de missions d'intérêt général au service de la qualité et de l'organisation de soins et de prévention, y compris électives, dans le cadre de structures organisées ;
- Groupe 3 : les activités de formateurs et la participation à des jurys dans les champs de la santé (pièces justificatives : attestation du collège, de l'association de FMC, du groupe de recherche, attestation de l'organisme concerné) ;
- Groupe 4 : la réalisation effective de travaux de recherche et de publications personnelles dans le champ de la santé.

Catégorie 4 : Les évaluations de pratiques professionnelles

Un forfait de 100 crédits est attribué à chaque médecin ayant satisfait, sur une période de 5 ans, à l'obligation d'EPP dans les conditions fixées par la HAS.

La procédure de validation

Au total, pour satisfaire à son obligation de FMC, le médecin doit avoir recueilli pour chaque période de 5 ans au moins 250 crédits obligatoires dont 100 dans la catégorie EPP.

Les justificatifs des actions de formation prises en compte au titre de l'obligation de FMC comprennent tout élément attestant de la réalité des formations et des évaluations

²⁸ Ces orientations nationales sont : rôle et place des praticiens en situation de crise sanitaire ; iatrogénèse ; prévention vaccinale ; prévention et dépistage des cancers ; prévention et réduction des risques environnementaux, comportementaux et professionnels.

accomplies. Ils sont conservés par le praticien et tenus à la disposition du CRFMC pendant une durée de cinq années après la validation de son obligation de FMC.

Tous les cinq ans, le médecin dépose auprès du CRFMC dont il dépend au titre de son activité principale son dossier regroupant les justificatifs des formations suivies. Le circuit de validation est présenté en annexe 2.

La première période de 5 ans court pour les praticiens déjà en exercice à la date d'installation des CRFMC (les CRFMC ne sont toujours pas en place en septembre 2007), et pour les médecins débutant leur activité à une date postérieure à compter de la date de début de leur activité. Les praticiens ayant suivi des formations préalablement à la date d'installation du CRFMC dont ils dépendent peuvent, dès cette même date, déposer leur dossier auprès du CRFMC en vue de leur validation de leur obligation de FMC au titre de la première période de 5 ans (rétroactivité de 5 ans).

b) L'évaluation des pratiques professionnelles

Une obligation pour tout médecin en exercice

L'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles est introduite pour les médecins²⁹ par la loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'Assurance maladie, qui en fait une démarche obligatoire pour tout médecin. Elle touche à la fois l'exercice individuel et collectif.

Les EPP « collectives » sont un axe fort de la certification deuxième version (dite V2) des établissements de santé par la HAS. Elles doivent permettre³⁰ :

- la gestion maîtrisée des risques ;
- l'adaptation des métiers aux évolutions techniques et scientifiques ;
- la mesure de l'atteinte des objectifs attendus, de l'efficacité et de l'efficience de l'organisation des soins;
- la professionnalisation des métiers et la mise en œuvre d'une formation continue adaptée.

L'EPP doit ainsi permettre d'améliorer globalement et de façon permanente les pratiques, la prise en charge des patients, la qualité des soins offerts, le management, les

²⁹ L'EPP est élargie à tous les professionnels de santé en vertu de la loi du 13 août 2004 et du décret du 14 avril 2005. Selon l'Art. L4133-1-1 du CSP : « *L'EPP individuelle constitue une obligation pour les médecins exerçant à titre libéral, les médecins salariés non hospitaliers, ainsi que pour les médecins mentionnés à l'ART L 6155-1 et les médecins exerçant dans les établissements de santé privés* ». Cette démarche est étendue aux autres professions de santé au titre de l'obligation de formation continue.

³⁰ Séminaire d'Aix-en-Provence rassemblant les représentants des Conférences Nationales des Présidents de CME de CH et de CHS, et la Conférence Nationale des Directeurs de CH, septembre 2005.

performances financières, la qualité du service rendu par les médecins, l'information de l'utilisateur et sa participation à sa prise en charge.

L'organisation du dispositif d'EPP

Deux décrets sont venus dernièrement organiser l'EPP. Il s'agit des décrets du 14 avril 2005 et du 2 juin 2006.

L'Art D4133-1 du CSP dispose : « *L'EPP mentionnée à l'article L 4133-1-1 du CSP a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques (...). Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la HAS et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. (...) L'EPP, avec le perfectionnement des connaissances fait partie intégrante de la FMC* ».

Ainsi, entre outil d'analyse des connaissances et des pratiques et moyen de réponse aux besoins de formation, l'EPP rejoint et complète la FMC. Leur lien est clairement affirmé dans les textes, alors que jusqu'à présent les deux dispositifs s'étaient construits indépendamment. Ils restent d'ailleurs pilotés par deux organismes : le CNFMC et la HAS.

Pour permettre aux médecins de valider l'évaluation de leurs pratiques et donc la catégorie 4 de leurs obligations de FMC (voir le barème en annexe 1), trois dispositifs sont proposés :

- La réalisation de l'EPP en établissement de santé ;
 - o dans le cadre de la certification de l'établissement ;
 - o dans le cadre du fonctionnement normal de la structure ;
 - o à l'aide d'un prestataire de service (agréé) financé par l'établissement ;
 - o par la reconnaissance d'EPP réalisés en externe (groupe d'analyse des pratiques, RCP, réseaux...) ;
- La réalisation de l'EPP avec les dispositifs proposés par l'URML ;
- La réalisation de l'EPP dans le cadre de la *procédure d'accréditation*³¹ offerte aux médecins par la HAS.

³¹ Suivant le décret 2006-909 du 21 juillet 2006, l'accréditation des médecins ou des équipes soignantes concerne les spécialités à risque. Sont citées notamment : l'obstétrique, l'échographie obstétricale, la réanimation, les soins intensifs. Valable 4 ans, elle peut être menée de façon individuelle ou collective. L'accréditation permet d'obtenir de facto l'attestation quinquennale d'EPP que le médecin doit obtenir à titre individuel.

Pour mener à bien leur EPP, les praticiens peuvent avoir recours à de nombreux dispositifs, tels que présentés ci-dessous, en fonction des objectifs visés.

FIGURE 1 : TABLEAU ILLUSTRATIF DES METHODES D'EPP EN FONCTION DES OBJECTIFS

OBJECTIFS	APPROCHES	METHODES UTILISEES POUR L'EPP EN ETABLISSEMENT DE SANTE
Réaliser le bilan d'une pratique au regard de l'état de l'art	APPROCHE PAR COMPARAISON A UN REFERENTIEL	Audit clinique Revue de pertinence des soins Enquête de pratique
Améliorer une prise en charge Maîtriser les risques d'une activité	APPROCHE PAR PROCESSUS	Analyse de processus Chemin clinique Analyse des modes de défaillance, de leurs effets, de leurs criticités
Traiter un dysfonctionnement Analyser et traiter des événements indésirables	APPROCHE PAR PROBLEME	Méthode de résolution de problème Analyse de processus Revue de mortalité-morbidité
Surveiller un phénomène important et agir en fonction du résultat	APPROCHE PAR INDICATEURS	Mise en place et analyse des indicateurs Maîtrise statistique des processus

La démarche d'EPP peut comprendre soit une action ponctuelle et un programme continu, soit deux programmes continus.

Une action ponctuelle est une action d'amélioration des pratiques fondée sur un cycle d'amélioration unique. Ce cycle débute par une phase d'analyse de la pratique professionnelle existante et s'achève par l'appréciation des résultats obtenus. Ex : audit clinique ciblé, revue de pertinence des soins..

Un programme continu est un programme d'amélioration des pratiques professionnelles, fondé sur des cycles d'amélioration successifs, selon le modèle de la Roue de Deming.



A : Améliorer : plan d'actions correctives et préventives et mesure des résultats

P : Planifier : définition d'une politique, information et partage de cette politique

D : Réaliser et faire : mise en œuvre, implication des professionnels

C : Contrôler : mesurer, analyser les contrôles

Dans les hôpitaux, la Commission Médicale d'Établissement a un rôle d'information des équipes médicales hospitalières : elle tient à leur disposition la liste des organismes agréés, les conseille, valorise les programmes réalisés en interne, échange autour de ces démarches, formule des recommandations. Elle organise l'EPP : elle élabore des programmes, les recense et veille à l'intégration de ces programmes dans le projet médical ainsi que dans la procédure de certification de l'établissement. Enfin, la CME

valide individuellement les actions d'EPP et délivre les certificats. Si l'EPP est réalisé avec un organisme agréé, la CME délivre des certificats après avoir pris connaissance de ses conclusions. Si l'EPP est réalisé en interne, la certification a lieu après avis d'un médecin expert extérieur à l'établissement et agréé par la HAS.

B) Des limites perceptibles qui fragilisent d'emblée le nouvel édifice

a) *Des flous juridiques et conceptuels persistants, une articulation laborieuse entre EPP et FMC*

La fragilité des concepts

Il existe aujourd'hui plusieurs méthodes pédagogiques pour évaluer et améliorer les pratiques.

Pour la HAS, l'EPP recouvre l'ensemble des démarches d'amélioration de la qualité des soins. Cette définition étant extensive, il est difficile de tracer la frontière avec ce qui reste de la FMC sans être de l'EPP, champ qu'il faut néanmoins définir d'autant plus qu'il obéit à un régime juridique distinct, notamment pour l'agrément des organismes de FMC ou pour la sanction de l'obligation par les instances ordinales. « *Quelle formation ne constitue pas une démarche d'amélioration des activités de soin ?* » se demande l'IGAS.

La fragilité juridique du dispositif

La FMC privilégie une approche pédagogique, fondée sur l'acquisition de nouvelles connaissances ou compétences. L'EPP a une approche davantage clinique et professionnelle fondée sur l'analyse des données de l'activité.

Ces 2 obligations font l'objet de régimes juridiques différents :

- La gestion de la FMC est encadrée et sa mise en œuvre confiée à la profession à travers une instance professionnelle ad hoc, le Conseil National de la Formation Médicale Continue, divisé en trois branches selon le secteur d'activité ;
- La gestion de l'obligation de l'EPP est partagée entre la HAS et les CNFMC : la HAS est compétente pour agréer les organismes aptes à mettre en œuvre l'EPP des médecins, mais les trois CNFMC donnent un avis sur cet agrément.

L'articulation entre les deux dispositifs n'est pas sécurisée juridiquement, puisque comme le note l'IGAS, « *En dépit de la confusion juridique qui règne sur le sujet, il est possible de soutenir que le CNFMC a conservé la compétence qu'il détient de la loi du 9 août 2004*

pour fixer les orientations nationales en matière d'EPP, alors même qu'il a perdu la compétence pour l'agrément des organismes d'EPP »³², au profit de la HAS.

Cette dualité est source de confusion, mais présente toutefois un intérêt. Tandis qu'ailleurs en Occident, notamment aux Etats-Unis, le système de FMC par points³³ est actuellement remis en cause, la France peut se prévaloir d'avoir un système de FMC par points enrichi d'un volet d'évaluation des pratiques professionnelles. *« On peut même se demander si la séparation des dispositifs n'a pas été voulue, les pouvoirs publics souhaitant mettre à l'abri de la puissance des syndicats de médecins libéraux le dispositif d'EPP »*, se demande le Dr RINCE, membre du CNFMCH.³⁴

En outre, dans les établissements de santé, la question de la mise en cohérence des trois dispositifs (certification des établissements, procédure d'accréditation des médecins, EPP) reste entière. Ils ne sont toutefois pas dépourvus de tout lien juridique, puisque la procédure d'accréditation de la pratique professionnelle valide l'obligation d'EPP.

Un pilotage problématique du nouveau dispositif de FMC

Les dispositifs de pilotage institués pour la FMC proprement dite ne sont opérationnels, déplore l'IGAS. Pour la FMC, les articles L 4132-2 et L 6155-2 du CSP ont prévu de confier aux trois CNFMC la fixation des orientations nationales de la FMC. En vertu de l'article R 433-1, ils fixent également les thèmes prioritaires de formation. Certes, le cahier des charges de l'agrément quinquennal doit prendre en compte le respect des orientations nationales fixées par les CNFMC, ce qui atteste d'un souci de pilotage national de la FMC, mais leur composition rend leur pilotage difficile.

L'Etat n'a qu'une voix consultative au sein des CNFMC, pour faire valoir les priorités de santé publique en matière de sécurité sanitaire, de qualité des soins, de prévention des risques sanitaires, ou pour faire prendre en considération une situation d'urgence sanitaire. L'Assurance maladie, pourtant garante de la solidarité obligatoire et de la prise en compte de l'efficacité des soins, n'est pas représentée au sein des conseils. Cette situation ne peut qu'affaiblir la portée pratique des orientations nationales et des priorités adoptées par les CNFMC.

« Dans ces conditions, les CNFMC ne peuvent qu'exercer une magistrature d'influence, sans avoir de réels moyens de mettre en œuvre une politique », déplore l'IGAS.

De nouvelles modifications à prévoir

³² Rapport de l'IGAS, *op. cit.*

³³ Source : site Internet de l'AEMH (Association européenne pour la FMC), édition n°1 2007.

Adresse : <http://www.aemh.org/pages/home.html>

³⁴ Extrait de l'entretien avec le Dr Rincé, néphrologue au CHU de Limoges, membre du CNFMCH, réalisé le 18 juillet 2007.

A l'avenir, l'IGAS recommande que la compétence de la HAS pour l'agrément des organismes d'EPP soit expressément inscrite dans la loi, et que les CNFMC s'accordent sur le contenu méthodologique du programme d'amélioration des pratiques, de manière à tracer la frontière entre EPP et FMC. Elle conseille également de déterminer l'autorité compétente pour fixer les orientations nationales et les thèmes prioritaires en matière d'EPP, car *« l'analyse chronologique des textes laisse à penser que cette compétence appartient aujourd'hui encore aux CNFMC, l'article 14 de la loi du 13 août 2004 n'ayant pas investi la HAS de cette mission. Le décret du 14 avril 2005 sur l'EPP est muet sur ce sujet. Il semblerait logique d'attribuer cette compétence à la HAS, après avis le cas échéant des CNFMC »*.

La HAS souhaite également préciser les modalités de l'EPP, les prérogatives des différents acteurs, et mieux articuler l'organisation du dispositif en s'appuyant sur un organisme fédératif qui rassemblerait les experts de chaque spécialité. Un projet de règlement³⁵ actuellement en discussion fait débiter l'obligation d'EPP pour les praticiens en exercice à la date d'installation des CRFMC et non plus au 1^{er} juillet 2005. Le début de l'obligation quinquennale d'EPP coïncidera donc avec celle de la FMC.

Enfin, l'évolution vers un dispositif cible de recertification périodique est en débat, c'est-à-dire *« la reconnaissance positive du maintien d'un niveau de compétences au regard de critères prédéterminés par la profession »³⁶*, soit un véritable brevet d'exercice délivré pour réaliser certains types d'interventions. L'IGAS considère la mise en place du dispositif obligatoire de FMC-EPP comme *« une étape vers un dispositif cible de certification périodique des médecins, s'inspirant des modèles néerlandais, britanniques et canadiens »*. Si la quasi totalité des pays européens ont mis en œuvre au cours des vingt dernières années des dispositifs de FMC dont la responsabilité est confiée aux professions médicales, à l'exception des Pays-Bas et de l'expérimentation menée au Royaume-Uni, les pays européens ne se sont pas encore engagés sur la voie de la (re)certification professionnelle. Plusieurs acteurs du système de santé français ont contribué à nourrir le débat de la re-certification périodique des médecins. La CNAMts, dans son plan stratégique de 1999 envisageait de soumettre les médecins à une telle procédure. L'Ordre des Médecins, garant de par la loi du maintien des compétences, a indiqué comment à terme un tel dispositif pourrait être instaurer.

b) Un barème FMC unique : l'unicité au prix de l'inégalité ?

³⁵ Projet de règlement modificatif de l'EPP, article paru dans le Quotidien du Médecin du 26.07.2007.

³⁶ MATILLON Y., Rapport de mission sur les modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé, Août 2003.

Le barème unique prévu par les textes avait pour objectif de mesurer l'effort de FMC de tous les médecins à l'aune du même étalon. Or, force est de constater que le barème n'est pas sévère pour les médecins hospitaliers, encore moins pour les hospitalo-universitaires. On peut même penser qu'il a été fait avant tout pour les médecins libéraux³⁷. En effet, la pratique en matière de FMC des médecins libéraux reste méconnue, mais les chiffres avancés laissent penser que tous ne se formeraient pas conformément aux obligations réglementaires. Les pouvoirs publics ont donc souhaité un barème unique, afin de mettre le processus en marche, quitte à revoir ultérieurement le barème, en réduisant les points accordés pour chaque catégorie de formation continue, voire en rendant obligatoire la validation de deux EPP par période quinquennale.

Après analyse du barème, il semble que les médecins hospitaliers ayant une pratique régulière n'auront pas à changer réellement leurs pratiques de FMC, puisque la plupart auront leurs points validés aisément, à condition d'avoir satisfait à leur obligation d'EPP. Cela est d'autant plus vrai pour les hospitalo-universitaires, plongés dans un environnement professionnel très propice : ils émargent à toutes les catégories du barème, notamment en matière de recherche et de publications (groupe 4 de la catégorie 3), d'activité de formateur ou de membre de jury (groupe 3 de la catégorie 3). Ils bénéficient de moyens plus importants et d'opportunités plus fréquentes. Sans rien changer à des pratiques, un PUPH a quasiment le maximum de points pour chaque catégorie. Quel sera alors l'impact de la réforme sur la qualité des soins ?

Ce n'est pas le cas a priori de la plupart des médecins libéraux, qui doivent prendre sur leur temps de travail voire leur temps personnel pour participer à des actions de formation continue. On comprend bien que l'accessibilité à la FMC est différente selon le statut des médecins et les conditions d'exercice.

Le barème valorise aussi les staffs de spécialités ou interdisciplinaires sur une prise en charge, pratique essentiellement hospitalière ou en vigueur dans les réseaux de santé. Suivant sa spécialité et son mode d'exercice, le barème n'a ainsi pas la même sévérité. Au total, l'unicité du barème a priori (même barème pour tous), recèle un risque d'inégalité du fait de la disparité des pratiques et des conditions d'exercice.

Les limites du barème de FMC et sa grande souplesse (le dispositif de sanctions prévues en cas de non conformité aux obligations de points reste incertain) risquent d'atténuer la force de la réforme et ses impacts sur la qualité des soins resteront à évaluer.

c) La persistance de conflits d'intérêt

³⁷ C'est l'opinion du Pr D. BERTRAND, président du CNFMC des hospitaliers, rencontré le 30 mai 2007.

Le nouveau dispositif de FMC ne semble pas résoudre le problème des conflits d'intérêt. En effet, la procédure d'agrément des organismes de formation par les CNFMC pourrait prêter le flanc à des critiques fondées sur l'absence d'indépendance. Sa composition quadripartite est critiquable : organisations syndicales de médecins, organismes de formation, UFR, Ordres). « *En l'absence de procédures rigoureuses, elle ouvre la voie à des négociations internes fondées sur les intérêts directs et indirects des membres liés aux organismes de formation* », craint l'IGAS. Les conséquences qu'auraient sur la crédibilité du dispositif des décisions d'agrément ou de refus qui ne présenteraient pas toutes les garanties d'impartialité ne doivent pas être sous-estimées.

En outre, le dispositif ne paraît pas en capacité de garantir l'indépendance des formations par rapport aux intérêts des industries du médicament. Si la possibilité pour les CNFMC de contrôler l'indépendance et la qualité des formations via l'agrément des organismes est un garde-fou prévu par les pouvoirs publics, l'importance des financements de l'industrie pharmaceutique est tel que la majorité des organismes de formation se retrouveraient dans de graves difficultés financières si ceux-ci étaient interdits. La Mission IGAS constate que le simple objectif de faire la transparence sur les conditions de participation de l'industrie aux formations n'est pas assuré aujourd'hui. Du fait de l'absence de plafond dans le financement pharmaceutique des organismes de formation, l'agrément d'organismes de formation directement créés par des firmes pharmaceutiques (Institut Lilly par exemple) est possible.

Les changements profonds que connaissent la médecine, la mutation parallèle du métier de PH, les contraintes extérieures et l'exigence toujours plus grande de transparence et de qualité, font de la FMC un outil primordial afin d'assurer un maintien à niveau des techniques et des savoirs, de même qu'un développement des compétences. La FMC peut être utilisée comme un levier pour adapter les médecins à la médecine d'aujourd'hui.

1.2.3 La FMC, facteur d'adaptation à la médecine d'aujourd'hui

La question de la formation, de la qualification et au-delà de la compétence deviennent prépondérantes. La formation initiale est en procès **(A)** et le système de santé fondé sur la qualification **(B)** est aujourd'hui enrichi de réflexions sur la compétence **(C)**.

- A) La formation initiale en procès

La formation initiale des médecins est souvent critiquée³⁸, considérée comme insuffisante, notamment du fait de la prédominance de l'enseignement des sciences fondamentales au détriment des problématiques de santé publique et de la prévention.

La formation pratique en CHU privilégie l'étude du fonctionnement des organes, et reste centrée sur la maladie plus que sur le malade.

La dimension encyclopédique et de sélection - sorte d'anti-préparation au travail en équipe - plus que de développement des compétences et d'adaptation aux personnalités des patients est un autre écueil dénoncé.

Le caractère magistral de la formation initiale n'encourage pas au doute méthodologique ni à rechercher les preuves des données enseignées. Une nouvelle épreuve à l'Examen national classant est prévue : la lecture critique d'articles médicaux préparera les futurs médecins à suivre tout au long de leur carrière les évolutions de la science, en gardant un œil critique sur la communication des lobbys pharmaceutiques.

Au total, le nouveau praticien serait mal préparé à l'accueil et à l'analyse critique des informations et des données nouvelles qui se multiplient, de qualité et de validité parfois incertaine. Les notions d'évaluation des stratégies de prévention, de dépistage, de diagnostic, de soins seraient peu développées³⁹.

Enfin, le médecin hospitalier n'est pas seulement un expert. Il est aussi un acteur de l'organisation complexe qu'est l'hôpital. Ses fonctions l'amènent à manager des projets, des budgets, des hommes : ce sont des fonctions auxquelles sa formation initiale ne l'a pas préparé. Dans ce domaine, la FMC aura un rôle de plus en plus important à jouer dans sa carrière.

B) Un système de santé fondé juridiquement sur la qualification

L'exercice de la médecine est encadré juridiquement. Le critère légal retenu par le législateur est celui de la qualification professionnelle, garantie par l'obtention du diplôme de docteur en médecine. L'exercice légale de la médecine est une condition dérogatoire de l'atteinte à l'intégrité physique des personnes. La capacité des médecins à intervenir sur le corps d'autrui résulte donc, par principe de leur diplôme. Le système de santé est organisé sur la qualification et non pas sur la compétence, possiblement entendue comme une façon adaptée et reconnue de faire et de se comporter des professionnels.

Au-delà de la qualification, la capacité effective d'un professionnel à délivrer des soins adaptés et de qualité n'est essentiellement prise ne compte que de manière négative, en

³⁸ Voir notamment le rapport 2005 de l'Académie de médecine.

³⁹ GALLOIS P, CHARPENTIER J-M, DRAHI E, La FMC peut-elle être un facteur d'adaptation à la médecine d'aujourd'hui ?, *Centre de documentation de l'UNAFORMEC, ADSP n°32*, septembre 2000.

référence à son éventuelle incompétence ⁴⁰ : si le Code de déontologie médicale prévoit, dans son article 70, que tout médecin est en principe habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement, celui-ci ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ou formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose. Le professionnel apprécie lui-même l'étendue de sa propre compétence.

« La formule utilisée pour les dispositions légales (2002) et déontologiques (1995) (entretien et perfectionnement des connaissances) pour définir la FMC est tout à fait cohérente avec un système fondé sur la qualification et non sur la compétence », note J. MOREY-BAILLY.

Il ne s'agit dans cette perspective que d'entretenir ou de perfectionner un certain nombre de connaissances, formule indiquant qu'il n'y a pas d'éléments radicalement nouveaux à acquérir après la fin des études médicales, la formation initiale étant suffisante pour permettre la pratique professionnelle. Or, *« le système fondé sur la qualification ne fait que postuler la capacité réelle des professionnels à intervenir pertinemment »*, commente J. MOREY-BAILLY. *« Cette analyse est validée, en creux, par des mécanismes qui prévoient des limites à l'intervention des professionnels lorsque leurs connaissances ne leur permettent pas d'intervenir (décision du professionnel ou de l'autorité administrative), ou par ceux qui permettent d'engager la responsabilité des professionnels ayant fait la preuve de leur incompétence »*.

La logique de la compétence commence à être prise en compte par certains dispositifs dont la FMC fait partie, même si elle se résume trop souvent à l'actualisation des connaissances acquises dans le cadre des études de médecine, ainsi que l'EPP.

C) Le glissement progressif de la qualification à la compétence

a) *Les réflexions en cours sur la compétence et les conditions de son évaluation*

La question de la compétence des professionnels de santé, et notamment des médecins est actuellement l'objet de nombreuses réflexions, auxquelles les pouvoirs publics prennent leur part.

Selon le rapport du Pr. MATILLON ⁴¹, la compétence se définit comme l' *« ensemble des caractéristiques individuelles (connaissances, aptitudes, attitudes) qui permettent à une personne d'exercer son activité de manière autonome, de perfectionner sans cesse sa pratique et de s'adapter à un environnement en mutation rapide »*.

⁴⁰ MOREY-BAILLY J., *L'organisation juridique des compétences des professionnels de santé*, annexe au rapport du Pr. Y. Matillon, août 2003.

⁴¹ MATILLON Y., *Op.Cit*

La notion de compétences concernant les professionnels de santé émerge à partir de 1996, à l'initiative de l'Union Européenne, afin de promouvoir la libre circulation entre les différents Etats membres, par l'homogénéisation des compétences et des formations nécessaires à l'exercice de leur métier.

Depuis la loi du 4 mars 2002, les institutions professionnelles sont chargées du contrôle de la compétence de leurs membres. Ainsi, l'article L 4121-2 du CSP dispose que « *l'Ordre des médecins, celui des chirurgiens-dentistes, et celui des sages-femmes veillent au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire, ou de la profession de sage-femme et à l'observation, par tous les membres des devoirs professionnels ainsi que des règles édictées par le Code de déontologie prévu à l'article L 4127-1 CSP* ». Ainsi, le Conseil National de l'Ordre des Médecins a lui aussi posé la question de la compétence et du suivi des médecins comme en enjeu majeur de qualité pour le système de santé : le CNOM pose, en préalable essentiel de cette évaluation, l'élaboration de référentiels de métiers et de compétences à décliner en fonction des spécialités médicales.

Au delà de la réorganisation de la FMC, c'est bien la notion de compétence qui est en jeu. La formation continue s'inscrit en effet dans un ensemble plus vaste que la qualification. En effet, malgré la standardisation de la qualification médicale et du recrutement des praticiens, la qualité de leur pratique ne peut plus être présumée, d'autant plus quand leur formation initiale et leur recrutement sont lointains. En ce sens, les médecins se trouvent dans la même situation que les établissements de santé dont la qualité doit être aujourd'hui démontrée par la procédure de certification.

Les réflexions en cours sur la notion de compétence et des conditions de son évaluation concernent les autres pays également. L'évolution la plus importante de la dernière décennie est le glissement progressif lancé par les pays anglo-saxons du concept de *Continuing Medical Education* vers celui de *Continuing Medical Development*. La finalité se déplace donc de la pédagogie et de l'actualisation des connaissances vers l'exercice professionnel et tout ce qui permet de l'améliorer. Ceci implique notamment une perception plus grande des attentes des patients, une plus grande conformité aux recommandations de bonnes pratiques et une meilleure connaissance de l'économie de la santé ⁴².

Aux Etats-Unis, la certification est assurée par les *boards* de spécialité. A l'origine, ce sont les hôpitaux qui ont souhaité employer des médecins certifiés pour assurer leur réputation. Ensuite les compagnies d'assurance ont développé une information attractive

auprès des médecins en valorisant le fait de ne travailler qu'avec des correspondants médicaux obligatoirement certifiés. Depuis 30 ans, cette certification initiale est prolongée par l'institution variable d'un Etat à l'autre de procédures de re-certification temporaire dans lesquelles la *Continuing Medical Education* prend une part importante.

En Europe, diverses mesures incitatives ou coercitives ont été envisagées par les Etats afin de sensibiliser les médecins aux enjeux de la FMC : c'est ainsi que les Anglais publient la liste des médecins ayant satisfait aux exigences de FMC, quand les Belges leur allouent une prime de 4% de la rémunération de base. A l'inverse, les médecins norvégiens peuvent perdre jusqu'à 20% de leur rétribution en l'absence de participation à la FMC.

b) *Les conditions d'une FMC « facteur d'adaptation à la médecine d'aujourd'hui »*⁴³

La formation continue est essentielle pour conduire le changement, s'adapter aux mutations professionnelles, préparer l'avenir. L'accélération des réformes hospitalières a engagé les établissements dans un processus de mutations rapides, qui touchent aux organisations, aux cultures, aux pratiques professionnelles.

Pour que la FMC permette aux médecins de s'adapter aux conditions d'exercice de la médecine d'aujourd'hui, tout en permettant une amélioration de la qualité des soins offerts aux patients, elle doit se développer autour de quelques règles.

C'est ainsi que GALLOIS, CHARPENTIER et DRAHI préconisent le développement de la médecine fondée sur les preuves, tout en appelant à ce qu'elle retrouve son vrai sens : elle reste encore trop souvent perçue comme une limitation des actions médicales aux données prouvées scientifiquement et non comme la nécessaire connaissance du niveau de validité scientifique des moyens proposés au patient afin de prendre la décision la mieux adaptée.

La FMC doit fournir les conditions pour retrouver une médecine centrée sur le patient, alors que la formation initiale dans ce domaine reste rudimentaire, centrée sur le compagnonnage avec les aléas que cela représente. Il y a donc nécessité de centrer la formation sur la décision médicale, celle-ci ne se limitant pas à l'application de données en application de leur niveau de preuve. Une décision médicale passe par une adaptation et une présentation de ces données au patient.

La médecine d'aujourd'hui implique un décloisonnement et une meilleure articulation entre les professionnels autour d'une prise en charge : le travail en réseau est une nouvelle forme d'exercice de la médecine et un nouveau mode de FMC. La médecine

⁴² GALLOIS P., CHARPENTIER JM, DRAHI E., *Op. Cit.*

⁴³ GALLOIS P., CHARPENTIER JM, DRAHI E., *Op. Cit.*

actuelle étant une médecine d'équipe, il est nécessaire d'arriver à une décision partagée. La FMC permet de lisser les hiérarchies héritées de la formation initiale, entre praticiens hospitaliers, spécialistes, généralistes, et personnels non médicaux.

L'éducation à la santé reste limitée dans la médecine française, qui reste centré autour de l'organe et des pathologies, notent les trois auteurs. La FMC peut permettre de renforcer cette éducation à la santé.

Enfin, la formation des médecins à l'économie de la santé est rudimentaire : les notions de coûts indirects et différés, de rapport coût-efficacité sont souvent méconnues et peu utilisées. Là encore, les auteurs soulignent l'apport possible de la FMC.

Au total, selon les auteurs, l'amélioration de la qualité des soins par la FMC nécessite de privilégier dans la formation l'interactivité, la meilleure gestion de l'information (analyse critique, approche décisionnelle), la meilleure diffusion des données validées scientifiquement, de promouvoir l'EPP et enfin de prendre en compte dans les formations les aspects non techniques de la décision médicale.

Au terme de la première partie de notre exposé, nous avons pu décrypter les enjeux de la réforme de la FMC et les relier à des caractéristiques sociologiques de la profession médicale, notamment dans son rapport à l'évaluation.

Il convient maintenant de confronter ces analyses à des données de terrain. Le Centre Hospitalier de SAINT-BRIEUC nous offre une illustration des pratiques en matière de FMC des praticiens hospitaliers. Elle nous permet également d'identifier des limites dans l'organisation actuelle, qui, en dépit de mesures en cours d'élaboration, témoignent pour des raisons diverses, d'une sous-utilisation de l'effet de levier que représente la FMC, tant dans la mise en œuvre des orientations stratégiques de l'Etablissement, que dans l'opportunité qu'elle offre pour l'optimisation de la gestion des ressources humaines médicales.

2 ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES DE FMC ET LEVIERS MANAGERIAUX AU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-BRIEUC

Après avoir élaboré un état des lieux des pratiques de FMC à l'hôpital de Saint-Brieuc, bâti en croisant des analyses quantitatives et qualitatives **(2.1)**, nous analyserons les difficultés et les limites actuelles de son organisation **(2.2)**, qui impliquent de déterminer des actions d'amélioration du dispositif afin d'utiliser à plein l'effet de levier de la FMC tant dans la mise en œuvre des axes stratégiques de l'Etablissement que dans le développement de la gestion des ressources humaines médicales **(2.3)**.

2.1 Les pratiques en matière de formation médicale continue des praticiens du Centre Hospitalier de Saint-Brieuc

Alors que l'IGAS a pu déplorer le manque de données fiables sur la formation continue des médecins, il semble intéressant de dresser un état des lieux des pratiques des médecins du Centre Hospitalier de SAINT-BRIEUC. Cela implique d'une part un bilan sur les pratiques en FMC **(2.1.1)**, d'autre part une ouverture sur les projets d'évaluation des pratiques professionnelles **(2.1.2)**.

2.1.1 Les pratiques en matière de FMC au CH de SAINT-BRIEUC

Afin d'analyser au mieux la FMC en croisant les sources et en donnant la parole aux praticiens, nous présenterons dans un premier temps un bilan quantitatif **(A)**, puis un bilan qualitatif **(B)**, avant d'en faire une synthèse **(C)**.

A) Un constat quantitatif : les tableaux mensuels de service

a) *La méthode*

Pour analyser la FMC quantitativement, nous avons fait une étude sur 2004, 2005 et 2006 des tableaux de service mensuels disponibles à la Direction des affaires médicales. Le tableau de service mensuel ⁴⁴ est nominatif : il précise les obligations sous forme de demi-journées ou de journées, mais également les diverses activités pouvant s'ajouter au soin (la FMC, mais aussi l'activité libérale, les activités d'intérêt général, les congés de

⁴⁴ Les TMS sont obligatoires depuis l'arrêté du 15 février 1973.

paternité ou maternité, le repos compensateur, les jours de RTT, l'enseignement, etc.). Les TMS reposent toutefois sur une démarche purement déclarative (bien que validés par le chef de service).

b) Les enseignements

Le fait le plus marquant⁴⁵ des résultats de cette étude est la baisse globale du nombre de jours de FMC déclarés dans les TMS entre 2004 et 2006 au niveau de l'Etablissement (1540 en 2004, 1417 en 2006), alors que dans le même temps le nombre médecins en ETP est passé de 157 à 198 (+26%). Par conséquent, la moyenne annuelle de jours de FMC par praticien tombe de 10.3 en 2004 à 7.36 en 2006. La tendance globale déclinante se retrouve dans la ventilation par services, puisque sur les trente-trois services répertoriés, seuls quatre affichent une progression du nombre de jours de FMC par praticien sur la période 2004-2006.

Il nous semble que ces variations à la baisse peuvent s'expliquer par l'« effet ARTM », conjugué au développement de l'activité dans un contexte de T2A. En outre, les réformes impulsées par le plan Hôpital 2007 sur la nouvelle gouvernance ont consommé beaucoup de temps médical en réunions de travail, pas complètement compensé par le recrutement de médecins (+25% d'ETP entre 2004 et 2006). Cela semble illustrer une des limites de la réforme de la FMC, qui, dans un contexte de tensions sur le temps médical, vient exiger plus d'investissement dans les évaluations de pratiques professionnelles et la formation. Les obligations de service sont prioritaires sur la formation.

Quelques services affichent toutefois une hausse du nombre de jours de FMC par praticien, comme sur 2004-2006 la gynécologie (+5,54 jours) et la pédiatrie (+6,14 jours). Sur la période 2005-2006, la cardiologie (+2,25), la gastrologie (+2) et la médecine nucléaire (+2) présentent également une hausse.

Entre praticiens, les différences quantitatives en matière de temps consacré à la FMC sont importantes : si la moyenne est à environ sept jours par praticien par an, loin des quinze jours autorisés, le minimum concerne les praticiens de chirurgie orthopédique (moins de deux jours de FMC par praticien déclarés pour l'année 2006), tandis que les services les plus actifs en FMC en 2006 ont été la rhumatologie, la pneumologie, la neurologie, la médecine physique et réadaptation fonctionnelle, l'hémovigilance/prélèvement multi-organe, l'hématologie, la gastro-entérologie, l'endocrinologie, la chirurgie pédiatrique et la cardiologie. Pour l'année 2005, on retrouve les mêmes services.

⁴⁵ Pour plus de détails, voir l'annexe 1

Les résultats complets sont présentés en annexe 6.

Pour enrichir ces premiers éléments, qui restent à utiliser avec précaution du fait de leur dimension déclarative, soumise à des biais, un constat qualitatif décrivant les pratiques et les ressentis de la réforme s'impose.

B) Un constat qualitatif : les résultats de l'enquête par questionnaire individuel

a) *Au niveau national, des pratiques qui restent méconnues*

Comme le souligne l'IGAS dans son dernier rapport sur la FMC ⁴⁶, il existe peu de données sur les pratiques de formation des médecins hospitaliers. L'APHP a réalisé une enquête écrite sur ce dossier. Ce travail, réalisé en 1998, a été mené auprès d'un échantillon de 800 titulaires.

Les réponses rendues par près de 80% des médecins interrogés mettent en évidence des pratiques diversifiées et denses. Ainsi, chaque année, 93% des praticiens participent à près de quatre congrès, les $\frac{3}{4}$ signent quatre publications dans des revues à comité de lecture... Seulement 15% des médecins répondants consacrent du temps à des formations médicales en dehors de leur spécialité, tandis que moins de 5% disent participer à des formations portant sur la communication ou le management. La formation au management est pourtant toujours l'objet de discussions entre les puristes qui souhaitent une FMC uniquement médicale, et les modernes, qui accèdent à l'idée que formation dans le cadre de la spécialité et formation au management et à la gestion ne sont que deux facettes d'un même métier de PH.

b) *Les résultats de l'enquête sur les pratiques au CHSB*

1- La méthode

Le choix du questionnaire comme méthode d'investigation (plutôt que des entretiens par exemple) est né de la volonté d'obtenir en un temps réduit (un mois) le maximum de réponses, afin d'avoir la vue la plus complète possible des pratiques en matière de FMC dans cet hôpital. Il a été inspiré du questionnaire du CNFMCH pour ses travaux préparatoires à l'élaboration du barème national de FMC, modifié (simplifié et élargi) et restructuré autour des quatre catégories du barème.

⁴⁶ *Op.Cit*

Ce choix et ses contraintes expliquent que l'enquête n'a pas été élargie aux médecins libéraux de l'agglomération, ni à un autre établissement public (par exemple un CHU) ou privé (par exemple une clinique privée commerciale).

Ce questionnaire a été envoyé par courrier nominatif à 190 praticiens (PH, Assistants, Attachés, Pharmaciens tous temps plein), après présentation à la CME, et co-signature d'une lettre de présentation par la Directrice des Affaires Médicales et la Présidente de la commission de la CME en charge de la FMC (CoForMed). Les destinataires avaient trois semaines pour répondre anonymement : 55 questionnaires sont revenus, soit un taux de participation de 28%. Ce taux est satisfaisant, au vu de la relative lourdeur du questionnaire, et ce malgré des remaniements et un test avant envoi par des médecins volontaires de la CoForMed. Qualitativement, il s'avère en outre que la plupart des services sont représentés (28 services sur 33). La méthodologie est détaillée en annexe 3. Le questionnaire est présenté en annexe 4, tandis que l'analyse complète des réponses est présentée en annexe 5.

2- Les pratiques de FMC classées selon les catégories d'actions du barème national

La pratique en matière de FMC est globalement intense, puisque 92% des répondants déclarent participer régulièrement à des formations.

Le classement suivant reprend les catégories du barème national présenté en annexe 1.

La catégorie 1 : les formations présentielles

Les congrès nationaux concernent **85 %** des praticiens répondants et **45%** les congrès internationaux, ce qui est non négligeable. Cela s'explique par l'importance que revêt pour les praticiens le congrès national annuel de leur spécialité.

Les congrès internationaux (**45%** de médecins concernés) sont plus rares notamment du fait de leur coût prohibitif (la plupart des congrès internationaux déclarés ont lieu aux Etats-Unis). Ce chiffre doit par ailleurs être nuancé par le fait que plusieurs congrès internationaux déclarés ont eu lieu en France, car ils concernent la francophonie.

Quant aux congrès régionaux, ils reposent sur de petites associations locales, souvent fragiles, pour des réunions à périodicité irrégulière et fortement personne-dépendantes. Cela concerne par exemple les sociétés régionales de spécialités, ou les journées bretonnes d'une spécialité.

Les autres formations présentielles sont plus réduites. Les formations informatiques déclarées concernent les stages d'initiation Excel ou PowerPoint. Seulement quelques praticiens (**12 %**) déclarent des formations au management ou à la communication. Quelques praticiens déclarent des formations à l'environnement hospitalier en gestion et

administration (**27%**), en santé publique (**8%**), en économie de la santé (**11%**), ou en qualité et sécurité sanitaire (**16%**).

Concernant les formations longues, **31%** des 55 praticiens déclarent avoir obtenu la prise en charge d'un DU ou un DIU depuis le 1^{er} janvier 2005, tandis que **27%** déclarent avoir bénéficié d'une formation non diplômante.

La catégorie 2 : les formations individuelles à distance

Sont ici concernées les formations utilisant tout support matériel ou électronique, notamment les abonnements à des périodiques ou l'acquisition d'ouvrages médicaux.

56% des praticiens répondants déclarent lire des articles de vulgarisation ou d'information générale, ce qui est relativement peu.

83% des médecins déclarent des lectures concernant leur spécialité. Si on met ce chiffre en corrélation avec les **15%** de praticiens disant lire des articles d'un autre spécialité, on peut penser que cela est une traduction de la spécialisation du corps médical. Le temps de lecture moyen varie de 30 minutes par mois à 30 heures, soit un rapport de 1 à 60.

67% des praticiens déclarent un abonnement dans leur spécialité via la bibliothèque médicale de l'Etablissement, ce qui est important. Le fait que ces abonnements soient livrés dans les services concernés explique sans doute la faible fréquentation de la bibliothèque (**73%** des praticiens déclarent ne pas la fréquenter). Près de la moitié des praticiens disent être abonné à titre personnel. Le plus gros montant consacré à des abonnements personnels est de 1160 euros annuellement pour une quinzaine de titres. Enfin, **67%** déclarent avoir acheté un ou plusieurs livres médicaux dans les deux dernières années.

Le temps de formation par Internet (e-Learning ou e-FMC) varie beaucoup : de 30 minutes à 24 heures par mois. Beaucoup n'utilisent pas l'outil Internet pour la formation stricto-sensu, mais à titre de recherche ponctuelle. Outre les sites des sociétés savantes et des collèges de spécialités, les sites les plus cités sont le Medline et PubMed.

La catégorie 3 : Les situations professionnelles formatrices

Le praticien accomplit un travail personnel, en sa qualité de praticien, au sein ou en dehors de son exercice habituel.

57 % des praticiens répondants déclarent participer régulièrement à des staffs protocolisés. Les praticiens qui ne participent pas à de tels staffs appartiennent aux services d'addictologie, de radiologie, d'endocrinologie, du SAMU...

45 % des praticiens déclarent participer à l'accomplissement de missions d'intérêt général au service de la qualité des soins et de la prévention. Les fonctions les plus citées concernent les différentes instances et commissions spécialisées de l'établissement

(CME, commission de permanence des soins, comité de pilotage qualité, commission du médicament, conseil d'administration, comité technique d'Etablissement, comité de lutte contre les infections nosocomiales, comité de coordination des vigilances...), la participation aux conférences de secteur sanitaire ou à des comités régionaux (type médicament), ou à des comités techniques régionaux, ou encore des fonctions dans les réseaux de santé du département (périnatalité, insuffisance rénale, prévention vasculaire, oncologie...).

Les activités de formateurs dans le champ de la santé concernent **38 %** des médecins ayant répondu. Ces formations sont à destination des élèves infirmières la plupart du temps, ou de médecins généralistes, voire de l'humanitaire. Ces formations peuvent être à l'initiative des IFSI, des réseaux, ou encore des laboratoires pharmaceutiques.

Seuls **16 %** des praticiens déclarent participer à des jurys dans le champ de la santé. Les plus cités sont les jurys de recrutement (cadre de santé, personnel paramédical, secrétaire médicale, praticien adjoint contractuel...), ou des jurys de thèse de médecine.

34% des praticiens déclarent participer à des recherches cliniques, comme par exemple les suivis de cohortes en infectiologie, les protocoles thérapeutiques de la sclérose en plaques ou des accidents vasculaires cérébraux.

Les publications concernent **50%** des praticiens (14 % des articles avec comité de lecture, 16 % des communications dans des colloques, 12 % des posters).

La catégorie 4 : les évaluations de pratiques professionnelles

Seuls **37%** des praticiens déclarent participer ou prévoient de participer à des EPP. **29%** à des EPP collectives, **7%** à des EPP individuelles. Cela peut s'expliquer en partie par le fait que la certification n'aura lieu au CHSB qu'en 2009. La montée en charge se fera progressivement, à partir des treize thèmes retenus en CME en juin 2007 et présenté en annexe 6.

3- Les financements

D'après notre étude, les laboratoires pharmaceutiques sont les financeurs les plus fréquemment cités pour les participations aux congrès (cela renseigne sur la fréquence mais non sur les volumes), viennent ensuite le Centre Hospitalier de SAINT-BRIEUC et le praticien lui-même. Par contre, le financement des formations universitaires diplômantes repose intégralement sur le CHSB et le praticien.

A la question « *Globalement, votre spécialité bénéficie-t-elle des financements de l'industrie pharmaceutique ?* », **72%** déclarent en bénéficier (marginale pour **43%**, en grande partie pour **23%**) tandis que **12%** n'en bénéficieraient pas (le SAMU, la radiologie, la gynécologie-obstétrique, et la biologie déclarent ne pas en bénéficier). Une baisse dans

les financements de leur spécialité par les laboratoires pharmaceutiques est constatée par **49%** des praticiens, tandis que **16 %** voient une hausse.

C) Synthèse

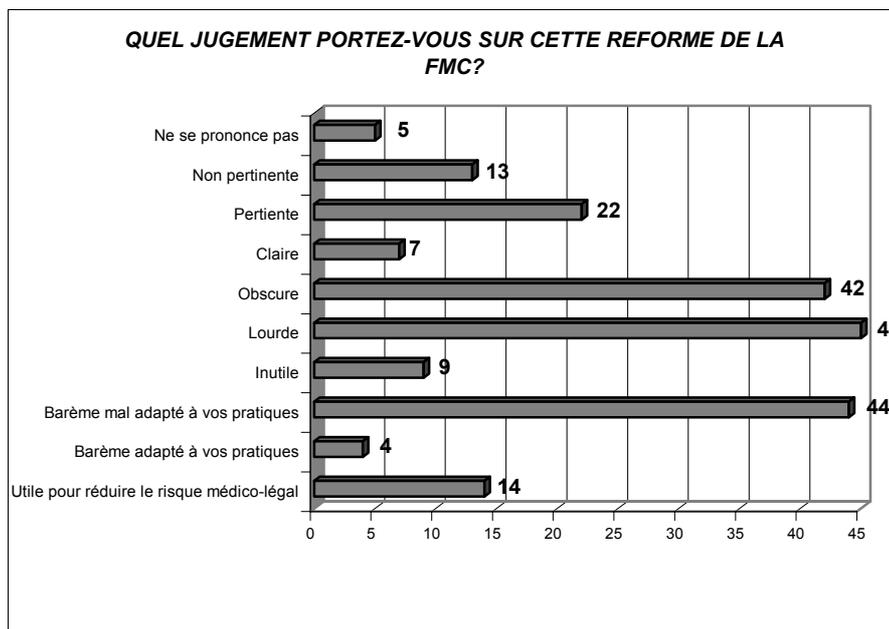
a) La perception de la réforme

L'information des praticiens sur les enjeux de la réforme

La réforme de la FMC reste assez obscure pour les répondants, puisqu'à la question, « *vous jugez-vous correctement informé par les nouvelles modalités FMC ?* » la moitié répondent non (**52%**), pour **42%** de oui (6% ne se prononçant pas).

Toutefois, les médecins jugent normal de se former régulièrement (**94%**), pour 3 raisons principales : **85%** estiment que cela permet de conserver et développer ses compétences, **92 %** de développer ses connaissances, **76 %** d'échanger avec ses confrères.

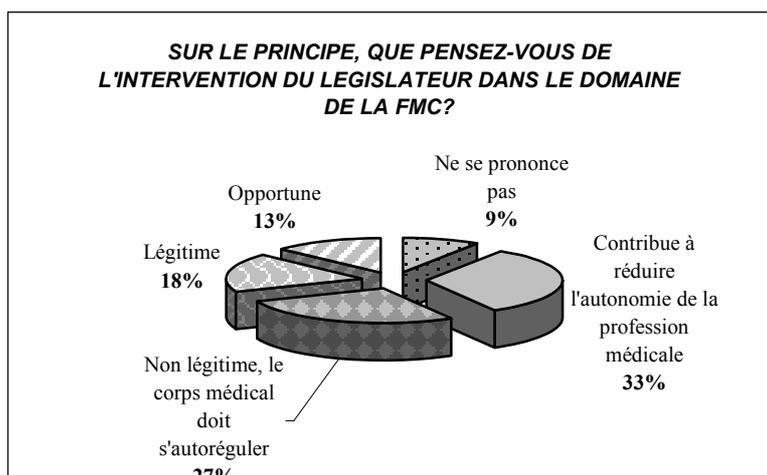
FIGURE 2 : GRAPHIQUE ILLUSTRANT LE JUGEMENT PAR LES MEDECINS DU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-BRIEUC DE LA REFORME DE LA FORMATION MEDICALE CONTINUE



Les résultats de ce graphique traduisent une certaine défiance vis-à-vis de cette réforme, puisque les qualificatifs « lourde », « obscure » sont cités par **45 et 42 %** des praticiens. **44 %** jugent même le barème mal adapté à leurs pratiques, tandis qu'à l'inverse seuls **22%** la juge « pertinente » et **7%** « claire ». Seulement **14%** des répondants la juge utile pour réduire le risque médico-légal. Enfin, le barème est très critiqué puisque seulement **4%** le jugent adapté à leurs pratiques.

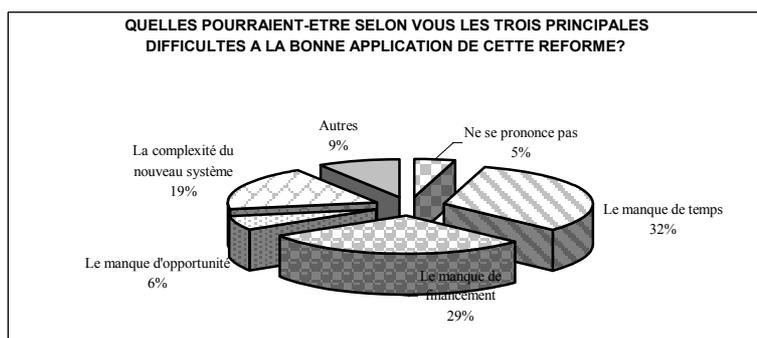
Pour la majorité des répondants, l'intervention du législateur dans la réforme de la FMC traduit une réduction de l'autonomie du corps médical, valeur à laquelle ils sont attachés pour beaucoup (**33%**), pour des raisons que nous avons pu exposer en première partie. Près d'un tiers (**27%**) la juge même illégitime, estimant que le corps médical doit s'autoréguler. Seulement **18 %** jugent cette intervention légitime et **13 %** opportune.

FIGURE 3 : GRAPHIQUE ILLUSTRANT L'OPINION DES REpondANTS SUR LE PRINCIPE D'UNE INTERVENTION DU LEGISLATEUR DANS LA FMC



Les praticiens de l'hôpital de SAINT-BRIEUC sont pessimistes quant à cette réforme. Les trois principales craintes des médecins et pharmaciens qui ont répondu, parmi les propositions de réponse, sont le manque de financement et le manque de temps (**29 et 32 %** des réponses), puis la complexité du nouveau système (**19%**). Cela illustre d'une part les tensions sur la gestion du temps médical déjà évoquées en première partie (avec l'ARTM, les CET, l'intégration des gardes dans le temps de travail, le repos de sécurité, la limitation à 48 heures hebdomadaires de travail des services en temps continus), et d'autre part le problème du financement de la FMC non encore résolu (dans un contexte de fortes tensions budgétaires des hôpitaux).

FIGURE 4 : GRAPHIQUE MONTRANT LES PRINCIPAUX OBSTACLES A LA REFORME SELON LES PH

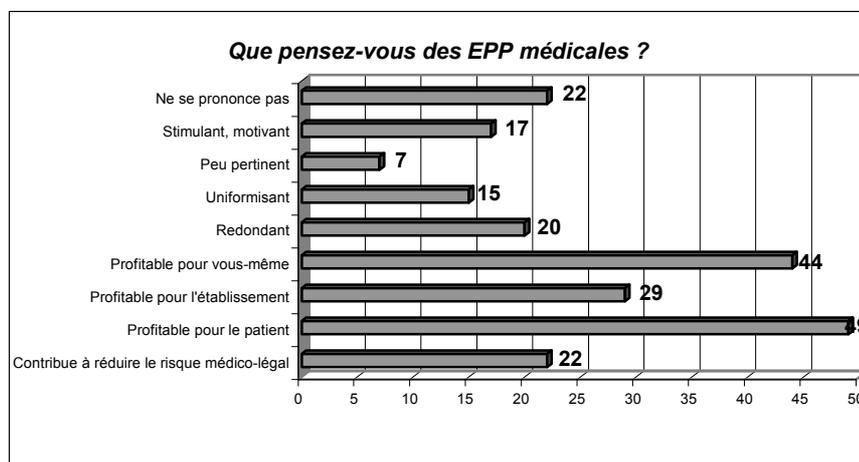


Le thème de la recertification périodique, parfois évoquée au niveau national (Rapport du Pr. MATILLON, travaux de l'UNAFORMEC, volonté un temps affichée de la CNAMts,...) suscite des réactions partagées, et plutôt inattendues. La question était : « *Dans certains pays anglo-saxons, il existe un mécanisme de certification-recertification cyclique, véritable brevet d'exercice délivré pour permettre de réaliser certains types d'intervention, avec pour corollaire en cas d'inaptitude, une mise à l'écart des fonctions à risque. Qu'en pensez-vous ?* ».

La majorité des médecins et pharmaciens répondants déclarent que cela est opportun (**27%**) et légitime (**33%**). Seulement **7%** jugent cela anormal, et **18%** excessif. A noter une forte abstention à cette question, puisque **15%** ne se prononcent pas.

L'EPP semble trouver un certain intérêt aux yeux des praticiens, puisqu'ils jugent que cela sera profitable au patient à **49%**, pour eux-mêmes à **44%**, à l'Etablissement pour **29 %**. A noter toutefois une forte abstention à cette question, accompagnée souvent de questions sur la définition de l'EPP, témoignant d'un certain flottement dans le corps médical sur ce sujet, du fait des flous conceptuels et méthodologiques persistants au niveau national, et sur le plan local de la phase de réflexion en cours.

FIGURE 5 : GRAPHIQUE ILLUSTRANT L'OPINION DES PH SUR LES EPP



b) Les faits marquants

Les PH, à Saint-Brieuc comme dans d'autres hôpitaux, ont une forte tradition de formation continue ; le plus souvent il s'agit de congrès ou de séminaire et de diplômes universitaires nouveaux. Les motivations des PH répondants sont variées :

- « *Acquérir des techniques nouvelles* » ;
- « *Mettre à jour ses connaissances et se tenir au courant des innovations thérapeutiques* » ;

- « *Améliorer les soins* » ;
- « *Se donner la motivation pour poursuivre son activité* » ;

Cette pratique fréquente semble toutefois être à la baisse, par manque de temps principalement, créant des difficultés organisationnelles, et par manque de moyens. Les commentaires sur les difficultés dans la mise en œuvre d'une FMC plus importante en volume et plus variée, font ainsi état des tensions sur les effectifs médicaux et de la faiblesse des moyens qui sont dégagés pour les accompagner :

- « *Il y a d'ores et déjà une désorganisation du service liée aux absences* » ;
- « *Toutes les entreprises financent la formation continue de leurs cadres. L'hôpital public n'en a pas les moyens et compte sur l'industrie pharmaceutique pour se former* » ;
- « *L'augmentation de la charge de travail sur les autres praticiens* » ;
- « *Il faut du temps et de temps et l'argent ! Payez les plages additionnelles ! et les formations !* » ;

Qualitativement, les pratiques en matière de FMC semblent s'orienter plutôt vers la spécialité du praticien, les formations périphériques aux soins mais entrant dans le champ de la compétence médicale (relationnel avec le patient, management d'équipe, gestion du stress, etc.) et gestionnaire (formations à l'informatique, à la gestion budgétaire, à la conduite de projets, etc.) restant marginales.

Dans le quotidien du fonctionnement de l'hôpital, les staffs sont fréquents et rassemblent de nombreuses spécialités puisque plus de la moitié des praticiens déclarent y participer. Les « missions d'intérêt général au service de la qualité des soins et de la prévention », concernent presque la moitié des médecins : cela est lié à la spécificité du métier de médecin à l'hôpital, et de ses obligations institutionnelles.

Une part non négligeable de médecins interviennent en tant que formateurs, souvent à l'Institut de formation en soins infirmiers de l'hôpital.

Enfin, la moitié des médecins ont publié dans les deux dernières années ou publient, témoignant là encore de l'intensité et de la diversité de la pratique de FMC.

Concernant les financements, ceux des firmes pharmaceutiques restent fréquents, à défaut de pouvoir en évaluer les montants. Une tendance qui serait toutefois à la baisse pour la majorité des spécialités.

- « *Le financement par les labos va de 0 à 100 % selon notre culot et la conjoncture* » ;
- « *J'étais sollicité de façon privilégiée quand j'étais chef de service* » ;
- « *La microbiologie n'est plus concernée par les avancées thérapeutiques* » ;

- « *J'exerce dans une spécialité (chirurgie pédiatrique) où peu de labos nous aident car nous prescrivons peu et n'utilisons pas de matériel cher* ».

Sur la perception de la réforme de la FMC, les réponses traduisent une crainte de perte d'autonomie de la profession. Le dispositif, bien que législatif et réglementaire, a été fait par des médecins pour les médecins et est piloté par des membres de la profession (CNFMC, Conseil de l'Ordre, Médecins experts de la HAS, organismes de formation liés à des organisations syndicales de médecins). Pourtant, paradoxalement, derrière la réforme, beaucoup voient le renforcement du pouvoir de l' « administration sanitaire », du fait de la certaine lourdeur du dispositif et des critiques sur le choix d'un système à points.

- « *L'enseignement de la médecine est nécessairement une transmission de savoir par un compagnonnage. Non à l'intrusion des administratifs dans le jugement sur nos pratiques !* » ;
- « *Je déplore ce choix de la sanction bureaucratique plutôt que de la valorisation de la pratique* » ;
- « *Les praticiens sont réduits à leur plus simple expression administrative : un déficit budgétaire* » ;
- « *Y a-t-il un pays qui a fliqué à ce point la FMC ?!* » ;
- « *Tout cela ne sert qu'à justifier l'accroissement de la bureaucratie. Autrement dit : l'administration sanitaire était autrefois au service des soins, donc des patients, donc des médecins. Aujourd'hui, la dispensation des soins est au service de l'administration sanitaire* » ;
- « *Quel mépris du temps clinique au profit du temps administratif !* »

En parallèle des formations continues, l'année 2007 voit le lancement des EPP, dans le cadre de la procédure de certification de l'Établissement par la HAS.

2.1.2 Les chantiers d'EPP programmés

En annexe 7 sont présentées les EPP prévues dans le cadre de la certification de l'Établissement par la Haute Autorité en Santé.

Au total, il faut souligner l'intérêt de ces EPP, qui recèlent des effets bénéfiques majeurs. Il semble que les réflexions autour de la prise en charge des patients et des pratiques professionnelles vont s'enrichir grâce à ces chantiers. Les EPP sont un levier de management, comme la certification des établissements a créé une dynamique porteuse de changements profonds dans les établissements.

Malgré l'effort important consacré à la FMC par les médecins du Centre Hospitalier de SAINT-BRIEUC et le lancement des EPP, qui apporteront un surcroît dans la qualité des soins, malgré le fait que pour la plupart des médecins la satisfaction aux obligations du barème imposées par la réforme ne posera sans doute pas de problème majeur, il semble que certains leviers pourraient être actionnés afin d'optimiser les retombées positives de la réforme, en termes de qualité des soins, de mise en œuvre des orientations stratégiques, mais aussi de gestion des compétences médicales.

2.2 Des obstacles qui restent à lever pour améliorer l'organisation de la FMC

La formation médicale continue à l'hôpital de Saint-Brieuc nous semble souffrir de difficultés organisationnelles et d'une sous-utilisation de l'effet de levier qu'elle peut fournir dans la mise en œuvre des projets stratégiques de l'Etablissement **(2.2.1)**.

Ces limites s'expliquent par le caractère récent de la réflexion autour de la compétence du corps médical, ainsi que par des contraintes gestionnaires **(2.2.2)**.

2.2.1 Les limites de l'organisation de la FMC au CHSB témoignent de difficultés dans la définition d'une politique en la matière

La gestion de la formation continue des médecins de l'hôpital **(A)** semble perfectible **(B)**.

A) L'organisation de la FMC

a) *Une organisation institutionnelle conforme à la réglementation*

Conformément aux textes réglementaires, la CME de Saint-Brieuc « *organise la formation continue prévue à l'article L.4133-1 et l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles prévues à l'article L.4133-1-1* »⁴⁷. Pour mener à bien cette mission, elle a délégué ce rôle à une commission de la formation médicale, appelée CoForMed, dont les membres sont désignés par la CME. Celle-ci prépare le plan de formation avec le directeur, représenté par la Direction des affaires médicales (en attendant que le Conseil exécutif ne prenne le relais en 2008) et les actions d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins. La CoForMed examine les mesures relatives au respect de l'obligation de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles. Elle

⁴⁷ Article R.6144-1 modifié par le Décret n° 2006-550 du 15 mai 2006.

concrétise le plan de formation, en coordination avec la CME, à qui elle soumet régulièrement ses propositions, pour avis ou validation. Elle examine les demandes individuelles de formation pour lesquelles une prise en charge financière est sollicitée et propose un mode de financement approprié, notamment pour les formations de longue durée qualifiantes et/ou diplômantes (capacités, diplômes universitaires). Cette sélection a lieu annuellement courant septembre, après un recensement brut des besoins en formation auprès des médecins de l'établissement durant l'été. Enfin, elle assure l'évaluation et le suivi des actions proposées, conjointement avec la Direction des Affaires Médicales et le Service Formation Continue.

La Direction des Affaires Médicales et le Service de la Formation Continue (émanation de la DRH) participent à l'élaboration du plan de formation médicale continue. Chaque année, ils analysent la situation des dépenses engagées au regard du budget accordé; ils éditent un bilan collectif et un récapitulatif individuel des actions suivies par chaque praticien; ils présentent un bilan annuel des réalisations, dans le cadre du bilan social du personnel médical.

Ces deux services assurent également la mise en œuvre et l'organisation des actions de formation institutionnelle inscrites au plan de FMC, ainsi que la gestion administrative et financière de l'ensemble des autres formations (enregistrement des départs, des absences; remboursement des frais engagés...).

b) Les conditions d'utilisation des jours de formation

Elles sont décrites dans une charte de l'organisation et de l'indemnisation du temps médical. Elles prévoient notamment le remboursement des frais pédagogiques et des frais de déplacement, liés aux formations longues et aux congrès (au minimum un congrès annuel est remboursé par an et par praticien, au maximum deux en fonction des crédits restants).

Les formations médicales continues suivies les samedi après-midi et dimanche entrent dans le décompte des obligations de service. Le temps additionnel éventuellement constaté du fait d'une formation suivie le week-end doit être prioritairement récupéré. L'imputation se fait sur les droits à formation (15 jours/an pour un temps plein, 8 jours/an pour un contractuel). Un délai de route est accordé à hauteur d'une demi-journée pour tout déplacement de plus de 500 km; le complément éventuel (pays étranger éloigné), doit être pris sur des plages de récupération, RTT ou congés annuels. Les formations longues font l'objet d'une gestion pluriannuelle des droits à congé de formation.

B) Le pilotage reste perfectible du fait du manque de prise en compte des orientations stratégiques de l'Etablissement dans la gestion de la FMC

a) *Des difficultés organisationnelles*

Jusqu'en 2007, la Direction des affaires médicales n'avait pas connaissance du montant total des crédits FMC qui étaient ouverts, car la gestion du budget était éclatée entre trois gestionnaires de ressources : la Direction des services économiques (pour la publication des avis de vacances de poste de médecin), le Service de la formation professionnelle continue, rattaché à la Direction des ressources humaines (pour le défraiement des coûts de transport et d'hébergement, et l'organisation des formations institutionnelles) et la Direction des affaires médicales (pour l'indemnisation des déplacements hors FMC).

Afin de corriger cette gestion « en aveugle » des crédits de la FMC, qui a conduit à un déficit du budget FMC en 2006, et de permettre une meilleure coordination des formations médicales et paramédicales, il a été décidé que dorénavant la DAM ventilerait les crédits ouverts entre les trois gestionnaires tout en procédant à des points d'étape réguliers.

En outre, il coexiste deux sources de traçabilité des jours de FMC entre la Direction des affaires médicales et le Service de la formation professionnelle continue. La première suit les tableaux mensuels de service, sur lesquels sont déclarés l'ensemble de jours de FMC. Le second a connaissance des déclarations individuelles des jours de FMC pour lesquels une prise en charge financière de l'Etablissement est sollicitée.

Quand on étudie les données nominatives des PH relatives à la FMC du service de la formation professionnelle continue et de la DAM, les écarts sont notables. Ainsi, en 2006, le service de néphrologie a déclaré 59 jours de FMC à la DAM mais seulement 23 jours à la FPC, le service d'anesthésie 136 jours à la DAM contre 17 jours à la FPC, le service de cardiologie 91 jours à la DAM contre 25 à la FPC, le service de gynécologie 101 jours à la Dam et seulement 59 jours à la FPC, etc.

Ces écarts s'expliquent par le fait que certaines formations suivies par les praticiens se font sur fonds propres ou avec le concours des firmes pharmaceutiques, les praticiens ne jugent donc pas utile de déclarer toutes leurs formations à la FPC, puisqu'ils ne sollicitent pas de prise en charge financière par l'Etablissement. De plus, seuls les praticiens ayant demandé une fois à être remboursés de leurs frais sont répertoriés dans la base de données de la FPC.

Une autre explication réside peut-être dans le principe de la double déclaration, procédure perçue comme lourde, et qui peut expliquer des déperditions d'informations.

Enfin, du fait de l'absence de gestion informatisée du temps de travail médical, et de l'absence d'outil de gestion de la formation continue (mis à part le logiciel Excel), la

gestion se fait manuellement sur support informatique, d'où des biais : au Service de la formation professionnelle continue, le classement des praticiens par service n'est pas le même qu'à la DAM : les anesthésistes, par exemple, sont comptabilisés dans leur service de travail réel (exemple : le bloc opératoire, la chirurgie pédiatrique, etc.) et non pas dans la fédération d'anesthésie.

Autre écueil que nous avons pu relever, la régularisation administrative des participations à des formations continues se fait souvent a posteriori, certains PH partant sans ordre de mission. Là encore, il y a un problème de traçabilité et de suivi de la FMC des praticiens. Le service de FPC est dans la plupart du temps saisi pour des demandes de remboursement en fin d'année, du fait de la règle d'un seul congrès remboursé : ils attendent légitimement de savoir lequel de leur déplacement leur a coûté le plus cher.

b) Une sélection des demandes qui ne fait pas de lien explicite avec les orientations stratégiques de l'Etablissement

La procédure de sélection des demandes de formation est souple et nous semble-t-il assez peu structurée. Après une phase de recueil des besoins avant l'été, par courrier, la CoForMed se réunit une fois par an, en septembre, pour sélectionner les demandes de formations longues et prévoir les formations institutionnelles, et pour arbitrer en cas de nécessité. Formellement, rien n'est défini précisément, puisque le plan de formation ne mentionne pas de grille d'analyse, ni de priorité institutionnelle de l'année. Il n'y a pas de règlement intérieur de la commission. Il n'est fait qu'une fois mention dans le plan de FMC de la priorité accordée aux formations en cohérence avec les orientations stratégiques de l'Etablissement, mais seuls sont cités : le projet d'Etablissement, le projet médical, le projet de service. Par contre, ne sont pas cités : le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de territoire, le schéma régional d'organisation sanitaire, ou le projet de pôle.

Cette périodicité annuelle de réunion de la CoForMed, ne permet pas un suivi précis et exhaustif des pratiques en matière de FMC. L'essentiel des arbitrages concerne les diplômes universitaires (D.U), du fait de la durée de la formation, du coût et du nécessaire retour sur investissement pour l'Etablissement. Peu d'arbitrages sont rendus sur les congrès.

La FMC reste donc pour l'instant largement à l'initiative des praticiens eux-mêmes, et les financements répartis au coup par coup. A considérer les écueils quantitatifs et qualitatifs dans l'organisation et la gestion de la FMC, et le manque de priorités institutionnelles en la matière, on peut penser que les conditions d'une réelle politique de formation continue des médecins au Centre Hospitalier de SAINT-BRIEUC ne sont pour l'instant pas réunies, et que la FMC peut s'apparenter bien souvent à un droit de tirage sur le budget dédié.

L'Etablissement n'est donc pas tout à fait en mesure d'utiliser toute la force de l'effet de levier que recèle la FMC pour piloter son développement.

2.2.2 Les facteurs ayant freiné la prise en compte de la dimension stratégique de la FMC

Si les conditions de définition d'une politique de FMC ne semblent pas encore complètement réunies, cela peut s'expliquer par différents facteurs, au premier rang desquels le caractère encore récent et novateur de la réflexion autour des compétences des médecins dans les hôpitaux non-universitaires **(A)**. La succession de réformes lourdes et les tensions sur le budget de l'Etablissement peuvent aussi expliquer que la FMC ne soit pas une priorité institutionnelle **(B)**.

- A) La prise de conscience des enjeux stratégiques de la FMC à l'hôpital est très récente

La réflexion en termes d'emploi est née dans les établissements de santé au début des années 90, mais est restée assez peu développée, largement incitative et pour l'essentiel réservée aux personnels non médicaux. L'installation d'un Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière date du décret du 28 décembre 2001, tandis que le premier répertoire des métiers de la FPH a été publié en novembre 2004. La réflexion sur la compétence et les conditions de son évaluation chez les médecins est encore plus récente et reste balbutiante. Dans de nombreux hôpitaux, jusqu'à présent, il n'y a donc pas de profil de poste pour les médecins, ni de réflexion institutionnelle en termes de compétences attendues. L'absence d'enjeux immédiats peut donc expliquer en partie que la prise en compte de la dimension stratégique de la FMC par le CHSB n'en soit qu'aux prémices .

En outre, les bouleversements organisationnels liés à l'accumulation de réformes (le plan Hôpital 2007), dans un contexte d'incertitudes liées au financement des établissements, expliquent également que les priorités de la Direction étaient de mettre en œuvre ces réformes.

De plus la FMC s'exerce traditionnellement dans un cadre individuel, chacun étant réputé connaître ses limites et choisir les formations qui lui permettront de les repousser. L'idée de planification, d'organisation institutionnelle est relativement récente.

Enfin, la faiblesse du budget consacré à la FMC (85 000 euros) rapporté au budget total de l'Etablissement (plus de 160 millions d'euros) n'en fait pas un enjeu budgétaire majeur.

Pourtant, la Direction des affaires médicales a engagé une réflexion sur la compétence, suite à la réforme de la FMC et à la mise en œuvre de l'EPP dans le cadre de la certification de l'Etablissement, mais surtout suite à la publication de l'arrêté⁴⁸ du 22 juin 2007 fixant les caractéristiques du profil de poste de praticien hospitalier : désormais, le directeur doit élaborer un profil de poste pour chaque poste vacant au sein d'un pôle d'activité de son établissement sur proposition du conseil de pôle restreint. Un travail en cours a abouti à la définition des fonctions de chef de service en juin 2007, ainsi qu'à l'élaboration de profils de postes pour les recrutements envisagés au premier tour de mutation 2007 des PH. La DAM souhaite également faire évoluer l'organisation de la FMC, pour lui donner sa pleine dimension stratégique.

B) La problématique budgétaire

a) *Une forte évolution de la masse salariale médicale*

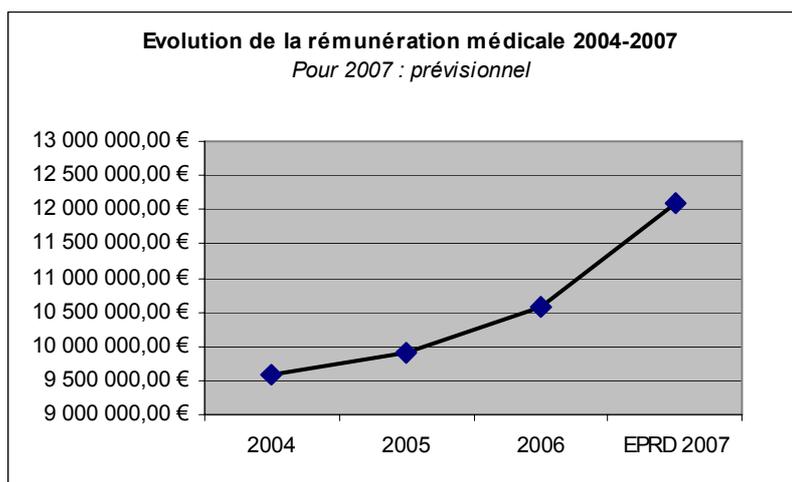
Le contexte budgétaire délicat dans lequel se trouve l'Etablissement, comme de nombreux autres hôpitaux, n'est guère propice au développement des moyens consacrés à la FMC.

La situation du titre 1 de l'EPRD (par ailleurs voté en déficit prévisionnel), notamment l'évolution de la masse salariale médicale, est préoccupante. Ainsi, de 2006 à 2007, la masse salariale médicale a cru de 25%. Sur 2006, la hausse est de 9%, en dépit de l'absence de création de poste. Elle est essentiellement liée au dérapage des pages additionnelles et au coût des lignes de garde.

Sur 2007, l'augmentation est de 16 %. Le pourvoi de postes vacants, les créations de postes dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le recrutement anticipé de praticiens par opportunité, peuvent expliquer l'essentiel de cette croissance. Le reste est imputable à une conjonction de facteurs que sont les revalorisations salariales (l'effet année pleine), les requalifications immédiates, les titularisations immédiates, l'intégration des gardes dans le temps de travail et l'ARTT médicale.

⁴⁸ Arrêté du 22 juin 2007 fixant les caractéristiques du profil de poste de praticien hospitalier et de praticien des hôpitaux à temps partiel.

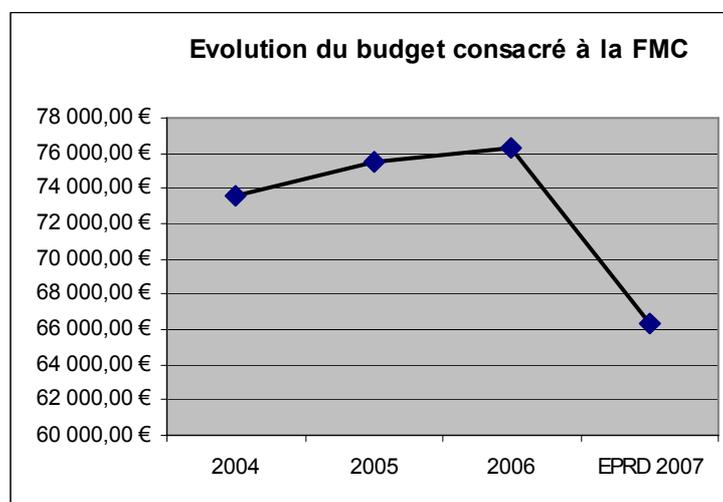
FIGURE 6 : EVOLUTION DE LA MASSE SALARIALE MEDICALE ENTRE 2004 ET 2007



b) *Un effet de ciseau lié au contexte budgétaire de l'établissement : la désindexation du budget FMC de la masse salariale*

L'Etat prévisionnel des recettes et des dépenses pour 2007 ayant été voté en déficit prévisionnel, la Direction de l'Etablissement a été contrainte de faire des choix budgétaires difficiles. Cette situation explique qu'il a été décidé que le budget FMC, corrélé habituellement à la masse salariale médicale comme le prévoient les textes (autour de 0,75%), ne suivrait pas la hausse rapide du volume des rémunérations des médecins. En effet suivre la hausse de la rémunération médicale impliquerait de reprendre des crédits sur d'autres postes de dépense pour venir abonder le budget FMC, ce qui n'est pas aisé quand la situation générale de l'Etablissement se dégrade. Il en a résulté la désindexation provisoire des montants alloués à la FMC. Il se produit donc un effet de ciseau puisque malgré la hausse des effectifs médicaux, le budget se réduit.

FIGURE 7 : EVOLUTION DU BUDGET DEDIE A LA FMC



La part de la masse salariale médicale du CHSB dédiée à la FMC tombe donc à 0,54%, soit une baisse de 33% en un an, comme on peut le voir dans le tableau ci-dessous.

FIGURE 8 : EVOLUTION DU BUDGET FMC RAPPORTE A LA MASSE SALARIALE

(total des rémunérations hors gardes et astreintes)

ANNEES	TOTAL REMUNERATION MEDICALE (euros)	TOTAL BUDGET FMC (euros)	%
2004	9 577 720	73 636,58	0,77
2005	9 895 830,87	75 487,70	0,76
2006	10 567 769,66	76 299,70	0,72
2007	12 097 263,50	66 366	0,54

Si l'on s'en tient au budget accordé à la FMC pour 2007, et aux nouvelles obligations issues de la réforme, à ajouter à la montée en charge des chantiers d'EPP, un déficit prévisionnel est fortement probable.

Si cette situation venait à durer, les conséquences sur la FMC pourraient être préoccupantes. En effet, cette réduction des financements disponibles n'est pas favorable au développement de la FMC, et peut même provoquer une exacerbation des clivages au sein de la communauté médicale, entre les spécialités bénéficiant de l'intérêt des laboratoires pharmaceutiques ou favorisées par le barème FMC (notamment pour des actions de FMC peu coûteuses et fréquentes comme les RCP, les staffs réguliers, etc.) et les autres spécialités, délaissées par les firmes pharmaceutiques ou ne développant pas d'approches pluridisciplinaires.

Face à ces constats organisationnels et politiques, quelques mesures permettraient de profiter de l'effet de levier de la réforme de la FMC, au bénéfice de la qualité des soins, du développement des compétences des praticiens, et du management de l'Etablissement.

2.3 Les leviers managériaux mobilisables pour une optimisation de la gestion des compétences médicales

Afin d'utiliser la FMC comme un outil d'accompagnement du développement de l'Etablissement, il importe de créer les conditions pour développer une politique en la matière et lui donner une dimension stratégique **(2.3.1)**.

Pour cela, il faut surmonter les limites organisationnelles **(2.3.2)**.

La formation continue est un des outils principaux dans le management d'une organisation, puisqu'elle amène à réfléchir à une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences médicales (2.3.3).

2.3.1 Donner à la FMC une dimension stratégique

La FMC peut être un outil majeur dans l'accompagnement de l'évolution de l'Etablissement (A). La mise en place de la nouvelle gouvernance fournit l'opportunité d'une réflexion sur la contractualisation interne en matière de FMC et d'EPP (B).

- A) Utiliser la formation continue comme un levier dans la mise en œuvre des orientations politiques de l'Etablissement
 - a) *La prise en compte de la dimension stratégique dans la gestion de la FMC et de l'EPP reste limitée*

Les réformes de la FMC, de l'EPP, et les réflexions qu'elles induisent sur la notion de compétence en médecine, qui dépasse le soin stricto sensu, sont récentes. De fait, la dimension stratégique de la FMC, sa mise à l'agenda institutionnel en tant qu'axe politique, ne peut être que balbutiante.

Pourtant, il nous semble que se nouent autour de cette problématique des enjeux majeurs : en termes de qualité des soins exigée par le public, de maintien et de développement des connaissances des praticiens, mais aussi de diversification de leurs compétences. Cette prise de conscience se fera peu à peu, mais elle nous semble incontournable. La formation continue est un levier majeur pour piloter le développement des institutions en permettant l'adaptation de ses personnels. La prise de conscience a eu lieu pour le personnel non médical, mais les médecins ne doivent pas être mis à part, car ils sont concernés au premier chef par l'évolution de la médecine.

Pour l'instant, force est de constater que la problématique de la FMC n'est guère abordée dans les orientations stratégiques du Centre Hospitalier de SAINT-BRIEUC. Son projet médical, qui date du 15 juin 2006 n'y consacre qu'un paragraphe : «*[Le CHSB entend] développer la FMC, notamment en utilisant les outils de la télé médecine (salle de téléconférence pour FMC). Il faudra prévoir au cours du SROS un amphithéâtre équipé des outils modernes de télécommunication par téléconférence, afin de favoriser les réunions inter-établissements de formation continue (médicale, paramédicale et administrative), ainsi que la participation à des réunions nationales télé-transmises. Cet amphithéâtre de 50 places favorisera notamment la FMC in situ et réduira ainsi les déplacements des professionnels de santé* ».

Ce projet de construction d'un amphithéâtre dédié à la visioconférence n'est pas encore à l'ordre du jour, du fait des multiples projets immobiliers programmés (dont un nouveau bâtiment pour les activités dites « de jour »). Sa réalisation serait toutefois un facteur de dynamisation de la FMC, d'économie en déplacements, mais aussi un outil précieux qui permettrait de créer des liens entre les praticiens de divers établissements, autour des thématiques de la compétence et des pratiques professionnelles.

b) L'opportunité d'accompagner la réalisation des projets stratégiques grâce à la FMC : l'exemple de la reconnaissance de capacité en lits identifiés de soins palliatifs

L'autorisation d'exercer certaines activités à l'hôpital peut être conditionnée, au-delà de l'agrément des structures, par la mise en place de formations à destination du personnel. L'exemple de la reconnaissance de lits identifiés en soins palliatifs⁴⁹ nous semble éclairant.

La démarche palliative dans les services requiert une organisation interne impliquant notamment la formation de référents en soins palliatifs, et la formation interne des personnels du service. Ainsi, pour solliciter la reconnaissance de lits identifiés en soins palliatifs, un référent par service concerné doit être titulaire d'un DU ou DIU en soins palliatifs. La demande de reconnaissance doit donner des éléments en ce qui concerne la formation et le perfectionnement des équipes médicales (et soignantes) dans le domaine des soins palliatifs et de l'accompagnement, ainsi que préciser le nombre de journées formation suivies par le personnel médical (et non médical) dans le cadre de la lutte contre la douleur et les soins palliatifs⁵⁰.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé avec l'Agence régionale de l'hospitalisation en mars 2007 prévoit que le Centre hospitalier de SAINT-BRIEUC renforcera son offre en soins palliatifs d'ici l'échéance dudit contrat, soit en 2010. L'Etablissement va donc solliciter une reconnaissance de 9 lits identifiés et d'une unité résidentielle de 6 lits en soins palliatifs. Les textes prévoient que pour tout lit identifié présent dans un service il y ait un référent médical qualifié en soins palliatifs (c'est-à-dire titulaire d'un DU ou d'un DIU en soins palliatifs). Cet exemple illustre l'importance stratégique de la FMC pour un hôpital.

⁴⁹ La loi n°99-477 du 9 juin 1999 garantit le droit d'accès aux soins palliatifs. La circulaire DHOS du 19 février 2002 précise que, dans les établissements de santé, il est nécessaire de développer les soins palliatifs dans tous les services, développement qui doit s'inscrire dans le projet médical et dans le projet d'établissement. Les établissements doivent prévoir les actions de formation continue. Les lits identifiés en soins palliatifs sont situés en dehors des unités de soins palliatifs.

Le volet formation de la démarche palliative est primordial pour qu'elle soit autorisée et développée dans des conditions optimales de qualité des soins. Les plans de formation de l'Établissement doivent donc prévoir les formations nécessaires, avant même d'adresser la demande d'autorisation à l'ARH. Or, si les formations sont dorénavant et déjà programmées pour le personnel non-médical, rien n'est prévu dans le plan de FMC pour 2007 : la démarche de se former reposera en grande partie sur la démarche individuelle des praticiens concernés de saisir la CoForMed et de demander leur inscription pour un DU ou un DIU au titre du plan de formation. Or il nous semble que la démarche devrait être inverse : au lieu d'une démarche ascendante, la démarche devrait être descendante. La CoForMed, appuyée par la DAM, pourrait, en fonction des projets stratégiques de l'Établissement, répertorier les compétences médicales disponibles, veiller à leur développement, à leur renforcement et à l'anticipation des besoins nouveaux. Il serait donc utile qu'elle contacte les praticiens concernés par les nouveaux projets, et notamment les praticiens qui auront besoin de ce diplôme universitaire, pour envisager avec eux les modalités de leur formation.

B) L'opportunité de repenser la FMC à l'aune de la nouvelle gouvernance

a) *Les conséquences de la nouvelle gouvernance sur la FMC*

L'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 porte un changement majeur dans le pilotage des établissements de santé. La nouvelle gouvernance des établissements de santé fait évoluer le mode d'organisation interne. Cette réorganisation, fondée sur la structuration en pôles d'activité, avec lesquels la direction contractualise sur des moyens et des objectifs, amène à penser ce qui peut faire l'objet de contractualisation, notamment en matière de FMC et d'EPP.

Cette nouvelle gouvernance vient redéfinir le périmètre de la FMC, puisque celle-ci a tendance à s'étendre aux problématiques gestionnaires, du fait de la délégation de gestion et de moyens. Nombre de formations proposées aux responsables médicaux de pôles portent sur les questions médico-économiques, ou de management. Cet élargissement aux formations à la gestion n'est toutefois pas complètement nouveau, il ne fait que s'amplifier du fait de la contractualisation interne. Malgré la nouvelle gouvernance, les médecins ne sont pas des gestionnaires à part entière, car leur compétence de gestion repose sur une délégation de la part du directeur qui demeure le seul responsable en la matière.

⁵⁰ Guide DHOS pour l'élaboration du dossier de demande de reconnaissance en capacité de lits identifiés en soins palliatifs, mars 2004.

Outre la gestion des ressources humaines et des équipes, la gestion économique et financière, le responsable de pôle aura besoin de connaître l'environnement hospitalier, à savoir le système de santé, la réglementation en général, la démarche qualité ou encore la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles. La fonction requiert des connaissances et des compétences larges et complètes.

Enfin, les démarches transversales à plusieurs d'un pôle tendent à se développer, qui nécessitent des formations pluridisciplinaires, comme celles relatives à l'éducation thérapeutique du patient.

L'adaptation du professionnel, notamment les médecins, aux nouvelles fonctions dans le cadre de la nouvelle gouvernance doit être assurée. L'outil essentiel est la formation continue.

b) Le rôle possible des pôles en matière de FMC et d'EPP dans le cadre de la nouvelle gouvernance

1- Les délégations envisageables en matière de FMC et d'EPP

L'hôpital se structure en pôles qui définissent leur management conformément au projet d'établissement, et selon un projet de pôle. Au sein des pôles, se déclinent les services où s'exercent l'art et le savoir médical. Au sein des services, les unités fonctionnelles sont les unités de production. Le management par la qualité doit s'appliquer à chaque niveau. L'hôpital définit les objectifs, les pôles les déclinent, les services appliquent et les unités fonctionnelles les exécutent. A chaque niveau, peut s'appliquer le modèle de la roue de Deming : planifier, réaliser ; évaluer, et corriger.

Le responsable de pôle doit animer au sein de son pôle le projet du pôle, qui est une déclinaison du projet médical et d'Etablissement, et par voie de conséquence, la recherche de la meilleure efficacité possible des soins aux patients par des organisations innovantes et de qualité. Le contrat de pôle signé entre le responsable et le directeur de l'Etablissement prévoit des objectifs en termes de qualité des soins. L'EPP collective peut constituer un des outils pour atteindre ces objectifs de qualité.

Le contexte de mise en place de la nouvelle gouvernance est propice à l'expérimentation en matière de délégation de moyens. Plusieurs scénarii sont possibles concernant la FMC.

Le budget FMC pourrait ainsi être scindé en deux : une partie majeure, collective, serait à la disposition de la commission de FMC, l'autre, mineure, serait distribuée à chaque pôle d'activité, au prorata du nombre de praticien de chaque pôle. Le pôle pourrait ainsi disposer d'une enveloppe de formation continue médicale et non médicale définie par la direction de l'Etablissement. Cette enveloppe serait laissée à la libre appréciation des

responsables de pôle, à la condition que les actions proposées soient en adéquation avec le projet de pôle ou le projet d'Etablissement. Chaque pôle aurait ainsi un droit de tirage qui serait réparti pour des actions individuelles de formation, selon un cadre tout de même précis : respect des règles fixées par la commission FMC, suivi régulier des dépenses, etc. La commission de formation de l'établissement serait chargée de valider l'ensemble des actions proposées par le pôle et de s'assurer de la juste utilisation des mensualités dédiées à la formation. En cas d'intéressement, le cas échéant, aux résultats positifs de l'activité du pôle, il pourrait se faire notamment sous forme de crédits fléchés « formation continue », inaugurant ainsi un cercle vertueux.

Plus précisément, sur le champ de la FMC délégué aux pôles, l'enveloppe dédiée pourrait concerner les congrès (ce serait alors un outil de motivation), les formations plus coûteuses devant s'inscrire dans un projet institutionnel ou validées par la commission de FMC comme intéressantes pour l'hôpital en terme de coût / bénéfice.

En cohérence avec le plan de formation de l'Etablissement, le pôle pourrait :

- Recueillir les besoins en formation ⁵¹;
- Elaborer un plan de formation du pôle en fonction de son projet en tenant compte de toutes les catégories de personnel et de la GPEC du pôle ;
- Décider des formations à mettre en place dans la limite de l'enveloppe négociée ;
- Décider de l'utilisation de l'enveloppe complémentaire de l'intéressement si les objectifs du contrat ont été atteints ;
- Le montage des prestations (contenu pédagogique et choix des intervenants) continuerait de se faire par le Service de la formation continue, en concertation avec le bureau de pôle.

2- Les écueils à prendre en compte dans la délégation en matière de FMC

La solution de déléguer une partie de l'enveloppe FMC aux pôles, dans le sens de la responsabilisation accrue des praticiens à l'hôpital, pourrait être une bonne idée. Mais elle comporte également des risques.

En effet, cela tendrait à accréditer l'idée que la FMC se résume à un droit de tirage sur le budget dédié, à rebours de toute démarche politique en la matière. C'est l'opinion de N.VIDAL, directeur des affaires médicales du CHRU de LIMOGES, qui parle de « *fausse*

⁵¹ Sandrine KERAMBRUN, directrice des affaires médicales du CHSB, voit dans même la désignation d'un directeur référent pour chaque pôle une opportunité pour celui-ci de faire remonter les besoins en formation au niveau institutionnel.

démocratie »⁵². « Le concept de « politique de formation intégrée » implique que la FMC serve à accompagner tous les grands changements de l'institution. Elle doit donc rester entre les mains d'experts en FMC et ne gagnera pas à être déconcentrée. Au contraire, il faut professionnaliser la FMC, et renforcer le rôle et l'autorité d'arbitrage de la commission FMC de l'Etablissement ».

En outre, s'il semble, a priori, que le rapprochement de la gestion de la FMC des pôles pourrait permettre d'accroître l'accessibilité des financements de l'Etablissement pour tous les PH du pôle, dans la pratique la sélection des demandes se fera en bureau de pôle, par les chefs de service et le responsable de pôle. Toutefois, la délégation de gestion en FMC ne résoudrait ce problème qu'à condition d'un fonctionnement pleinement démocratique des pôles.

En tenant compte de ces incertitudes, il nous semble toutefois souhaitable de profiter des expériences de délégation en cours pour procéder à la délégation d'une partie du budget de la FMC, en l'encadrant strictement par la contractualisation. Elle serait répartie au prorata du nombre de praticiens de chaque pôle en tenant compte des droits statutaires en termes de formation ; l'utilisation des fonds seraient contrôlée par la DAM et la commission de la FMC par un suivi infra-annuel, notamment dans leur cohérence avec le projet de pôle ou de service ou leur motivation. Le champ ne pourrait concerner que les journées présentielles de type congrès. En cas de nécessité d'arbitrage, la commission de FMC garderait le pouvoir de décision ultime. Tout praticien s'estimant lésé par son responsable de pôle ou son chef de service pourrait saisir la commission de FMC.

En cas d'intéressement possible aux résultats de l'activité du pôle, il serait intéressant de réfléchir aux possibilités de redistribution d'une partie au profit de la formation continue. Enfin, le recensement des besoins de formation des PH pourrait se faire opportunément au niveau du pôle, en fonction du projet de pôle. La commission de la FMC serait ensuite saisie de chaque demande, à charge pour elle d'accorder ou non le financement.

- C) Se servir de la FMC et de l'EPP comme un objet de communication et un outil d'amélioration de l'attractivité de l'Etablissement

Par l'évaluation des pratiques professionnelles réalisée suivant des normes opposables, l'hôpital tend à établir une relation de confiance avec les patients, tout en valorisant auprès de ceux-ci la structure et les professionnels qui l'animent. Cela a des retombées

⁵² Extrait de l'entretien avec N.VIDAL, directeur des affaires médicales du CHRU de LIMOGES, réalisé le mardi 18 septembre.

positives en interne et en externe, puisque l'EPP ne peut, d'une part, que majorer la confiance des partenaires externes envers l'institution hospitalière, et d'autre part aider à la pluridisciplinarité et à la transversalité au sein de l'établissement.

Pour les usagers du système de santé, l'évaluation des compétences doit apporter une plus-value en terme de critères de professionnalisme des professionnels de santé. Il s'agit ici d'utiliser la compétence et son évaluation régulière comme une marque de qualité. Sans rien créer de nouveau, plusieurs supports existent et gagneraient à être enrichis d'informations sur la satisfaction des PH aux obligations de formation continue et sur les évaluations des pratiques professionnelles.

Le réseau de télévision de l'Etablissement permet la diffusion de messages de l'institution grâce à une chaîne télévisée interne. Un diaporama défile pour donner des informations et faire connaître des métiers hospitaliers grâce à des photographies montrant des professionnels en exercice. Ce support diffusera bientôt un message sur la qualité des soins, affichée comme une priorité institutionnelle. A terme, il serait utile de prévoir un développement de ce médium, par la diffusion de mini reportages, autour par exemple de la qualité des soins ou de l'éducation thérapeutique.

Le livret d'accueil des patients, réactualisé régulièrement, pourrait comporter une rubrique « qualité des soins ». Un affichage dans les services pourrait aussi être envisagé.

Désormais reconnu comme un outil majeur dans la politique de communication d'un hôpital, le site Internet, en cours de modernisation, est également un excellent support pour communiquer auprès du public. Il n'est pas absurde d'envisager à terme de mettre à disposition des usagers l'information relative au respect des obligations quinquennales de formation par les praticiens du CHSB (d'ailleurs recommandé par l'IGAS), de même que la certification de l'Etablissement par la HAS ou le classement dans la lutte contre les infections nosocomiales. Il serait également souhaitable de mettre en ligne des mini-reportages sur des actions liées à la qualité des soins.

2.3.2 L'évolution de l'organisation de la FMC pourrait permettre de créer les conditions d'une prise en compte de la dimension stratégique de la FMC

La refonte du plan de formation continue des médecins **(A)** et des modifications dans l'organisation actuelle **(B)** pourraient permettre d'optimiser la gestion de la FMC dans l'Etablissement.

A) Refonder le plan de formation médicale continue

a) *Les principes du plan de formation*

La formation continue consiste à réduire les écarts entre les compétences réelles et observées ou démontrées. Chacun est titulaire d'un « porte-feuille de compétences », qu'il doit développer et faire évoluer pour rester compétent tout au long de sa vie, en prenant en compte les différents facteurs d'évolution (technologiques, scientifiques, réglementaires, économique) et les pratiques. Les hôpitaux établissent donc des plans de formation annuels ou pluriannuels, qui prennent en considération les priorités nationales et les problématiques locales, et regroupent l'ensemble des actions de formation que l'Etablissement propose à ses médecins.

Preuve de la dimensions stratégique de la FMC, le décret du 15 mai 2006 est venu modifier le processus de préparation du plan de formation des médecins. En effet, avant la réforme du 15 mai 2006, l'article L 6144-1 du Code de la Santé Publique disposait : « *la CME organise la FMC des praticiens et, à cet effet, prépare avec le directeur les plans de formation correspondants ; elle exerce en formation restreinte les compétences relatives à la FMC des praticiens dans les conditions prévues à l'article L 4113-1 du CSP* ». Depuis le décret du 15 mai 2006 c'est le conseil exécutif qui organise la FMC avec la CME : « *la CME organise la formation continue prévue à l'article L 4133-1 CSP, en préparant avec le directeur dans les hôpitaux locaux et avec le conseil exécutif dans les autres EPS les plans de formation des praticiens mentionnés à l'article L 6155-1 CSP et les actions d'évaluation des médecins mentionnés au même article* ».

b) Restructurer le plan de FMC autour de quatre volets

Il nous semble que le plan de FMC pourrait évoluer de façon bénéfique pour le centre hospitalier.

Plusieurs modifications peuvent être proposées : prendre en compte les différentes obligations de formation en faisant évoluer les intitulés du plan, intégrer les orientations stratégiques de l'Etablissement, créer un canevas d'analyse des demandes pour objectiver les choix et établir la règle d'une répartition équitable des crédits disponibles entre praticiens, ou encore prévoir un financement pour des actions de reconversion.

Le plan pourrait être restructuré autour de quatre volets.

Le premier pourrait porter sur les formations institutionnelles répondant à une obligation réglementaire (formation grippe aviaire, hygiène, attestation de formation aux gestes et soins d'urgence, etc.), les formations nécessaires à la réalisation du projet médical ou du CPOM (exemple : DU ou DIU de soins palliatifs), les formations demandées dans le cadre de fonctions exercées (par exemple : les professionnels des vigilances sanitaires), ou encore les formations conformes aux orientations nationales de FMC fixées par le

CNFMCH et au programme régional de santé publique. Pour cette catégorie, un travail important de recensement des besoins devrait être effectué. Une grille des formations obligatoires par spécialité et pour chaque pôle pourrait être utilement dressée. Volet principal, il serait doté de la part du budget la plus importante, par exemple 50% du budget.

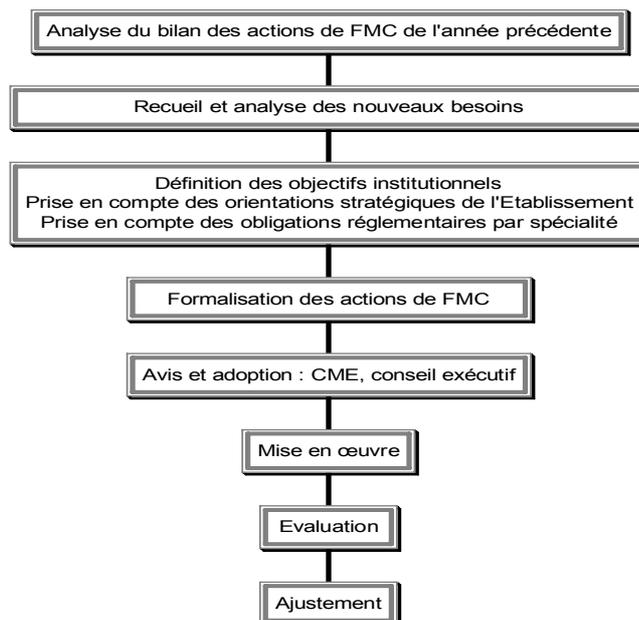
Le deuxième volet pourrait concerner les demandes individuelles des médecins, dans le cadre du projet de pôle ou de service. Le praticien qui solliciterait la prise en charge financière élaborerait un projet qu'il soutiendrait devant la commission FMC, en présentant l'objectif, le coût, les avantages et les inconvénients de cette formation pour l'Etablissement. Le médecin prendrait alors l'engagement de faire bénéficier ses confrères de son enseignement (en précisant les modalités de cette restitution : staffs, formations, protocoles, personne ressource), de mettre en œuvre son projet (en s'engageant sur des objectifs d'activité : développement de consultations, de nouvelles prises en charges, etc. ; en définissant un objectif quantitatif cible et des objectifs qualité en EPP et gestion des risques, ainsi qu'un calendrier de travail), sous peine de remboursement des frais liés à sa prise en charge à l'Etablissement. Les projets des praticiens assistants, des PH en formation seraient prioritaires. Cette catégorie pourrait bénéficier d'environ 15% du budget FMC.

Le troisième volet serait dédié aux journées présentiels, aux congrès, aux séminaires. Chaque demande serait soumise à validation par le bureau de pôle, afin de contrôler la cohérence avec les pratiques professionnelles du praticien, avec le projet du pôle ou du service, avec le matériel qu'il utilise, etc. Ce volet pourrait se voir accorder 30% du budget de FMC. L'enveloppe serait divisée par le nombre d'ETP de PH éligibles puis attribuée à chaque pôle au prorata du nombre de praticiens. Le praticien qui bénéficie d'une formation diplômante ne serait pas éligible à cette enveloppe. Chaque bureau de pôle gèrerait l'attribution de l'enveloppe entre praticiens. La commission de la FMC pourrait être saisie en cas de nécessité d'arbitrage.

Le dernier volet pourrait réserver des fonds (5%) pour des formations permettant la reconversion de PH usés ou fatigués, souhaitant voir leur responsabilités professionnelles évoluer. Le projet social des médecins, en cours de réflexion, se servirait ainsi de ce levier. Ces reconversions seraient à envisager en lien avec le Centre national de gestion, qui a notamment pour mission de développer les passerelles entre spécialités, les bilans de compétence et les reconversions.

Une évaluation qualitative annuelle du plan de formation devrait être menée par la commission FMC. Pour cela, elle s'appuierait sur un questionnaire aux bénéficiaires, relatif à la qualité de l'enseignement prodigué et à sa capacité à répondre au besoin de formation. Elle pourrait assurer le suivi des engagements des bénéficiaires de FMC diplômantes (« retour sur investissement »).

Afin de remodeler le plan de FMC du CHSB, la méthode suivante pourrait être préconisée, en reprenant la méthode de la roue de l'amélioration continue de la qualité de Deming :



c) *La question de la pluriannualité du plan de formation FMC*

Du fait de la dimension quinquennale des projets stratégiques des établissements de santé et des obligations de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles des praticiens, il y a une opportunité de réfléchir à une évolution dans une perspective pluriannuelle des plans de FMC.

Cela paraîtrait pertinent notamment pour les formations étalées dans le temps ou à plusieurs niveaux, et concernant beaucoup de médecins : certaines formations en informatique, en langues vivantes, en management, etc. Certains axes lourds des plans de FMC pourraient être planifiés sur cinq ans (DU ou DIU obligatoires, attestation de formation aux gestes et soins d'urgence, etc). Cela pourrait également s'avérer pertinent pour les formations régulières annuelles comme les congrès, puisque les praticiens ont des habitudes en la matière.

Malgré toute la cohérence théorique, le raisonnement sur cinq ans entraînerait des rigidités trop importantes, incompatibles avec la nécessaire adaptabilité aux évolutions rapides et fréquentes de l'offre de soin.

Par contre, certains établissements raisonnent selon une perspective pluriannuelle plus réduite, par exemple sur deux ans. Cela leur permet une meilleure anticipation des besoins et des dépenses en FMC. Pour garder de la souplesse des publications régulières sont faites en cas de nouvelle formation institutionnelle non prévue dans le plan de FMC.

Il nous semble que le Centre Hospitalier de SAINT-BRIEUC pourrait expérimenter un nouveau plan de FMC sur deux ans.

B) Dépasser les insuffisances de l'organisation actuelle de la FMC

a) *Améliorer le pilotage du dispositif*

L'organisation actuelle de la FMC au Centre Hospitalier de SAINT-BRIEUC semble perfectible dans le sens d'une meilleure efficacité, au service du maintien et du développement des compétences de ses médecins. La réforme de la FMC, et le contexte de la nouvelle gouvernance, amènent à réfléchir à l'évolution des rôles de chacun des acteurs institutionnels de la FMC.

La DAM et le Service de la FPC ont engagé un travail pour renforcer leur collaboration, et veiller à une gestion homogène et harmonisée du budget et du suivi des formations, pour pallier aux écueils de la traçabilité (voir supra). Un logiciel de gestion du temps de travail médical interfacé avec le logiciel de gestion des ressources humaines est attendu en 2008. On peut penser qu'il permettra une meilleure coordination et un meilleur suivi de la FMC.

Dans le cadre du nouveau barème, la DAM pourrait réfléchir aux actions à mettre en œuvre pour faciliter l'obtention de points par ses praticiens : par exemple, elle pourra certifier utilement l'accès des praticiens à des abonnements médicaux via la bibliothèque médicale. Elle pourra également, en concertation avec le service informatique et la bibliothèque médicale, réfléchir à l'acquisition de logiciels de formation continue.

Le fonctionnement de la commission FMC est perfectible. Elle pourrait faire un suivi plus étroit des besoins en termes de compétences des praticiens (voir le développement sur la restructuration du plan de FMC). Cela impliquerait une périodicité de réunions plus fréquente, trimestrielle par exemple, pour s'assurer de l'opportunité des formations demandées, notamment de leur adéquation avec les projets de l'Etablissement, et assurer la gestion la plus efficiente des ressources.

Par délégation de la CME, la commission de la FMC a pour mission la gestion, l'organisation et de suivi de l'obligation de FMC et d'EPP. La commission de la FMC pourrait être destinataire du dossier de clôture de la procédure délivrée par le Conseil de l'Ordre, du fait de la responsabilité légale de l'Etablissement dans la gestion des effectifs médicaux.

- b) *Garantir un budget de FMC suffisant pour répondre aux besoins identifiés dans le plan de formation*

Malgré le respect des dispositions réglementaires en matière de financement (hormis pour 2007), les marges de manœuvre consacrées à la FMC ne sont pas suffisantes : le contexte réglementaire nouveau (l'obligation d'EPP et de FMC, le système par points), la décrue ressentie des financements pharmaceutiques (tel qu'il ressort de notre enquête, voire supra), laissent augurer une augmentation des demandes de prise en charge de formations.

Il faudrait donc, dans la mesure du possible, garantir un budget FMC minimum pour éviter qu'il ne puisse trop souffrir des difficultés budgétaires. Il serait nécessaire de revenir dès que possible au quota de 0,75%, et prévoir une hausse à moyen terme. Afin d'accroître le nombre de bénéficiaires, et dégager des marges de manœuvre supplémentaires, l'Etablissement pourrait arrêter de prendre en charge les frais de repas.

Au-delà de la qualité des soins, la FMC est la pierre angulaire de la future gestion prévisionnelle des emplois et des compétences des médecins hospitaliers.



2.3.3 La FMC, clé de voûte d'une GPEC médicale qui reste à construire

Le développement actuel de la GPEC à l'hôpital concerne aussi les médecins. La politique de formation est primordiale **(A)**. Elle constitue également un moyen de fidélisation et d'attractivité non négligeable **(B)**.

- A) La FMC est un outil primordial dans le développement de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences médicales

- a) *Les insuffisances de la gestion des RH médicales à l'hôpital*

La gestion des ressources humaines médicales à l'hôpital public s'apparente davantage à une administration centralisée qu'à une véritable GRH au sens où on l'entend aujourd'hui. « *La gestion prévisionnelle mise en place au ministère est restée*

*déconnectée des réalités du terrain. Compte tenu des difficultés à venir, il importe de faire évoluer ce mode d'administration vers une gestion plus dynamique des emplois et des compétences des ressources humaines médicales*⁵³» note ainsi l'IGAS dans son rapport sur la gestion des praticiens hospitaliers.

La GPEC vise à anticiper les écarts entre les besoins en emplois et en compétences et les ressources de l'établissement en fonction du projet de développement et d'évolution. Elle recouvre trois aspects : la gestion prévisionnelle des effectifs, la gestion prévisionnelle des compétences, la gestion prévisionnelle des emplois.

Cette GPEC de la profession médicale est balbutiante. Elle devra s'attacher à l'aspect individuel des carrières, notamment en cultivant l'adaptation à l'emploi (l'employabilité) de chaque praticien grâce à l'évaluation des compétences et à la FMC. Elle devra notamment faciliter les reconversions. Un nouveau dispositif de gestion des PH et des directeurs d'hôpital est en cours d'installation au niveau national, avec la création du Centre National de Gestion, qui s'attachera à favoriser la prise en compte de la compétence au-delà de la gestion statutaire. Un bilan de compétences pourrait avoir lieu avant un recrutement pour étayer le dossier du candidat et prévoir si nécessaire un complément de formation. Elle pourrait être réalisée à chaque étape importante de la carrière des PH (mutation, candidature à une chefferie de service ou de responsable de pôle, reconversion ...) au moins tous les 5 ans.

Pour les médecins, la possibilité de changer de spécialité est récente. Depuis le décret n°2004-252 du 19 mars 2002, la possibilité d'obtenir une qualification de spécialiste différente de la qualification de généraliste ou de spécialiste qui a été reconnue initialement est possible. Cette décision relève de l'Ordre des médecins, garant de la compétence, qui doit mettre en place une commission de qualification par spécialité. Pour obtenir cette nouvelle qualification, le médecin doit justifier d'une formation et d'une expérience qui lui assurent des compétences équivalentes à celles qui sont requises pour l'obtention du diplôme sollicité pour la spécialité. La qualité de la FMC du candidat joue donc un rôle primordial. Cette mesure pourrait permettre à la fois de faire évoluer la carrière des praticiens, mais également de résoudre certains problèmes liés à la démographie médicale. Cette démarche pourrait également profiter à certaines spécialités émergentes comme la gériatrie ou les urgences.

b) Au niveau local : les actions en cours et les actions possibles

La gestion actuelle des ressources humaines médicales se résume souvent à mettre en œuvre les dispositions statutaires, afin de répondre au mieux aux besoins de

⁵³ M. de BATZ, Mme le Dr LALANDE, M. LAURAND, Rapport n°2002-143 de l'IGAS, décembre 2002.

l'Etablissement tout en respectant les droits individuels des praticiens. Complexe, la GRHM est en plus limitée dans ses marges de manœuvre du fait de la gestion partagée avec l'Etat pour tout ce qui concerne le recrutement et la carrière du praticien. Les directeurs disposent donc de peu de leviers d'action pour dynamiser la GRHM. Or la FMC est à notre sens un levier primordial de management des ressources humaines médicales.

La Direction des affaires médicales du CHSB a travaillé à l'élaboration de fiches de poste pour les responsables de pôle et les chefs de service. Elles prévoient un volet relatif aux compétences : outre les celles exigées dans sa spécialité, il est précisé que le « *chef de service se doit de développer des compétences managériales en suivant des actions de formation en management et en contrôle de gestion* ». En outre la fiche de poste prévoit que le chef de service doit faire preuve de capacités d'animation, de négociation, et de gestion de conflits. Toutes ces capacités impliquent une FMC dynamique.

En parallèle du travail sur la définition de fiches de postes, la réforme de la FMC peut alimenter la réflexion sur le recrutement futur des médecins hospitaliers. A l'avenir, les directeurs d'hôpital pourraient tenir compte dans la mesure du possible des compétences et de la qualité de la FMC du candidat à un poste de praticien, celle-ci devenant une dimension parmi d'autres de la qualité d'un médecin. L'existence de fiches de postes précisant les compétences attendues permettront lors du recrutement de programmer les formations nécessaires pour que le candidat retenu soit le plus proche possible du profil de compétences recherché (y compris en management, en qualité, en gestion, en informatique). Cette tendance sera peut-être renforcée par les évolutions médico-légales qui amènent les responsables d'établissements de santé à se protéger contre le risque pénal : dans le cadre d'un contentieux relatif à un accident médical ayant pour origine une faute personnelle d'un médecin de l'Etablissement n'étant pas à jour de ses obligations de FMC ou d'EPP, le directeur de l'hôpital, en tant que responsable légal de l'hôpital, pourrait se voir mis en cause.

B) La FMC, élément de fidélisation et d'attractivité de la profession de PH

a) *La construction de la GPEC de la profession médicale doit se faire dans un contexte démographique tendu*

La démographie médicale est en crise, tandis que la profession de PH devient moins attractive. Au plan quantitatif, l'instauration d'un numerus clausus en 1971, dans le cadre de la politique d'encadrement des dépenses de santé explique l'insuffisance globale du nombre de médecins formés. Le rapport BERLAND de mai 2005 a souligné l'ampleur du déficit démographique qui va toucher la profession médicale à moyen terme. Du fait de la longueur des études de médecine, les mesures de relèvement du numerus clausus ne

porteront leurs effets que dans plus de 10 ans. Ce contexte démographique difficile contrarie les réflexions en cours sur la compétence des médecins, l'évaluation et l'encadrement de leurs pratiques. Le marché du travail étant régi par la loi l'offre et de la demande, la demande de médecins étant forte, les responsables des hôpitaux ont du mal à pourvoir certains postes vacants. Les conditions pour le développement d'une gestion des compétences médicales, au-delà de la volonté politique et des réflexions au niveau national, ne semblent donc pas totalement réunies. « *Ce mouvement souhaitable, déjà existant pour les personnels non médicaux, risque de se heurter à la problématique de la démographie médicale qui peut ruiner cet effort : la réalité de beaucoup d'hôpitaux, c'est qu'ils doivent se battre pour retenir leurs praticiens dans certaines spécialités, ainsi que pour recruter. En tant que responsable légal de l'hôpital et dépositaires de la mission d'assurer la continuité des soins, les directeurs ne peuvent pas toujours se permettre de sélectionner les candidats* ⁵⁴ ».

b) *La FMC peut recréer les conditions d'une attractivité de la carrière de PH*

Au-delà de la question de l'attractivité de l'Etablissement, facteur au demeurant essentiel pour la capacité de recrutement d'un hôpital, la carrière de PH n'est plus aussi attractive : beaucoup de jeunes médecins souhaitent des conditions d'exercice moins lourdes en termes de permanence des soins, en libéral ou dans le secteur privé, et plus lucratives. L'enquête nationale sur la santé et la satisfaction des médecins au travail (SESMAT)⁵⁵, livre des résultats édifiants : 46,5% estiment que leurs compétences ne sont pas bien utilisées et 45,5% déclarent ne pas avoir la possibilité de donner aux patients les soins dont ils ont besoin. Les relations entre les médecins et leurs différents interlocuteurs sont le plus souvent "hostiles ou tendues" lorsqu'elles impliquent le cadre infirmier supérieur ou la direction des soins (30,5%) ou l'administration (42,5%). Enfin, 58,6% des répondants déclarent être souvent ou toujours préoccupés par la crainte de faire des erreurs. Le burn out apparaît au cours de la deuxième moitié de la carrière, et touche particulièrement les généralistes, les anesthésistes, les obstétriciens, et les chirurgiens : 13,5% des médecins et pharmaciens déclarent être touchés par ce phénomène. Les médecins arrivent dans le peloton de tête des catégories socioprofessionnelles les plus exposées au suicide (14% des décès). Enfin, 14% des répondants déclarent penser fréquemment (au moins une fois par mois) à abandonner la profession.

⁵⁴ Extrait de l'entretien avec N.VIDAL, *Op. Cit.*

⁵⁵ Enquête lancée le 28 mars 2007, qui s'achèvera à la fin 2007. Près de 2300 réponses ont été reçues, desquelles a été extrait, pour l'élaboration des premiers résultats, un échantillon représentatif de 1000 médecins.

En outre, la démographie médicale inquiétante implique d'augmenter l'attractivité de l'exercice de la médecine à l'hôpital en direction des jeunes et permettre dans le même temps aux seniors de s'adapter aux évolutions des métiers. La FMC constitue bien un levier dans cette fidélisation.

Dans son rapport de 2002 sur la gestion des praticiens hospitaliers, l'IGAS préconise *« l'organisation d'une véritable gestion individuelle des carrières (projet professionnel, mobilité fonctionnelle et géographique, développement des compétences, suivi médical, reconversion..). L'évaluation des compétences est au cœur de la gestion des médecins de l'hôpital public. Il s'agit en effet d'assurer l'adéquation à court ou moyen terme du praticien au poste qui lui est confié, éventuellement de la préparer au nouvel emploi auquel il est destiné ou auquel il aspire. A ce titre, l'évaluation des compétences doit être cohérente avec le système de formation mais aussi avec les possibilités de mutation et de reconversion. »*

Afin d'assurer l'adaptation des médecins seniors à l'évolution de leur métier, et résoudre des difficultés liées à des déficits de compétences ou d'obsolescence professionnelle, aboutissement d'une longue dérive liée à une pratique répétitive, à une activité décroissante, à une absence de FMC adéquate, l'IGAS voit dans l'articulation entre l'EPP et la FMC une solution. *« L'EPP doit permettre de proposer des solutions adaptées, car l'absence d'évaluation a longtemps été une difficulté majeure dans la définition des besoins de formation ».*

Comme préalable essentiel à l'évaluation des compétences, l'élaboration de référentiels de métiers de compétences et de pratiques à décliner en fonction des spécialités s'impose. En effet, il est nécessaire de penser l'évaluation au regard de l'individu qui exerce un métier. *« C'est l'intérêt des professionnels d'avoir un cadre qui leur permette d'analyser comment leur métier va évoluer. Il ne suffit pas d'augmenter le numerus clausus pour que les étudiants retrouvent le chemin de certaines spécialités. En revanche, si le contenu des métiers est bien défini, si on parvient à susciter l'enthousiasme sur leurs perspectives d'évolution, on peut mobiliser les jeunes »,* note le Pr Y.MATILLON⁵⁶. *« Les jeunes médecins souhaitant s'engager dans un métier en ayant l'assurance que leurs compétences seront reconnues et valorisées au cours de leur vie professionnelle tout en ayant la possibilité de faire évoluer leur métier, leur carrière voire même de changer de spécialité. »*

C'est ainsi que sept collèges de spécialités chirurgicales ont quasiment finalisé leur référentiels sur les métiers et les compétences. Préparer les médecins de demain, c'est aussi la mission du Groupe d'Etudes et de réflexion des hôpitaux non universitaires

(GERHNU) : « *faire des médecins des professionnels épanouis, dont les compétences dépassent la seule production de soins, afin de pouvoir adapter les carrières aux besoins de santé de la population des différents territoires. Les médecins, comme tout professionnel, souhaitent s'épanouir dans leur travail, car la médecine n'est pas la seule production de soins* » témoigne Mme le Dr Françoise Jungfer⁵⁷, réanimatrice au CH de Sens et présidente du GERHNU. Elle souhaite en effet que l'évaluation des compétences « *brise la ligne droite actuelle du profil de carrière des professionnels de santé. Car les métiers de la santé sont très ciblés et l'évolution n'est pas très souple* ». Selon elle, l'évaluation des compétences doit non seulement permettre d'être « *en veille constante sur son poste* » (sur ses aptitudes à remplir les fonctions de son métier) mais elle doit aussi permettre « *une veille prospective sur son métier* » (avec la surveillance des évolutions scientifiques et technologiques) ainsi que sur sa transversalité (possibilités de changement de direction professionnelle). Selon l'IGAS, « *une réorientation (par des passerelles entre spécialités notamment) ou une diversification de l'activité voire une reconversion évitent d'en arriver au point de non retour. La possibilité de changer d'activité, de se reconvertir ou d'évoluer est une condition sine qua non pour assurer une gestion plus dynamique des carrières, et résoudre les problèmes d'inaptitudes à l'emploi* ». C'est au nouveau Centre National de Gestion qu'est dévolue cette tâche.

L'intérêt de la FMC et de l'EPP pour la gestion des ressources humaines médicales est ainsi double. D'une part, elle a des répercussions sur la qualité des soins et la compétences des médecins. D'autre part, elle peut agir aussi sur la démographie des professions médicales : elle permettra d'ouvrir des passerelles entre spécialités, de renforcer l'attractivité de certaines spécialités en réfléchissant en termes de métier et de perspectives d'évolution, de reconnaître les compétences des médecins à diplômes étrangers dans un contexte de démographie médicale tendue.

⁵⁶ Interview parue dans la revue *Le Concours Médical*, n°11, le 22 mars 2006.

⁵⁷ Article paru dans *HOSPIMEDIA*, le 13 octobre 2003.

Conclusion

Les mutations structurantes de l'exercice de la médecine, l'encadrement des pratiques professionnelles, la réflexion en cours sur la compétence en matière médicale, s'inscrivent dans le sillage du développement de la médecine par les preuves. Le décryptage de la réforme de la FMC illustre que celle-ci est une composante de la qualité des soins et une condition de la compétence médicale. Les transformations de l'exercice de la médecine alimentent également une modifications des valeurs des PH, notamment dans leur rapport à l'évaluation.

La réforme de la FMC, couplée à un dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles, met en place un dispositif ambitieux. Il pêche toutefois par son manque de clarté et de simplicité, qui implique un effort de pédagogie dans sa mise en œuvre.

Il se noue autour de cette réforme des enjeux importants pour les établissements de santé, du fait de sa dimension stratégique d'une part, d'autre part de l'effet de levier que la FMC présente dans la modernisation de la gestion des ressources humaines médicales.

Le challenge pour les directeurs d'hôpital consiste donc à mettre en relief les enjeux qui se cachent derrière une réforme complexe, à saisir l'opportunité pour faire évoluer la gestion des ressources humaines médicales, à en faire un levier en dépit d'un contexte démographique et budgétaires difficile. Pour les gestionnaires des hôpitaux, il conviendra d'accompagner ces évolutions structurantes de la médecine, afin de faire profiter leur établissement des retombées positives pour la qualité des soins.

Bibliographie

OUVRAGES

- **CLEMENT J.M.**, *La crise de confiance hospitalière*, Editions hospitalières, 2003.
- **FREIDSON E.**, *La profession médicale*, Payot, 1984.
- **HASSEUTEUFEL P.**, *Les médecins face à l'Etat, une comparaison européenne*, Presses de Sciences Po, 1997.
- **SCHWEYER F.X. et alii**, *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, Edition ENSP, 2004.
- **SCHWEYER F.X.**, *Crises et mutations de la médecine hospitalière*, in *Crise des professions de santé*, Dunod, Paris , 2003

MEMOIRES

- **TACZANOWSKI M.**, *Les mutations de la profession de praticien hospitalier à travers l'aménagement et la réduction du temps de travail : évolutions sociologiques et implications managériales, l'exemple du centre hospitalier régional d'Orléans*, Mémoire ENSP 2005.

RAPPORTS

- Rapport présenté par **M.de BATZ, Mme le Dr LALANDE, et M.LAURAND**, IGAS, 2002.
- Rapport de mission sur les modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé **Pr. Y. MATILLON**, Août 2003.
- **MORET-BAILLY J.**, *L'organisation juridique des compétences des professionnels de santé*, annexe au rapport du Pr. Y. Matillon, août 2003.
- Rapport présenté par **D'AUTUME C, POSTEL-VINAY D**, *Mission relative à l'organisation juridique, administrative et financière de la formation continue des professions médicales et paramédicales*, IGAS, janvier 2006
- Rapport de l'Académie nationale de médecine présenté par **G.NICOLAS**, *Le corps médical à l'horizon 2015*, mars 2007.
- Rapport de l'Ordre des médecins présenté par **C.F. DEGOS, J.ROLAND, X.DEAU**, *Réflexion sur les études de médecine*, mai 2007.

ARTICLES DE REVUES, PERIODIQUES OU ETUDES

- **CLAVERANNE J.P., VINOT D., FRAISSE S., ROBELET M., DUBOIS D., MARCHAUDON P.**, *Les perceptions de la qualité chez les professionnels de santé*, note de synthèse pour le ministère de la santé/GRAPHOS CNRS/LCPE-LNST-CNRS, avril 2003.
- **DUMOND J.P.**, *Les conflits de pouvoir à l'hôpital*, , SEVE, hiver 2003.
- **FRAISSE S., ROBELET M., VINOT D.**, *La qualité à l'hôpital : entre incantations managériales et traductions professionnelles*, Revue française de gestion, n°146, septembre-octobre 2003, pp. 157-165.
- **GALLOIS P., CHARPENTIER J.M., DRAHI E.**, *La FMC peut-elle être un facteur d'adaptation à la médecine d'aujourd'hui ?*, ADSP n°32, septembre 2000.
- **MINVIELLE E.**, *Les politiques d'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital. Quel fondement organisationnel ?*, Revue Politiques et management public, volume 17, n°4, décembre 1999, pp.58-84 .
- **MINVIELLE E.**, *De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé. Le cas de la qualité hospitalière*, Revue française de gestion, n°146, septembre-octobre 2003, pp. 167-189.
- **MINVIELLE E.**, *Gérer et comprendre l'organisation des soins hospitaliers*, in *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail – Aspects sociologiques*. Editions ENSP 2000.
- **MOSSE P.**, *La rationalisation des pratiques médicales, entre efficacité et effectivité*, Sciences sociales et santé, n°16 (4), 1998, pp. 35-60.
- **ROBELET M.**, *Les médecins placés sous observation, Mobilisations autour du développement de l'évaluation médicale en France*, Politix, n°46, 2^{ème} trimestre 1999, pp. 71-97.
- **SEGOUIN C.**, *La formation continue des médecins dans les hôpitaux publics* , ADSP n°32, septembre 2002.
- **SETBON M.**, *La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ?*, in *Paradeise, les acteurs de la santé publique et les réformes*, Sociologie du travail, n°42 (1), 2000, pp. 51-68.

REFERENCES LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES

- Décret 84-131 du 24 février 1984 modifié portant statut des praticiens hospitaliers.

- Arrêté du 23 mai 1985 fixant les modalités d'exercice du droit à congé de formation des PH.
- Circulaire du 28 août 1986 relative aux congés de formation des PH.
- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- Loi n°99-477 du 9 juin 1999 garantissant le droit d'accès aux soins palliatifs.
- Circulaire DHOS du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs en établissement de santé.
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des usagers et à la qualité du système de santé.
- Décret du 14.11.03 relatif aux Conseils Nationaux et au Comité de coordination de la FMC.
- Loi 2004-806 du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- Loi 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
- Décret du 14 avril 2005 relatif à l'EPP.
- Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime des établissements de santé.
- Décret 2006-650 du 2 juin 2006 relatif à la FMC et modifiant la 4^{ème} partie du CSP.
- Décret du 2 juin 2006 relatif à l'EPP.
- Arrêté du 13 juillet 2006 portant homologation des règles de validation de la Formation médicale Continue.
- Décret 2006-909 du 21 juillet 2006 relatif à l'accréditation des médecins et des équipes soignantes.

Liste des annexes

ANNEXE 1 : BAREME NATIONAL DE FORMATION MEDICALE CONTINUE

ANNEXE 2 : SCHEMA DU CIRCUIT DE VALIDATION DE LA FMC

ANNEXE 3 : METHODE D'ELABORATION DU QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL

ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE UTILISE POUR L'ENQUETE

ANNEXE 5 : RESULTATS DE L'ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE

**ANNEXE 6 : ETUDE DES TABLEAUX MENSUELS DE SERVICE DE LA DIRECTION
DES AFFAIRES MEDICALES**

ANNEXE 7 : LES EPP PROGRAMMEES

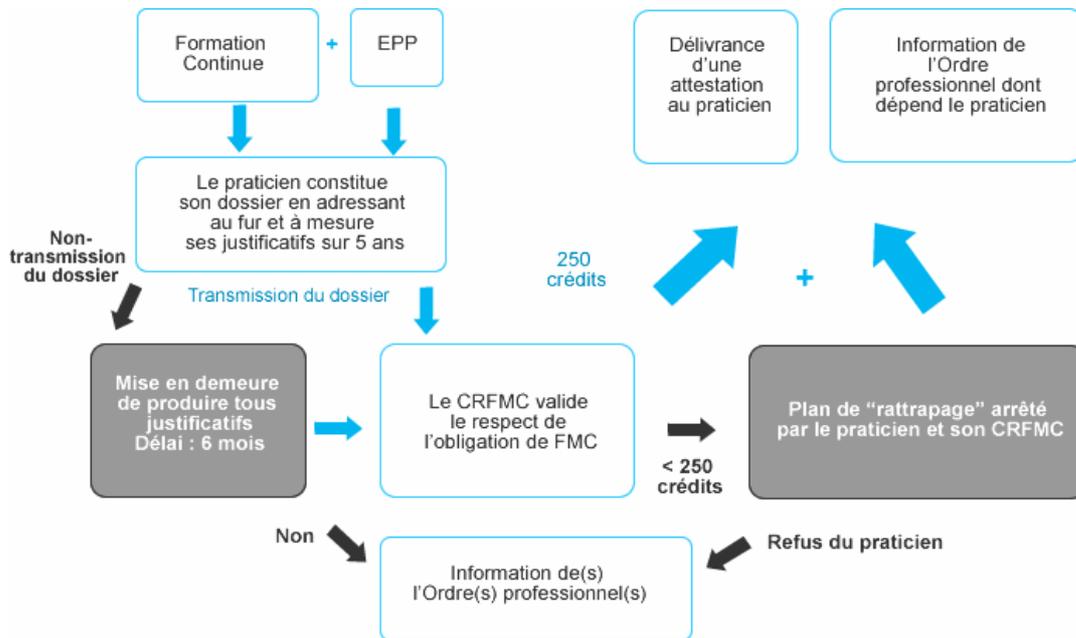
ANNEXE 1 : BAREME NATIONAL DE FORMATION MEDICALE CONTINUE

En référence à l'arrêté du 13/07/2006 portant homologation des règles de validation de la FMC

CATEGORIES	TYPE	MOYENS	ATTRIBUTION DE CREDITS	LIMITE CREDITS UTILISABLES	OBLIGATION SUR LA PERIODE DE 5 ANS
CATEGORIE 1	Formations présentielle : séminaires, congrès, colloques, DU, DIU, capacité sous réserve de présentation d'un justificatif.	Délivrées par des organismes agréés publics et privés	8 crédits pour une journée , 4 crédits pour une demi journée ou une soirée		150 crédits recueillis sur 2 des 3 premières catégories
CATEGORIE 2	Formations individuelles et à distance utilisant tout support matériel ou électronique, notamment les abonnements à des périodiques ou l'acquisition d'ouvrages médicaux	a/ Si délivrée par un organisme de formation agréé	Le nombre de crédits attribuables est fixé dans le cadre de l'agrément par analogie aux règles prévues pour la catégorie 1		
		b/ Si abonnement périodique ou achat livre médical	b1/ 2 crédits / an b2/ Valeur portée à 4 crédits / an si périodique répondent à des critères définis par CNFMC, dans la limite de 40 crédits / 5 ans	b1/ Dans la limite de 10 crédits sur 5 ans b2/ Si périodique répondent à des critères définis par CNFMC : limite de 40 crédits / 5 ans	
CATEGORIE 3	Les situations professionnelles formatrices : la praticien accomplit un travail personnel, en sa qualité de praticien, au sein ou en dehors de son exercice habituel	groupe 1 : Formation professionnelle des salariés hospitaliers et non hospitaliers et les staffs protocolisés.	Attribution de crédits au prorata du temps passé selon valeurs catégorie 1	Limite 50 crédits / 5 Ans par groupe	100 crédits /5 ans
		groupe 2 : Accomplissement de mission d'intérêt général au service de la qualité et de l'organisation des soins et de la prévention, y compris électives, dans le cadre de structures organisées		Limite 50 crédits / 5 Ans par groupe	
		groupe 3 : Activités de formateur , et la participation à des jurys, dans le champ de la santé.		Limite 50 crédits / 5 Ans par groupe	
		groupe 4 : La réalisation effective de travaux de recherche et de publications personnelles, dans le champ de la santé		Limite 50 crédits / 5 Ans par groupe	
CATEGORIE 4	Dispositifs d'évaluation de pratiques professionnelles		Forfait de 100 crédits à chaque médecin ayant satisfait, sur la période de 5 ans, à l'obligation d'évaluation selon conditions fixées par la HAS		100 crédits/5ans
TOTAL					250 crédits

Lorsque des formations des catégories 1 à 3 s'inscrivent dans les orientations nationales fixées par CNFMC dans le cadre de priorités arrêtés par le Ministère de la Santé, les crédits attribuables sont bonifiés de 20%. Ces priorités sont : rôle et place des praticiens en situation de crise sanitaire ; iatrogénèse ; prévention vaccinale ; prévention et dépistage des cancers ; prévention et réduction des risques environnementaux, comportementaux et professionnels.

ANNEXE 2 : SCHEMA DU CIRCUIT DE VALIDATION DE LA FMC



source : <http://www.cnfmc.fr/>

ANNEXE 3 : METHODE D'ELABORATION DU QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL

Le choix a été fait d'emblée de restreindre l'étude aux praticiens hospitaliers du CHSB, et par là même d'exclure les autres médecins de la ville ou du département. Par manque de temps, il ne m'a pas été possible non plus de solliciter des PH extérieurs, notamment en CHU.

Les objectifs de ce questionnaire étaient multiples :

- Sensibiliser la communauté médicale du Centre hospitalier à la nouvelle réglementation en matière de FMC ;
- Mieux connaître les pratiques existantes et les besoins en la matière ;
- Assurer la meilleure gestion possible du budget dédié et la répartition la plus équitable possible des crédits entre praticiens ;
- Faire évoluer le Plan de Formation Médicale Continue afin d'intégrer le nouveau barème national et réfléchir à la possibilité de raisonner dans une perspective pluriannuelle, tout en garantissant une souplesse indispensable.

Après une rencontre avec le Dr COLMAR, Présidente de la commission de la CME en charge de la FMC (CoForMed) et des échanges avec des directeurs des affaires médicales d'établissements de la région, j'ai décidé de constituer un questionnaire qui serait envoyé nominativement par courrier à chaque PH, assistant ou attaché temps plein du CH (soit 190 personnes). Ce questionnaire a été élaboré sur la base du questionnaire figurant dans le rapport 2005 du CNFMCH, simplifié et complété de questions sur le ressenti des répondants sur la réforme.

Trois médecins membres de la CoForMed ont accepté de tester le questionnaire afin de voir ce qu'il y avait à corriger. Il a ensuite été envoyé par courrier individuel, accompagné d'une lettre d'explication, cosignée par la directrice-adjointe et la Présidente de la CoForMed, après avoir été présenté en CME. Cela a permis de sensibiliser et d'informer les médecins de l'hôpital sur le dispositif. Un délai d'un mois a été laissé. Une relance a été faite par courrier électronique, une semaine avant la fin du délai de réponse.

Au total, sur 190 envois, 55 PH ont répondu, soit un taux de réponse relativement satisfaisant compte tenu de la lourdeur du questionnaire, de 29 %.

En parallèle, plusieurs entretiens, physiques ou téléphoniques, ont été menés avec :

- Le Dr Rincé, CHRU Limoges, membre du CNFMCH ;
- N. Vidal, DAM au CHRU LIMOGES ;
- Le Pr Bertrand, Pdt CNFMCH, directeur de l'ENSP ;
- Le Dr Simon, néphrologue, ex-président de la CME de SAINT-BRIEUC, conseiller général des établissements de santé ;
- M. Schweyer, sociologue, enseignant chercheur à l'ENSP.

ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE UTILISE POUR L'ENQUETE



Questionnaire individuel auprès des praticiens du Centre Hospitalier de Saint-Brieuc relatif à la Formation Médicale Continue

Eléments de contexte :

Un nouveau cadre juridique vient donner à la formation médicale continue, jusque là obligation déontologique, une obligation légale pour tout médecin. Un barème national distingue quatre catégories d'actions de FMC, qui rémunèrent en crédits FMC chaque praticien, selon un cycle quinquennal (**voir annexe**). Chaque praticien a désormais l'obligation individuelle d'obtenir 250 crédits de FMC tous les 5 ans, dont 100 au titre de l'EPP.

La Direction des Affaires Médicales et la CoForMed ont souhaité diligenter cette enquête auprès des praticiens de l'établissement⁵⁸, et ce pour atteindre plusieurs objectifs :

- Sensibiliser la communauté médicale du Centre hospitalier à la nouvelle réglementation en matière de FMC ;
- Mieux connaître les pratiques existantes et les besoins en la matière ;
- Assurer la meilleure gestion possible du budget dédié et la répartition la plus équitable possible des crédits entre praticiens ;
- Faire évoluer le Plan de Formation Médicale Continue afin d'intégrer le nouveau barème national et tendre vers une perspective pluriannuelle, tout en garantissant une souplesse indispensable ;

En outre, **ce travail permettra d'étayer un travail de recherche**, à savoir le Mémoire de fin de formation d'un Elève Directeur de l'Ecole des hautes études en santé publique (ex-ENSP).

Modalités :

Les praticiens peuvent retrouver les formations qu'ils ont effectuées notamment au moyen de leur mémoire, de leur agenda, de leurs documents de preuves (attestations, inscriptions), de leur participation financière, ou des aides obtenues.

Pour des raisons pratiques d'exploitation des résultats, merci de n'utiliser qu'un stylo à bille noir et d'écrire le plus lisiblement possible.

Envoi et suivi du questionnaire :

La date limite de réponse est fixée au 29 juin afin de permettre une analyse des résultats dans le courant de l'été.

Si vous avez besoin d'une précision sur ce questionnaire, vous pouvez contacter Julien Le Bonniec, Elève Directeur, au poste 67361.

Comptant sur vous,

Mme Kerambrun,

Mme le Dr Colmar,

Directrice des Affaires Médicales

Présidente de la COFORMED

⁵⁸ Pharmaciens hospitaliers, Praticiens hospitaliers titulaires et contractuels, assistants (associés) et attachés (associés) temps plein.

**Vos pratiques en matière de FMC à l'heure actuelle, par groupe
d'actions de FMC telles que prévues par l'arrêté du 13.07.2006, voir en annexe**

1) Avez-vous l'habitude de participer à des actions de formation médicale continue ? Merci de cocher.

- Oui
- Non
 - Si non, pourquoi ?
 - manque de temps
 - manque de financement
 - manque d'information
 - autres : préciser

.....
.....

2) Si oui, quelles sont vos pratiques en la matière depuis le 1^{er} janvier 2005 ? Merci de cocher la réponse appropriée et d'indiquer le nombre de journées en ne tenant compte que de la présence effective (hors temps de transport).

CATEGORIE 1

- CONGRES.

Merci d'indiquer le nombre de jours (ne tenir compte que des jours de présence effective), le thème et l'organisme formateur. Attention, pour des raisons pratiques d'exploitation, merci de préciser la signification des sigles.

- Internationaux :

2005.....
.....

2006.....
.....

2007.....
.....

- Nationaux :

2005.....
.....

2006.....

.....

2007.....

.....

Régionaux :

2005.....

.....

2006.....

.....

2007.....

.....

- **AUTRES FORMATIONS PRESENTIELLES.**

Merci de cocher et d'indiquer le nombre de jours.

- Associations de Formation Continue :
- Sociétés savantes :
- Réunions organisées par l' Industrie pharmaceutique :
- Autres organismes de formation :
- Environnement hospitalier :
 - Gestion et administration de l'hôpital (ex : nouvelle gouvernance) :
 - Qualité, sécurité sanitaires :
 - Santé publique :
 - Economie et administration du système de santé :
- Développement professionnel et personnel :
 - Bureautique, informatique :
 - Langues étrangères :
 - Techniques de communication (relationnel, pédagogie...) :

- **FORMATIONS LONGUES.**

D.U/D.I.U/Capacité

○ Intitulé :.....

.....

.....

○ Nombre de journées :

○ Organismes formateur :

Formation non diplômante (exemple : stage de formation pratique)

- Intitulé :.....
.....
.....
- Nombre de journées :.....
- Organismes formateur :.....

CATEGORIE 2

- DOCUMENTATION SCIENTIFIQUE, LECTURE D'ARTICLES, DE LIVRES. Merci de cocher.

- Lecture d'articles de vulgarisation ou d'information générale (exemple : le Quotidien du Médecin)
- Lecture d'articles scientifiques
 - de votre discipline
 - d'autres disciplines
- A titre indicatif, pouvez-vous quantifier le nombre d'heures que vous consacrez **chaque mois** à la lecture de ces articles ?

.....
.....

- Etes-vous abonné à titre personnel à un ou plusieurs périodiques scientifiques ?
 - Non
 - Je bénéficie déjà d'un abonnement dans ma spécialité via la bibliothèque médicale
 - Je ne bénéficie d'aucun abonnement
 - Oui
 - Si oui, lesquels ?

.....
.....

- Fréquentez vous la bibliothèque de l'Etablissement ?
 - Oui
 - Non
- Achetez-vous des livres médicaux ?
 - Non
 - Oui

- SITES INTERNET (consultation et formation en ligne)

- Estimation du temps passé par mois

.....

- Quels sites Internet de FMC consultez-vous de préférence ?

.....

.....

.....

CATEGORIE 3

GRUPE 1

- FORMATIONS PROFESSIONNELLES (vous participez en tant que stagiaire)

- Non
- Oui : pouvez-vous indiquer le nombre de demi-journées ou de journées par an ?

.....

.....

- Pour quel organisme ? Pour quel public ?

.....

.....

- PARTICIPATION A DES STAFFS PROTOCOLISES :

- Non
- Oui
- De Service (préciser) :
- Inter services sur une prise en charge
- Estimation de la durée mensuelle moyenne de staffs (en heures par mois)

.....

GRUPE 2

- PARTICIPEZ-VOUS A L'ACCOMPLISSEMENT DE MISSIONS D'INTERET GENERAL AU SERVICE DE LA QUALITE ET DE L'ORGANISATION DES SOINS ET DE LA PREVENTION (MISSIONS ELECTIVES COMPRISES) ?

- Oui
 - Préciser

.....
.....
 Non

GROUPE 3

- **ACTIVITES DE FORMATEUR DANS LE CHAMP DE LA SANTE :**

- Non
 - Oui : pouvez-vous indiquer le nombre de demi-journées ou de journées par an, l'organisme et le public concerné?
-
.....

- **PARTICIPATION A DES JURYS DANS LE CHAMP DE LA SANTE :**

- Non
 - Oui : pouvez-vous indiquer le nombre de demi-journées ou de journées par an ?
-
.....

- Pour quel organisme ? Pour quel public ?
-
.....

GROUPE 4

- **PARTICIPATION A DES RECHERCHES CLINIQUES** (indiquer nombre de jours consacrés par an)

Non

Oui

.....

- **PUBLICATION PERSONNELLE D'ARTICLES OU COMMUNICATION DANS DES CONGRES :**

- Non
- Articles avec comités de lecture
- Articles sans comités de lecture
- Communication avec comité de lecture
- Communication sans comité de lecture
- Posters

- Autres : préciser

.....

CATEGORIE 4

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

- o Participation à des EPP collectives (préciser le thème)

.....

- o Participation à des EPP individuelles (préciser le thème)

.....

3) FINANCEMENT : Merci de cocher.

FINANCEURS	VOUS-MEME	CH ST BRIEUC	INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE	ASSOCIATION LOI 1901	AUTRE (préciser)
ACTIONS FMC					
CONGRES / SEMINAIRES					
AUTRES FORMATIONS PRESENTIELLES (stage à l'extérieur du CH, à l'étranger, acquisition de pratiques professionnelles...)					
FORMATIONS UNIVERSITAIRES DIPLOMANTES					
FORMATIONS NON DIPLOMANTES					

- Globalement, votre spécialité bénéficie t-elle des financement de l'industrie pharmaceutique ?

- o Oui
 - o Marginalement
 - o En grande partie
- o Non

- Globalement, quelle tendance constatez-vous concernant le financement par les laboratoires pharmaceutiques de la FMC ?

- o Haussière
- o Baissière

Commentaires : comment l'expliquez-vous ?

.....
.....
.....

- ❑ Frais d'Adhésion/abonnement depuis le 01.01.2005 :
 - Abonnements :
 - A titre informatif, pouvez-vous donner la liste des abonnements que vous payez personnellement ?

.....
.....
.....

- Inscription sociétés savantes :
- Internet (exemple : frais d'abonnement à un site de e-FMC)

PLANIFICATION DE VOTRE FMC SUR 2007-2011 A TITRE INDICATIF

- ❑ La logique quinquennale de la réforme ainsi que l'obligation de formation qui concerne tous les médecins, amènent à réfléchir à une planification pluriannuelle des formations, afin de limiter l'impact sur l'organisation du temps médical et assurer la meilleure gestion possible du budget de la FMC. Pensez-vous pouvoir planifier de 2007 à 2011 votre pratique en formation continue, au moins sur certains volets (D.U, congrès réguliers de votre spécialité...)?

- Oui
- Non : pourquoi ?

.....
.....
.....

- ❑ Quelle serait, à titre indicatif, votre **stratégie personnelle** catégorie par catégorie de FMC afin de vous conformer aux textes d'ici 2011 ? Pour cela, appuyez-vous sur le tableau présenté en annexe.

Actions de Catégorie 1 :

.....
.....
.....
.....

Actions de Catégorie 2 :

.....
.....
.....
.....

Actions de Catégorie 3 :

.....
.....
.....
.....

Actions de Catégorie 4 : EPP collective ou individuelle ? Quel thème ?

.....
.....

VOTRE PERCEPTION DE LA REFORME DE LA FMC

(pour les besoins d'un Mémoire professionnel d'Elève-Directeur)

- Vous jugez-vous correctement informé sur les nouvelles modalités de la FMC ?
 - Oui
 - Non

- En tant que médecin, vous paraît-il naturel de vous former régulièrement ?
 - Oui : pourquoi ?
 - Conserver ses compétences
 - Développer ses compétences
 - Echanges avec les confrères
 - Autre : préciser

.....
.....

- Non : pourquoi ?

.....
.....
.....

- Quel jugement portez-vous sur cette nouvelle réforme de la FMC (pertinence de la démarche, barème retenu pour la validation des actions de FMC ...) et comment la qualifieriez-vous ?
 - Pertinente
 - Non pertinente
 - Claire
 - Obscure
 - Inutile
 - Lourde
 - Barème mal adapté à vos pratiques de FMC
 - Barème adapté à vos pratiques
 - Utile pour réduire le risque médico-légal

Commentaires libres :

.....
.....
.....

- ❑ Quel jugement portez-vous sur l'intervention du législateur dans le domaine de la FMC ?
 - Contribue à la réduction de l'autonomie de la profession médicale
 - Non légitime, le corps médical doit s'autoréguler
 - Légitime
 - Opportune

Commentaires libres :

.....
.....
.....

- ❑ Selon JP Dumond, dans *Les conflits de pouvoir à l'hôpital*, « tandis que dans l'hôpital de la bureaucratie professionnelle les directeurs avaient pour mission d'apporter aux médecins les moyens d'exercer leur art, dans l'hôpital contemporain, c'est aux médecins de rendre compte de leur activité ».

Jugez-vous ces propos :

- Exact
- Excessifs
- Faux

- ❑ Quelles pourraient être selon vous les trois principales difficultés à la bonne application de la réforme?
 - Le manque de temps
 - Le manque de financement
 - Dont la réduction des financements des laboratoires pharmaceutiques
 - Le manque d'opportunité
 - La complexité du nouveau système
 - Autre : préciser

.....
.....
.....

- ❑ Dans certains pays anglo-saxon, il existe un mécanisme de certification / recertification cyclique, véritable brevet d'exercice délivré pour permettre de réaliser certains types d'intervention, avec pour corollaire, en cas d'inaptitude, une mise à l'écart des fonctions à risque.

Jugez-vous cela :

- Opportun
- Légitime

- Anormal
- Excessif
- Autre : préciser

Commentaires libres :

.....

.....

.....

- Que pensez-vous de l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins ?

Jugez-vous cela :

- Stimulant, motivant
- Peu pertinent
- Uniformisant
- Redondant (par exemple avec des réunions de RCP, de staffs...
auxquelles vous participez)
- Profitable à l'Etablissement
- Profitable pour vous-même
- Profitable pour le patient
- Contribue à prévenir le risque médico-légal
- Autre : préciser

.....

.....

.....

SPECIALITE D'EXERCICE :

STATUT (PH temps plein/temps partiel, Assistant, Attaché) :

SERVICE :

PÔLE :

ANNEE D'OBTENTION DU DOCTORAT :

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire sur la FMC.

Il est à renvoyer au **Secrétariat des Affaires Médicales avant le vendredi 29 juin 2007.**

ANNEXE 5 : RESULTATS DE L'ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE

ANALYSE DES QUESTIONNAIRES ADRESSES AU CORPS MEDICAL CONCERNANT LA FORMATION MEDICALE CONTINUE

Le questionnaire a été envoyé par courrier nominatif à 190 praticiens (PH, Assistants, Attachés, Pharmaciens tous temps plein). Les destinataires avaient trois semaines pour répondre. Après présentation à la CME, et co-signature de la Directrice des Affaires Médicales et de la Présidente de la CoForMed, 55 questionnaires anonymes sont revenus.

Un taux de participation de 28%, a été obtenu, ce qui est satisfaisant, vu la relative lourdeur du questionnaire, et ce malgré des remaniements successifs et un test par des médecins volontaires de la CoForMed. Cette étude semble pouvoir être jugée fiable. Qualitativement, il s'avère en outre que la plupart des services ont participé.

Ventilation des réponses par statut

- 7 assistants
- 3 PH temps partiel
- 45 PH temps plein

VENTILATION DES REPONSES PAR SERVICE	NOMBRE DE REPONSES
Laboratoire	3
Médecine Physique et Rééducation	1
Pneumologie	3
Anesthésie	5
Chirurgie orthopédique-traumatologique	1
Hémovigilance/PMO	1
Urgences	4
Gynécologie	2
Chirurgie thoracique et vasculaire	3
Neurologie	2
Radiologie	2
Chirurgie pédiatrique	1
Médecine nucléaire	2
Endocrinologie	3
Pédiatrie	2
Rhumatologie	1
DIM	1
Addictologie Gastroentérologie	2
Chirurgie digestive	2
Néphrologie	3
Médecine gériatrique	1
ORL	1
Réanimation	3
Pharmacie	2
SAMU	1
Hémato-oncologie	1
Médecine interne	1
Médecine interne/maladies infectieuses	1

TOTAL	55
-------	----

✚ A la première question : « Avez-vous l'habitude de participer à des actions de FMC, **92 %** des praticiens interrogés répondent *oui*, contre seulement 4% de non.

■ LES PRATIQUES EN MATIERE DE FMC

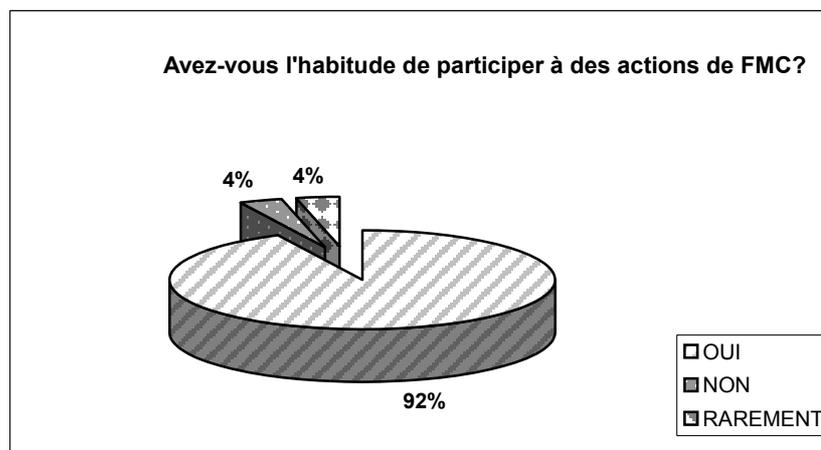
■ CATEGORIE 1

✚ Quand on étudie les pratiques en matière de FMC, par catégories issues du nouveau barème officiel, comme y invitait le questionnaire, il ressort les éléments suivants :

→ Les *congrès nationaux* concernent **85 %** des praticiens

→ **45%** des praticiens ayant participé à l'enquête déclarent participer à *des congrès internationaux*, *idem* pour les *congrès régionaux*.

Cela s'explique par l'importance que revêt pour les praticiens le congrès national annuel de leur spécialité. Les congrès internationaux sont plus rares notamment du fait de leur coût prohibitif (la plupart des congrès internationaux déclarés ont lieu aux Etats-Unis). Ce chiffre doit par ailleurs être nuancé par le fait que plusieurs congrès internationaux déclarés ont eu lieu en France, car ils concernent la francophonie.



→ Quant aux congrès régionaux, ils reposent sur de petites associations locales, souvent fragiles, à périodicité irrégulière et fortement personne-dépendant. Cela concerne par exemple les sociétés régionales de spécialités, ou les journées bretonnes d'une spécialité.

✚ Les autres formations présentiellees sont plus réduites. Les formations informatiques déclarées concernent les stages d'initiation Excel ou PowerPoint. Quelques praticiens (12 %) déclarent des formations au management ou à la communication.

✚ Les réunions à l'initiative de l'industrie pharmaceutique concernent **49 % des praticiens**. Les principales firmes citées sont LFB, Astrazeneka, Pharmacia, GlaxoSmithkline, Baxter, Sanofi-Aventis.

✚ Quelques praticiens déclarent des formations à l'environnement hospitalier en gestion et administration (27%), en santé publique (8%), en économie de la santé (11%), ou en qualité/sécurité sanitaire (16%).

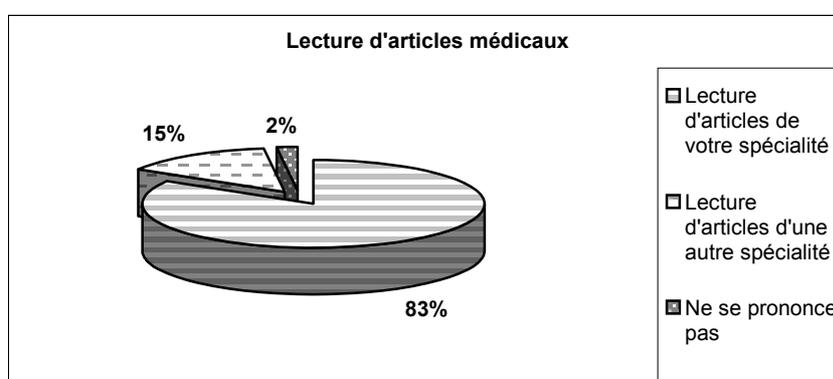
✘ Concernant les formations longues, 31% des praticiens déclarent avoir fait un DU ou un DIU depuis le 01/01/2005, tandis que 27 % déclarent avoir bénéficié d'une formation non diplômante.

■ CATEGORIE 2

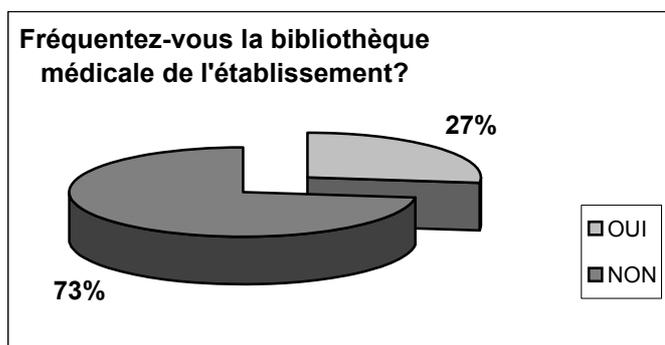
✘ **56%** des praticiens déclarent lire des *articles de vulgarisation ou d'information générale*, ce qui est relativement peu.

✘ **83%** des médecins déclarent des lectures concernant leur spécialité. Si on met ce chiffre en corrélation avec les 15% de praticiens disant lire des articles d'une autre spécialité, on peut penser que cela est la traduction de la spécialisation (voire l'hyperspécialisation ?) du corps médical.

✘ Le temps de lecture moyen varie de 30 minutes/mois à 30 heures (!), soit *un rapport de 1 à 60*.



✘ **67% des praticiens** déclarent un abonnement dans leur spécialité via la bibliothèque médicale de l'établissement, ce qui est important. Le fait que ces abonnements soient livrés dans les services concernés explique sans doute la faible fréquentation de la bibliothèque (73 % des praticiens déclarent ne pas la fréquenter). *Près de la moitié des praticiens disent être abonné à titre personnel*. Le record déclaré est de 1160 euros annuellement pour une quinzaine de titres ! Enfin, **67% déclarent avoir acheté un ou plusieurs livres médicaux** dans les deux dernières années.



✘ Le temps de Formation par Internet varie beaucoup : de 30 minutes à 24 heures/mois. Beaucoup n'utilisent pas l'outil Internet pour la formation stricto-sensu, mais à titre de recherche ponctuelle. Outre les sites des sociétés savantes et des collèges de spécialités, les sites les plus cités sont le Medline et PubMed.

■ CATEGORIE 3

● GROUPE 1

✘ **57 %** des praticiens déclarent participer régulièrement à *des staffs protocolisés*. Les praticiens ne participant à de tels staffs appartiennent aux services d'addictologie, de radiologie, d'endocrinologie, du SAMU...

✘ Les staffs protocolisés *de service recueillent 52 %* des réponses, tandis que les *staffs inter-services sur une prise en charge* ne concernent que **27 %** des praticiens.

✘ Le temps moyen mensuel consacré aux staffs varie de 2 heures à 30 heures mensuelles.

● GROUPE 2

✘ **45 %** des praticiens déclarent participer à *l'accomplissement de missions d'intérêt général* au service de la qualité des soins et de la prévention. Les fonctions les plus citées concernent les différentes instances et commissions spécialisées de l'établissement (CME, COPSP, COPIL qualité, COMEDIMS, CA, CTE, CoForMed, CLIN, CLAN, vigilances...), la participation à des conférences de secteur sanitaire ou à des comités régionaux (type médicament), ou des COTER, ou encore des fonctions dans les réseaux de santé du département (périnatalité, insuffisance rénale, prévention vasculaire, oncologie...).

● GROUPE 3

✘ Les *activités de formateurs* dans le champ de la santé concernent **38 %** réponses. Ces formations sont à destination des Elève-Infirmières la plupart du temps, ou de médecins généralistes, voire de l'humanitaire. Ces formations peuvent être à l'initiative des IFSI, des réseaux, ou encore des laboratoires pharmaceutiques.

✘ Seuls **16 %** des praticiens déclarent participer à *des jurys dans le champ de la santé*. Les plus cités sont les jurys de recrutement (cadre de santé, IDE, secrétaire médicale, PAC...), ou des jurys de thèse de médecine.

● GROUPE 4

✘ **34 %** des praticiens déclarent participer à *des recherches cliniques*. Exemple : suivi de cohortes en infectiologie, protocoles thérapeutiques de la sclérose en plaques ou de l'AVC.

✘ **50 %** des praticiens *publient ou ont publié* :

- 14 % des articles avec comité de lecture
- 16 % des communications dans des colloques
- 12 % des posters

■ CATEGORIE 4

✘ Seuls **37 %** des praticiens déclarent participer ou prévoient de participer à des EPP. 29 % à des EPP collectives, 7 % à des EPP individuelles. Cela peut s'expliquer en partie par le fait que la certification n'aura lieu au CHSB qu'en 2009, les EPP restent donc

abstraites pour certains. A la fin 2007, 13 projets d'EPP collectives sont retenus dans le cadre de la V2.

■ FINANCEMENTS

✘ Invités à cocher les cases d'un tableau présentant les principales activités de FMC et les différents financeurs potentiels, voici les réponses des praticiens :

✘ Les *congrès/séminaires* : les **laboratoires pharmaceutiques** sont les financeurs les plus fréquemment cités (ce qui ne renseigne pas sur la part relative de chaque financement), devant au coude à coude le Centre Hospitalier de Saint-Brieuc et le praticien lui-même.

✘ Le financement des autres formations présentielle se fait en majorité par l'industrie pharmaceutique et le praticien lui-même, devant le CHSB.

✘ Le financement des *formations universitaires diplômantes* reposent essentiellement sur le **CHSB, et le praticien**.

✘ Les *formations non diplômantes* sont financées à égalité entre le **praticien, le CHSB, et les laboratoires pharmaceutiques**.

✘ A la question « **Globalement, votre spécialité bénéficie-t-elle des financements de l'industrie pharmaceutique ?** » :

⊕ **72 % déclarent en bénéficiaire**

⊕ *marginale*ment pour 43 %

⊕ *en grande partie* pour 23 %

⊕ 12 % n'en bénéficieraient pas (SAMU, Radiologie, Gynécologie-obstétrique, Biologie)

FINANCEURS	VOUS-MEME	CH ST BRIEUC	INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE	ASSOCIATION LOI 1901
ACTIONS FMC				
CONGRES / SEMINAIRES	27	29	33	17
AUTRES FORMATIONS PRESENTIELLES (stage à l'extérieur du CH, acquisition de pratiques professionnelles...)	17	11	16	7
FORMATIONS UNIVERSITAIRES DIPLOMANTES	14	19	1	2
FORMATIONS NON DIPLOMANTES	13	12	11	0

✘ En terme de dynamique, **49 % des praticiens déclarent constater une baisse** dans les financements des laboratoires pharmaceutiques, contre **16 % un hausse**.

✘ Quelques commentaires libres sur le sujet :

- « La hausse est liée au développement des thérapies innovantes dans ma spécialité ».
- « Le financement par les labos va de 0 à 100 % selon notre culot et la conjoncture »

- « La rhumatologie est à la mode : beaucoup de nouvelles molécules sortent sur le marché ».
- « J'étais sollicité de façon privilégiée quand j'étais chef de service ».
- « La microbiologie n'est plus concernée par les avancées thérapeutiques ».
- « J'exerce dans une spécialité (Chirurgie pédiatrique) où peu de labos nous aident car nous prescrivons peu et n'utilisons pas de matériel cher. »

■ PLANIFICATION

✘ **Quand on leur demande s'ils pensent pouvoir planifier de 2007 à 2011 leurs pratiques en matière de FMC, au moins sur certains volets (DU, congrès réguliers), afin de tenter de limiter l'impact sur la gestion du temps médical du CHSB et assurer la meilleure gestion possible du budget dévolu à la FMC,**

- 32 % ne se prononcent pas
- 52 % répondent *oui*
- 32 % répondent non

✘ Parmi les raisons invoqués, quelques unes citées à plusieurs reprises. Il semblerait que la question ait porté à confusion, car certains répondent non en se justifiant par des problèmes de connaissances des dates exactes des congrès, alors que la question avait pour objectif d'identifier des quantités de journées FMC annuelles.

- « Les invitations aux congrès n'arrivent que trois mois avant ! »
- « Je ne planifierai en fonction des points à avoir ».
- « J'aurai cessé mon activité avant 2011 ».
- « La programmation se fait d'une année sur l'autre en concertation avec les autres praticiens du service ».
- « S'inscrire tôt aux FMC officielles pénalise les initiatives loco-régionales pauvres et bénévoles. Beaucoup de ces petites FMC sont annoncées tardivement ».
- « Trop compliqué, étant donné le caractère multisite de mon exercice ».

■ PERCEPTION DE LA REFORME DE LA FMC

✘ **A la question, « vous jugez-vous correctement informé par les nouvelles modalités FMC ? »**

- 52 % répondent *non*
- 42 % répondent *oui*
- 6 % ne se prononcent pas

✘ **A la question « en tant que médecin, vous paraît-il naturel de vous former régulièrement ? »**

- 94 % répondent *oui*
- 2 % répondent non (sans que ce soit une vraie réponse négative : « si l'on considère que pour un médecin, être compétent c'est avoir des connaissances budgétaires et en T2A, NON! »)
- 3 % ne se prononcent pas

✘ Parmi les raisons invoquées, parmi les réponses proposées :

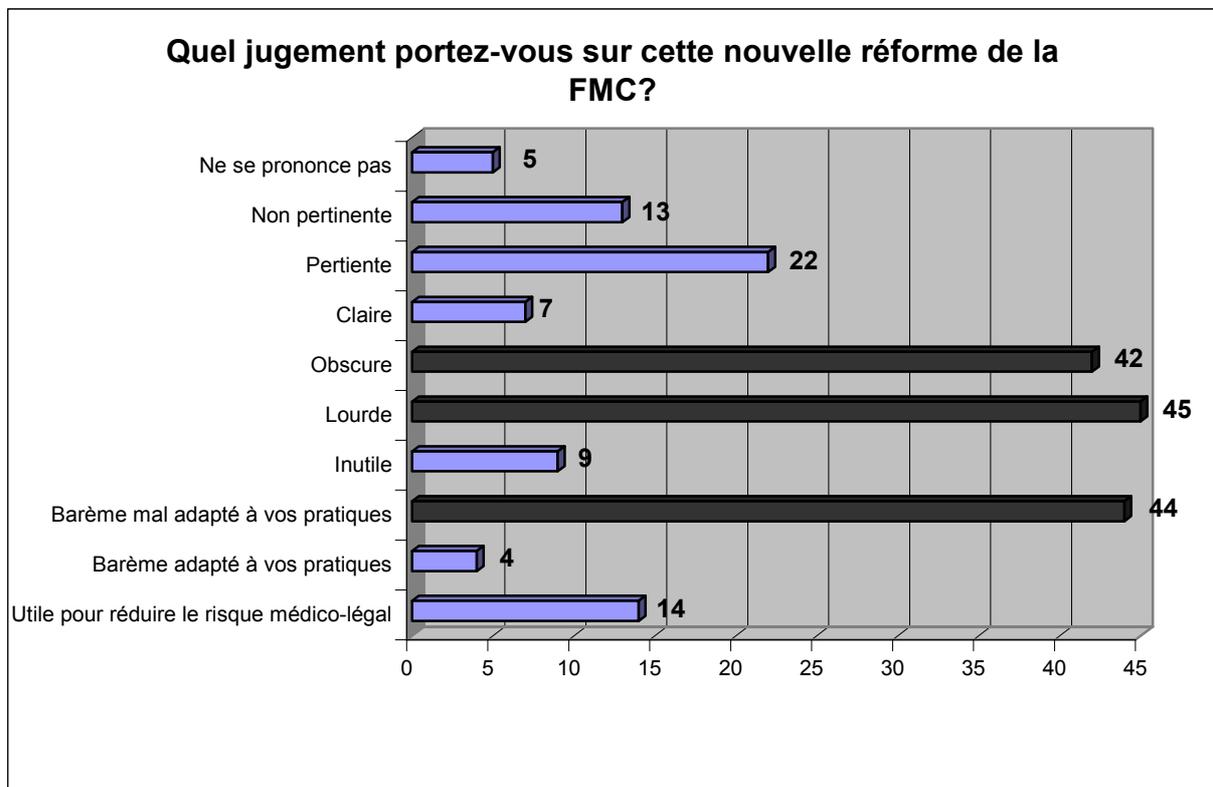
- 85 % estiment que cela permet de *conserver ses compétences*
- 92 % de *développer ses connaissances*
- 76 % d'échanger avec ses confrères

✘ Quelques exemples :

- « Acquérir des techniques nouvelles »
- « Mettre à jour ses connaissances et se tenir au courant des innovations thérapeutiques »
- « Améliorer les soins »

- « Obligation déontologique et morale vis-à-vis des confrères et des patients »
- « Cela me donne la motivation pour poursuivre mon activité »

✘ **Quand on leur demande quel jugement ils portent sur cette nouvelle réforme de la FMC, voici les réponses en % :**



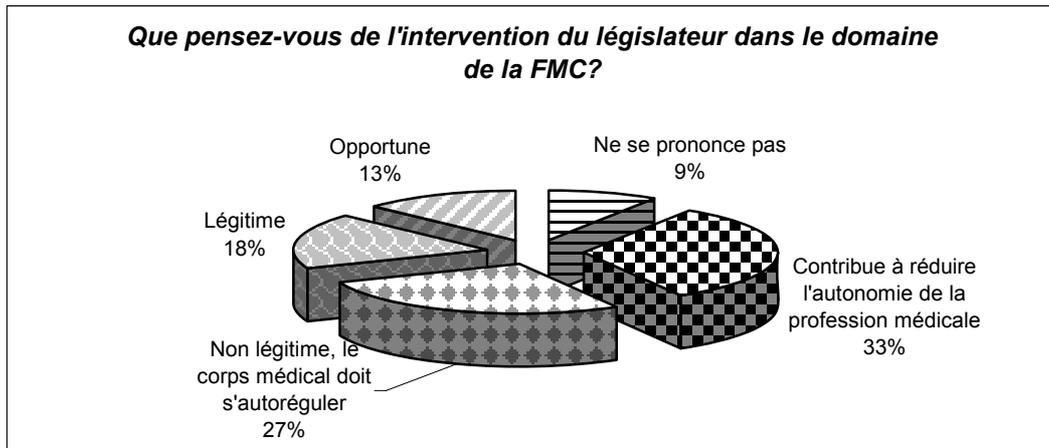
Cela traduit donc une certaine défiance face à cette réforme, puisque les qualificatifs « lourde », « obscure » sont cités par **45 et 42 %** des praticiens, et **44 %** jugent même le *barème mal adapté* à leurs pratiques.

✘ Parmi les commentaires, quelques citations :

- « C'est compliqué, bureaucratique et probablement coûteux »
- « L'intérêt est de sensibiliser chaque praticien à sa propre formation. Mais ça semble pénaliser plus l'ensemble des médecins que les quelques canards boiteux »
- « On va voir qu'on fait déjà ce qui est exigé mais de façon non formalisée »
- « C'est dans l'air du temps. Mais les médecins honnêtes étaient, sont, et seront au point. On peut valider un paquet de points FMC sans que cela ne garantisse un quelconque surcroît de compétence »
- « Le risque est de déresponsabiliser le praticien dans sa pratique quotidienne, car il devra faire ce qui est décidé comme bon par l'administration sanitaire, et il ne pourra plus avoir une réflexion personnelle sur sa pratique »
- « La lourdeur de cette démarche de flicage continue à nous faire perdre notre temps pour formaliser une FMC que j'ai toujours faite, pour faire rentrer dans les cases d'un barème mal fait des formations qui ne sont pas valorisées ».

✘ **Quand on leur demande ce qu'il pense de l'intervention du législateur dans le domaine de la FMC, les avis sont partagés.**

Pour une majorité, cela traduit une *réduction de l'autonomie du corps médical*, valeur à laquelle ils sont attachés pour beaucoup (33%).



Un petit tiers la juge même illégitime, le corps médical devant s'autoréguler.

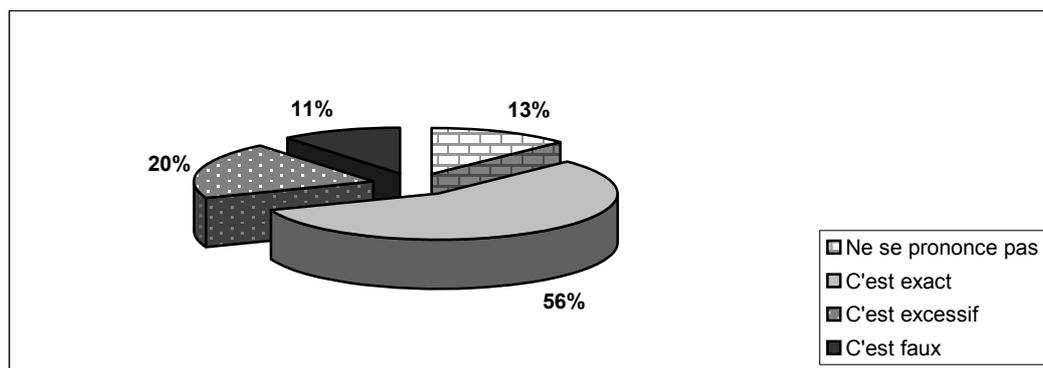
Seulement **18 %** jugent cette intervention *légitime* et **13 %** *opportune*. 9% ne se prononcent pas.

✘ Quelques commentaires :

- « Les diplômés ne font malheureusement pas la compétence... combien de formations ne débouchant sur rien... »
- « Le législateur devrait plutôt réguler la répartition juste des moyens et donner l'autonomie au praticien pour financer sa FMC, cela l'obligerait à choisir le bon rapport qualité/prix. Je suis choqué que l'on m'impose ma formation : je veux la choisir en fonction de mes besoins du moment et de mon appréciation de mes faiblesses, de mes centres d'intérêt. J'investis de longue date pour ma formation avec mon argent personnel. La diversité de choix favorise la diversité de pensée. »
- « Opportune pour inciter tout le monde à se former mais un peu complexe avec des effets d'opportunité sur les formations validantes au détriment des formations plus informelles. »
- « Déconnectée de la réalité. Réduire la FMC de praticiens (bac +13 pour mon cas personnel) à un compte de « crédits » me semble bien éloigné de mon quotidien... »
- « C'est triste ! A quoi sert l'ordre des médecins ?! »
- « Légitime mais mal bouclée ! »
- « Elle est dans le sens de l'Histoire. »
- « Chacun devrait être capable de se prendre en main pour se former sans que cela ne soit imposé ! Après plus de 10 ans d'études, nous n'avons pas besoin d'un flic pour contrôler nos pratiques. »
- « Elle est surtout mal faite ! »
- « S'il est parfaitement nécessaire de continuer à se former, légaliser cette démarche me paraît une nouvelle dérive technocratique. Je pense par ailleurs que si cette FMC est nécessaire à tout âge, les maigres moyens de l'établissement doivent prioritairement aller aux plus jeunes et non de manière uniforme, car former les jeunes constitue le meilleur investissement de ressources humaines, tandis que former les plus âgés à de nouvelles techniques n'est pas pertinent en termes de rapport coûts / avantages. »

✘ Quand on leur soumet la citation de JP Dumond, dans les *Conflits de pouvoir à l'hôpital* : « Tandis que dans l'hôpital de la bureaucratie professionnelle les directeurs avaient pour mission d'apporter aux médecins les moyens d'exercer leur

art, dans l'hôpital contemporain, c'est aux médecins de rendre compte de leur activité », les praticiens jugent que :

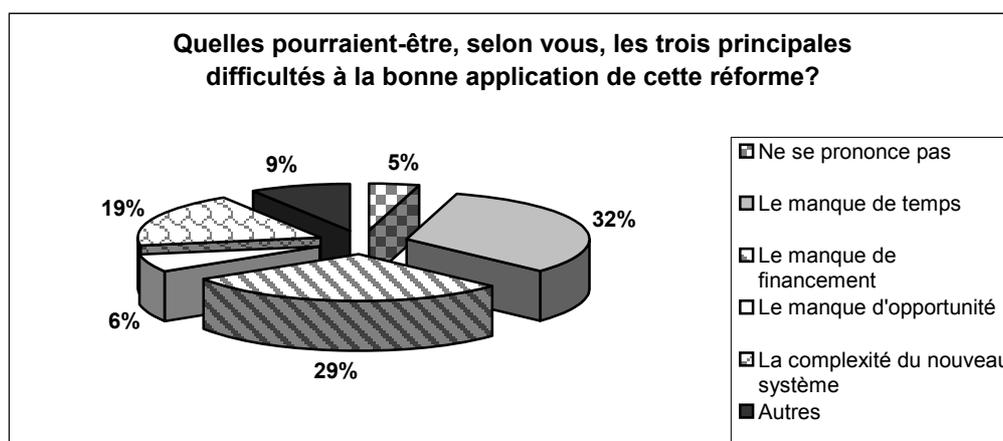


Cela traduit que la majorité a vu les mutations dans l'exercice médical à l'hôpital, concernant notamment l'obligation qui leur est faite dans maints domaines de « rendre compte » de leur activité. Cela concerne tant la gestion du temps médical, que l'activité du service dans un contexte de mise en place du nouveau financement à l'activité, ou encore la qualité même des soins et de la prise en charge offerts aux patients.

✘ Peu de commentaires, mais certains virulents :

- « Cette phrase est très choquante : avant de rendre compte de son activité, il faut commencer par être actif et servir à quelque chose. Importance des cliniciens +++ et non des médico-administratifs stériles... Si rendre compte de son activité c'est remplir plus de documents et assister à des réunions stériles, on ne va vraiment pas dans le bon sens ! »
- « Non pas de rendre compte de leur activité mais de justifier l'accroissement de la bureaucratie. Autrement dit : l'administration sanitaire était au service des soins, donc des patients, donc des médecins. Aujourd'hui, la dispensation des soins est au service de l'administration sanitaire. »

✘ **LES PRATICIENS JUGENT QUE CETTE REFORME EST FRAGILISEE PAR LES 3 OBSTACLES SUIVANTS :**



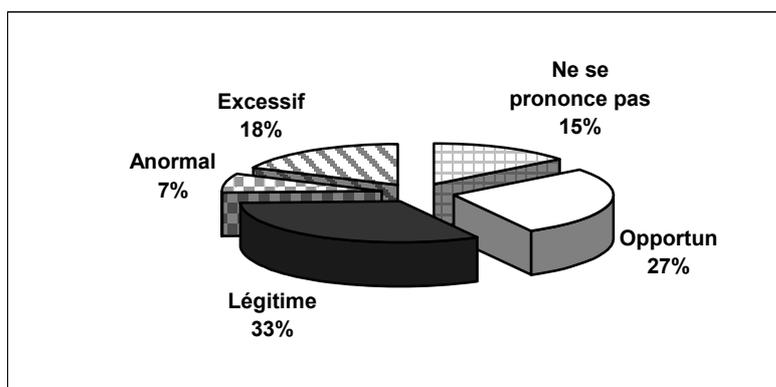
Les trois principales craintes des médecins et pharmaciens qui ont répondu, parmi les propositions de réponse, sont le *manque de financement* et le *manque de temps* (**29 et 32 %** des réponses), puis la *complexité* du nouveau système (**19%**). Cela est lié d'une part aux tensions sur la gestion du temps médical (avec l'ARTT, les CET, l'intégration des

gardes dans le temps de travail, le repos de sécurité, la limitation à 48 heures hebdomadaires de travail), et au problème du financement de la FMC toujours pas résolu, et plutôt faible en terme de budget dégagé par l'institution (dans un contexte de fortes tensions budgétaires des hôpitaux).

✘ Quelques commentaires ou précisions (réponse « autre ») :

- « Quel mépris du temps clinique au profit du temps administratif ! »
- « Il faut encore pouvoir convaincre les médecins de sa pertinence ! »
- « La désorganisation du service lié aux absences »
- « Toutes les entreprises financent la formation continue de leurs cadres. L'hôpital public n'en a pas les moyens et compte sur l'industrie pharmaceutique pour se former. »
- « L'augmentation de la charge de travail sur les autres praticiens »
- « Le temps et l'argent ! payez les plages additionnelles ! et les formations ! »
- « L'absence de collaboration des praticiens à cette réforme, réduits leur plus simple expression administrative : un déficit budgétaire. »
- « Ce n'est pas aux labos de payer !! »
- « Le manque de temps de médecin (organisation des absences difficiles) »
- « Le manque de temps pour les actions de catégorie 2, car très peu de temps dans mon bureau si ce n'est pour dicter les courriers. »
- « Je déplore ce choix de la sanction plutôt que de la valorisation »
- « D'accord si c'est organisé par nos pairs. L'enseignement de la médecine est nécessairement une transmission de savoir par un compagnonnage. Non à l'intrusion des administratifs dans le jugement sur nos pratiques ! » (année d'obtention du doctorat : 2006) »
- « Le risque est de choisir la première formation inepte venue pour faire acte de présence et accumuler les points »
- « L'absence de contrainte ou plutôt de sanction »

✘ **Le thème de la recertification périodique**, parfois évoquée au niveau national (Rapport Matillon, travail de l'UNAFORMEC, volonté un temps affichée de la CNAMts,...) suscite des réactions partagées, et plutôt surprenante, puisque à la question « **Dans certains pays anglo-saxons, il existe un mécanisme de certification / recertification cyclique, véritable brevet d'exercice délivré pour permettre de réaliser certains types d'intervention, avec pour corollaire en cas d'inaptitude, une mise à l'écart des fonctions à risque. Qu'en pensez-vous ?** »,



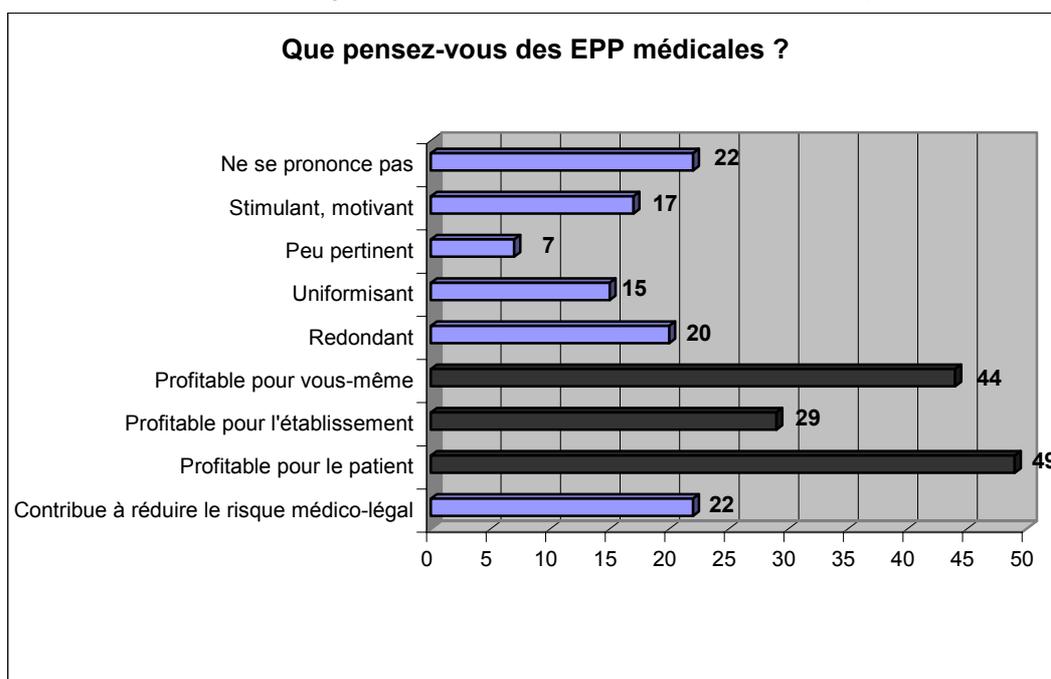
→ la majorité des médecins et pharmaciens ayant répondu au questionnaire déclare que cela est *opportun* (27%) et *légitime* (33%).

→ Seulement **7 %** jugent cela *anormal*, et **18 %** *excessif*. A noter une forte abstention à cette question, puisque 15 % ne se prononcent pas.

✘ Quelques commentaires :

- « Utile mais angoissant. »
- « Il paraît utile de sanctionner ceux qui sont inaptes »
- « Cela mettrait plein de charlatans sur la touche »
- « Probablement faux ! Y a t-il un pays qui a fliqué à ce point la FMC ?! »
- « C'est le seul moyen à mes yeux d'obtenir une offre de formation de qualité et de dégager du temps et des moyens pour cela. »
- « Les réformes actuelles ne répondent pas aux défis sanitaires à venir. Les enjeux sont 1) la pénurie de temps médical, 2) l'explosion de la demande de soins à partir de 2014 (cf pyramide des âges), 3) l'intégration des médecins étrangers de formation inégale, 4) la diminution de la richesse nationale (sic). »

✘ L'EPP semble trouver un certain écho auprès des praticiens, puisqu'ils jugent que cela sera *profitable au patient* à **49%**, *pour eux-même* à **44%**, à *l'établissement* pour **29 %**. A noter une forte abstention à cette question, accompagnée souvent de questions sur la définition de l'EPP, témoignant dans certain flottement dans le corps médical sur ce sujet,



du fait des flous conceptuels et méthodologiques persistants au niveau national, et sur le plan local de la phase de réflexion en cours.

✘ Quelques commentaires inspirés par cette question :

- « il faudrait une activité contrôlée, réglementée comme au labo »
- « A quand une EPP des directeurs d'hôpital ?! »
- « Tout dépend ou sera ponctionné le temps nécessaire et qui financera. »
- « Ingérable ! Encore plus de papiers ! Cette nouvelle réforme ne débouchera sur rien !!! »
- « Stimulant, motivant : on voit bien que c'est cela qu'il faut répondre ! »
- « C'est indispensable !! »
- « Nous manquons d'informations pratiques sur la mise en place de l'EPP »

- « Tout dépend de la pertinence de cette évaluation »
- « Le volet EPP me semble être le seul progrès. Mais il est dévalorisé, noyé dans le reste de la réforme hospitalière. »
- « C'est surtout profitable aux sociétés savantes et aux syndicats ! Il manque de formations qui feraient le pont vers d'autres professions. »
- « Depuis toujours convaincue de l'intérêt de la FMC tout au long de mon exercice, je n'ai pas attendu qu'elle soit évaluée pour me former !! »

■ Le cas particulier du médecin DIM

Même si la FMC s'impose en toute logique à eux comme à tout professionnel, elle ne s'inscrit pas dans la même logique que celle des praticiens cliniciens.

✘ Congrès

« Les congrès sont rares. Il y a un seul congrès national (journées EMOI à Nancy), qui s'avère être assez éloigné des réalités de terrain, et de toute manière constamment dépassé par le contexte extraordinairement changeant de ce champ d'activité.

Les congrès internationaux sont inaccessibles, car il y a peu de ressources financières hors les maigres moyens officiels. Restent donc les réunions locales ou régionales qui s'apparentent à de la « formation sur le tas ». »

✘ Formations longues

« Elles constituent désormais un bagage de départ (DESS, DEA...) mais sauf objectif particulier n'ont pas vocation à être répétées au cours de la carrière. »

✘ Lectures

« Elle se réduisent trop souvent à celles des innombrables textes de lois, décrets, circulaires qui balisent actualité du PMSI, T2A, SIH. Restent les périodiques généralistes. »

✘ Financement

« Il est réduit aux maigres subventions officielles, depuis l'arrêt de tout partenariat avec l'industrie pharmaceutique depuis 2005. »

✘ Planification 2007-2011

« La place laissée à l'initiative individuelle restreinte : multiplication des agences, de la bureaucratie. Notre temps est littéralement dévoré par des formalités administratives souvent intelligibles, rebutantes ou contradictoires entre elles. La standardisation effrénée des pratiques fait craindre une mortelle monotonie et un étiolement de la pensée, emprisonnée dans un encadrement bien intentionné mais déresponsabilisant : de l'air s'il vous plaît ! »

ANNEXE 6 : ETUDE DES TABLEAUX MENSUELS DE SERVICE DE LA DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES

Services	Journées FMC déclarées 2006 dans les TMS	ETP / service hors internes en 2006	Moyenne annuelle jours FMC / praticien en 2006	Journées FMC déclarées en 2005 dans les TMS	ETP / service hors internes en 2005	Moyenne annuelle jours FMC / praticien en 2005	Journées FMC déclarées 2004	ETP / service hors internes en 2004	Moyenne annuelle jours FMC / praticien en 2004	Variation 2004-2006 de la moyenne jours FMC / praticien	Variation 2005-2006 de la moyenne de jours FMC / praticien
Anesthésie	136,5	17,6	7,75	102,5	14	7,32	131	13,6	9,6	-1,85	0,43
Cardiologie	91,5	8	11,43	73,5	8	9,18	112	8,2	13,65	-2,2	2,25
Chirurgie digestive	50	8	6,25	22,5	5,1	4,41	25	4,6	5,4	0,85	0,85
Chirurgie orthopédique	16,5	9	1,83	18,5	4,5	4,11	15	4	3,75	-1,92	-2,28
Chirurgie pédiatrique	33	3	11	58,5	3	19,5	34	3	11,3	-0,3	-8,5
Chirurgie vasculaire	6	2,6	2,3	13,5	2	6,75	21	1,76	11,93	-9,6	-4,45
Dermatologie	4,5	2,1	2,1	6	1,65	3,6	12	2,2	5,5	-3,4	-1,5
DIM	2,5	1	2,5	8	1	8	8	1	8	-5,5	-5,5
DRIM	43,5	6,7	6,49	65,5	6,7	9,77	89	7	14,35	-7,86	-3,28
Endocrinologie	38,5	4	9,62	28	3	9,33	47	3,1	15,2	-5,58	0,29
Gastro-entérologie	59,5	6,3	9,44	40,5	5,5	7,36	70	5,5	12,7	-3,26	2,08
Gériatrie	67	9	7,44	49,5	3,5	14,14	41,5		5,84	-1,6	-6,7
Gériatrie EHPAD	31,5	6,5	4,84	32	4,5	7,11		7,1		-2,26	-2,27
Gynécologie	101	9	11,22	88	11	9,77	60	10,4	5,76	5,44	1,45
Hématologie	76	6,7	11,34	82,5	6	13,75	124	6,2	20	-8,66	-2,4
Hémovigilance/PMO	10	1	10	20	1	20	10	0,5	20	10	-10
Imagerie médicale	59,5	7,8	7,62	51	6,4	7,96	56	6,4	12,4	-4,78	-0,32
Laboratoire	23,5	5,6	4,19	23	5,8	3,96	32,5	6,1	5,32	-1,13	-0,23
Médecine nucléaire	10	2	5	14	2	7	37	2	18,5	-13,5	2
Médecine interne	39	4,6	8,47	50,5	3,2	15,78	38,5	2,5	15,4	-6,9	-7,2

MPR	24	2,6	9,23	46	2,38	19,32	12,5	1,6	7,8	-1,43	-10
Néonatalogie	19,5	6,4	3,04	75	6,4	11,71	50	5,2	9,6	-6,56	-8,67
Néphrologie	59	12	4,91	54,5	7,4	7,36	61	7,3	8,3	-3,39	-2,45
Neurologie	67,5	6,2	10,88	54,5	4,16	13,1	85	4	21	-10,12	-2,22
Ophtalmologie	9,5	2	4,75	16,5	2	8,25	17	2	8,5	-3,75	-3,5
Pédiatrie	61	6,9	8,84	43	5,5	7,81	12,5	4,7	2,7	6,14	1
Pharmacie	43	6	7,16	31	5,25	5,9	54,5	5,6	9,7	-2,54	1,26
Pneumologie	54,5	6	9,08	48	4,1	11,7	51	4,2	12,14	-2,3	-2,62
Réanimation	36	5	7,2	44	5	8,8	36	4,6	7,8	-0,6	-1,6
Rhumatologie	21,5	2,1	10,23	34,5	2,1	16,42	22,5	2,1	10,71	-0,5	-6,19
SAMU	62	8	7,75	66,5	9,2	7,22	58,5	8,7	6,7	1	0,53
Soins palliatifs	3,5	0,5	7		0,5		10	1	10	-3	
Urgences	56,5	14	6,57	92	10,38	8,86	106,5	9,87	10,7	-4	-2,29
Total Etablissement	1417	198,2	7,36	1453	162,22	9,84	1540,5	157	10,3	-2,94	-2,48

ANNEXE 7 : LES EPP PROGRAMMEES

Les projets d'évaluation des pratiques professionnelles du centre hospitalier de SAINT-BRIEUC sont à replacer dans le cadre de la certification dite « V2 » de l'établissement par la HAS, qui aura lieu dans deux ans.

Treize chantiers d'EPP sont prévus, devant s'étaler de septembre 2007 à mi-2009, date de la certification. Pour l'instant, les actions d'EPP prévues se limitent à ce qui est exigé pour la certification. Il faudra sans doute attendre cette première vague pour que ces évaluations se développent.

La Cellule qualité de l'établissement, au sein de la Direction des systèmes d'information et de l'organisation, va accompagner méthodologiquement ces EPP. Toutefois, la méthode choisie par la direction est de cadrer à la fois les projets et la démarche, puis d'accompagner les praticiens en fonction des besoins, tout en laissant de la latitude aux chefs de projet. Ceux-ci ont été réunis en septembre 2007 afin d'explicitier la démarche et les méthodes d'EPP les plus pertinentes par rapport aux objectifs et au thème. En fonction du planning de chaque groupe d'EPP, un accompagnement méthodologique de la Cellule qualité aura lieu en fonction des besoins. Pour chaque projet, le chef de projet remplira une fiche-projet, et une fiche individuelle pour tous les PH participants. Une validation aura lieu par le référent de la HAS pour la Bretagne. Un point sur l'état d'avancement des travaux aura lieu tous les 6 mois devant le Comité de Pilotage Qualité. Les chantiers d'EPP ont été déterminés en fonction des références du manuel de certification. Il semble pour l'instant difficile de rallier toutes les spécialités médicales. Un effort particulier a été souhaité sur la pédiatrie et la radiologie.

Pour la référence 44 « *les professionnels évaluent la pertinence de leur pratique* », une EPP portera sur la pertinence des hospitalisations pour coliques néphrétiques, à partir du service d'accueil et de traitement des urgences (méthode : revue de pertinence des soins). L'établissement évaluera également la pertinence de l'utilisation de l'hospitalisation de jour en pédiatrie (revue de pertinence des soins).

Afin d'évaluer la pertinence des actes invasifs, une EPP portera sur la pertinence des endartériectomies carotidiennes pour sténoses asymptomatiques (revue de pertinence des soins) et une autre sur la pertinence des indications de césarienne (revue de pertinence des soins).

En ce qui concerne les prescriptions médicamenteuses, la pertinence de l'antibioprophylaxie chirurgicale sera analysée et évaluée (revue de pertinence des soins). Enfin, la pertinence des examens de laboratoires et des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle sera évaluée (revue de pertinence des soins), à travers les

demandes d'ECBU (bandelettes urinaires) et les demandes de scanners aux Urgences, pour syndrome douloureux abdominal non chirurgical.

La référence 45 « *les professionnels évaluent les risques liées aux soins* », fera l'objet de quatre EPP. Les praticiens ont choisi, pour l'item « *les professionnels identifient les actes, les processus et les pratiques et évaluent leurs conditions de sécurité* », de réduire le risque lié aux intubations difficiles en MCO, et de réduire le risque de iatrogénie lié à la prescription médicamenteuse chez la personne âgée en SSR. Pour la rubrique « *l'analyse des évènements indésirables et la mise en œuvre de actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées* », l'établissement souhaite analyser les causes de décès en MCO (revue de mortalité/morbidité) et les causes d'échec des programmations de sortie en SSR (analyse de processus, méthode de résolution de problème).

La référence 46 « *la prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation* », sera satisfaite par une EPP sur l'amélioration de la prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en médecine (audit clinique) et l'amélioration de la prise en charge des pneumopathies (idem). En gynécologie, le centre hospitalier souhaite améliorer la prise en charge de la grossesse chez les patientes diabétiques de type 1 (chemin clinique). En chirurgie, l'établissement souhaite améliorer la prise en charge de l'obésité morbide (chemin clinique). Enfin, en SSR une EPP s'attachera à améliorer la prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée (chemin clinique).