

**Mission relative à l'organisation juridique, administrative et financière de
la formation continue des professions médicales et paramédicales**

Rapport présenté par :

Christine d'Autume et Daniel Postel-Vinay

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

***Rapport n° 2006 002
Janvier 2006***

Par lettre de mission du 27 juin 2005 du ministre de la santé et de la solidarité et du ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, l'Igas a été chargée d'effectuer une mission relative à l'organisation juridique, administrative et financière de la formation continue des professions médicales et paramédicales.

Lancée en septembre 2005, la mission comportait deux volets principaux:

1. La définition d'une organisation juridique, administrative et financière des fonctions supports des conseils nationaux et régionaux de la formation continue d'une part;
2. La formulation de recommandations pour le financement des actions, avec deux préoccupations essentielles, les conditions de solvabilisation de la demande des professionnels désormais soumis à une obligation individuelle de formation d'une part, l'indépendance et la qualité de l'offre de formation d'autre part.

Constituée de deux inspecteurs, Madame Christine d'Autume et M. Daniel Postel-Vinay, la mission a proposé au cabinet du ministre, qui l'a accepté, de centrer en priorité ses analyses et propositions sur le domaine de la formation médicale continue (FMC). Face à la complexité des régimes juridiques des autres professions médicales, pharmaceutiques et paramédicales, il a semblé nécessaire d'accorder la priorité au dispositif déjà partiellement opérationnel de formation médicale continue.

La mise en place rapide d'un cadre opérationnel d'organisation et de financement, propre à garantir le respect des objectifs fixés par la loi en matière de FMC, paraît un objectif d'autant plus prioritaire que les diverses tentatives de refonte du système de FMC sont restées jusqu'à présent lettre morte.

Initiée en 1996 avec les ordonnances portant réforme du système de santé, la réforme de la formation médicale continue a constamment achoppé depuis sur des problèmes de gouvernance et de financement, sur fond de rivalités syndicales. Si le principe d'une obligation individuelle a fini par s'imposer, celui d'un fonds unique mutualisant les différentes sources de financement n'a jamais pu entrer dans les faits.

Pour les autres professions médicales, pharmaceutiques et paramédicales, la mission s'est limitée à indiquer les conditions éventuelles de transposition des préconisations avancées pour les médecins. Elle recommande en tout état de cause de subordonner pour certaines professions cette transposition éventuelle à la consolidation de leurs cadres actuels d'organisation professionnelle, et d'apprécier l'opportunité de modalités d'encadrement plus souples et plus légères.

La mission s'est attachée à rencontrer l'ensemble des interlocuteurs concernés, notamment les directions d'administration centrale du ministère (DAGPB, DGS, DHOS, DSS) et les services du ministre délégué au Budget, la Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP), la haute autorité de santé (HAS), le président du comité économique des produits de santé, les trois conseils nationaux de la formation continue, le conseil national de l'ordre des médecins, les services de la caisse nationale d'assurance maladie (OGC et FAQSV), des organismes de formation, le syndicat de l'industrie pharmaceutique (LEEM), des organisations syndicales de médecins et diverses personnalités

qualifiées. Elle a recueilli les observations des CNFMC et de la HAS sur ses préconisations pour le choix du support logistique.

Ses principales conclusions sont les suivantes :

Plusieurs causes de fragilité risquent d'affecter à bref délai le bon fonctionnement du dispositif de formation médicale continue

La mission a constaté que le dispositif de formation médicale continue comportait des faiblesses préoccupantes de nature à compromettre sa bonne marche ultérieure et la satisfaction de ses objectifs. Quatre faiblesses principales peuvent être identifiées : le manque de données sur les pratiques des médecins, les coûts et financements des actions, l'omniprésence des conflits d'intérêts dans la gestion et le financement du système, la fragilité juridique et conceptuelle de ses fondements, enfin l'absence d'un cadre clair de pilotage.

Le manque de données sur les pratiques actuelles de FMC et d'EPP

Qu'il s'agisse des médecins libéraux, hospitaliers ou salariés, on ne dispose pas aujourd'hui de données globales et fiables sur les pratiques réelles en matière de formation médicale continue, ni en matière d'évaluation des pratiques professionnelles.

On estime qu'un médecin libéral sur cinq participe aujourd'hui à des actions organisées par des organismes de formation. Le nombre de journées de formation réalisées dans ce cadre en 2004 serait de l'ordre de 84 000. Dans les établissements de santé, le temps consacré à la formation et la proportion de médecins concernés serait nettement supérieure. On ne dispose pas de données pour les médecins salariés non hospitaliers.

Face à ces données lacunaires, la mission recommande de mettre à profit l'exploitation informatique des dossiers individuels de formation des médecins, soumis aux futurs conseils régionaux de la formation médicale continue (CRFMC) pour validation, pour assurer la disponibilité des données sur les pratiques de FMC et D'EPP. Dans cette attente, il serait souhaitable de confier à la DREES la responsabilité d'une enquête nationale pour mieux connaître les pratiques de formation des médecins libéraux et des médecins salariés ne relevant pas du CNFMC des praticiens hospitaliers. Pour les praticiens hospitaliers, une enquête en cours pilotée par l'AP-HP devrait enrichir les connaissances en 2006.

Le manque de données concerne aussi les coûts de formation, les financements et leur répartition.

Les seuls financements connus sont institutionnels. Pour 2005, le niveau des financements conventionnels de la FMC a été porté à environ 70 M€ dont une trentaine au titre de l'indemnisation des participants¹. S'y ajoutent les financements du FAF PM de l'ordre de 5 M€ Le coût moyen d'une journée de formation financée par ces organismes en 2004 avoisinait les 360 euros. Pour l'EPP, le financement est en principe assuré par les URML qui rémunèrent les médecins habilités à la mettre en œuvre de façon individuelle ou collective.

¹ près d'1 M€ sont en outre destinés au financement d'actions de formation à la vie conventionnelle.

Selon les estimations de la mission, en privilégiant les modalités d'évaluation collective, le coût moyen revient d'une journée d'EPP, hors indemnisation des participants, avoisinerait 250 €. La mission recommande que l'exploitation des dossiers de demandes d'agrément permette à l'avenir de disposer des coûts unitaires journaliers ou horaires des actions de formation et d'EPP mis en œuvre.

Les financements de l'industrie² restent opaques. Ils se situeraient dans une fourchette de 300 à 600 millions d'euros. Les actions de formation financées par l'industrie sont en principe³ soumises à l'Ordre, qui donne son avis sur leur compatibilité avec les prescriptions de la loi "anti-cadeaux" (article L 4113-6 du code de la santé publique). Pour assurer une réelle transparence sur les financements de l'industrie, la mission préconise le recours à une convention-type pour le financement des actions de formation, et l'institution d'une taxe modique par convention pour couvrir les frais d'exploitation de ces dossiers par l'Ordre.

Enfin, la proportion des dépenses de formation⁴ assumées directement par la profession, vraisemblablement faible, n'est pas connue aujourd'hui. Ces dépenses sont déductibles de l'assiette des revenus pris en compte pour la détermination des bénéficiaires non commerciaux et ouvrent droit en outre, à compter des revenus de 2005, à un crédit d'impôt⁵ qui représente en année pleine une contribution potentielle de l'Etat de l'ordre de 37 M€. Pour mieux évaluer l'effort propre de la profession, il conviendrait de demander à la DREES d'étudier la faisabilité et l'opportunité d'enquêtes périodiques auprès des associations de gestion agréées, les déclarations fiscales ne permettant pas d'isoler les dépenses de formation déductibles.

Au total, le montant global des financements institutionnels publics mobilisables pour la FMC des libéraux y compris l'EPP devrait donc atteindre environ 112 M€, auxquels s'ajoutent 5 M€ apportés par le FAF PM soit 117M€ (non compris les 17,5 M€ de cotisations aux URML). Sur la base des exigences minimales posées par le barème du CNFMC des médecins libéraux, ces financements pourraient suffire à couvrir -hors indemnisation des participants- le coût des deux journées de formation présentielle et d'une ou deux demi-journées d'EPP. Pour les hospitaliers et les salariés, les financements devraient pouvoir être assurés dans le cadre des dispositions statutaires ou conventionnelles en vigueur.

L'omniprésence des conflits d'intérêts

Le dispositif de FMC en cours de mise en place apparaît quasi-structurellement porteur de risques de conflits d'intérêts à plusieurs niveaux :

- entre instances d'agrément et organismes de formation en raison de la représentation dans les instances d'agrément des grands organismes de formation et des organisations syndicales qui ont investi le marché de la formation en suscitant la création d'organismes de formation ;
- entre URML et prestataires d'EPP, lesquels peuvent être soit les médecins habilités des URML, soit des organismes agréés pour l'EPP ; les URML qui vont percevoir une subvention du FAQSV pour le financement de l'EPP pourraient avoir intérêt à privilégier

² Industrie du secteur pharmaceutique et industrie des dispositifs médicaux pour l'essentiel.

³ l'Ordre et la DGCCRF estiment que la sous-déclaration n'est pas négligeable.

⁴ dépenses d'abonnement à des revues, acquisition de supports pédagogiques, et cotisations à des associations de formation sur le modèle Unafornec.

⁵ dans la limite de 320€

- le recours à un médecin habilité, ou alors le recours à un organisme de formation se situant dans leur mouvance syndicale ;
- par ailleurs, le barème à satisfaire pour respecter l'obligation, proposé par les CNFMC, prévoit dans son état actuel la prise en compte d'éléments qui constituent des supports directs de promotion pour l'industrie pharmaceutique ;
 - plus généralement, les organismes de formation sont fortement dépendants de l'industrie pharmaceutique pour leur financement; leurs prestations risquent dès lors de prendre en compte d'une manière ou d'une autre les intérêts de l'industrie pharmaceutique.

En vue de renforcer la rigueur des procédures, la mission recommande, d'une part, d'imposer le recours à des rapporteurs indépendants dans la procédure d'agrément et, d'autre part, pour la validation des actions de formation, de renforcer progressivement la rigueur des critères de sélection des publications médicales prises en compte, et d'exclure explicitement l'attribution de "crédits" au titre des études de phase IV sur les médicaments.

La fragilité juridique et conceptuelle des fondements du dispositif de FMC

La distinction entre EPP et FMC paraît fragile.

La définition de l'EPP retenue aujourd'hui par les textes n'est pas claire, les définitions retenues respectivement par la loi, par le décret du 14 avril 2005 ou par la HAS n'étant pas cohérentes. La HAS donne une définition très extensive de l'EPP entendue 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 ». Elle ajoute que « l'appellation évaluation des pratiques professionnelles recouvre l'ensemble des démarches d'amélioration des activités de soins ». Selon la HAS, l'EPP devrait dès lors comporter, en plus d'une « action d'évaluation à caractère ponctuel », un « programme continu d'amélioration des pratiques professionnelles fondé sur des cycles d'amélioration successifs » tout au long de la période de référence de cinq ans. Cette définition brouille incontestablement la frontière entre l'EPP et la FMC traditionnelle.

Or, la FMC et l'EPP sont gérées par des dispositifs distincts, l'agrément des organismes de FMC revenant aux CNFMC et celle des organismes d'EPP à la HAS. A cette fragilité conceptuelle, source potentielle d'incertitude pour les organismes qui vont demander leur agrément, s'ajoute une fragilité juridique, la compétence de la HAS pour agréer les organismes d'EPP n'ayant pas de base législative certaine.

Pour remédier à ces difficultés, il serait nécessaire de modifier la loi pour donner compétence à la HAS pour l'agrément des organismes en matière d'EPP, pour clarifier la définition légale de l'EPP actuellement limitée à l'évaluation individuelle des pratiques, enfin pour renvoyer à un décret la fixation des critères de l'agrément.

L'absence d'un cadre clair de pilotage

La multiplicité des acteurs et la séparation instituée entre les décideurs administratifs et les décideurs financiers rend difficile le pilotage de la FMC, même si le but semble moins éloigné pour les médecins salariés des établissements de santé que pour les médecins libéraux. La

situation la plus délicate est celle de l'EPP pour laquelle aucune procédure de pilotage financier n'est prévue.

Les dispositifs de pilotage institués pour la FMC proprement dite ne sont pas opérationnels. Il appartient aux conseils nationaux de FMC de fixer les orientations nationales et les thèmes prioritaires de formation, qui doivent être pris en compte par les organismes candidats à l'agrément et pour la validation du respect de l'obligation de FMC, conformément à l'article L. 4133-2. Mais ces procédures sont inadaptées au pilotage annuel d'une politique de FMC ciblant un petit nombre de priorités concrètes. L'orientation réelle des actions appartient dans ces conditions aux financeurs, et les conseils de FMC ne peuvent exercer qu'une magistrature d'influence sans avoir réellement les moyens de mettre en œuvre une politique.

Pour l'EPP, la situation semble encore moins propice à la conception et à l'application d'une politique. Aucune priorité ne semble devoir être définie, ni par la HAS qui agréée les organismes, ni par la CNAMTS appelée à financer les dispositifs via le FAQSV. Il n'est pas prévu par exemple d'accorder une priorité en 2006 aux premiers référentiels relatifs au traitement des affections de longue durée publiés par la HAS. Il paraît pourtant difficile de considérer, à l'instar de certains interlocuteurs rencontrés par la mission, qu'évaluer la tenue de la partie administrative du dossier médical ou la qualité de l'accueil au cabinet libéral puisse constituer des objectifs suffisants d'évaluation des pratiques, même les premières années.

Le choix du support logistique des CNFMC

Le bon fonctionnement des conseils nationaux de la formation médicale continue nécessite un support logistique adapté et le respect de règles procédurales de nature à garantir l'impartialité et la régularité des agréments. Par ailleurs, la validation du respect des obligations individuelles de FMC et d'EPP par les conseils régionaux de formation médicale continue, adossés aux conseils régionaux de l'Ordre, impose la mise en place d'une gestion informatique. Le support de gestion devrait permettre de répondre à trois objectifs essentiels, sécuriser et professionnaliser le fonctionnement des CNFMC, garantir la qualité des activités des CNFMC et leur cohérence avec celles des autres intervenants, assurer des coûts de gestion raisonnables. Le support de gestion devrait également respecter l'indépendance des conseils à l'égard de pressions extérieures, la préoccupation du resserrement des structures du champ sanitaire, et la prise en compte des contraintes des organismes d'accueil éventuels.

L'examen des différentes options possibles au vu de ces critères permet de considérer que la création d'une structure dotée de la personnalité morale ne paraît pas justifiée au regard notamment du volume d'activité prévisionnel des CNFMC. Les options d'adossement à la CNAMTS, au FAF PM ou à la future Ecole pratique des Hautes études en santé publique ne vont pas par ailleurs dans le sens d'une clarification des rôles. Le Ministère de la santé, enfin, n'a ni les moyens ni vocation à servir de support logistique aux CNFMC. Au total, L'Ordre national des médecins et la Haute autorité de santé constituent les seules options d'adossement réellement pertinentes, la balance penchant en faveur de la HAS dans une vision à long terme de l'avenir du dispositif et de son unification souhaitable. La mission recommande de modifier la loi pour confier à la HAS la mission d'hébergement des CNFMC et de fixer dans un protocole d'accord à conclure entre le Président de la HAS et les Présidents des CNFMC les usages à respecter pour le bon fonctionnement des CNFMC au

quotidien, en leur laissant toute l'autonomie désirable. La gestion du système d'information serait confiée à l'Ordre, qui bénéficierait au départ d'un concours financier significatif de l'Etat, justifiant la mise en place d'une maîtrise d'ouvrage partagée.

La rationalisation des financements publics et le renforcement du contrôle de l'utilisation de l'ensemble des fonds, publics ou privés, devraient permettre de répondre aux besoins de financement du dispositif, de mieux garantir sa transparence, son indépendance et sa qualité et d'assurer l'adéquation des formations suivies par les médecins aux priorités de la politique de santé.

Consolider les ressources existantes

Il paraît prématuré de mobiliser aujourd'hui davantage de fonds publics dans la FMC compte tenu des incertitudes qui pèsent sur sa conception et son fonctionnement. Les tentatives successives pour créer un fonds unique regroupant les fonds institutionnels publics et privés sont restées lettre morte en raison des querelles syndicales, marquées par les divisions entre généralistes et spécialistes. La persistance de ces conflits conduit à différer la création d'un tel fonds. Il reste souhaitable, en revanche, de mettre en place pour les médecins libéraux des financements publics plus indépendants des intérêts syndicaux et de ceux de l'industrie biomédicale.

Les objectifs de simplicité, d'indépendance dans la gestion des fonds publics et d'efficacité dans leur emploi, conduisent à préconiser la création au sein de la CNAMTS d'un fonds unique de promotion de la FMC et de l'EPP, dépourvu de la personnalité morale. Les recettes du fonds proviendraient, à enveloppe constante, d'un prélèvement sur le produit des différentes taxes et remises versées par les industries de santé à l'assurance maladie. L'objectif d'indépendance conduit à écarter les organisations syndicales de médecins, non pas du fléchage des priorités pour l'emploi des fonds publics, mais de leur gestion. La Cour des Comptes, comme l'IGAS, ont déjà eu l'occasion de souligner qu'il n'y a pas de raison de lier la mobilisation des fonds publics destinés à la FMC aux aléas de la vie conventionnelle. La mission recommande par ailleurs de confier à la HAS, déjà en charge de leur formation, le soin de rémunérer les médecins habilités à mettre en œuvre l'EPP.

La gouvernance du fonds de promotion de la FMC pourrait être confiée à l'UNCAM, qui aurait à prendre en compte les priorités de financement des autres acteurs, notamment le Ministère de la santé, les CNFMC et la HAS, dans le cadre éventuel de conventions. Les opérateurs de l'assurance maladie complémentaires pourraient contribuer à ce fonds pour le financement d'actions correspondant à leurs priorités.

Mieux garantir la transparence de l'utilisation des financements de la FMC

Les interventions des firmes en matière de FMC ne se limitent pas au financement pérenne d'organismes de formation dont l'agrément est confié aux CNFMC, mais s'exercent aussi dans le cadre des dérogations prévues en faveur de la formation médicale continue par la loi anti-cadeau (article 4113-6 du code de la santé publique). Il convient de mettre en place des mécanismes efficaces pour préserver la qualité et l'indépendance des formations financées. La mission propose qu'une charte relative à la FMC soit établie entre le LEEM, la HAS et le comité économique des produits de santé. En vertu de cette charte, les actions financées par

l'industrie devraient être conformes -comme l'ensemble des actions de formation- à des référentiels de qualité définis par la HAS en liaison avec les CNFMC. Il serait par ailleurs souhaitable que le recrutement des médecins pour les actions de formation ne passe plus par l'intermédiaire du visiteur médical. Des organismes accrédités par la HAS seraient chargés de vérifier le respect de ces référentiels, dont le défaut exposerait la firme à deux type de sanctions, d'une part la requalification de ses dépenses de formation en dépenses de promotion entrant dans l'assiette de la taxe et, d'autre part, son éventuelle exclusion in fine du dispositif de conventionnement prévu à l'article L 162-17-4 du code de la sécurité sociale.

Il conviendrait également pour les établissements de santé de rendre obligatoire la communication à l'employeur des contrats conclus entre un praticien et un industriel de santé.

La participation du FAF PM au financement des actions de FMC pourrait être maintenue, sous réserve d'en renforcer la pertinence et la qualité par des garanties de procédure et en favorisant la convergence des financements du FAF avec les priorités fixées par les CNFMC dans le cadre d'une convention.

Mieux assurer le pilotage du dispositif de FMC

Le pilotage du système et l'orientation des financements vers les priorités doit tenir compte de la relative complexité de la chaîne des instances ayant vocation à s'exprimer en la matière, notamment à l'hôpital, depuis le Ministre jusqu'à chaque praticien hospitalier. Le contexte juridique conduit à distinguer la FMC de l'EPP.

Pour la FMC des praticiens salariés hospitaliers, une marge de manœuvre pourrait être laissée aux établissements de santé pour adapter le barème du CNFMCH à leurs objectifs spécifiques. Pour l'EPP, la possibilité pourrait être offerte aux praticiens hospitaliers de déléguer à la CME la gestion de leur dossier et sa transmission aux CRFMC. La CME devrait en tout état de cause être informée de l'issue de la procédure d'évaluation quinquennale. Il conviendra de préciser, enfin, les conditions d'articulation de l'obligation quinquennale d'EPP avec deux autres dispositifs d'évaluation hospitaliers, l'accréditation quadriennale des établissements, susceptible de comporter des exigences en matière d'EPP d'une part, et la procédure spécifique d'accréditation des médecins et des équipes médicales qui pratiquent des activités à risque (article L 4135-1 du code de la sané publique), d'autre part.

Pour les praticiens libéraux, les propositions faites pour la création et la gouvernance d'un fonds de promotion de la FMC répondent au souci de flécher la contribution de l'assurance maladie. Pour accroître l'efficacité individuelle des procédures d'EPP, la possibilité devrait être laissée à chaque médecin d'accéder aux données de l'assurance maladie le concernant pour l'observation des référentiels, et de les transmettre au médecin habilité comme à l'organisme agréé.

Pour les médecins salariés non hospitaliers, le CNFMCS pourrait lancer une enquête de besoins déclinée par profession, afin d'éclairer la définition des priorités .

Prévoir une mise en œuvre progressive

Il convient enfin d'assurer une mise en œuvre progressive et maîtrisée du dispositif de formation médicale continue qui nécessite la mise en place de moyens de contrôle et d'évaluation.

Il paraît nécessaire d'organiser l'information claire et complète des médecins sur les dispositifs de FMC et d'EPP, comme sur les caractéristiques des formations qui leur sont proposées localement. La mission recommande au ministère de la santé d'accompagner la mise en place de la réforme par un plan de communication spécifique, et de définir les caractéristiques des formations qui doivent être portées à la connaissance des médecins .

Des programmes de contrôle et d'évaluation devraient être mis en place pour vérifier le bon fonctionnement des dispositifs de FMC et d'EPP, et apprécier leur impact sur l'évolution des pratiques. La mission recommande de diligenter des contrôles spécifiques de la gestion des URML, des principaux organismes de formation financés par l'assurance maladie et du FAF PM. Le contrôle de premier niveau des organismes de formation serait confié à l'assurance maladie.

La mise en œuvre du dispositif devrait se faire graduellement en prévoyant des étapes d'évaluation. Pour 2006, l'inégale maturité des éléments du dispositif d'EPP à mettre en place pourrait justifier l'ouverture d'une période expérimentale aussi brève que possible. La mission recommande d'adosser sans délai les CNFMC à la HAS, de négocier avec le Conseil national de l'ordre des médecins une convention pour le développement du système d'information, et de procéder aux premiers agréments par la HAS de programmes d'EPP proposés par les organismes, sous réserve de vérifier que le décret pouvait bien désigner la HAS comme autorité compétente pour l'agrément des dispositifs, celle-ci ne semblant pas disposer d'une compétence d'agrément des organismes dans l'état actuel des textes. Au cours d'une période expérimentale de deux ans, le suivi d'un programme continu d'amélioration des pratiques serait optionnel, et laissé au choix des médecins volontaires. La loi ferait alors l'objet des aménagements jugés pertinents au vu des résultats obtenus.

Sommaire

INTRODUCTION.....	4
PREMIÈRE PARTIE- LES CONSTATS.....	8
1.1 L'ÉCLATEMENT INSTITUTIONNEL SELON LES PROFESSIONS, LES MODES D'EXERCICE ET LES MÉTHODES DE FORMATION CONTINUE.....	8
1.1.1 <i>Pour les auxiliaires de santé , la définition des dispositifs de formation continue nécessite de clarifier leurs cadres actuels d'organisation professionnelle</i>	8
1.1.1.1 Des principes communs aux différentes professions	8
1.1.1.2 La complexité et l'absence de stabilisation des régimes d'organisation de ces professions ne facilitent pas la définition des modalités de mise en oeuvre de l'obligation de formation continue	9
1.1.2 <i>Le régime de formation continue des pharmaciens est très proche de celui des médecins</i>	9
1.1.3 <i>Les contours des dispositifs de formation continue des dentistes et des sages-femmes restent à déterminer</i>	10
1.1.4 <i>Tableau de synthèse pour les professionnels autres que les médecins</i>	10
1.1.5 <i>Les médecins sont soumis à une double obligation de formation médicale continue et d'évaluation des pratiques professionnelles dont la gestion est encadrée</i>	11
1.1.5.1 Les obligations individuelles de formation médicale continue et d'évaluation des pratiques professionnelles sont cumulatives	11
1.1.5.2 Ces deux obligations font l'objet de régimes juridiques distincts	12
1.2 DES DONNÉES LACUNAIRES	12
1.2.1 <i>Le manque de données sur les pratiques actuelles de FMC et d'EPP</i>	12
1.2.1.1 Les pratiques de FMC et d'EPP des médecins libéraux.....	13
1.2.1.2 Les pratiques de FMC et d'EPP dans les établissements de santé	16
1.2.1.3 Les pratiques de FMC et d'EPP des médecins salariés.....	18
1.2.2 <i>Le manque de données sur les coûts de formation, les financements et leur répartition</i>	18
1.2.2.1 Le financement de la formation des libéraux fait une large place à l'industrie pharmaceutique.....	18
1.2.2.2.Le financement de la formation des hospitaliers repose aujourd'hui aussi en partie sur l'industrie biomédicale	22
1.2.2.3.Le financement de la formation des médecins salariés reposera sur leurs employeurs.....	23
1.3 L'OMNIPRÉSENCE DES CONFLITS D'INTÉRÊTS DANS LA GESTION ET LE FINANCEMENT DE LA FMC	23
1.3.1 <i>L'état des lieux</i>	23
1.3.2 <i>Les propositions susceptibles de contribuer à l'assainissement de la procédure d'agrément et de validation de l'obligation d'EPP</i>	26
1.3.2.1 Imposer le recours à des rapporteurs indépendants dans la procédure d'agrément.....	26
1.3.2.2 Faire rémunérer les médecins habilités par la HAS et les mettre à disposition des URML	26
1.3.2.3 Renforcer la rigueur du barème de cotation pour le respect de l'obligation.....	27
1.4 LA FRAGILITÉ DES CONCEPTS ET DES BASES JURIDIQUES GOUVERNANT LA FORMATION MÉDICALE CONTINUE.	27
1.4.1 <i>La fragilité des concepts</i>	27
1.4.2 <i>La fragilité des fondements juridiques de la formation médicale continue</i>	29
1.4.2.1 La définition juridique de l'EPP doit être clarifiée.	29
1.4.2.2 La compétence de la HAS pour l'agrément des organismes d'EPP doit être expressément inscrite dans la loi.	31
1.4.2.3 La forme juridique des agréments délivrés par les conseils nationaux de FMC mérite d'être précisée.	33
1.4.2.4 Pour la formation professionnelle conventionnelle, le partage des compétences entre les commissions conventionnelles et l'organisme gestionnaire conventionnel (OGC), ainsi que l'imputation des dépenses sur le FNASS de la CNAMTS, appellent une clarification.	34
1.5 UN PILOTAGE PROBLÉMATIQUE.	35
1.5.1 <i>Les dispositifs de pilotage institués pour la FMC proprement dite ne sont pas opérationnels</i>	35
1.5.1.1 L'insuffisante présence de l'Etat et l'absence de l'assurance maladie.....	35
1.5.1.2 Des moyens d'action inadaptés.....	35
1.5.2 <i>Le pilotage de l'EPP reste à concevoir</i>	36

DEUXIÈME PARTIE : LES PRÉCONISATIONS POUR LE SUPPORT LOGISTIQUE ET LE FONCTIONNEMENT DES CONSEILS NATIONAUX DE LA FORMATION MÉDICALE

CONTINUE.....	37
2.1 LES ÉLÉMENTS DE CADRAGE	37
2.1.1 <i>les objectifs et les principes à prendre en compte pour le choix du support logistique</i>	37
2.1.1.1 Les objectifs.....	37
2.1.1.2 Le principe d'indépendance des CNFMC.....	41
2.1.1.3 L'objectif de resserrement des structures dans le champ sanitaire.....	41
2.1.1.4 Les contraintes des organismes d'accueil potentiels.....	41
2.2 LE CHOIX DU SUPPORT LOGISTIQUE	42
2.2.1 <i>La création d'une structure dotée de la personnalité morale ne paraît pas justifiée</i>	42
2.2.2 <i>Les options d'adossment à la CNAMTS, au FAF PM ou à la future Ecole pratique des Hautes études en santé publique ne vont pas dans le sens d'une clarification des rôles</i>	42
2.2.3 <i>Le Ministère de la santé n'a pas vocation à servir de support logistique aux CNFMC</i>	43
2.2.4 <i>L'Ordre national des médecins et la Haute autorité de santé constituent les options d'adossment les plus pertinentes</i>	43
2.2.4.1 Les éléments du choix entre un adossment au CNOM ou à la HAS	44
2.3 LES INSTRUMENTS JURIDIQUES ET FINANCIERS DE LA SOLUTION PROPOSÉE.	45
2.3.1 <i>L'adossment du secrétariat des CNFMC à la HAS</i>	45
2.3.2 <i>La gestion informatique des dossiers individuels des médecins par le Conseil national de l'ordre des médecins</i>	46
2.4 L'ADAPTATION DES SOLUTIONS PROPOSÉES POUR LES MÉDECINS AUX AUTRES PROFESSIONS DE SANTÉ.	47
TROISIÈME PARTIE - LES PRÉCONISATIONS POUR LE FINANCEMENT, LE PILOTAGE ET LA MISE EN ŒUVRE DU SYSTÈME.....	49
3.1 LES PRÉCONISATIONS POUR LE FINANCEMENT DES ACTIONS EN FAVEUR DES MÉDECINS : CONSOLIDER LES RESSOURCES EXISTANTES ET MIEUX GARANTIR LA TRANSPARENCE DE LEUR UTILISATION	49
3.1.1 <i>Les raisons de ne pas réunir les financements publics (assurance maladie) et privés (FAF-PM) destinés aux médecins libéraux dans un fonds unique</i>	49
3.1.2 <i>La nécessité de mettre en place pour les médecins libéraux des financements publics indépendants des intérêts syndicaux</i>	50
3.1.2.1 L'objectif de simplicité conduit à réunir les financements de l'assurance maladie dans un fonds unique dépourvu de la personnalité morale.	50
3.1.2.2 L'objectif d'indépendance conduit à écarter les organisations syndicales des médecins, non pas du fléchage des priorités pour l'emploi des fonds publics, mais de leur gestion	51
3.1.2.3 L'objectif d'efficacité conduit à mettre en balance trois options pour la gouvernance du fonds de promotion de la FMC.	53
3.1.3 <i>Assurer la transparence du financement de l'industrie pharmaceutique et garantir sa qualité ...</i>	54
3.1.3.1 Assurer la transparence des financements de l'industrie pharmaceutiques.....	55
3.1.3.2 Mettre en place des mécanismes dissuasifs pour préserver la qualité et l'indépendance des formation financées	56
3.1.4 <i>Maintenir la participation du FAF PM au financement des actions sous réserve de renforcer leur pertinence et leur qualité</i>	57
3.2 LES PRÉCONISATIONS POUR LE PILOTAGE DU DISPOSITIF: DANS LE CADRE DES PRIORITÉS DE FMC RETENUES, GARANTIR UNE ALLOCATION DES FINANCEMENTS CONFORME AUX PRIORITÉS DES DIFFÉRENTS DÉCIDEURS PUBLICS.	58
3.2.1 <i>Pour les praticiens hospitaliers et les praticiens hospitalo-universitaires, les textes pourraient mieux garantir la cohérence entre les priorités collectives fixées au niveau national comme à celui de l'établissement, et les priorités individuelles de chaque praticien</i>	58
3.2.1.1 Pour la FMC proprement dite.	59
3.2.1.2 Pour l'évaluation des pratiques professionnelles.	61
3.2.2 <i>Pour les praticiens libéraux</i>	62
3.2.2.1 Le fléchage collectif de l'emploi des fonds de l'assurance maladie pour l'EPP et la FMC des médecins libéraux.	62
3.2.2.2 Le fléchage individuel des thèmes d'EPP et de FMC pour les médecins libéraux à partir de l'exploitation des données de l'assurance maladie.....	63
3.2.2.3 L'éventuel fléchage sur l'EPP du crédit d'impôt pour la formation des chefs d'entreprise libérale.	63
3.2.3 <i>Pour les médecins salariés non hospitaliers</i>	64

3.3	LES RECOMMANDATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF	64
3.3.1	<i>Mettre en place les conditions d'une information claire et complète des médecins sur les dispositifs de FMC et d'EPP</i>	65
3.3.2	<i>Assurer le contrôle et l'évaluation des dispositifs de FMC et d'EPP</i>	65
3.3.2.1	Le contrôle du bon fonctionnement des dispositifs de FMC et d'EPP doit être assuré	65
3.3.2.2	Evaluer l'impact des dispositifs d'EPP et de FMC sur les pratiques	66
3.3.3	<i>L'intérêt d'une mise en œuvre progressive.</i>	67
3.3.3.1	L'inégale maturité des différents éléments nécessaires au démarrage du dispositif	67
3.3.3.2	Le choix d'un scénario	67

ANNEXES

Introduction

Par lettre du 27 juin 2005¹, le ministre de la santé et de la solidarité et le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille ont demandé à l'Inspection générale des affaires sociales d'effectuer une mission relative à l'organisation juridique, administrative, et financière de la formation continue des professions médicales et paramédicales. Lancée en septembre 2005, cette mission comportait deux volets principaux:

1. La détermination d'une solution adéquate pour la prise en charge des besoins de fonctionnement des conseils nationaux et régionaux de la formation continue.
2. La formulation de recommandations pour le financement des actions, avec deux préoccupations essentielles, les conditions de solvabilisation de la demande des professionnels désormais soumis à une obligation individuelle de formation d'une part, l'indépendance et la qualité des formations offertes d'autre part.

En accord avec le cabinet du ministre, il est apparu rapidement que la mission devait **centrer ses investigations et recommandations en priorité sur la formation médicale continue (FMC)**, dispositif le plus avancé et objet d'une forte attente de la profession, après une longue période de blocage. En dehors de la FMC, la mission se limiterait à évoquer les **conditions éventuelles de transposition aux autres professions médicales et paramédicales** des préconisations avancées pour les médecins.

Ce choix a été dicté par l'ampleur du champ initialement envisagé, caractérisé par une profusion de textes en constante évolution, et par l'hétérogénéité des professions concernées, dotées de statuts et de conditions d'exercice très divers, et présentant par ailleurs des degrés très variables de structuration et d'organisation collectives. Dans les délais relativement courts impartis à la mission, il a semblé plus pertinent, plutôt que se disperser à la recherche d'improbables synergies et mutualisations interprofessionnelles en matière de formation continue, de centrer ses efforts sur la mise en route et la consolidation du dispositif institutionnel de FMC prévu par la loi, aux enjeux plus immédiats et structurants pour la qualité, la sécurité et l'efficacité du système de santé.

Une histoire mouvementée, marquée par la fréquence des textes restés lettre morte

La mise en place rapide d'un cadre opérationnel d'organisation et de financement, propre à garantir le respect des objectifs fixés par la loi en matière de FMC, constitue un objectif d'autant plus prioritaire que les diverses tentatives de refonte du système de FMC engagées au cours des dix dernières années sont restées jusqu'à présent lettre morte², les textes étant souvent remplacés par de nouvelles dispositions avant même d'avoir connu un début d'exécution.

Initiée en 1996 avec les ordonnances portant réforme du système de santé, la réforme de la formation médicale continue a constamment échoué depuis sur des problèmes de gouvernance et de financement, sur fond de rivalités syndicales. Le principe d'une obligation individuelle a été assez vite admis³, en revanche l'objectif de réunir les différentes sources de financement des actions dans un fonds unique s'est heurtée à un blocage persistant.

¹ La lettre de mission figure en **annexe 1**.

² Voir la liste de ces textes en **annexe 2**.

³ La question des sanctions de l'obligation demeurant par contre plus sensible.

La situation actuelle

Aujourd'hui, le dispositif de FMC défini par la loi et le décret en cours d'adoption prévoient que tous les médecins, quel que soit leur mode d'exercice, sont soumis à une obligation individuelle de formation dont le respect doit être vérifié tous les cinq ans. La gestion du système est confiée à la profession, avec d'une part trois Conseils nationaux de formation médicale continue⁴ (CNFMC), chargés notamment d'agréer les organismes de formation et d'établir des barèmes nationaux pour le respect de l'obligation, d'autre part des Conseils régionaux de la formation médicale continue⁵ (CRFMC) chargés de vérifier le respect de l'obligation individuelle.

Les trois CNFMC, installés en février 2004, ont réussi à travailler en bonne intelligence, à établir des relations constructives avec la Haute autorité de santé (HAS) et à produire chacun un rapport.

La loi relative à l'assurance maladie du 9 août 2004 est venue bouleverser ce paysage en instaurant pour les médecins une obligation parallèle d'évaluation de leurs pratiques professionnelles (EPP). La gestion de ce dispositif a été confiée à la Haute autorité de santé⁶, chargée d'agréer les organismes compétents pour évaluer les pratiques professionnelles et de former les médecins des Unions régionales de médecins exerçant à titre libéral (URML) habilités à la mettre en œuvre. En définitive, l'articulation de ces deux dispositifs se fera, d'une part, en soumettant l'agrément des organismes d'EPP à l'avis préalable des CNFMC et, d'autre part, en confiant à une même instance, les CRFMC, le soin de valider le respect des deux obligations.

Les textes actuels ne prévoient pas de dispositif spécifique pour le financement de la FMC ni de l'EPP.

Les praticiens hospitaliers et les médecins salariés bénéficient aujourd'hui des financements prévus par les textes en matière de formation professionnelle continue. Les médecins hospitaliers participent par ailleurs à des actions de formation prises en charge par les firmes pharmaceutiques et les entreprises de dispositifs médicaux.

Pour les libéraux, le financement de la FMC repose aujourd'hui pour l'essentiel sur trois sources d'importance très inégale, en premier lieu l'industrie pharmaceutique, en deuxième lieu l'assurance-maladie dans le cadre de la convention médicale, et plus marginalement le Fonds d'assurance formation des professions médicales (FAF PM) mis en place dans le cadre de la formation professionnelle continue de droit commun relevant du code du travail.

Pour l'EPP des médecins libéraux, il est actuellement prévu de mobiliser des crédits du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV).

Les contours de ces deux dispositifs et leur économie d'ensemble soulèvent de fait plusieurs questions. Il est rapidement apparu que trois d'entre elles méritent une attention plus

⁴ respectivement compétents pour les médecins libéraux, les praticiens hospitaliers et les autres médecins salariés.

⁵ avec un conseil régional unique par région, compétent pour l'ensemble des médecins quel que soit leur mode d'exercice.

⁶ par le décret du 14 avril 2005.

particulière en raison des risques attachés à leur insuffisante prise en compte par les pouvoirs publics:

- la question de la pertinence de la mise en place de deux dispositifs distincts pour l'EPP et la FMC;
- la question du degré d'ambition réel de ces dispositifs ;
- la question de l'indépendance des formations dispensées.

La question de la pertinence de la juxtaposition de deux dispositifs .

La frontière entre formation médicale « classique » et évaluation des pratiques professionnelles mérite d'être tracée plus clairement. Le flou actuel des fondements tant conceptuels que juridiques de leur distinction doit être dissipé, d'autant qu'il est de nature à perturber le bon fonctionnement des procédures d'agrément et à affecter la lisibilité de la réforme. .

La question du degré d'ambition du système

L'impact effectif de la FMC et de l'EPP sur la qualité des prises en charge dépendra largement de la manière dont ces réformes seront appliquées. Or les instances concernées semblent considérer qu'une grande souplesse s'impose tant pour la délivrance des agréments que pour la fixation des modalités de FMC admises pour la validation, et enfin pour la délivrance des attestations individuelles par les CRFMC. Des arguments plaident certes en faveur d'une démarche pragmatique et progressive mais il faut prendre garde au risque de vider durablement les dispositifs instaurés de véritable portée. C'est leur pertinence même qui serait alors en cause

La question de l'indépendance de la FMC

La question de l'indépendance des formations offertes apparaît aussi cruciale qu'épineuse. Elle est étroitement liée à celle du financement des actions.

Si tout le monde s'accorde à considérer que la participation de l'industrie est incontournable, il n'existe aujourd'hui aucun réel contrôle des contenus et de la qualité des formations qu'elle finance. Le risque de détournement de ces actions à des fins de promotion ne peut être minimisé.

Les financements de l'assurance maladie, s'ils prennent en compte la qualité des prestations offertes, sont attribués suivant des procédures qui ne présentent pas toutes les garanties d'indépendance souhaitables. Il en va de même a fortiori pour le FAF PM.

Enfin, la composition même des CNFMC, en particulier celle du CNFMC des médecins libéraux, est porteuse de risques pour l'indépendance des décisions d'agrément.

La prise en compte de ces problématiques est déterminante pour éclairer le choix du support logistique des CNFMC et la définition d'un cadre de financement adapté.

Outre les précédents rapports de l'Igas consacrés à la FMC⁷, les analyses de la Cour des comptes dans ses rapports de 1999 et de 2005, et le rapport de Mme Dominique Laurent de novembre 2002, la mission s'est appuyée pour conduire ses analyses sur les textes relatifs aux réformes successives de la FMC depuis la loi du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les

⁷ rapport n° 93054 de juin 1993 relatif à l'audit du dispositif de la formation médicale continue des médecins libéraux, rapport n° 97123 de décembre 1997 relatif au FAF PM, et rapport n° 98037 d'avril 1998 relatif à la formation médicale continue

professions de santé et l'assurance maladie⁸, les éléments budgétaires et financiers disponibles relatifs au financement des actions, la littérature relative à la définition de l'EPP et à l'impact respectif des différentes actions de FMC et d'EPP sur l'amélioration des pratiques, enfin sur les données comparatives avec quelques systèmes étrangers. Elle a complété ces éléments par de nombreux échanges avec les acteurs intéressés sur la base de questionnaires préalables.

Le rapport issu de ces travaux comporte trois parties:

- la 1^{ère} partie fait le constat que la FMC s'inscrit dans un paysage institutionnel particulièrement complexe, que les données sur les pratiques de formation sont lacunaires, enfin que le dispositif en cours de mise en place repose sur des fondements conceptuels et juridiques fragiles, et se trouve dépourvu de pilotage clair ;
- la 2^{ème} partie est consacrée au choix du support logistique des CNFMC ;
- la 3^{ième} partie est relative aux recommandations pour le financement, le pilotage et la mise en œuvre du système.

⁸ Dans son article 8 relatif aux URML, la loi du 4 janvier 1993 introduit pour la première fois dans le droit positif la distinction entre « formation » et « évaluation des comportements et des pratiques professionnelles ».

Première partie- Les constats

Le dispositif de formation médicale continue comporte des faiblesse préoccupantes qui peuvent affecter son fonctionnement et compromettre la satisfaction de ses objectifs. Quatre faiblesses principales peuvent être identifiées, le manque de données sur les pratiques, les coûts et les financements de la FMC, l'omniprésence des conflits d'intérêts dans la gestion et le financement du système, la fragilité juridique et conceptuelle de ses fondements, enfin l'absence d'un cadre clair de pilotage.

Avant de mettre ces faiblesses en évidence, il convient de rappeler les principales caractéristiques d'un contexte institutionnel particulièrement complexe.

1.1 L'éclatement institutionnel selon les professions, les modes d'exercice et les méthodes de formation continue

Le caractère obligatoire de la formation continue est commun aux différentes professions de santé régies par le Code de la santé publique. Pour les médecins, s'y ajoute une obligation d'évaluation des pratiques professionnelles distincte, qui fait l'objet d'un régime juridique et administratif spécifique. Pour les autres professions, à l'exception des pharmaciens, l'évaluation des pratiques professionnelles constitue simplement une composante essentielle de la formation continue.

Les cadres juridiques, institutionnels et financiers régissant les professions soumises à ces obligations de formation continue et d'évaluation des pratiques apparaissent d'une rare complexité. Leurs règles d'organisation respectives restent très variables. En outre, les dispositifs prévus par les textes successifs sont souvent restés lettre morte.

1.1.1 Pour les auxiliaires de santé, la définition des dispositifs de formation continue nécessite de clarifier leurs cadres actuels d'organisation professionnelle

1.1.1.1 Des principes communs aux différentes professions

Au delà des spécificités de chaque profession, la formation continue des auxiliaires médicaux repose sur un socle commun de principes.

Tout d'abord, si la loi du 9 août 2004 pose comme principe le caractère obligatoire de la formation continue⁹, elle précise que «*cette obligation est satisfaite par tout moyen permettant d'évaluer les compétences et les pratiques professionnelles*». Une seule obligation est donc instaurée, qui peut être satisfaite a priori¹⁰ aussi bien par des actions de perfectionnement des connaissances et d'amélioration des compétences que des actions d'évaluation des pratiques.

⁹ Article L 4382-1 du code de la santé publique (CSP) pour les auxiliaires médicaux.

¹⁰ La terminologie utilisée dans la loi est un peu surprenante puisqu'elle tend à définir les actions de formation continue comme des actions d'évaluation dans tous les cas, sans mentionner la possibilité d'actions d'amélioration des connaissances et des compétences; on peut difficilement concevoir néanmoins que seules les

La loi n'instaure pas de dispositif d'agrément des organismes, que ce soit pour la formation continue ou pour l'EPP. Seule est prévue dans certains cas l'habilitation de professionnels pour mettre en œuvre l'évaluation des pratiques professionnelles. La loi n'instaure pas non plus de suivi individuel ni, par conséquent, de barème de cotation des actions suivies et d'attestation individuelle du respect de l'obligation.

Enfin, compétence est donnée selon les cas aux ordres professionnels ou aux instances nationales et régionales élues par ces professions pour l'organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles.

1.1.1.2. La complexité et l'absence de stabilisation des régimes d'organisation de ces professions ne facilitent pas la définition des modalités de mise en œuvre de l'obligation de formation continue

Le dispositif législatif ne paraît pas stabilisé pour les auxiliaires médicaux, si l'on considère les différences de règles d'organisation de ces professions, dépourvues de véritable rationalité.

L'achèvement et si possible la simplification des règles d'organisation de ces différentes professions faciliteraient incontestablement la mise œuvre de l'obligation de formation continue. Comme le montre le tableau de synthèse présenté au point 1.1.4. infra, d'une part certaines professions ne sont pas dotées d'instances à même de jouer un rôle en matière de formation continue, d'autre part, pour les professions qui en disposent, leur hétérogénéité actuelle est source d'interrogations. A titre d'exemple, on comprend difficilement pourquoi les masseurs kinésithérapeutes et les pédicures podologues sont dotés d'instances ordinales mais pas les infirmiers, ni pourquoi la loi prévoit pour l'évaluation des pratiques professionnelles des masseurs-kinésithérapeutes une habilitation des professionnels par leur Conseil national de l'ordre sur proposition de la HAS, et pour les pédicures-podologues une habilitation directement par la HAS.

1.1.2 Le régime de formation continue des pharmaciens est très proche de celui des médecins

Il faut d'abord préciser que les pharmaciens exerçant en établissement de santé relèvent pour leur formation et l'évaluation de leurs pratiques du même dispositif que les médecins hospitaliers.

Pour les autres pharmaciens, les dispositions en matière de formation continue apparaissent calquées sur celles des médecins¹¹: le respect de l'obligation doit être validé individuellement par des conseils régionaux ou interrégionaux de la formation continue; un conseil national de la formation est chargé de fixer les priorités, les règles de validation, et d'agréer les organismes de formation. A partir du moment où les pharmaciens hospitaliers sont soumis au même régime que les médecins hospitaliers, l'alignement de l'ensemble des pharmaciens paraît de fait s'imposer.

actions visant à prendre la mesure des insuffisances éventuelles soient jugées valables pour la formation continue, à l'exclusion de toute action spécifique d'amélioration des connaissances et des compétences.

¹¹ articles L 4236- 1 et suivants du CSP

Aucune disposition du code de la santé publique ne mentionne directement ou indirectement l'évaluation des pratiques professionnelles pour les pharmaciens libéraux et les pharmaciens salariés non hospitaliers.

1.1.3 Les contours des dispositifs de formation continue des dentistes et des sages-femmes restent à déterminer

Pour les dentistes et les sages-femmes, la loi se borne à fixer les principes d'une obligation de formation continue, dont le respect peut être attesté « par tout moyen d'évaluation des compétences ou des pratiques professionnelles ».

Toutefois, s'agissant de professions médicales, les services du ministère estiment qu'en raison de la nature de leur activité, il y a lieu de leur appliquer un dispositif de formation médicale continue similaire à celui des médecins: validation de l'obligation individuelle, comportant l'agrément des organismes, et la mise en place de conseils nationaux et régionaux ou interrégionaux chargés d'apprécier le respect individuel de l'obligation. Un décret en ce sens est en cours d'adoption pour les dentistes, et devrait être prochainement élaboré pour les sages-femmes. La mission estime nécessaire d'en consolider la base législative pour ce qui concerne les contraintes envisagées (agrément et validation individuelle). Pour ces professions, il serait par ailleurs souhaitable, dans un souci de simplification, que l'évaluation des pratiques professionnelles soit confiée uniquement à des professionnels habilités par la HAS. Les textes devraient prévoir plus clairement, enfin, que l'EPP constitue une composante obligatoire de l'obligation de formation continue,

1.1.4 Tableau de synthèse pour les professionnels autres que les médecins

Il paraît nécessaire au total de réexaminer les conditions de mise en oeuvre de l'obligation de formation continue pour les professionnels de santé autres que les médecins.

Pour les auxiliaires médicaux en particulier, outre le réexamen de leurs cadres d'organisation professionnelle, il conviendrait comme pour les professions médicales également d'affirmer clairement le caractère obligatoire de l'EPP pour le respect de l'obligation de formation continue, ce qui nécessite de clarifier les dispositions législatives actuelles. Pour autant, il ne paraît ni nécessaire ni souhaitable de leur appliquer toutes les dispositions prévues pour les professions médicales telles que l'agrément des organismes de formation et la validation individuelle systématique du respect de l'obligation. Il ne paraît pas non plus nécessaire de mettre en place un échelon régional ou interrégional pour la mise en oeuvre des dispositifs de formation continue.

Le tableau ci-dessous récapitule les dispositions applicables à l'ensemble des professions de santé autres que les médecins.

Tableau relatif aux conditions de mise en œuvre de l'obligation de FMC (hors médecins)

	Compétence en matière de formation continue	Compétence en matière d'EPP	Agrément des organismes de formation	Habilitation des professionnels	Barème de formation continue	validation individuelle	organisation de la profession
Dentistes ¹²	<i>CNFOC</i>	<i>HAS</i>	<i>CNFOC</i>	<i>HAS</i>		<i>CIFOC</i>	<i>Ordre</i>
Sages-femmes	<i>Non fixée</i>	Non fixée	Non fixée	Non fixée	Non fixée	Non fixée	Ordre
Pharmaciens	CNFPC	néant-	CNFPC	néant-	CNFPC	CRFPC	Ordre
Masseurs et pédicures	Les conseils régionaux de l'ordre organisent et participent à des actions d'EPP en liaison avec le CNO et la HAS ¹³		-	Habilitation des professionnels par la HAS ou sur proposition de la HAS ¹⁴	-	-	Ordres
Infirmiers	Conseil interprofessionnel prévu à l'article L 4391-1 du CSP (1)		-	-	-	-	Conseil interprofessionnel
Orthophonistes et orthoptistes			-	-	-	-	Conseil interprofessionnel

(1) Ce conseil n'a jamais été installé, et la loi de 2004 a doté les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures-podologues d'un ordre. Il était prévu que l'assemblée interprofessionnelle nationale coordonne l'élaboration des règles de bonnes pratiques soumises à la Haute autorité, les collègues professionnels participant à l'élaboration des bonnes pratiques

1.1.5 Les médecins sont soumis à une double obligation de formation médicale continue et d'évaluation des pratiques professionnelles dont la gestion est encadrée

1.1.5.1 Les obligations individuelles de formation médicale continue et d'évaluation des pratiques professionnelles sont cumulatives

L'article L 4133-1 du code de la santé publique instaure une obligation de formation médicale continue pour tous les médecins, qui doit faire l'objet d'une validation individuelle. L'article L 4133-1-1 du même code soumet en outre les médecins à une obligation d'évaluation individuelle des pratiques professionnelles sanctionnée par le contentieux du contrôle technique de la sécurité sociale.

¹² dispositions prévues par le projet de décret

¹³ articles L 4321-17 et L 4322-10 du CSP

¹⁴ de façon peu compréhensible, la loi prévoit pour les masseurs –kinésithérapeutes une habilitation par le CNO sur proposition de la HAS, et pour les pédicures-podologues une habilitation directement par la HAS

1.1.5.2 Ces deux obligations font l'objet de régimes juridiques distincts

- La gestion de l'obligation de formation médicale continue est encadrée et sa mise en œuvre est confiée à la profession.

Le dispositif est encadré: les organismes de formation doivent être agréés, l'obligation est soumise à validation individuelle et les règles de validation de l'obligation doivent être formalisées. Sa mise en œuvre est confiée à des instances professionnelles ad hoc, conseils nationaux de la formation médicale continue d'une part, chargés notamment de fixer les priorités de formation médicale continue, d'agréer les organismes et d'établir le barème de validation, conseils régionaux de la formation médicale continue d'autre part, chargés de la validation individuelle de la formation réalisée. Trois conseils nationaux sont créés respectivement pour les médecins libéraux, pour les médecins hospitaliers et pour les autres médecins salariés.

- La gestion de l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles est partagée entre la HAS et la profession

La Haute autorité de santé est compétente pour agréer les organismes aptes à mettre en œuvre l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins, ainsi que pour former et habilitier les médecins libéraux garants de la qualité méthodologique de l'EPP et responsables, au vu des résultats de l'EPP, de formuler des « recommandations » sur le suivi d'actions de FMC transmises au CRFMC. Les « médecins habilités » sont rémunérés par les URML, elles-mêmes chargées depuis leur création par la loi du 4 janvier 1993 de contribuer à la mise en œuvre des actions d'évaluation des pratiques professionnelles. Les conseils nationaux donneront un avis sur l'agrément des organismes aptes à mettre en œuvre l'EPP, et la validation individuelle de l'obligation sera assurée par les conseils régionaux. La HAS et les trois CNFMC se sont mis d'accord sur le principe d'un barème unique pour la validation tant de l'obligation de formation médicale continue que de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Face à la complexité de tous ces dispositifs, à leur inégale maturité et aux enjeux variables de politique de santé qui leur sont associés, la mission a jugé plus pertinent de concentrer ses travaux sur la mise en œuvre du dispositif de formation médicale continue.

1.2 Des données lacunaires

1.2.1 Le manque de données sur les pratiques actuelles de FMC et d'EPP

Qu'il s'agisse des médecins libéraux, hospitaliers ou salariés, on ne dispose pas aujourd'hui de données globales et fiables sur les pratiques réelles en matière de formation médicale continue. Aucun cadre général n'a par ailleurs été prévu pour le suivi des actions d'évaluation des pratiques professionnelles, proposées aux médecins libéraux dans la période récente, que ce soit par les URML ou dans le cadre de la convention médicale.

1.2.1.1 Les pratiques de FMC et d'EPP des médecins libéraux

➤ Les pratiques de FMC

Les pratiques de FMC des libéraux sont difficiles à appréhender pour une double raison : le champ et les contours exacts de ces pratiques sont difficiles à cerner, et les données font défaut.

1° des contours difficiles à cerner

- Le champ de la FMC prête déjà à discussion. La loi définit ses finalités mais pas ses modalités. L'article L4133-1 du code de la santé publique dispose ainsi que la FMC « *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* ». Outre la question primordiale de l'EPP qui sera abordée plus loin, la loi autorise des controverses sur des formations qui ne poursuivent qu'indirectement ces finalités: à titre d'exemple, le Ministère des Finances¹⁵ considère que les formations à l'anglais, même médical, ne font pas partie de la FMC, de même que les formations à l'informatique médicale. Cette interprétation peut sembler rigoureuse, au regard des finalités définies par la loi (ces formations ont pour objet indirect le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins). Il paraît souhaitable qu'une doctrine administrative partagée soit fixée¹⁶.
- Les modalités de formation des médecins libéraux sont par ailleurs très diverses.

Les textes actuels prévoient que chaque médecin inscrit à l'ordre devra pouvoir établir tous les cinq ans qu'il s'est acquitté de son obligation de formation médicale continue. Les CNFMC ont mis au point à cet effet un barème de cotation des actions susceptibles d'être validées au titre de cette obligation. Pour la respecter, chaque médecin devra totaliser un minimum de 250 « crédits » tous les cinq ans. Deux modalités sont essentielles, tout d'abord l'évaluation des pratiques professionnelles, obligatoire et sanctionnable en vertu de la loi¹⁷, ensuite les actions classiques de FMC dites « formations présentesielles ».

Au total, le barème des libéraux, dans sa version actuelle figurant en **annexe 3** regroupe les modalités de FMC dans quatre sous-ensembles:

1-les formations « présentesielles », c'est à dire la FMC au sens classique du terme dont les formes et les modes de financement sont variés. Outre les actions conçues et animées par les organismes de formation nationaux ou locaux (journées et soirées de FMC), elles comprennent également les colloques et congrès¹⁸ relevant de diverses initiatives (organismes de formation, industrie pharmaceutique, universités et sociétés savantes, associations diverses), et les formations universitaires proprement dites, diplômes d'université (DU) et diplômes inter-universitaires (DIU);

=> 100 crédits minimum et 150 maximum.

¹⁵ DGCCRF dans le cadre du contrôle de la loi anti-cadeaux (article L. 4113-6 du CSP).

¹⁶ c'est à dire d'abord par le ministère après avis des CNFMC, s'agissant d'une question d'interprétation des textes, et en interministériel si nécessaire ensuite.

¹⁷ article L 4133-1-1 du CSP issu de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

¹⁸ qui peuvent être organisés à l'étranger, notamment pour les médecins spécialistes.

2-les procédures d'évaluation, soit les actions d'EPP rendues obligatoires par le législateur; =>100 crédits. La HAS estime que ces 100 crédits sont indivisibles, alors que les CNFMC seraient d'un avis plus nuancé.

3-les fonctions exercées par les médecins en matière de formation et de recherche; le barème actuel y ajoute¹⁹ les fonctions de représentation professionnelle (participation institutionnelle comme par exemple la participation aux CNFMC, ou la contribution à des actions de santé publique.).

=> 50 crédits pour l'une ou l'autre de ces fonctions.

4-les formations « individuelles », qui regroupent notamment les lectures de revues et journaux médicaux et le recours aux divers outils pédagogiques médicaux d'une manière générale (cd-roms, dvd, etc..).

=>50 crédits

2° *Des données lacunaires*

Les données dont on dispose aujourd'hui pour apprécier le temps consacré par les médecins en pratique à ces différentes modalités de formation sont très partielles. Les constats dressés par l'Igas dans son rapport de 1998²⁰ restent valables: difficulté de recensement des bénéficiaires de la FMC, difficulté de recensement des associations locales qui interviennent dans ce champ. Hors associations nationales, il existe un tissu d'associations locales dont l'activité reste très informelle.

Les organismes qui interviennent dans le champ de la FMC sont en principe tenus de faire une déclaration à la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP), comme toutes les structures qui interviennent dans le champ de la formation professionnelle. Il n'est toutefois pas possible de les isoler dans les statistiques de la DGEFP, dont la nomenclature enregistre les organismes de formation dans le champ de la santé (au bénéfice de toutes les professions de santé) ; en outre, beaucoup de petites associations locales ne font pas de déclaration à la DGEFP²¹, en raison de la lourdeur du dossier à constituer, d'une faible utilité dès lors qu'elles ne sollicitent pas de financements institutionnels. Le fichier de la DGEFP recense plus de 4000 structures de formation dans le champ de la santé. Les professionnels de la FMC estiment que le nombre d'associations intervenant dans le champ strict de la FMC serait d'environ 2000, déclarées ou non aux services de la formation professionnelle, dont 13 associations nationales. Leur activité et leur financement, dans ces conditions, demeurent évidemment mal connus.

Le tableau de synthèse ci-dessous regroupe les données partielles disponibles en provenance:

- de l'assurance maladie, qui organise et finance des actions de FMC conventionnelles à travers l'organisme gestionnaire conventionnel (OGC);
- du Fonds d'assurance formation de la profession médicale (FAF-PM), créé dans le cadre de la formation professionnelle de droit commun et géré par les organisations syndicales de médecins;
- de l'Unaformec, association nationale de FMC qui fédère un tissu assez dense d'associations locales et de médecins cotisants, dont le nombre exact n'est toutefois pas connu précisément.

¹⁹ de façon moins justifiée au premier abord même si le souhait de valoriser ces fonctions est compréhensible.

²⁰ rapport précité n° 98037 relatif à la formation médicale continue –avril 1998.

²¹ comme le confirme l'Unaformec, toutes les associations de son réseau local ne disposant pas d'un n° d'enregistrement DGEFP.

Tableau relatif au nombre de journées de formation dispensées et au nombre de médecins libéraux formés en 2004

	Assurance maladie	FAF PM	Unaformec
Nb journées de formation réalisées	46 175	8 715	32 072 (1)
Nb de médecins formés	10 819	5 515	(2)

Sources : OGC, FAF PM et Unaformec

(1) en équivalents journées, sur la base de 224 508 heures de formation dispensées (source Unaformec)

(2) 224 598 heures de formation pour 66 193 médecins comptabilisés par l'Unaformec, mais les mêmes médecins peuvent être comptés plusieurs fois

Ces données sont à interpréter avec prudence. Les chiffres fournis ne sont pas consolidés faute des éléments nécessaires, or l'Unaformec réalise par exemple des formations pour le compte de l'assurance-maladie (environ 10% de ses recettes), ainsi que pour le FAF PM (pour un montant négligeable). De plus, les mêmes médecins peuvent participer à plusieurs actions de formation.

Enfin, d'autres formations présentiellees sont organisées par des associations locales pour lesquelles on ne dispose pas de chiffres.

Au total, la marge d'incertitude sur la proportion de médecins libéraux ayant participé à une action de formation dispensée par un organisme de formation apparaît grande: ces chiffres ne signifient pas que les 115 000 médecins libéraux participent à un peu plus d'une journée de formation en moyenne par an²². La distribution de ces quelques **83 760 journées**²³ reste inconnue mais est probablement concentrée sur un petit nombre de praticiens. Au total, si l'Unaformec estime qu'environ 25% des médecins généralistes participent à des formations présentiellees, pour d'autres interlocuteurs cette proportion concernerait entre 10 et 20 % de l'ensemble des médecins libéraux, pour l'essentiel des médecins généralistes.

A ces formations s'ajoutent par ailleurs les *actions de FMC organisées par l'Université*, notamment les formations au long cours donnant lieu à l'attribution de diplômes d'universités (DU) et inter-universités (DIU).

Au total, les personnes rencontrées estiment généralement que la proportion de médecins libéraux qui suivent des formations présentiellees se situe entre 10% et 30%.

➤ Les actions d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

Les actions d'évaluation des pratiques professionnelles sont aujourd'hui d'une part organisées par les URML avec le concours des médecins habilités, d'autre part mises en oeuvre par certaines associations nationales de formation²⁴. On ne dispose pas de bilan national sur le nombre de médecins ayant participé à une action d'évaluation de leurs pratiques professionnelles, ce dispositif étant de fait récent. La proportion de médecins concernée est vraisemblablement faible. A titre d'exemple, l'URML Ile de France indique que 2238 médecins se sont inscrits dans une démarche d'évaluation, un peu plus d'un tiers l'ayant achevée ou commencée.

²² bien au contraire, l'Unaformec indiquant que les médecins membres actifs participent plutôt à une dizaine de soirées de FMC par an plus un ou deux week-ends.

²³ 46 175 jours AM+8715jours FAF+ 90% 32 072 jours Unaformec.

²⁴ Par exemple MG-Form avec les bilans de compétence, ou l'Unaformec via les groupes de pairs.

Enfin, les données sur l'activité des médecins libéraux en matière de formation et de recherche ou de participation à des dispositifs institutionnels (3^{ème} groupe d'actions validables) d'une part, d'auto-formation via des revues et des supports informatiques d'autre part, ne sont pas davantage recensées.

En définitive, il est aujourd'hui impossible d'évaluer avec une fiabilité suffisante la distance qui sépare les pratiques effectives de FMC des médecins libéraux de la cible envisagée par le CNFMC libéral au travers de son barème de cotation prévisionnel (voir en **annexe 3** précitée). Pour les formations présentielle et l'EPP, l'obligation pourrait être satisfaite avec une participation de 2,5 ou 3 journées annuelles²⁵.

Il paraît important de savoir si ces objectifs constituent ou non une exigence forte au regard des habitudes actuelles, pour une double raison : d'abord pour prendre la mesure de l'effort d'accompagnement nécessaire pour faciliter l'engagement des médecins dans la démarche, ensuite pour évaluer correctement l'impact réel de l'obligation sur la qualité des prises en charge dans une étape ultérieure.

Certaines associations de formation estiment que ce degré d'ambition pourrait s'avérer en réalité modeste, du moins pour ce qui concerne la FMC présentielle hors EPP. Ils font valoir qu'avec 3 ou 4 soirées par an ou deux jours de congrès mis en place avec le soutien de l'industrie, l'obligation pourra être satisfaite. Les chiffres recensés dans le tableau ci-dessus ne prennent pas en compte en effet, en principe, ce type d'actions qui concerneraient beaucoup de médecins.²⁶

En conclusion, on peut seulement observer que le degré d'ambition du barème des médecins sera vraisemblablement largement fonction de la plus ou moins grande rigueur des procédures d'agrément : si les soirées, colloques ou congrès ne peuvent être validés que s'ils ont été mis en œuvre par un organisme agréé, d'une part, et si les conditions de délivrance de ces agréments sont strictes, l'effort de mise à niveau pourrait être significatif. Le problème posé est de concilier les exigences nécessaires de qualité et d'indépendance des formations avec les possibilités concrètes d'adaptation du système.

1.2.1.2 Les pratiques de FMC et d'EPP dans les établissements de santé

Le CNFMC des hospitaliers a mené un travail d'enquête en janvier 2005 pour tenter de cerner les pratiques de formation médicale continue des praticiens hospitaliers. Ses principaux résultats présentés ci-dessous doivent être interprétés avec précaution, du fait des biais potentiels qu'ils recouvrent²⁷.

²⁵ cf document des CNFMC du 27 octobre 2004 (2 jours dont 4 à 5 heures d'EPP par an), barème de juillet 2005 (2 jours de formations présentielles par an, plus temps EPP).

²⁶ Il est intéressant d'observer à ce sujet qu'une enquête réalisée par l'URML de PACA sur la formation des médecins libéraux arrive à la conclusion que « 98 % des médecins se forment », alors même que les modalités de formation prises en compte incluent les visites médicales.

²⁷ effet de sélection des établissements et des praticiens ayant répondu.

Tableau relatif aux modes de formation des praticiens hospitaliers

Modes de formation des PH	Nombre de jours par PH	%
Congrès	6,40	23,2
Séances/séminaires	6,35	23
Groupes d'études	6,06	21,9
Participation à des recherches cliniques	3,56	12,9
Participation à des staffs	2,9	10,7
Formations organisées par l'établissement via la CME	1,1	4,1
Animation de formation continue/participation à l'enseignement	0,5	1,9
Lectures d'articles ou de livres scientifiques, de vulgarisation ou d'information générale	0,4	1,3
Consultations et formation par internet	0,3	1
TOTAL	28 jours	100

Source: rapport CNFMCH

Les résultats ne font pas apparaître de différences significatives entre les CHU et les CHG. Ce tableau tend à mettre en évidence des pratiques de formation globalement soutenues pour les praticiens hospitaliers.

Tableau relatif aux thèmes de formation des praticiens hospitaliers

Thématiques	Nombre de jours par médecin	%
Médical	8,48	49,7
Hospitalier (gestion, qualité, sécurité sanitaire, santé publique...)	3,82	22,4
Développement de protocoles	2,92	17,1
Développement professionnel et personnel (bureautique, informatique, langues, communication...)	1,71	10
Formation d'initiation à la recherche	0,13	0,8
TOTAL	17,06 jours annuels	100

Le 2^{ème} tableau ci-dessus, établi pour un sous-ensemble de 100 médecins, et relatif aux thématiques de ces formations, montre qu'un cinquième de ces formations environ concerne des formations organisées par l'hôpital (l'employeur).

Ces résultats, sous les réserves précitées, laissent présager qu'il sera aisé pour ces praticiens de respecter leur obligation de FMC, au vu du projet de barème actuel.

La principale difficulté potentielle concerne la mise en œuvre future de l'EPP. Mais elle devrait moins porter sur des questions de moyens que de conception globale et de déploiement.

1.2.1.3 Les pratiques de FMC et d'EPP des médecins salariés

On ne dispose pas d'éléments sur les pratiques des autres médecins salariés. On trouvera en **annexe 4** quelques éléments sur la diversité des catégories de médecins concernés, tirés du rapport du CNFMC des salariés. La connaissance des pratiques actuelles des médecins salariés justifie de mener une enquête qui pourrait porter en priorité sur les catégories de médecins les plus nombreuses (médecins scolaires et médecins du travail). La difficulté essentielle devrait concerner la mise en place de l'EPP²⁸, qui ne pourra être réalisée que par étapes, en étant adaptée à chacun des métiers pour lesquels elle a véritablement un sens. Par ailleurs, si les pratiques des médecins salariés n'étaient déjà pas toutes conformes aux exigences du barème, le financement de leur mise à niveau devrait pouvoir être opéré dans le cadre des règles de financement de la formation professionnelle²⁹.

Recommandation n° 1:

1° L'exploitation informatique des dossiers individuels de formation des médecins, soumis aux CRFMC pour validation des obligations individuelles d'EPP et de FMC, devra permettre d'alimenter une base de données sur les pratiques de FMC et d'EPP ;

2° dans l'attente de l'exploitation de la base de données, la direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques (DREES) pourrait être chargée, en liaison avec les CNFMC, de lancer une enquête nationale pour mieux connaître les pratiques de formation, en priorité pour les médecins libéraux et les médecins salariés ne relevant pas du CNFMC des praticiens hospitaliers. Pour les praticiens hospitaliers, une enquête en cours pilotée par l'AP-HP devrait enrichir les connaissances en 2006.

1.2.2 Le manque de données sur les coûts de formation, les financements et leur répartition

1.2.2.1 Le financement de la formation des libéraux fait une large place à l'industrie pharmaceutique

- Le manque de données sur les coûts de formation et les financements des libéraux

²⁸ la construction de l'offre de référentiels s'annonçant pour le moins complexe compte tenu de la diversité des catégories de médecins et de la spécialisation de leur activité

²⁹ Les pratiques de formation des salariés étant de longue date placées dans le cadre de dispositions statutaires ou du code de travail; le plancher de financement des actions de formation représente aujourd'hui en application du code du travail, 1,6 % de la masse salariale hors CDD. Certains accords paritaires portent en pratique ce taux à 2,3% de la masse salariale, comme par exemple l'accord de branche UNIFED du 7 janvier 2005.

Il est lié au manque de données sur les pratiques. Les seules sources disponibles sont celles de l'assurance maladie et du FAF PM, dont la synthèse pour 2004 est donnée ci-dessous:

Tableau relatif au coût journalier des formations

2004	Assurance maladie	FAF PM
Nb journées de formation réalisées	46 175	8 715
Coût des actions	17 923 000 €	2 950 000€
Coût total (1)	34 216 000 €	-
Coût journée action	388 €	338 €
Coût total journée	741 €	338€

Source OGC et FAF PM

(1) coût des actions + indemnisation des médecins + coûts de gestion

Hors indemnisation des participants et frais de structure, le coût moyen d'une journée de formation institutionnelle en 2004 pour les libéraux était de l'ordre de 360 €

Les financements institutionnels (OGC+FAF PM) étaient au total de l'ordre de 37 166 000 € y compris les dépenses d'indemnisation des participants par la CNAMTS. Ce tableau permet de constater que l'indemnisation des participants multiplie quasiment par deux les coûts de formation.

Recommandation n° 2 : L'exploitation des dossiers de demandes d'agrément déposés par les organismes devra à l'avenir permettre de disposer des coûts unitaires journaliers ou horaires des actions de formation et d'EPP.

➤ Le niveau des financements et leur origine pour les libéraux

Les seuls financements dont le montant est connu sont les financements institutionnels. Pour 2005, le niveau des financements conventionnels de la FMC a été porté à environ 70 M€ dont une trentaine au titre de l'indemnisation des participants³⁰. S'y ajoutent les financements du FAF PM à hauteur d'environ 5M€. La FMC bénéficie également de divers autres financements institutionnels, non recensés à ce jour: financements du FAQSV notamment, au travers du financement des réseaux, financements ministériels au travers des programmes de santé, .les sommes mobilisées à ce titre restant marginales.

Le financement de l'EPP est aujourd'hui assuré au travers des URML et de l'OGC. Les URML dont les ressources sont constituées par les cotisations des médecins libéraux, organisent des actions d'EPP qui font appel à des médecins habilités³¹ rémunérés par elles. Le montant du produit annuel des cotisations obligatoires aux URML, qui disposent par ailleurs de réserves, s'élève à environ 17,5 M€ (voir **annexe n° 5**). L'assurance-maladie finance également des actions d'EPP proposées par des organismes de formation dans le cadre de la formation professionnelle conventionnelle. La montée en charge de ce dispositif va nécessiter financements complémentaires, dont une partie en 2006 devrait être apportée par le FAQSV, à hauteur de 5 M€³²

Les financements de l'industrie³³ restent opaques. Leur montant exact n'est pas connu. Il serait de toutes façons de l'ordre de plusieurs centaines de millions d'euros, soit un niveau bien supérieur à ceux des financements publics. Les estimations le situent généralement dans

³⁰ Près d'un million d'euros sont en outre destinés au financement d'actions de formation à la vie conventionnelle.

³¹ par l'Anaes et aujourd'hui la HAS, celle-ci assurant la formation des médecins habilités (2, 4M€).

³² pour 11 M€ demandés par la Conférence des présidents des URML

³³ Industrie du secteur pharmaceutique et industrie des dispositifs médicaux pour l'essentiel.

une fourchette de 400 à 600 millions d'euros. Le niveau réel des financements de l'industrie est d'autant plus malaisé à cerner que la frontière entre dépenses de promotion de l'industrie pharmaceutique et dépenses de formation est difficile à tracer.

Le Conseil de l'Ordre des médecins est aujourd'hui destinataire pour avis des conventions dites d'hospitalité, passées entre l'industrie biomédicale et les médecins. L'article L 4113-6 du CSP (dite « loi anti-cadeaux ») interdit en effet de manière générale aux médecins de percevoir des avantages, directs ou indirects, de la part des entreprises biomédicales. Deux types de dérogations sont toutefois prévues en faveur des activités de recherche ou d'évaluation d'une part, et des manifestations à caractère professionnel et scientifique, sous réserve de l'établissement de conventions écrites soumises à l'avis préalable de l'Ordre. L'article L 4113-6 précise dans son dernier alinéa que les dispositions qu'il édicte ne peuvent interdire le financement des actions de formation médicale continue. En conséquence de ces dispositions, les actions de formations financées par l'industrie sont en principe³⁴ soumises à l'Ordre, qui est chargé d'apprécier si elle ne sont pas le simple prétexte à des « cadeaux », au regard des éléments d'hospitalité en jeu. Toutefois, le Conseil de l'Ordre qui reçoit environ 30 000 conventions de toute nature par an au titre de ces dispositions n'est pas en mesure aujourd'hui d'en faire une exploitation statistique : il estime qu'entre un tiers et la moitié de ces conventions entre dans le domaine de la formation médicale continue mais n'est pas en mesure d'en chiffrer l'ampleur financière. Le LEEM, interrogé sur ce point, indique ne pas disposer des éléments d'information nécessaires³⁵.

Recommandation n°3 : il est nécessaire à l'avenir d'assurer l'exploitation des données relatives aux conditions de financement de la FMC par l'industrie: à cet effet, la mission propose d'une part de prévoir dans le décret d'application de l'article L. 4113-6 que les conventions destinées au financement direct ou indirect d'actions de formation devront se conformer à un modèle fixé par arrêté (convention-type), et d'autre part d'assujettir les demandes d'avis à la perception d'une taxe destinée à couvrir les frais de gestion et d'exploitation de ces dossiers par l'Ordre. Le taux de la taxe pourrait être modulé pour favoriser la soumission d'un seul dossier relatif au programme de financement pour l'année.

L'ensemble des acteurs s'accorde à considérer que :

- les financements de l'industrie constituent le vecteur essentiel de financement de la FMC ;
- si une part de ces actions a une visée promotionnelle et ne constitue pas de la FMC susceptible d'être validée au titre de l'obligation³⁶, une autre part concerne des actions de bonne qualité scientifique.

-La profession prend en charge directement certaines dépenses de formation³⁷. Si leur importance n'est pas connue aujourd'hui, il est nécessaire d'en tenir compte dans l'appréciation des besoins de financement des actions. Certaines actions de formations dispensées aujourd'hui sont directement prises en charge et financées par la profession elle-

³⁴ l'Ordre et la DGCCRF estiment que la sous-déclaration n'est pas négligeable.

³⁵ Les dépenses de promotion de l'industrie pharmaceutique représentent 1, 365 milliard d'euros en 2004, d'après le LEEM.

³⁶ L'Ordre indique que l'intérêt en termes de FMC des actions dites d'« enseignement post-universitaires » (EPU) locales est souvent difficile à apprécier: il s'agit d'actions qui réunissent un groupe de médecins locaux avec un spécialiste sollicité dans le cadre de leur réseau, les frais de réunion et d'hospitalité étant assumé par un laboratoire, le visiteur médical étant en général présent.

³⁷ dépenses d'abonnement à des revues, acquisition de supports pédagogiques, et cotisations à des associations de formation sur le modèle Unafornec.

même³⁸ dans le cadre d'associations ad hoc, susceptibles au moins pour une part d'obtenir un agrément.

-L'Etat participe aussi³⁹ indirectement au financement de la formation médicale continue par le biais du régime fiscal applicable aux revenus des libéraux : en vertu des dispositions de droit commun applicables aux bénéficiaires non commerciaux⁴⁰ les dépenses de formation⁴¹ entrent dans le champ des dépenses nécessitées par l'exercice de la profession, déductibles de l'assiette des revenus.

Recommandation n°4 : pour mieux évaluer l'effort propre de la profession pris en compte pour le calcul des BNC, la faisabilité et l'opportunité d'enquêtes périodiques auprès des associations de gestions agréées devrait être étudiée par la DREES.

En outre, à compter des revenus de 2005, les dépenses de formation ouvriront droit à un crédit d'impôt⁴². Le total des dépenses prises en charge par l'Etat au titre de ce crédit d'impôt pourrait se monter en année pleine à 37 M€

Le tableau suivant récapitule les financements institutionnels (hors concours de l'industrie), mobilisables pour l'EPP et la FMC :

Tableau relatif aux financements institutionnels mobilisables pour l'EPP et la FMC.

1. Fonds publics	
a) assurance maladie	70 M€
- convention	5 M€
FAQSV	
b) crédit d'impôt	37 M€
<i>sous-total</i>	<i>112 M€</i>
2. Fonds privés	
URML	17,5 M€
FAF PM	5 M€
<i>sous-total</i>	<i>22,5 M€</i>
3. TOTAL	134,5 M€

Au total, le montant global des financements institutionnels mobilisables pour la FMC des médecins libéraux y compris l'EPP atteindrait donc, **compte non tenu des URML**, près de 112+5=117 M€, à comparer avec les besoins potentiels de financement. Le tableau ci-dessous présente les données relatives à une hypothèse minimaliste⁴³ des besoins de financement :

³⁸ La cotisation des membres finance les coûts de gestion de l'association, et la formation est généralement organisée sous forme de soirées thématiques réunissant les membres adhérents avec la participation d'experts bénévoles; certains groupes de pairs fonctionneraient sur ce modèle.

³⁹ outre les actions qu'il finance au travers de ses programmes de santé publique.

⁴⁰ BNC, article 93-1 du Code général des impôts.

⁴¹ Ces dépenses de formation fiscalement déduites ne sont pas connues, les services fiscaux n'ayant pas la possibilité de les isoler directement, en l'absence d'une rubrique de la déclaration fiscale réservée à cet effet.

⁴² dans la limite de 320€ par an et par médecin.

⁴³ 2 jours de FMC pour les actions présentiels + 0.5 jour d'EPP par an.

Tableau relatif aux besoins de financement potentiels de FMC présentielle et d'EPP

Besoins de formation	Nb de jours requis (1)	Coût journée de l'action	Coût total potentiel actions	Indemnisation des participants	Coût total
FMC	2	340€	78 200 000 € ⁴⁴	77 452 000 € ⁴⁵	155 652 000 €
EPP collective (2)	0.5	(3)	1 407 600 € + 563 500 €(4)	19 363 125 € ⁴⁶	32 603 725€
Epp individuelle	0.5	300€	11 270 000 €		
Total	2,5	-	91 440 600 €	96 815 125 €	188 255 725 €

(1) en application du barème libéraux

(2) hypothèse de répartition: EPP collective pour tous les médecins généralistes, et un tiers des spécialistes; EPP individuelle pour deux tiers des spécialistes.

(3) la rémunération du médecin habilité étant de 240 € la demi-journée pour les MG, et de 300 € pour MS

(4) les médecins étant par hypothèse répartis par groupe de 10

Le tableau ci-dessus fait apparaître, pour des exigences a minima de formation et d'EPP, un besoin de financement net global de l'ordre de $188 - 117 = 71$ M€, **non compris les possibilités des URML**. Hors indemnisation des participants⁴⁷, les financements d'origine institutionnelle pourraient toutefois suffire à couvrir ces besoins⁴⁸.

Le coût de revient moyen d'une demi-journée d'EPP dans cette hypothèse serait d'environ 115 € soit 230 € pour une journée de formation hors indemnisation des participants; en intégrant des coûts de gestion de 10%, ce coût atteindrait 250 €

La principale conclusion est que la mise en œuvre des nouvelles obligations d'EPP et de FMC rend nécessaire l'affectation au financement de ces obligations des fonds que l'assurance maladie consacre à la formation continue.

1.2.2.2. Le financement de la formation des hospitaliers repose aujourd'hui aussi en partie sur l'industrie biomédicale

On a vu que les médecins hospitaliers semblent, au moins pour une partie d'entre eux, d'ores et déjà respecter aujourd'hui les prescriptions du barème de FMC. En principe, le financement des actions de formation médicale continue qu'ils suivent est assuré par leur établissement de rattachement qui doit réserver au minimum:

- 0. 75% de leur masse salariale au financement de leur formation dans les CHG ;
- 0. 5% dans les CHU;
- 1. 6% dans les établissements privés participant au service public hospitalier.

Toutefois, une partie des activités de formation déclarées par les médecins hospitaliers est financée par l'industrie biomédicale, en particulier les congrès et colloques⁴⁹. La question est de savoir si les financements légaux et statutaires peuvent permettre d'assurer à eux seuls le financement de la FMC hospitalière. A priori, la réponse est négative, l'application du taux unitaire de 0. 75% au traitement indiciaire annuel moyen d'un praticien hospitalier ne permettant de dégager qu'une somme de l'ordre de 200 € pour sa formation, soit l'équivalent

⁴⁴ $2j \times 115\,000 \text{ libéraux} \times 340 \text{ €}$

⁴⁵ $(15 \times 20 \text{ €} \times 58\,650 \text{ MG}) + (15 \times 25 \text{ €} \times 56\,350 \text{ MS})$.

⁴⁶ $(58\,650 \text{ MG} \times 7.5 \times 20 \text{ €}) + (56\,350 \text{ MS} \times 7.5 \times 25 \text{ €})$.

⁴⁷ calculée sur les bases actuelles d'indemnisation de la convention médicale.

⁴⁸ Il faut noter que dans cette hypothèse, le redéploiement sur l'ensemble des 115 000 médecins libéraux des financements institutionnels aboutira à pénaliser les médecins qui bénéficient aujourd'hui de ces financements et à diminuer selon toute probabilité leur degré de participation à des dispositifs de formation.

⁴⁹ L'industrie participerait aussi dans certains cas au financement de l'organisation de staffs hospitaliers.

d'une demi-journée de formation si l'on retient les taux de l'assurance maladie. Il faut tenir compte toutefois du fait que l'environnement des médecins hospitaliers est très différent de celui des libéraux et leur offre des perspectives de formation comme les staffs en principe peu coûteuses. Les centres hospitaliers disposent de moins de ressources humaines que les CHU pour organiser ces formations en interne, qui pourraient sans doute davantage être organisées dans le cadre de coopérations inter-établissements. Le recours des médecins hospitaliers aux formations financées par l'industrie pour remplir leur obligation paraît acceptable, sous réserve qu'elles entrent dans le cadre d'une procédure d'agrément ou que leur qualité scientifique et leur indépendance soient garanties par une procédure ad hoc (cf. infra point 313).

S'agissant de l'EPP, les modalités de sa mise en œuvre à l'hôpital restent floues à ce jour. Les CME ont la responsabilité de leur mise en place. Les établissements devraient pouvoir l'organiser en interne, sur la base de référentiels validés par la HAS, et en faisant appel à des « médecins habilités » d'un établissement différent⁵⁰. Le coût de sa mise en place tiendrait alors essentiellement au coût éventuel de remplacement et de déplacement de ces médecins habilités. La question de savoir s'il faut en outre prévoir des dépenses de remplacement pour les médecins qui participent aux séances d'évaluation peut difficilement recevoir une réponse uniforme: elle paraît très liée aux modalités d'organisation et aux ressources mobilisables de chaque établissement⁵¹.

1.2.2.3. Le financement de la formation des médecins salariés reposera sur leurs employeurs

L'inventaire des obligations financières des employeurs des différentes catégories de médecins salariés reste à faire. Le niveau de ces obligations diffère en effet selon le statut de ces médecins, fonctionnaires ou non, et la convention collective de rattachement⁵².

La mise en œuvre de l'EPP et de la formation professionnelle dans leur version minimale (2 jours de formations présentielle et 0,5 jour d'EPP) devraient en règle générale pouvoir être opérée dans le cadre de la formation professionnelle de droit commun.

1.3 L'omniprésence des conflits d'intérêts dans la gestion et le financement de la FMC

1.3.1 L'état des lieux

La gestion de la formation médicale continue, obéissant aux principes généraux de la formation professionnelle de droit commun, fait une place importante aux représentants de la profession. Dans le cas de la FMC, une particularité de cette gestion tient au fait qu'elle peut difficilement être paritaire, les médecins libéraux n'ayant pas d'employeur au sens habituel du terme. Le FAF PM est ainsi dirigé par un conseil de gestion où siègent uniquement les

⁵⁰ Ou à des organismes agréés.

⁵¹ de même d'ailleurs qu'en matière de FMC. Une possibilité pourrait sans doute consister à mettre en œuvre l'EPP dans le cadre des staffs habituels des hôpitaux lorsque c'est possible.

⁵² Voir note 29 supra

organisations syndicales de médecins⁵³. La gestion de la formation professionnelle conventionnelle mise en place par la CNAMTS s'inspire des principes paritaires, avec un comité paritaire conventionnel (CPC) où siègent d'une part les représentants des syndicats signataires de la convention et, d'autre part, les représentants de la CNAMTS.

La gestion de la formation médicale continue est un enjeu important pour les organisations syndicales de médecins qui ont toutes créé des organismes de formation professionnelle dans leur mouvance. Cette situation n'est pas en elle-même critiquable, sous réserve que les procédures de gestion de la FMC en garantissent l'indépendance et la rigueur.

A cette difficulté s'en ajoute une autre, la place de l'industrie biomédicale dans le financement de la formation médicale continue. La prépondérance de fait de l'industrie biomédicale ne peut pas non plus être admise sans garanties solides et contrôle strict des messages délivrés, sauf à accepter que la FMC ait pour fin essentielle la promotion de ses produits, en totale contradiction avec les objectifs affichés de maîtrise médicalisée.

Face à ces enjeux, le dispositif de FMC en cours de mise en place apparaît porteur de risques à plusieurs niveaux.

- Le risque de conflits d'intérêts avec les organismes de formation dans les procédures d'agrément légales et conventionnelles et dans la mise en œuvre de l'EPP reste important

La procédure d'agrément des organismes confiée aux CNFMC peut être critiquée, au même titre que les procédures de financement mises en place par la CNAMTS et le FAF PM. L'organisation de la mise en œuvre de l'EPP ne présente pas non plus toutes les garanties.

- La procédure d'agrément des organismes de formation par les CNFMC risque rapidement de prêter le flanc à des critiques fondées sur son absence d'indépendance. Composés de façon quadripartite, les CNFMC sont chargés de délivrer des agréments aux organismes de formation. Pour les libéraux en particulier, la composition du CNFMC⁵⁴ encourt la critique: en l'absence de garanties de procédures rigoureuses, elle ouvre la voie à des négociations internes fondées sur les intérêts directs ou indirects des membres liés aux organismes de formation. Il ne faut pas sous-estimer ce risque, ni 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.

- La procédure de mise en place de l'évaluation des pratiques professionnelles ne paraît pas non plus exempte de tout conflit d'intérêt. Les URML, qui occupent une place centrale dans le dispositif, sont dotées d'organes dirigeants syndicaux. Ces instances sont chargées notamment d'informer les médecins sur l'EPP et les différentes possibilités d'évaluation qui leur sont offertes⁵⁵. Or, les URML offrent elles-mêmes une option d'évaluation des pratiques professionnelles au travers du dispositif des « médecins habilités » qu'elles rémunèrent. Elles pourraient être tentées d'orienter les médecins vers ce dispositif, ou vers les organismes de

⁵³ A l'exception du dernier syndicat Alliances, signataire de la convention.

⁵⁴ organisations syndicales représentatives; organismes de formation; UFR; représentants de l'Ordre, les membres représentant les syndicats et les organismes de formation composant la majorité des membres

⁵⁵ mise en œuvre par des organismes agréés par la HAS avec ou sans intervention d'un médecin habilité d'une part, ou mise en œuvre intégrale par les médecins habilités d'autre part

formation situés dans la mouvance syndicale de leur majorité de gestion, voire de solliciter un agrément au titre de la FMC ou de l'EPP. Il faut donc là encore entourer la procédure de garanties solides pour assurer la neutralité de l'information délivrée, et si possible l'égalité de traitement au regard des prises en charges financières, quels que soient l'option et l'organisme choisis par le médecin.

- Les conditions d'agrément des formations financées dans le cadre de la formation conventionnelle, et celles mises en œuvre par le FAF PM se heurtent aux mêmes critiques. La CNAMTS s'est certes efforcée de mieux garantir l'impartialité de ses procédures, en mettant notamment en place un véritable conseil scientifique⁵⁶ et en prévoyant d'anonymiser les demandes d'agrément. Toutefois, la sélection finale des organismes éligibles au financement continue d'être opérée par une commission paritaire où ne siègent que les organisations signataires de la convention. Quant au FAF PM, sous réserve des conclusions ultérieures d'un contrôle qui paraît nécessaire (cf. infra point 311), les procédures mises en place paraissent insuffisamment rigoureuses⁵⁷.

- Le dispositif ne paraît pas en capacité de mieux garantir l'indépendance des formations vis à vis des intérêts de l'industrie biomédicale

Ce point paraît particulièrement préoccupant. Le principe de l'indépendance financière des organismes de formation a déjà été abandonné par les CNFMC pour l'agrément des organismes, au motif de l'importance des financements de l'industrie, faute desquels la majorité des organismes de formation se trouverait confrontée à de graves difficultés d'équilibrage financier, et de la possibilité de contrôler l'indépendance et la qualité des formations via l'agrément des organismes. Le suivi du dispositif permettra de vérifier si cette possibilité est effective. Quoiqu'il en soit, la mission constate que le simple objectif de faire la transparence sur les conditions de participation de l'industrie aux formations délivrées n'est pas assuré aujourd'hui :

- la rigueur du barème de cotation des actions de formation est très imparfaite, puisqu'il prévoit la prise en compte d'éléments qui constituent des supports directs de promotion pour l'industrie pharmaceutique. La mission relève que la participation des médecins à des études de phase IV n'est pas explicitement exclue⁵⁸ de la cotation, ensuite que les critères de prise en compte des abonnements à des revues médicales et scientifiques ne sont pas suffisamment fondés sur l'importance relative des espaces réservés à la promotion et aux articles scientifiques indépendants⁵⁹ ;

-la procédure d'agrément dans son état actuel ne peut donner qu'une vue incomplète des avantages consentis par l'industrie pharmaceutique à l'organisme demandeur, et occulter son degré de dépendance réel: les organismes sont certes tenus de fournir leur budget prévisionnel et l'origine de leurs ressources mais en pratique, il est tout à fait loisible à une firme pharmaceutique de contribuer indirectement au financement de l'organisme en prenant notamment à sa charge les éléments d'hospitalité liés à cette formation. Or on a vu que les conventions d'hospitalité des firmes transmises à l'Ordre n'étaient pas facilement exploitables, notamment sur le plan financier ;

⁵⁶ Curieusement, le cahier des charges établi pour l'instruction des offres indique qu'en cas d'avis négatif de chacun des rapporteurs constituant le binôme responsable de rapporter l'offre, un second binôme est constitué.

⁵⁷ Le conseil scientifique ne pouvant sembler t-il en l'état actuel des choses jouer un véritable rôle de filtre.

⁵⁸ comme l'a relevé le LEEM

⁵⁹ on peut estimer que c'est la qualité globale d'une revue du point de vue de son potentiel formatif qui doit être prise en compte, et non pas la qualité de certains de ses éléments seulement : il y a en effet une balance à opérer entre la quantité et la qualité des connaissances qu'elle est susceptible d'apporter et la quantité de messages promotionnels qu'elle véhicule effectivement

-enfin, plus généralement, les organismes de formation sont à des degrés divers dépendants financièrement de l'industrie pharmaceutique. Pour limiter cette dépendance, un plafond de 40% de financement en provenance de l'industrie pharmaceutique avait été un moment évoqué⁶⁰. Mais il a été aujourd'hui abandonné par les CNFMC, ce qui permet l'agrément d'organismes de formation directement créés par des firmes pharmaceutiques⁶¹.

1.3.2 Les propositions susceptibles de contribuer à l'assainissement de la procédure d'agrément et de validation de l'obligation d'EPP.

1.3.2.1 Imposer le recours à des rapporteurs indépendants dans la procédure d'agrément

Pour limiter le plus possible les risques de conflits d'intérêts dans la procédure d'agrément des organismes de formation, la déclaration des conflits d'intérêt potentiels par les membres de CNFMC, prévue par le projet de décret paraît insuffisante. Il ne suffit pas en effet qu'un membre d'un CNFMC s'abstienne de délibérer lors de l'examen de la demande d'agrément de son organisme pour résoudre le problème. Le seul fait qu'il soit membre du CNFMC est de nature à influencer sur la décision des autres membres. Pour être efficace, la prévention des conflits d'intérêt doit reposer en outre sur d'autres garanties de procédures, comme par exemple l'anonymisation des demandes d'agrément pratiquée par la CNAMTS. La mission propose d'instaurer le principe du recours à des rapporteurs indépendants pour l'instruction des demandes d'agrément, soumises à la délibération des CNFMC. L'instruction des demandes par les membres des CNFMC eux-mêmes risque de toutes façons d'entrer rapidement en contradiction avec le principe réglementaire d'exercice des fonctions à titre gratuit.

Recommandation n° 5 : confier l'instruction des demandes d'agrément déposées auprès des CNFMC à des rapporteurs indépendants choisis sur une liste fixée par arrêté du Ministre après avis des CNFMC.

1.3.2.2 Faire rémunérer les médecins habilités par la HAS et les mettre à disposition des URML

Pour limiter les risques de biais dans la délivrance aux médecins d'informations sur l'offre d'évaluation des pratiques professionnelles et de formation médicale continue, la mission propose de dissocier clairement la fonction d'information des médecins sur le dispositif d'EPP confiée aux URML de celle d'opérateur d'EPP⁶² et le cas échéant de FMC. Il paraît difficile en effet de garantir totalement, ne serait-ce qu'en affichage, la transparence des informations sur l'offre d'EPP des URML, à partir du moment où elles sont potentiellement intéressées financièrement aux recommandations faites aux médecins par les médecins

⁶⁰ Plafond global de 40% et pluralités des firmes contribuant au financement, de manière à limiter l'effet de dépendance

⁶¹ tel que l'Institut Lilly par exemple

⁶² A terme, la question se posera de savoir si les URML ne devront pas choisir entre la qualité d'opérateur sur le marché de l'EPP et de la FMC, et l'exercice de la mission de conseil des médecins pour le respect de leurs obligations légales.

habilités⁶³ qu'elles rémunèrent. La mission propose donc de rattacher les médecins habilités pour leur rémunération à la HAS ,qui assure déjà leur formation et leur habilitation.

Cette mesure présenterait d'ailleurs l'avantage de fournir le support pérenne pour la rémunération des médecins habilités aujourd'hui réclamé par les URML.

Recommandation n° 6: faire rémunérer les médecins habilités par la HAS et les mettre à disposition des URML

1.3.2.3 Renforcer la rigueur du barème de cotation pour le respect de l'obligation

Deux mesures sont préconisées à ce titre :

- l'exclusion expresse des études de phase IV⁶⁴ des actions susceptibles d'être valorisées pour la FMC;
- le renforcement de la sélectivité des critères en matières de publications médicales dont l'abonnement donne lieu à l'attribution de crédits (en y ajoutant par exemple le critère de balance globale entre les espaces respectivement réservés à la promotion et à la FMC pour l'appréciation de leur qualité scientifique et pédagogique) et la réduction progressive du volume de crédits attribués à ce titre.

Recommandation n° 7: exclure les études de phase IV des actions de recherche susceptibles d'être valorisées pour la FMC et l'EPP, renforcer la rigueur des critères de labellisation des revues et réduire progressivement le volume des « crédits accordés à ce titre ».

1.4 La fragilité des concepts et des bases juridiques gouvernant la formation médicale continue.

L'article 14 de la loi du 13 août introduit une novation juridique en créant, au sein de l'obligation de FMC, une obligation spécifique en matière d'«évaluation individuelle des pratiques». Cette obligation, distincte de l'obligation générale de FMC, obéit à un régime juridique propre, tant pour l'agrément des « dispositifs » par la HAS que pour la sanction de l'obligation dans le cadre du contentieux du contrôle technique de la sécurité sociale.

L'analyse conduite par la mission montre que la distinction conceptuelle entre EPP et FMC n'est pas claire et qu'au-delà de la confusion conceptuelle, la construction juridique inscrite dans le droit positif comporte de nombreuses faiblesses auxquelles il convient de remédier.

1.4.1 La fragilité des concepts.

L'objectif consensuel consiste à améliorer les pratiques médicales, c'est-à-dire à rapprocher le plus possible la pratique observée du respect d'un référentiel de bonne pratique considéré comme un idéal à un moment donné. Il existe plusieurs méthodes pédagogiques pour se rapprocher du but. De même que pour l'apprentissage de la lecture aux enfants la guerre des méthodes se poursuit en France depuis le 18^{ème} siècle au moins, il existe aujourd'hui en

⁶³ cf la subvention du FAQS pour la rémunération des médecins habilités

⁶⁴ A l'exception de celle demandées par les autorités sanitaires

médecine un débat légitime entre méthodologistes pour savoir quelle méthode est la plus efficace pour améliorer les pratiques.

L'évaluation des pratiques consiste à prendre la mesure des écarts entre les pratiques observées et le référentiel choisi pour permettre au praticien d'en prendre conscience et, avec l'aide d'un tiers si possible, de soumettre ces écarts à analyse critique.

Pour atteindre la cible, à savoir l'amélioration des pratiques, l'EPP est habituellement considérée comme un moyen raisonnablement efficace, sans plus. Pour la littérature anglo-saxonne, les groupes de recherche de « The Cochrane collaboration » indiquent en conclusion de leurs travaux : « Fournir aux professionnels de santé les données sur leur pratique (audit et feedback) est susceptible d'améliorer leur pratique. Audit et feedback peuvent améliorer les pratiques, mais les effets sont variables. Lorsque la méthode est efficace, les effets sont généralement faibles à modérés. Les résultats de cette revue de littérature n'apportent pas d'argument en faveur d'un usage obligatoire ou non évalué de l'audit avec feedback⁶⁵. »

Si la France se singularise en érigeant l'EPP en obligation⁶⁶, on s'aperçoit que la définition de l'EPP n'est pas figée, qu'il en existe plusieurs conceptions qui ne renvoient pas à la même réalité opérationnelle, donc pas aux mêmes contraintes organisationnelles et financières. En outre, plus la définition de l'EPP est extensive, plus il est difficile de tracer la frontière avec ce qui reste pour la FMC hors EPP, territoire qu'il faut néanmoins définir à partir du moment où il obéit à un régime juridique distinct, notamment pour l'agrément des « organismes » de FMC par les CNFMC et pour la sanction de l'obligation par les instances disciplinaires ordinaires.

Suivant les formules les plus couramment utilisées, on distingue l'évaluation **individuelle** des pratiques, qui s'intéresse aux données issues des dossiers médicaux de la patientèle d'un professionnel, et l'évaluation **collective** des pratiques, sans que l'on sache si le mot collectif qualifie les données de l'analyse ou l'application de la méthode en groupe de pairs.

Mais la HAS va plus loin en donnant de l'EPP une définition extensive. Dans un document de juin 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé, la HAS donne cette définition : « L'évaluation des pratiques professionnelles est définie 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** ». « (...) l'appellation évaluation des pratiques professionnelles recouvre **l'ensemble des démarches d'amélioration des activités de soins**. » Aussi n'est-il pas étonnant que la HAS, dans son projet de décision relatif aux modalités de mise en œuvre de l'EPP, document insuffisamment clair publié sur son site, considère que celle-ci doit comporter, en plus d'une « action d'évaluation à caractère **ponctuel** », un « **programme continu** d'amélioration des pratiques professionnelles fondé sur des cycles d'amélioration successifs » tout au long de la période de référence de cinq ans.

Si certains des responsables hospitaliers et libéraux rencontrés par la mission se sont montrés dubitatifs sur la possibilité de mettre en œuvre une obligation dont le contenu irait nettement

⁶⁵ Le texte en anglais est le suivant : « Providing healthcare professionals with data about their performance (audit and feedback) may help improve their practice. Audit and feedback can improve professional practice, but the effects are variable. When it is effective, the effects are generally small to moderate. The results of this review do not provide support for mandatory or unevaluated use of audit and feedback. »

⁶⁶ Pour l'histoire du concept d'EPP en France, le lecteur se reportera à la note rédigée sous l'égide du Pr. Y. Matillon, jointe en **annexe 6**

au-delà d'une évaluation ponctuelle par médecin tous les cinq ans, force est de constater que le territoire laissé à la FMC hors EPP est en grande partie vidé de son contenu par la définition de l'EPP retenue par la HAS. Quelle formation ne constitue pas une « démarche d'amélioration des activités de soins » ?

Ce débat n'est pas seulement conceptuel et organisationnel. Il présente une dimension juridique.

1.4.2 La fragilité des fondements juridiques de la formation médicale continue

L'examen des textes en vigueur suscite plusieurs interrogations sur la solidité des fondements juridiques de la formation médicale continue. Les interrogations portent sur la définition juridique de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), la compétence de la Haute Autorité de Santé pour l'agrément des organismes formateurs, la forme juridique des décisions d'agrément des trois conseils nationaux de FMC, enfin, pour la formation professionnelle conventionnelle, sur le partage des compétences entre les instances conventionnelles et l'organisme gestionnaire conventionnel (OGC), ainsi que sur l'imputation des dépenses de la formation professionnelle conventionnelle sur le fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS) de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

1.4.2.1 La définition juridique de l'EPP doit être clarifiée.

Il n'y a pas actuellement de cohérence entre l'étendue de l'obligation individuelle d'EPP fixée par l'article L. 4133-1-1 du code de la santé publique issu de l'article 14 de la loi du 13 août 2004 et la définition qui en est donnée respectivement par le décret du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles et par le projet de décision de la Haute Autorité de Santé (HAS) relative aux modalités de mise en œuvre de l'EPP.

La disposition législative limite l'obligation des médecins à l'évaluation **individuelle** des pratiques. Le décret étend le champ de l'obligation à l' « évaluation à caractère collectif » ainsi qu'à « la mise en œuvre » et au « suivi d'actions d'améliorations des pratiques ». Le projet de décision de la HAS s'inscrit dans la philosophie du décret en prenant en considération les évaluations individuelles et collectives et, d'autre part, en stipulant que l'obligation d'EPP est acquise dès lors que le médecin a satisfait sur la période de référence de cinq ans à une « évaluation à caractère ponctuel » suivie d'un « programme continu d'amélioration des pratiques professionnelles fondé sur des cycles d'amélioration successifs ». Le dossier type de demande d'agrément des organismes pour l'EPP, établi par la HAS, fait également référence aux évaluations individuelles et collectives comme aux actions ponctuelles et aux programmes continus.

Pour ajouter à la confusion, la référence à des « programmes d'évaluation », qui figurait à l'article L.4133-1 du code de la santé publique issu de la loi du 9 août 2004, a été supprimée par l'article 13 de l'ordonnance du 18 juillet 2005.

Une clarification juridique s'impose pour au moins trois raisons :

- la conception extensive de l'EPP retenue par le décret du 14 avril 2005, qui précise que l'EPP « fait partie intégrante de la FMC », comme celle adoptée par la HAS, fragilise la frontière juridique entre EPP et FMC, au risque de réduire sensiblement la portée pratique de la procédure d'agrément spécifique aux conseils nationaux de FMC. Sur le plan juridique, les actions de mise à niveau des connaissances incluses dans le « programme continu d'amélioration des pratiques » sont-elles validantes pour l'EPP seulement ou pour la FMC ou encore pour les deux obligations simultanément? Comment expliquer aux médecins une situation juridique aussi peu claire ?
- les dispositions organisationnelles à prendre en ville comme à l'hôpital ne sont pas comparables suivant la conception restrictive ou extensive de l'obligation d'EPP ;
- il existe un écart de coût significatif, de l'ordre de un à dix⁶⁷, entre une obligation quinquennale se résumant à une évaluation collective ponctuelle, formule la moins coûteuse, et une obligation reposant sur l'évaluation individuelle, méthode la plus chère, étendue à un programme continu d'amélioration tout au long des cinq années de la période de référence ;

Pour les médecins libéraux, le Président de la Conférence des Présidents d'unions des médecins exerçant à titre libéral (URML) a fait savoir à la mission que son hypothèse de travail est la satisfaction de l'obligation légale par une évaluation ponctuelle, individuelle ou collective, par période de cinq ans.

Pour répondre aux interrogations portant sur la définition juridique de l'EPP, la mission recommande de modifier la loi pour ne retenir au niveau législatif que le concept d'évaluation des pratiques professionnelles, sans plus de précision, et de renvoyer à un décret ou mieux à un arrêté le soin d'accueillir les deux modalités , individuelle ou collective, et de préciser, le cas échéant, si l'obligation légale peut être satisfaite par une évaluation ponctuelle tous les cinq ans ou bien nécessite en plus le suivi d'un programme continu d'amélioration tout au long des cinq années.

Dans l'hypothèse où l'EPP comprendrait un programme continu d'amélioration, la question se pose de savoir si un même organisme peut à la fois procéder à l'évaluation au sens de la mesure des écarts entre la pratique observée et un référentiel, et à la mise en œuvre du programme quinquennal d'amélioration pour le praticien considéré. Il existe un conflit d'intérêts entre les deux actions, dans la mesure où les écarts de la pratique au référentiel risquent d'être majorés au départ pour justifier un programme d'amélioration de plus grande ampleur et par conséquent plus coûteux, et à l'inverse minorés à l'arrivée pour justifier l'efficacité du programme développé par l'organisme. Tout en acceptant qu'un même organisme offre l'ensemble des services, de la mesure des écarts à la conception du programme individuel et à sa mise en œuvre, sans doute conviendrait-il d'étudier comment différencier, pour chaque praticien, l'organisme responsable de la mesure des écarts et de la conception du programme, de l'organisme en charge de la mise en œuvre du programme.

⁶⁷ Pour les médecins libéraux, la Conférence des Présidents d'URML, dans la demande de soutien financier adressée au Fonds d'aide à la qualité des soins de ville en avril 2005, évalue à 390 € le coût par médecin d'une évaluation collective ponctuelle et à 750 € le coût d'une évaluation individuelle. En supposant que le programme continu souhaité par la HAS conduise à réaliser une évaluation par an sur cinq ans, l'écart de coût est de 1 à 10 entre une évaluation collective ponctuelle tous les cinq ans et un programme continu d'évaluation individuelle. L' écart est estimé par défaut puisqu'il ne comprend pas le coût additionnel de la conception du programme et de sa réalisation pour la partie relative à la mise à niveau des connaissances.

Recommandation n° 8 : Modifier la loi pour ne retenir au niveau législatif que l'expression « évaluation des pratiques professionnelles » et renvoyer à un décret ou mieux à un arrêté la définition technique de l'EPP la mieux adaptée au contexte organisationnel et financier du moment.

1.4.2.2 La compétence de la HAS pour l'agrément des organismes d'EPP doit être expressément inscrite dans la loi.

➤ Le constat juridique

L'article 36-III de la loi précitée du 13 août 2004, en actualisant le 3° de l'article L.4133-2 du code de la santé publique pour substituer la consultation de la HAS nouvellement créée à celle de l'ANAES, confirme la compétence des conseils nationaux de FMC pour l'agrément des organismes d'EPP. En l'absence de modification préalable du 3° de l'article L. 4133-2, le décret du 14 avril 2005 ne pouvait pas transférer à la HAS la compétence dévolue aux conseils nationaux .

Depuis lors, l'ordonnance du 18 juillet 2005 a fait disparaître aux articles L.4133-1 et L .4133-2 du code de la santé publique la notion d' «organisme agréé» pour l'EPP.

La mission considère qu'il n'existe plus aujourd'hui de base légale pour agréer les organismes d'EPP.

La possibilité offerte par l'article L. 4133-1-1 du code de la santé publique d'agréer des «dispositifs » d'EPP ne semble pas suffisante pour investir la HAS du pouvoir d'agréer des organismes. Le mot « dispositif », dépourvu de portée juridique précise, provient de l'article 14 de la loi du 13 août 2004 qui, à cette date, renvoyait aux « dispositifs prévus à l'article L. 1414-3-1 » du code de la santé publique issu de la loi du 4 mars 2002, c'est-à-dire aux « actions d'évaluation des pratiques professionnelles » mises en œuvre par l'ANAES. On observera que l'article L. 1414-3-1 précité a été abrogé par le 3° du III de l'article 36 de la même loi du 13 août 2004, ce qui illustre les difficultés du processus d'élaboration de la loi.

La HAS serait en revanche fondée par la loi à agréer des « dispositifs » d'EPP, c'est à dire en pratique des actions s'inscrivant le cas échéant dans un programme, pour autant que le législateur pouvait valablement renvoyer à un décret le soin de désigner l'autorité investie du pouvoir d'agrément, la HAS n'étant pas mentionnée par l'article 14 de la loi du 13 août 2004.

➤ Les propositions de la mission

La modification de la loi pour investir la HAS du pouvoir d'agrément des organismes d'EPP soulève quatre séries de questions.

Il faut d'abord déterminer, dans l'hypothèse où l'EPP comporterait un programme d'amélioration des pratiques, si l'agrément délivré par la HAS a un champ matériel limité aux opérations de mesure des écarts entre la pratique observée et un référentiel, ainsi qu'à la conception du programme quinquennal d'amélioration des pratiques, les actions d'amélioration relevant dans cette hypothèse de la FMC et de l'agrément des conseils nationaux de FMC, ou bien si le champ matériel de l'agrément de la HAS est étendu à la mise en œuvre des programmes d'amélioration, un même organisme étant autorisé à solliciter l'agrément pour les deux activités. Pour assurer la cohérence entre les résultats de l'EPP et le

contenu des formations consécutives, la mission recommande plutôt de retenir, au moins comme objectif à terme, l'option du champ de l'agrément élargi aux programmes d'amélioration des pratiques, sans pour autant avaliser la définition très extensive de l'EPP donnée par la HAS. En pratique, il serait demandé par le ministre aux CNFMC et à la HAS de se mettre d'accord sur le contenu méthodologique du programme d'amélioration des pratiques, de manière à tracer la frontière entre EPP et FMC. Si cet exercice se révélait conceptuellement impossible, il faudrait alors soit limiter le champ matériel de l'EPP à la mesure des écarts de la pratique à un référentiel et à la conception du programme d'amélioration des pratiques, soit se résoudre à abandonner l'idée, sans doute assez aventureuse, de distinguer dans la loi deux régimes juridiques distincts pour l'EPP et la FMC. Cette option laisse ouverte la question de savoir si, pour un médecin en particulier, la mesure des écarts doit être réalisée par un organisme distinct de celui qui met en œuvre le programme d'amélioration.

Il convient ensuite de déterminer l'autorité responsable de fixer les principes généraux de l'agrément. Dans le cas des conseils nationaux de FMC, l'article L.4133-7 du code de la santé publique renvoie à un décret en Conseil d'Etat⁶⁸ la fixation des principes généraux de l'agrément. La mission estime qu'il doit en aller de même pour l'agrément délivré par la HAS la loi pouvant difficilement, au moins en opportunité, déléguer à cet organisme le pouvoir réglementaire de fixer les principes gouvernant l'agrément. Les critères d'agrément doivent être transparents et publics, ne serait-ce que parce que leur légalité doit pouvoir être contestée. Le choix de certains critères d'agrément, comme celui du rapport qualité/prix de l'offre, ne peut être mis en œuvre implicitement par la HAS, quelle que soit leur opportunité.

En troisième lieu, il faut répondre à la question de savoir si l'avis des conseils nationaux de FMC doit être recueilli préalablement à l'agrément par la HAS. Le décret du 14 avril 2005 prévoit le recueil de cet avis. En faveur d'une réponse négative, il peut être soutenu que cet avis n'est pas techniquement nécessaire du point de vue méthodologique, et comporte un risque diplomatique dans l'hypothèse où, par exception, les conseils nationaux de FMC et la HAS seraient en désaccord. En sens contraire, la présente confusion conceptuelle et l'insuffisante prise en considération par la HAS des contraintes de gestion et de financement, en ville comme à l'hôpital, de l'obligation d'EPP, comme son approche trop exclusivement méthodologique et abstraite du sujet, qui n'intègre pas suffisamment les difficultés concrètes propres à chaque thème médical d'EPP, conduit la mission à recommander de confirmer sur ce point l'orientation prise par le décret du 14 avril 2005 pour faire bénéficier la HAS de l'avis de ceux des médecins membres des CNFMC en activité ou encore proches de l'exercice de la médecine au lit du malade ou en cabinet libéral.

En dernier lieu, il convient de déterminer l'autorité compétente pour fixer les orientations nationales et les thèmes prioritaires en matière d'EPP, thèmes qui devront se combiner avec les besoins de formation propres à chaque médecin pris individuellement. L'analyse de la chronologie des textes laisse 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 est muet sur le sujet. Il semble logique d'attribuer cette compétence à la HAS, après avis le cas échéant des CNFMC. L'exercice de cette compétence appelle de la part de la HAS la mise en place d'une organisation spécifique à l'écoute du terrain pour connaître les besoins, en ville comme à l'hôpital, et pour les hiérarchiser

⁶⁸ Décret 2003-1077 du 14 novembre 2003 qui fixe cinq critères d'agrément dont aucun n'évoque le rapport qualité/prix.

Recommandation n° 9:

1° Demander aux CNFMC et à la HAS de se mettre d'accord soit sur un contenu méthodologique du « programme continu d'amélioration des pratiques » permettant de tracer clairement la frontière entre EPP et FMC, soit sur la limitation du champ matériel de l'obligation d'EPP à la mesure des écarts entre la pratique et un référentiel et à la conception d'un programme continu d'amélioration des pratiques personnalisé.

2° En cas de succès de la procédure mentionnée au 1° ci-dessus, modifier la loi pour asseoir de manière indiscutable le pouvoir d'agrément des organismes par la HAS, qui conserverait par ailleurs son pouvoir d'agrément des « dispositifs », pour renvoyer au pouvoir réglementaire la détermination des critères de l'agrément des organismes et des dispositifs, enfin pour investir la HAS d'une mission de fixation des orientations nationales et des thèmes prioritaires en matière d'EPP. Les CNFMC exprimeraient un avis préalable tant sur l'agrément des organismes que sur les orientations nationales et les thèmes prioritaires d'EPP.

3° En cas d'échec de la procédure mentionnée au point 1° ci-dessus, renoncer à l'existence de deux régimes juridiques distincts pour l'EPP et pour la FMC et unifier le dispositif sous l'égide de la HAS, dont les décisions en matière d'EPP et de FMC resteraient soumises à l'avis préalable des CNFMC.

1.4.2.3 La forme juridique des agréments délivrés par les conseils nationaux de FMC mérite d'être précisée.

Le décret du 14 novembre 2003 ne précise pas la nature du support juridique de l'agrément. Il se borne à indiquer que « la suspension ou le retrait de l'agrément fait l'objet d'une notification qui est adressée à l'organisme par lettre recommandée avec demande d'avis de réception », sans déterminer le signataire de la décision.

Sur le marché concurrentiel de la formation, les décisions d'agrément, comme les décisions de refus d'agrément, font grief. Ces décisions devraient bénéficier d'une publicité minimum. D'autre part, les conseils nationaux de la FMC ne sont pas dotés de la personnalité morale. La décision d'agrément est donc celle du Ministre.

Ces considérations conduisent la mission à préconiser que les décisions d'agrément fassent l'objet d'un arrêté ministériel dont l'annexe, qui comporterait la liste nominative des organismes agréés, pourrait n'être publiée qu'au Bulletin officiel du ministère. Les décisions de refus d'agrément pourraient suivre le même formalisme que celles de suspension ou de retrait d'agrément, le texte précisant que le Ministre est le signataire de la décision.

Pour ne pas porter atteinte à la souveraineté des conseils nationaux de FMC, le texte préciserait que ces décisions ministérielles sont rendues sur avis conforme des conseils nationaux de FMC, même s'il est dans son principe critiquable que l'Etat soit ainsi rendu responsable d'une décision qui lui échappe.

Recommandation n° 10: modifier la partie réglementaire du code de la santé publique pour donner la forme de l'arrêté aux décisions d'agrément des organismes en matière de FMC.

1.4.2.4 Pour la formation professionnelle conventionnelle, le partage des compétences entre les commissions conventionnelles et l'organisme gestionnaire conventionnel (OGC), ainsi que l'imputation des dépenses sur le FNASS de la CNAMTS, appellent une clarification.

- Le partage des compétences entre les instances conventionnelles et l'OGC.

Alors que l'article L. 162-5-12 du code de la sécurité sociale confie expressément la mission de « la gestion des appels d'offre » à l'OGC, organisme sui generis doté de la personnalité morale, la convention médicale transfère cette compétence aux commissions conventionnelles.

Le point 6.4. de la convention médicale approuvée par l'arrêté du 3 février 2005 investit le comité paritaire national de la formation professionnelle conventionnelle (CPN-FPC) de toutes les phases de la gestion des appels d'offre. Le CPN-FPC est ainsi chargé de :

- la fixation des thèmes de formation ;
- la préparation des appels à projet ;
- la rédaction des cahiers des charges ;
- la définition des critères d'agrément des organismes et des actions de formation ;
- l'agrément des organismes et des actions de formation après avis du conseil scientifique institué par la convention.

L'OGC est réduit au rôle de simple exécutant des décisions du CPN-FPC. Cette situation comporte des risques juridiques, non seulement pour la régularité des appels d'offre, mais également pour le directeur et l'agent comptable de la CNAMTS. Le CPN-FPC n'étant pas doté de la personnalité morale, c'est la CNAMTS qui supporte la responsabilité de la situation irrégulière, alors même que l'agence comptable de la CNAMTS est en fait absente du processus de la gestion des appels d'offre. Le maintien du statu quo semble difficile à défendre. Sauf à retirer la gestion de la contribution financière de l'assurance maladie du champ conventionnel, hypothèse qui sera examinée infra au point 3.1.2, la mission recommande aux parties conventionnelles de faire une stricte application de l'article L. 162-5-12 du code de la sécurité sociale, et de rendre à l'OGC la gestion des appels d'offre.

Recommandation n° 11: sauf à modifier la loi (cf. infra point 3.1.2.) faire une stricte application de la loi en vigueur pour le partage des missions entre l'OGC et les instances conventionnelles.

- L'imputation des dépenses de la formation conventionnelle au FNASS de la CNAMTS.

D'après la CNAMTS et la direction de la sécurité sociale, il n'existe pas de base légale explicite autorisant l'imputation des dépenses de formation conventionnelle sur le FNASS. Au-delà du point de droit, somme toute mineur, il est permis de s'interroger sur la logique de cette imputation au regard de la nature des dépenses de formation. Celles-ci s'intègrent mal avec les autres emplois des crédits d'action sanitaire et sociale. La mission sera conduite à proposer une imputation différente au point 3.1.2.

Recommandation n°12 : Sauf à trouver une autre imputation (cf. infra point 3.1.2.), consolider le fondement juridique de l'imputation des dépenses de FPC sur le FNASS.

1.5 Un pilotage problématique.

Comment définir et mettre en œuvre une politique de FMC et d'EPP ? La multiplicité des acteurs et la séparation instituée entre les décideurs administratifs et les décideurs financiers rend improbable l'atteinte d'un tel objectif en l'état actuel des textes, même si le but semble moins éloigné pour les médecins salariés des établissements de santé que pour les médecins libéraux. La situation la plus délicate est celle de l'EPP, pour laquelle aucune procédure de pilotage financier n'est prévue.

1.5.1 Les dispositifs de pilotage institués pour la FMC proprement dite ne sont pas opérationnels.

Pour la FMC hors EPP, les articles L.4133-2 et L. 6155-2 du code de la santé publique ont prévu de confier aux conseils nationaux de FMC la fixation des « orientations nationales » de la FMC. En vertu de l'article R.4133-1, ils fixent également « les thèmes prioritaires de formation ».

Certes, le cahier des charges gouvernant l'agrément quinquennal des organismes doit prendre en compte le « respect des orientations nationales définies par le conseil national ». D'autre part, chaque conseil fixe les règles, homologuées par le ministre chargé de la santé, de validation du respect de l'obligation de FMC, conformément à l'article L. 4133-2.

Ces dispositions attestent le souci d'un pilotage national de la FMC. Mais elles semblent critiquables par le choix des acteurs et inadaptées au niveau des moyens.

1.5.1.1 L'insuffisante présence de l'Etat et l'absence de l'assurance maladie.

L'Etat ne dispose que d'une voix consultative au sein des CNFMC pour faire prévaloir 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 considération de l'efficacité des soins, n'est pas représentée au sein des conseils.

Cette situation ne peut qu'affaiblir la portée pratique des orientations et des priorités adoptées par les conseils nationaux de la FMC.

1.5.1.2 Des moyens d'action inadaptés.

Le cahier des charges de l'agrément des organismes de FMC, qui « prend en compte (...) la qualité scientifique et pédagogique des programmes proposés » suivant l'article R. 4133-2 du code de la santé publique, et les règles de validation du respect de l'obligation de FMC, peuvent contribuer à faire prendre en considération des objectifs généraux de FMC. Mais ces procédures sont inadaptées au pilotage annuel d'une politique de FMC ciblant un petit nombre de priorités concrètes.

Les décisions de portée pratique réelle, celles qui portent sur le choix des actions financées, sont prises ailleurs.

Pour les praticiens salariés des établissements de santé, les décisions sont arrêtées au niveau des établissements, le ministre pouvant se réserver la possibilité de flécher des thèmes prioritaires par voie de circulaire, possibilité dont il semble user opportunément de manière assez sélective.

Pour les médecins libéraux, les décisions à portée financière sont arrêtées soit par le conseil de gestion du Fonds d'assurance formation des professions médicales institué en application du code du travail, soit par les organes de la convention médicale et de l'organisme gestionnaire conventionnel (OGT) institués en vertu du code de la sécurité sociale.

Dans ces conditions, les conseils de FMC ne peuvent exercer qu'une magistrature d'influence, sans avoir réellement les moyens de mettre en œuvre une politique.

1.5.2 Le pilotage de l'EPP reste à concevoir.

Pour l'EPP, la situation semble encore moins propice à la conception et à l'application d'une politique.

L'article 14 de la loi du 13 août 2004 ne mandate pas l'HAS pour définir une politique d'EPP à partir d'orientations nationales et de thèmes prioritaires, et pas davantage le décret du 14 avril 2005. L'adaptation des textes à la création d'une obligation et d'une procédure distinctes pour l'EPP n'est pas allée son terme, et l'on peut soutenir que la fixation des orientations nationales et des thèmes prioritaires en matière d'EPP continue à relever des CNFMC.

Dans le cas particulier des médecins libéraux, il ne semble pas qu'il ait été prévu dès le départ que l'intervention financière éventuelle du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) s'accompagne d'un fléchage par la CNAMTS des thèmes prioritaires d'EPP.

Alors que la HAS s'apprête à publier les premiers référentiels relatifs au traitement des affections de longue durée, dans un domaine sensible à la fois pour la qualité des soins et la maîtrise des dépenses, force est de constater qu'aucune autorité ne s'est à ce jour engagée à faire de ces référentiels des thèmes prioritaires d'EPP en 2006.

En contrepoint, certains des représentants des médecins libéraux rencontrés par la mission estiment que ce serait déjà un grand progrès si l'EPP pouvait servir à mettre à jour la partie administrative du dossier médical. D'autres interlocuteurs ont évoqué l'évaluation de la qualité de l'accueil au cabinet libéral. Il est permis de se demander si la poursuite d'objectifs aussi modestes justifient la mobilisation administrative et financière des institutions sanitaires et sociales.

Deuxième partie : Les préconisations pour le support logistique et le fonctionnement des conseils nationaux de la formation médicale continue.

Le bon fonctionnement des conseils nationaux de la formation médicale continue (CNFMC) nécessite un support logistique adapté et le respect de règles procédurales de nature à garantir l'impartialité et la régularité des agréments. Par ailleurs, la validation du respect des obligations individuelles de FMC et d'EPP par les conseils régionaux de formation médicale continue, adossés aux conseils régionaux de l'Ordre, impose la mise en place d'une gestion informatique.

2.1 Les éléments de cadrage

2.1.1 les objectifs et les principes à prendre en compte pour le choix du support logistique

Différentes possibilités sont envisageables pour assurer la prise en charge des fonctions supports des CNFMC dans des conditions satisfaisantes. Leur appréciation doit tenir compte des différents objectifs et principes suivants:

2.1.1.1 Les objectifs

Compte-tenu des enjeux attachés aux missions des CNFMC et de l'attente qu'ils suscitent, le support de gestion devrait permettre de répondre à trois objectifs essentiels:

- Sécuriser et professionnaliser le fonctionnement des CNFMC

Outre les missions générales des CNFMC relatives, d'une part, à la fixation des priorités de FMC et, d'autre part, à la détermination des règles guidant l'agrément des organismes, les conditions de validation de l'obligation individuelle de formation (détermination du barème ad hoc et de directives pour la cotation des actions par les CRFMC), les CNFMC ont des charges de gestion proprement dite au titre, d'une part, de l'agrément des organismes de formation médicale continue et, d'autre part, de l'agrément des organismes d'évaluation des pratiques professionnelles soumis à leur avis préalable.

L'agrément des organismes prestataires va conditionner, dans une large mesure, la possibilité pour les médecins de valider au titre de leur obligation individuelle les actions de FMC auxquelles ils participent. L'agrément délivré par les CNFMC devra permettre de garantir la qualité et l'indépendance des formations dispensées. Il est donc indispensable que ces instances soient mises rapidement en mesure de faire face à leurs missions dans ce domaine, en mettant à leur disposition les moyens nécessaires.

Le niveau de ces moyens dépend du volume futur des demandes d'agrément. Il n'est pas possible aujourd'hui d'évaluer précisément la charge d'activité prévisionnelle à ce titre,

compte tenu des incertitudes liées au champ exact de l'agrément⁶⁹, et au dénombrement des organismes prestataires de FMC (cf supra 1211). Quelle que soit la volumétrie finale, le traitement de ces demandes d'agrément va nécessiter de sécuriser et de professionnaliser la gestion des CNFMC.

- Les CNFMC vont avoir à assumer des tâches de gestion importantes auxquelles leurs membres ne sont pas préparés et qu'ils pourront difficilement assurer en l'absence d'infrastructure ad hoc. Si les CNFMC ont pu jusqu'à présent s'accommoder des conditions de travail précaires et artisanales qui leur ont été faites, les tâches d'agrément qu'ils vont devoir bientôt assumer exigent de les outiller sans tarder. Les décisions d'agrément sont des décisions faisant grief qui vont engager la responsabilité de l'Etat. Les délais d'instruction doivent être respectés sauf à agréer tacitement les organismes demandeurs. Les décisions défavorables doivent être motivées. La régularité formelle des décisions doit être respectée, ce qui implique d'assurer leur traçabilité (conditions de quorum) et d'assurer une gestion rigoureuse des déclarations de conflits d'intérêts. Enfin, les conseils doivent se mettre en capacité de gérer une montée en charge probablement rapide et importante des demandes d'agrément, ce qui appelle la mise en place de procédures rigoureuses et performantes de traitement.
- Les CNFMC vont devoir s'équiper de matériels et logiciels adaptés, tant pour le suivi des demandes d'agrément que pour la consultation, le moment venu, de la base de données non nominatives des dossiers individuels des médecins. Il serait souhaitable que les choix qui seront faits soient communs aux trois conseils et permettent d'assurer par la suite les interfaces nécessaires avec les systèmes d'information des conseils régionaux de FMC. Cela nécessite un minimum de compétence administrative et technique pour participer à la maîtrise d'ouvrage et concourir à la conception des cahiers des charges.

Il est donc indispensable de mettre rapidement un terme à la précarité actuelle des conditions de fonctionnement des CNFMC. Il s'agit de les doter d'un cadre stable et commun de fonctionnement, permettant d'organiser et gérer efficacement leur activité.

- Garantir la qualité des activités des CNFMC et leur cohérence avec celles des autres intervenants

Le cadre organisationnel et juridique de la gestion des CNFMC doit leur permettre d'assurer au mieux leurs missions en vue de promouvoir *“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”*⁷⁰.

- Au delà de la sécurisation et de la professionnalisation, le cadre de gestion des activités des CNFMC doit permettre de garantir l'impartialité et la qualité de leurs délibérations.

⁶⁹ La question de la nécessité d'un agrément pour certains organismes de formation tels que les Unités de Formation et de Recherche des Universités (UFR), ou certaines modalités de formation comme la participation à des «staffs» dans les hôpitaux est abordée plus loin, demeure pendante.

⁷⁰ objectifs de la FMC figurant à l'article L4133-1 du Code de la santé publique.

La composition actuelle des CNFMC respecte une règle implicite de «quadripartisme» auquel sont particulièrement attachés, notamment, les représentants des médecins libéraux ⁷¹. La légitimité de ce principe peut poser question, s'agissant d'instances chargées d'agrèer des organismes de formation. Les CNFMC se trouvent, comme il a été dit supra, en situation quasi-structurelle de conflits d'intérêts, ce qui exige l'exercice d'une vigilance particulière pour garantir l'impartialité des décisions d'agrément.

Plus généralement, la qualité du travail des CNFMC en matière d'agrément va reposer en grande partie sur la rigueur du travail d'instruction des demandes d'agrément présentées par les organismes. L'article R 4133-2 du projet de décret en cours d'examen précise à cet égard que :

« L'agrément ... est donné sur la base d'un cahier des charges, élaboré par chacun des conseils, précisant les conditions à remplir. Le cahier des charges prend notamment en compte les critères suivants :

1° Qualité scientifique et pédagogique des programmes proposés ;

2° Conformité aux référentiels et aux bonnes pratiques de la profession dans tous les thèmes abordés

3° Transparence des financements ;

4° Engagement relatif à l'absence de toute promotion en faveur d'un produit de santé et à l'utilisation de la dénomination commune des médicaments ;

5° Respect des orientations nationales définies par le conseil national ;

6° Acceptation du principe d'une évaluation externe du fonctionnement de l'organisme de formation et de la qualité des formations».

Au regard des critères d'agrément définis ci-dessus, le travail d'instruction des demandes d'agrément des organismes va requérir des compétences scientifiques, pédagogiques et financières. Va se poser également la question de l'organisation des audits externes susceptibles d'être diligentés. Une partie des membres des CNFMC possède sans doute les compétences nécessaires, mais il paraît difficile d'assurer l'instruction de la totalité des demandes d'agrément en mobilisant les seules ressources internes des conseils⁷². Par ailleurs, il convient de noter que les « bonnes pratiques » de fonctionnement des commissions délibératives ou décisionnaires fixées au niveau européen imposent de dissocier les fonctions de rapporteur et celles de membre délibérant.

Enfin, l'objectif de garantir la qualité du travail des CNFMC rend souhaitable d'appuyer les travaux des CNFMC sur des outils méthodologiques et scientifiques reconnus et de développer les recherches dans ce domaine. Il semble tout à fait nécessaire en effet dans le cadre du travail d'agrément et de définition des priorités de FMC de disposer pour les thèmes retenus de l'état de connaissances sur l'efficacité respective des méthodes de FMC et leurs conditions de mise en œuvre, et de développer ces connaissances par des programmes d'études et de recherche appropriés.

⁷¹ ce principe en recouvrant un autre, dit de « majorité médicale libérale » comme le rappelle le rapport de novembre 2002 de Dominique Laurent. Ce principe de quadripartisme signifie que les CNFMC comportent dans tous les cas des représentants des organisations syndicales des médecins concernés, des représentants des organismes de formation, des représentants des UFR et des représentants de l'Ordre des médecins.

⁷² notamment en raison des dispositions de l'article R.4133-21 du CSP selon lequel les fonctions de membres sont exercées à titre gratuit. Si ces dispositions ne font pas obstacle à une indemnisation ponctuelle des membres, elles s'opposent a priori à ce que le niveau des indemnités servies acquièrent le caractère d'un véritable complément de rémunération, ce qui pourrait être le cas si les membres compétents des CNFMC bénéficiaient d'une indemnisation pour assurer directement l'instruction des demandes d'agrément.

L'exigence de qualité du fonctionnement des CNFMC est ainsi porteuse d'implications non négligeables pour leur support logistique.

- Le choix du support logistique des CNFMC doit permettre de renforcer la cohérence globale des décisions dans le champ de la FMC

Il est souhaitable que les doctrines futures des CNFMC et celles de la HAS en matière d'agrément soient aussi convergentes que possible. La situation contraire ne manquerait pas de compromettre plus ou moins rapidement la crédibilité de l'ensemble du dispositif.

Il importe également que la fixation des priorités de FMC (mais aussi d'EPP dans l'état actuel des textes) par les CNFMC se fasse sur des bases claires et rationnelles, permettant l'expression de l'ensemble des points de vue, y compris celui de l'assurance maladie, contributeur incontournable du financement des actions.

➤ Garantir des coûts de gestion raisonnables

Les coûts de structure engendrés par le fonctionnement des CNFMC doivent naturellement être proportionnés à l'importance de leur activité et aux améliorations obtenues sur le plan des pratiques de FMC.

Les contraintes budgétaires incitent par ailleurs à rechercher des solutions favorisant des gains de productivité grâce à la mutualisation des moyens et la rationalisation des procédures.

➤ Des coûts de structure proportionnés

Le niveau d'activité prévisionnel des CNFMC constitue un critère d'appréciation important pour le choix de leur support logistique, notamment pour l'arbitrage entre la création d'une structure ad hoc dotée de la personnalité morale ou l'adossement à une structure existante. Le coût relatif des « fonctions supports »⁷³ est en effet d'autant plus élevé dans une structure que son activité est faible.

Outre le niveau d'activité, l'impact attendu de l'activité des CNFMC sur l'amélioration des pratiques pourrait entrer en ligne de compte. L'importance des progrès à accomplir pour l'amélioration sensible des pratiques de formation et au-delà, de la qualité des soins et de la prévention dans le système de santé, serait de nature à justifier à terme la mise en place d'une structure autonome, après que les premières années de fonctionnement du dispositif aient fait la preuve de son efficacité pour l'amélioration des pratiques..

➤ Des coûts maîtrisés

La maîtrise des coûts de gestion pour les CNFMC comme pour tout organisme passe globalement par l'évaluation rigoureuse des besoins à satisfaire, la recherche des solutions les plus efficaces et le suivi des dépenses. Les besoins à satisfaire peuvent être réduits par la rationalisation des procédures et de l'organisation, les coûts fixes peuvent être réduits grâce à la mutualisation des charges et des outils utilisés.

Outre ces trois objectifs, les critères de choix du support de gestion des CNFMC doivent prendre en compte d'autres exigences, d'abord le principe d'indépendance des CNFMC, ensuite l'intérêt du resserrement des structures dans le champ sanitaire, enfin les contraintes

⁷³ tâches de secrétariat, comptabilité, gestion des ressources humaines etc..

propres des organismes susceptibles d'être concernés par un éventuel adossement des CNFMC.

2.1.1.2 Le principe d'indépendance des CNFMC

Les CNFMC revendiquent leur autonomie, c'est-à-dire d'exercer le pouvoir de décision dont les a investi le législateur en toute indépendance. L'attribution de la personnalité morale leur paraît dès lors la meilleure solution pour affirmer cette indépendance, et accessoirement assurer leur visibilité.

Ce point de vue mérite d'être nuancé. La personnalité morale n'est pas nécessairement synonyme d'indépendance, et à l'inverse, l'indépendance de nombreuses instances consultatives ou décisionnaires dépourvues de la personnalité morale telles que la plupart des autorités administratives indépendantes ne peut être contestée.

En revanche, il est nécessaire de doter les CNFMC d'une autonomie de gestion adéquate, leur permettant d'exercer leurs missions dans des conditions satisfaisantes (organisation des réunions et délivrance des ordres de mission, définition des moyens de gestion)

2.1.1.3 L'objectif de resserrement des structures dans le champ sanitaire

La complexité du paysage sanitaire et le foisonnement des structures intervenant dans la politique de santé fait l'objet de nombreuses critiques: manque de lisibilité, insuffisante responsabilisation des acteurs, difficultés de coordination, lourdeur et lenteur des décisions en particulier. La question du resserrement des structures intervenant dans le champ de la politique de santé et de rationalisation de leurs compétences se pose à nouveau..

Sans aller jusqu'à exclure toute création de nouvelle structure, ce contexte impose d'examiner avec une particulière attention les solutions d'inscription des CNFMC dans le cadre d'organismes existants.

2.1.1.4 Les contraintes des organismes d'accueil potentiels

Différents organismes du champ sanitaire, notamment ceux qui ont des compétences en matière de formation, dans le domaine de la qualité des soins et de la prévention ou dans celui de la définition des priorités de santé, sont susceptibles d'offrir le support logistique recherché des CNFMC.

Les critères d'appréciation de la pertinence des différentes options possibles doivent se fonder sur leurs avantages comparatifs en termes de proximité et synergies possibles, mais aussi sur leurs inconvénients potentiels pour les organismes concernés s'agissant de l'exercice de leurs missions. Faciliter l'exercice de leurs missions par les CNFMC ne doit pas aboutir à compliquer l'exercice de celles des organismes d'accueil.

Les différentes options possibles pour le support de gestion peuvent être examinées à la lumière de ce cadre d'analyse. Ces options sont de deux types, la création d'une personne morale, ou l'adossement à une structure existante. Dans ce dernier cas, on se limitera aux

structures qui offrent des perspectives de synergies de moyens et d'interventions dans le champ de la politique de santé.

2.2 Le choix du support logistique

2.2.1 *La création d'une structure dotée de la personnalité morale ne paraît pas justifiée*

La création d'une structure dotée de la personnalité morale peut emprunter deux formes, personnalité morale de droit public ou de droit privé.

La création d'une structure de droit privé paraît devoir être écartée par principe, puisqu'elle serait financée par des fonds publics et en charge de décisions à caractère administratif.

Le volume et l'activité des CNFMC ne justifient pas par ailleurs la création d'une personne publique.

Les besoins de gestion des CNFMC sont en effet de deux ordres :

- besoins logistiques, c'est à dire d'hébergement et de prise en charge des fonction support (convocations, paiement des frais de déplacement, gestion des fournitures et commande de matériel, GRH pour l'essentiel) ;
- appui technique et administratif pour la gestion des agréments, la définition des priorités de FMC .

Le volume d'activité prévisionnel des CNFMC, s'il ne peut être évalué avec précision, ne semble pas pouvoir justifier la création d'une personne morale. Même en se situant dans la fourchette haute –peu probable- des demandes d'agrément FMC et EPP (500 demandes la 1^{ère} année), la prise en charge des besoins tant logistiques que technico-administratifs des trois CNFMC ne devrait pas mobiliser des ressources supérieures à 5-6 ETP la première année, ces besoins diminuant les années suivantes. De plus, la nature des missions et des activités des CNFMC n'est pas de celles qui justifient habituellement la création d'établissements publics⁷⁴.

Si les avantages sont difficiles à mettre en évidence, les inconvénients le sont moins, avec la complexification du paysage institutionnel et les difficultés de coordination qui en résulteraient.

2.2.2 *Les options d'adossment à la CNAMTS, au FAF PM ou à la future Ecole pratique des Hautes études en santé publique ne vont pas dans le sens d'une clarification des rôles*

- Tel est le cas en particulier des perspectives d'adossment à des organismes financeurs tels le FAF PM ou la CNAMTS. Ces deux organismes ne sont guère comparables mais ils ont en commun de financer les actions de formation médicale continue selon des critères et des modalités qui leur sont propres.

⁷⁴ . Il ne s'agit pas par exemple de gestion de masse, ni de gestion d'une particulière technicité.

Dès lors, on ne peut exclure en cas d'adossement tout risque d'interférence entre critères d'agrément et critères de financement des actions et des programmes. Il paraît de bon sens de ne pas ajouter aux situations de conflits d'intérêts potentiels qui existent déjà et d'exclure ces options d'adossement.

- Dans le même ordre d'idées, il convient d'écarter aussi l'hypothèse d'un adossement à la future Ecole pratique des hautes études en santé publique, susceptible de jouer ultérieurement un rôle d'opérateur en matière de formation à des actions ou programmes de santé publique.

2.2.3 Le Ministère de la santé n'a pas vocation à servir de support logistique aux CNFMC

La gestion des CNFMC par le Ministère de la santé a montré ses insuffisances. Toutefois, il paraissait théoriquement possible d'envisager des conditions de prise en charge plus satisfaisantes, en offrant aux CNFMC un cadre commun de gestion et une autonomie budgétaire effective au sein du Ministère, à l'image du Haut comité de santé publique.

L'intérêt d'une telle hypothèse tient avant tout aux garanties d'indépendance qu'elle offre aux CNFMC. L'adossement au Ministère est de nature à garantir l'impartialité des décisions des CNFMC⁷⁵. Il est aussi de nature à renforcer la cohérence des objectifs et priorités de la politique de FMC avec les autres axes de la politique de santé.

Les inconvénients de cette option l'emportent néanmoins nettement sur ses avantages. Au-delà du fait qu'elle ne mettrait pas un terme définitif aux problèmes de moyens des CNFMC⁷⁶ dans un contexte de grande rigueur budgétaire, l'argument le plus important est qu'il n'entre pas dans la vocation du ministère de prendre en charge des tâches de gestion comme les tâches d'agrément d'organismes. Depuis plusieurs années, le ministère s'efforce en effet de déconcentrer ou de transférer à d'autres organismes ce type de tâches afin de se recentrer sur ses missions essentielles en matière de politique de santé.

2.2.4 L'Ordre national des médecins et la Haute autorité de santé constituent les options d'adossement les plus pertinentes

L'Institut national de prévention et d'éducation en santé (INPES) figure également au nombre des hypothèses d'adossement avancées, notamment par le fait qu'il assure déjà l'hébergement du CNFMC des salariés.

L'Inpes est certes en mesure de fournir aux CNFMC un appui convenable pour sécuriser et professionnaliser la gestion des CNFMC dans des conditions de coût raisonnables. Il présente aussi des garanties d'indépendance⁷⁷, étant peu susceptible d'interférer dans les activités des CNFMC.

⁷⁵ A partir du moment où le Ministère met à disposition des CNFMC l'appui technique et administratif nécessaire pour l'instruction des demandes d'agrément.

⁷⁶ Dans le cadre de la LOLF, les moyens budgétaires des CNFMC seraient intégrés dans une action d'un programme du ministère

⁷⁷ L'Inpes est un établissement public financé par l'Etat et l'assurance maladie. Son mode de financement par l'assurance maladie (dotation annuelle) et ses conditions d'organisation et de fonctionnement lui assurent une certaine autonomie dans sa gestion quotidienne.

En revanche, peu de synergies sont à attendre d'un adossement des CNFMC à l'Inpes : sa compétence en matière de prévention et d'éducation pour la santé touche avant tout la promotion de la santé et s'appuie sur des campagnes et des outils de communication. L'Inpes mène certes des actions en direction des médecins (outils tabac, éducation thérapeutique etc..) et s'intéresse à la qualité des actions de prévention, mais n'a pas globalement de compétence ni de ressources en matière de qualité des pratiques médicales. Au total, les avantages d'un adossement restent limités et de peu d'intérêt pour l'Inpes, qui a ses propres priorités à développer.⁷⁸

L'adossement à des établissements de santé nationaux est de même à écarter, son intérêt se limitant à la prise en charge des fonction support, sans présenter d'intérêt particulier en termes d'aide à la gestion des tâches d'agrément.

Restent en définitive à examiner les options d'adossement à la HAS et au Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM).

2.2.4.1 Les éléments du choix entre un adossement au CNOM ou à la HAS

L'adossement des CNFMC au CNOM, ou à la HAS, répond globalement aux objectifs et principes identifiés :

- il répond aux besoins de prise en charge logistique des CNFMC;
- il garantit leur indépendance ;
- il présente un intérêt indiscutable sur le plan de la qualité et de la mise en cohérence des institutions, surtout pour l'agrément et le critère d'indépendance du financement, (cf. loi anti-cadeaux) ;
- il autorise des coûts de fonctionnement raisonnables grâce à la mutualisation de ressources préexistantes.

L'option de l'Ordre national des médecins présente en outre certains avantages spécifiques :

- il facilitera l'articulation entre les CNFMC et les CRFMC qui auront à valider les obligations individuelles des médecins ;
- il facilitera également la mise en place du système d'information global en matière de FMC⁷⁹ et les interfaces entre CRFMC et CNFMC; les CRFMC qui évaluent le respect des obligations individuelles d'EPP et de FMC, et les conseils départementaux de l'Ordre qui délivrent les attestations individuelles, ont seuls accès aux données individuelles nominatives ;
- il pourrait contribuer à la transparence globale du financement des organismes, l'Ordre étant d'ores et déjà en charge de l'analyse des conventions financières conclues entre les firmes pharmaceutiques et les médecins à des fins d'actions de formation⁸⁰.

Il ne présente en revanche pas d'intérêt particulier s'agissant de la mutualisation de ressources techniques ou financières pour l'instruction des demandes d'agrément.

Les avantages spécifiques d'un adossement des CNFMC à La HAS tiennent :

⁷⁸ Par exemple en matière d'éducation pour la santé.

⁷⁹ Que la mission propose dans tous les cas de confier à l'Ordre dont les conseils départementaux sont chargés de la délivrance des attestations individuelles.

⁸⁰ ce qui nécessite sans doute l'intervention de dispositions législatives ou réglementaires spécifiques pour donner aux CNFMC l'accès à certaines des informations détenues par l'Ordre au titre de l'examen des conventions de formation.

- à la facilitation matérielle de la gestion des demandes d'agrément déposées respectivement au titre de l'EPP et de la FMC, par la mise en place d'un « guichet unique », dans un contexte où il sera probablement parfois difficile de distinguer entre programmes d'EPP et programmes de FMC « classique » ; à la facilitation de la procédure d'agrément au titre de l'EPP, s'agissant de l'avis requis des CNFMC ;
- à la disponibilité de ressources d'expertise pour l'instruction des demandes d'agrément ;
- à la possibilité de mutualiser ces ressources pour les agréments EPP et FMC et de faciliter ainsi l'établissement d'une doctrine cohérente pour leur gestion;
- à la création, le cas échéant, d'un centre de ressources, d'expertise et de recherche sur l'efficacité médicale et pédagogique des actions de FMC et d'EPP ;
- à la cohérence générale de ce positionnement, de nature à faciliter la prise de connaissance par les CNFMC des priorités de l'assurance maladie dans ces domaines.

Enfin, s'agissant du financement des organismes par les firmes pharmaceutiques et de la préoccupation de veiller à ce que les programmes proposés soient exempts de toute formation à visée promotionnelle, l'adossement à la HAS serait aussi de nature à faciliter l'élaboration par la HAS et la mise en œuvre d'une charte de qualité de la formation, avec le concours de l'industrie et des CNFMC.

Au total, la mission estime que si le CNOM constitue une option intéressante à plusieurs égards, la balance penche en faveur de la HAS. La mission est consciente que la HAS, autorité de régulation, peut être réticente à cet adossement, mais estime que ses répercussions doivent pouvoir être maîtrisées dans le cadre d'une convention avec le ministère sur les moyens transférés.

Le Conseil national de l'ordre des médecins se verrait confier la gestion du système d'information, dans le cadre d'une convention avec le Ministère de la santé, prévoyant d'associer les CNFMC et la HAS à la maîtrise d'ouvrage.

2.3 Les instruments juridiques et financiers de la solution proposée.

Les conditions de l'adossement du secrétariat des conseils à la HAS, et de la gestion informatique des dossiers individuels des médecins par l'Ordre, seront examinées successivement.

2.3.1 L'adossement du secrétariat des CNFMC à la HAS.

Les fonctions de secrétariat des CNFMC et leur hébergement ne font pas partie des missions légales de la HAS, en dépit de ses compétences pour l'évaluation des pratiques professionnelles (article L. 161-37 du code de la sécurité sociale) et pour l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population (article L. 161-40 du même code). En toute rigueur, la création de cette compétence appelle une disposition législative nouvelle.

A titre d'exemple, une formule consisterait à compléter l'article L. 167-40 d'un 4° pour charger la HAS « de prendre en charge le coût de fonctionnement des conseils nationaux de la formation médicale continue mentionnés aux articles L.4133-2 et L.6155-1 du code de la santé publique et d'assurer leur secrétariat dans des conditions garantissant leur indépendance ».

Sur le plan financier, deux solutions sont possibles suivant que le surcoût pour la HAS donne lieu à abondement de la subvention de l'Etat ou de la dotation à la charge des régimes

d'assurance maladie. Si la première solution semble meilleure en affichage pour les organisations professionnelles représentées au sein des CNFMC, la seconde a la préférence de la mission par souci de réalisme dans le présent contexte budgétaire.

Dans l'attente de la modification de la loi et à titre transitoire, une convention de prestations de services pourrait être conclue entre l'Etat et la HAS pour dédommager celle-ci à partir des crédits inscrits au budget du ministère pour assurer le fonctionnement des CNFMC. Ces crédits s'élevaient à 4,7 millions d'euros pour 2005.

Les règles de gestion des rapports entre la HAS et les CNFMC, qui doivent garantir l'autonomie de ces derniers, seraient fixées par un protocole conclu entre le Président de la HAS et chacun des Présidents de CNFMC.

Le barème commun des CNFMC ayant assimilé à une activité de formation la participation aux « commissions officielles », le temps passé dans les CNFMC par les médecins salariés, hospitaliers ou non, s'impute sur les jours de formation professionnelle et ne devrait pas donner lieu à indemnisation de l'employeur, contrairement à ce que propose la DGS dans un projet de décret en cours d'examen par le Conseil d'Etat.

Recommandation n°13:

1° Modifier la loi pour confier à la HAS la mission d'hébergement des CNFMC. Fixer dans un protocole d'accord à conclure entre le Président de la HAS et les Présidents des CNFMC les usages à respecter pour le bon fonctionnement des CNFMC au quotidien, en leur laissant toute l'autonomie désirable.

2° Refuser l'indemnisation de l'employeur pour le temps passé aux CNFMC par les médecins salariés.

2.3.2 La gestion informatique des dossiers individuels des médecins par le Conseil national de l'ordre des médecins .

Une disposition réglementaire semble suffisante pour charger le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) de la gestion informatique des dossiers individuels des médecins. L'article 46 de la loi du 4 mars 2002 a étendu au maintien du « principe de compétence » les missions de l'ordre et l'article L.4122-1 du code de la santé publique investit le conseil national de l'ordre de la mission de veiller à l'observation par tous les médecins des « devoirs professionnels », au nombre desquels figurent désormais les obligations d'EPP et de FMC.

Le développement et la maintenance d'un applicatif dédié à la gestion des dossiers individuels d'EPP et de FMC va toutefois générer des coûts supplémentaires importants relativement aux ressources de l'ordre, même si l'applicatif peut vraisemblablement se greffer sur le fichier informatique de l'ordre dans l'attente de la création du « répertoire partagé des professionnels de santé » (RPPS) attendue d'ici deux à trois ans.

Dans une note du 16 mars 2005 réalisée avec l'appui des services informatiques du CNOM, le Président du CNFMC des salariés estime à près d'1 million d'euros le coût du développement de l'applicatif. Les recettes courantes annuelles de l'Ordre s'élevant à 15,5 millions d'euros en 2004, il ne serait pas anormal que l'Etat verse au CNOM une participation significative au financement du développement de l'applicatif. En contrepartie de la subvention, l'Etat (DGS

et DHOSS)participerait à la maîtrise d'ouvrage⁸¹ à laquelle seraient également associés les autres acteurs de la FMC et de l'EPP, principalement les CNFMC et la HAS. L'Etat serait également chargé d'assurer la cohérence avec les autres grands projets informatiques intéressant les médecins, notamment avec le projet de répertoire partagé des professions de santé (RPPS).La maintenance du système d'information et son exploitation seraient à la charge exclusive de l'Ordre.

Recommandation n°14: Négocier entre l'Etat et le Conseil national de l'ordre des médecins une convention aux termes de laquelle, en contrepartie d'une subvention de l'Etat significative à l'investissement de départ, l'Ordre s'engage à déployer une solution informatique pour la gestion des dossiers individuels des médecins au titre des obligations d'EPP et de FMC, comportant la mise à la disposition des acteurs d'une base de données individuelles non nominatives, en application des choix d'une maîtrise d'ouvrage partagée où chacun des acteurs intéressés, notamment les CNFMC, trouvera sa place.

2.4 L'adaptation des solutions proposées pour les médecins aux autres professions de santé.

L'architecture juridique de la FMC et de l'EPP pour les professionnels de santé non médecins est relativement plus simple, même si elle s'applique à des professions très diverses dont l'organisation fait une place importante aux particularismes professionnels, comme il a été souligné supra au point 1.1.1.

En premier lieu, la loi n'a prévu l'agrément des organismes de formation que pour les pharmaciens (article L.4236-2 du code de la santé publique). L'évaluation des pratiques n'est pas mentionnée par la loi pour les pharmaciens n'exerçant pas leur profession dans le cadre du service public hospitalier⁸². Pour ces professionnels, la formation continue a pour objectif « le perfectionnement des connaissances et l'amélioration du service rendu aux patients ». Le Conseil national de la formation pharmaceutique continue a seul compétence pour l'agrément des organismes de formation, la HAS n'intervenant pas dans cette procédure.

En second lieu, pour les professionnels non médecins autres que les pharmaciens, la loi ne prévoit pas l'institution de conseils nationaux et régionaux.

Pour ces dernières professions, la loi mentionne bien l'évaluation des pratiques professionnelles, mais sans faire la distinction entre évaluation individuelle ou collective. Suivant une rédaction issue de la loi du 9 août 2004, identique pour les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les préparateurs en pharmacie et tous les auxiliaires médicaux, « l'obligation de formation est satisfaite notamment par tout moyen permettant d'évaluer les compétences et les pratiques professionnelles ».

En quatrième lieu, lorsque la loi fait mention de l'évaluation des pratiques, elle ne crée pas de régime juridique spécifique pour gouverner cette activité qui n'est pas érigée en obligation individuelle autonome, contrairement à la situation observée pour les médecins depuis l'intervention de l'article 14 de la loi du 13 août 2004.

⁸¹ La maîtrise d'ouvrage pourrait utilement se rapprocher de l'OGC pour bénéficier de l'expérience acquise par l'organisme pour construire son système d'information qui alimente une base de données déjà très intéressante et sans doute sans équivalent.

⁸² Les pharmaciens exerçant leurs fonctions dans les établissements publics de santé, dans les hôpitaux des armées et dans les établissements de santé privés participant au service public hospitalier relèvent pour la formation continue et l'EPP du régime juridique des praticiens hospitaliers.

Dans ce contexte juridique un peu moins complexe que celui applicable aux médecins, l'adaptation aux autres professions des recommandations faites pour les médecins conduit aux propositions suivantes :

1° éviter d'étendre la procédure d'agrément des organismes à de nouvelles professions, tant que cette procédure n'est pas juridiquement stabilisée pour les médecins et n'a pas fait la preuve de son utilité pour cette profession à l'issue d'une période probatoire. Pour l'agrément des organismes de formation des pharmaciens, appliquer les règles de procédure mentionnées au point 1.4.2.1. ci-dessus pour garantir l'impartialité et la régularité des agréments ;

2° confier le support logistique du conseil national de la formation pharmaceutique continue et des conseils régionaux ou interrégionaux à l'ordre des pharmaciens, chargé depuis la loi du 4 mars 2002 de « veiller à la compétence des pharmaciens » ;

3° pour les autres professions, éviter la création de nouvelles structures ad hoc et confier l'administration du respect de l'obligation de formation continue en priorité à l'ordre professionnel chaque fois qu'il en existe un, à défaut au conseil interprofessionnel institué par les articles L.4391-1 et suivants du code de la santé publique, dont les attributions pourraient être étendues, pour la formation continue et l'EPP, aux auxiliaires médicaux qui ne lui sont pas rattachés.

Le conseil interprofessionnel créé par la loi du 4 mars 2002 n'ayant toutefois pas été mis en place et les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures-podologues devant bientôt bénéficier d'institutions ordinales propres, la solution ordinale semble confortée.

Recommandation n°15 : éviter l'extension à de nouvelles professions de la procédure d'agrément des organismes et, pour éviter la création de nouvelles structures, s'appuyer le plus possible sur les institutions ordinales.

Troisième partie - Les préconisations pour le financement, le pilotage et la mise en œuvre du système.

Les préconisations qui suivent s'inscrivent dans la perspective de l'optimisation du système d'EPP et de FMC en cours de mise en place, conformément aux termes de la lettre de mission. La mission estime toutefois que ces préconisations gagnent à être éclairées par une vue prospective du sujet. La mission considère la mise en place des deux obligations d'EPP et de FMC comme une étape vers un dispositif cible de certification périodique des médecins qui, tout en étant adapté aux institutions sanitaires et sociales françaises, pourrait s'inspirer des modèles britannique, hollandais et nord-américain⁸³.

D'autre part, les constats précédents montrent qu'il serait prématuré de mobiliser aujourd'hui davantage de fonds publics dans un champ d'action dont les fondements conceptuels, juridiques et institutionnels sont aussi fragiles. Avant d'envisager un engagement plus important des fonds publics, le système rationalisé doit au préalable apporter la preuve, non seulement de la possibilité d'un fonctionnement harmonieux à l'hôpital comme en ville, mais de son efficacité pour l'amélioration des pratiques médicales.

Seront successivement examinées les préconisations pour le financement, le pilotage et la mise en œuvre du système.

3.1 Les préconisations pour le financement des actions en faveur des médecins : consolider les ressources existantes et mieux garantir la transparence de leur utilisation

3.1.1 Les raisons de ne pas réunir les financements publics (assurance maladie) et privés (FAF-PM) destinés aux médecins libéraux dans un fonds unique.

A la suite de la réforme du code de déontologie médicale mise en œuvre par le décret du 6 septembre 1995, dont l'article 11 fait un devoir pour tout médecin de participer à des actions de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles, l'ordonnance du 25 avril 1996 crée une obligation quinquennale de formation continue.

La même ordonnance a l'ambition, par dérogation au code du travail, de n'autoriser pour les médecins libéraux que l'habilitation d'un seul fonds d'assurance formation, le FAF-MEL. Le fonds devait réunir les concours privés constitués du produit de la cotisation obligatoire des médecins prévue par article L.953 - 1 du code du travail, et publics en provenance de l'assurance maladie. Le conseil de gestion du fonds avait une composition dérogatoire comportant obligatoirement l'ensemble des syndicats représentatifs des médecins libéraux et, à titre consultatif, des représentants du conseil national de la formation médicale continue.

Cette construction est restée lettre morte en raison des querelles syndicales, alimentées notamment par les conflits d'intérêts entre généralistes et spécialistes, qui n'ont pas permis de franchir l'étape de l'adoption des statuts du FAF-MEL.

⁸³ Cf. le rapport de l'IGAS 2002 081 de mai 2002.

Les mêmes conflits d'intérêts font encore aujourd'hui obstacle à l'évolution des statuts du FAF-PM, fonds d'assurance formation des professions médicales agréé par arrêté du ministre chargé de la formation professionnelle en date du 17 mars 1993.

Il ne semble pas réaliste, en l'état actuel du syndicalisme des médecins libéraux, de concentrer les financements au sein d'une instance unique dont le fonctionnement ne pourrait qu'être perturbé par les conflits syndicaux.

En l'absence d'un contrôle de la gestion du FAF-PM, la mission n'est pas en mesure de formuler une orientation pour l'avenir de cet organisme.

Recommandation n°16 : procéder au contrôle de la gestion du FAF-PM pour formuler en connaissance de cause des orientations pour son avenir.

3.1.2 La nécessité de mettre en place pour les médecins libéraux des financements publics indépendants des intérêts syndicaux.

Pour les médecins libéraux, si l'on excepte quelques opérations ponctuelles financées sur crédits d'Etat gérés par la direction générale de la santé, la totalité des fonds publics affectés à la FMC provient de l'assurance maladie à travers les 70 millions € de la formation professionnelle conventionnelle (FPC) et, pour l'EPP, les 5 millions € que le FAQSV pourrait lui consacrer.

Le cadre juridique de la FPC est fragilisé, comme il a été dit supra au point 1.2.2.4., par le partage contestable des compétences entre les instances conventionnelles et l'OGC pour la gestion des appels d'offres, et par l'absence de base légale pour l'imputation des dépenses de la FPC au FNASS de la CNAMTS.

La nécessité d'une remise en ordre juridique pour consolider la contribution de l'assurance maladie offre l'occasion de tirer les conséquences, d'une part, de la création des nouvelles obligations individuelles en matière de FMC et d'EPP et, d'autre part, du nouveau paysage institutionnel résultant de la création des CNFMC et de la HAS. Les objectifs de simplicité, d'indépendance dans la gestion des fonds publics et d'efficacité dans leur emploi, conduisent à préconiser la création dans les écritures de la CNAMTS d'un fonds de promotion de la FMC.

3.1.2.1 L'objectif de simplicité conduit à réunir les financements de l'assurance maladie dans un fonds unique dépourvu de la personnalité morale.

Plutôt que de conserver deux sources de financement distinctes, à savoir le FNASS pour la FPC et le FAQSV pour l'EPP, avec deux modes de gouvernance, le souci de simplicité justifie de regrouper les interventions de l'assurance maladie dans un fonds unique.

Pour éviter toute charge de gestion supplémentaire, le fonds serait dépourvu de la personnalité morale. Pour des raisons d'affichage compréhensibles, les recettes du fonds proviendraient, à enveloppe constante, d'un prélèvement sur le produit des différentes taxes et remises versées par les industries de santé à l'assurance maladie, produit estimé par la commission des comptes de la sécurité sociale à 644 millions € pour 2005.

La construction juridique pourrait s'inspirer de celle instituée pour le fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique (FOPIM) créé par l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001. Les ministres fixeraient par arrêté les ressources du fonds, dans la limite d'un pourcentage de prélèvement plafond fixé par la loi.

Recommandation n°17: créer dans les écritures de la CNAMTS un fonds de la promotion de la FMC alimenté à enveloppe constante par une fraction du produit des taxes payées à l'assurance maladie par les industries de santé et supprimer les appels au FNASS et au FAQSV.

3.1.2.2 L'objectif d'indépendance conduit à écarter les organisations syndicales des médecins, non pas du fléchage des priorités pour l'emploi des fonds publics, mais de leur gestion .

Il n'est pas envisagé d'écarter les organisations syndicales de médecins libéraux du processus conduisant à la détermination des thèmes prioritaires d'emploi des fonds publics consacrés à la FMC au sens large, EPP incluse. Qu'elles s'expriment à travers le CNFMC des médecins libéraux, ou les organes de la convention médicale dans le cas particulier des syndicats signataires, les organisations syndicales sont particulièrement bien placées pour concourir à l'expression des besoins des médecins libéraux, à la mise en œuvre du dispositif grâce au droit conventionnel, ainsi qu'à l'évaluation de son fonctionnement.

En revanche, il n'est pas souhaitable d'associer les syndicats à la gestion des fonds publics de la FMC pour deux considérations de principe.

La première question de principe porte sur les rapports entre la vie conventionnelle et la contribution de l'assurance maladie au financement de la FMC. La Cour des Comptes, comme l'IGAS, ont déjà eu l'occasion de souligner qu'il n'y a pas de raison de lier la mobilisation des fonds publics destinés à la FMC aux aléas de la vie conventionnelle. Dans son rapport au Parlement sur la sécurité sociale de septembre 1999, la Cour des Comptes écrit : « Il est plus que jamais indispensable de dissocier la FMC et son financement de la négociation de la convention et de ne plus perturber la formation scientifique par les divisions sur la formation des cadres syndicaux, les deux dispositifs étant sans rapport ». La création des deux obligations légales en matière d'EPP et de FMC ne fait que renforcer la pertinence de l'observation, ainsi que la nécessité d'affecter les crédits consacrés par l'assurance maladie à la formation en priorité au service du respect des obligations individuelles légales.

La seconde question de principe porte sur les conflits d'intérêts syndicaux à l'abri desquels il convient de mettre la gestion des fonds publics affectés à la FMC.

D'une part, les organisations syndicales ont fait le choix de créer leurs propres organismes de formation. Elles sont donc juge et partie pour le choix des formations bénéficiant d'un financement public. Il est préférable de ne pas les associer à la gestion des appels d'offre⁸⁴ et à la fixation des tarifs des formations pris en charge par les fonds publics. Si l'on souhaite que la qualité scientifique des formations financées sur fonds publics puisse au moins rivaliser avec celle des meilleures formations organisées avec le soutien de l'industrie pharmaceutique, les gestionnaires des appels d'offre doivent également s'abstenir de limiter le champ personnel des formateurs aux médecins libéraux, et pouvoir faire librement appel aux compétences hospitalo-universitaires, chaque fois que le contenu de la formation le justifie.

⁸⁴ Le système en vigueur a par exemple conduit en 2004 à attribuer près de la moitié des fonds de la FPC aux organismes de formation situés dans la mouvance de la même organisation syndicale représentative pour une seule catégorie de médecins.

D'autre part, l'intervention des URML⁸⁵ pour la promotion de l'EPP et pour faciliter les démarches administratives imposées aux médecins pour satisfaire au respect de la nouvelle obligation ne soulève pas de difficulté. En revanche, leur intervention dans le processus pédagogique conduisant in fine à la délivrance d'un certificat au titre d'une obligation professionnelle sanctionnée paraît appeler la mise en place de précautions particulières pour garantir l'indépendance du processus pédagogique. Deux scénarios s'offrent au choix des pouvoirs publics:

- soit les médecins habilités, formés par l'HAS, sont rémunérés par l'URML. Dans ce cas, les fonds publics éventuellement mis à disposition des URML devraient être exclusivement affectés à l'indemnisation des médecins habilités, suivant la formule la moins onéreuse prévue par le décret du 14 avril 2005, à savoir l'EPP collective. Les fonds publics seraient mis directement à la disposition de chaque URML, suivant une clé de répartition objective et publique, sans transiter, comme il est envisagé, par l'intermédiaire d'une association de la loi de 1901 dont on perçoit mal la valeur ajoutée. Cette option est subordonnée à la possibilité pour la CNAMTS et les URML de gérer un dispositif de contrôle systématique de l'affectation des fonds conformément à leur objet, le paiement du solde des enveloppes prévisionnelles intervenant après justification du service fait.
- soit les médecins habilités, pour les motifs développés supra au point 1.3.2.2., sont indemnisés par la HAS, dont la dotation est revue en conséquence. Cette solution, qui a la préférence de la mission, décharge les URML des contraintes fortes de la gestion de fonds publics, à laquelle elles ne sont pas habituées, mais présente l'inconvénient de confier une charge de gestion supplémentaire à la HAS.

Enfin, force est de constater que le FAF-PM et les organismes de FMC n'ont jamais fait l'objet d'un véritable contrôle de leur gestion. Les URML ont fait l'objet d'un contrôle de l'IGAS qui a donné lieu à un rapport de synthèse en mai 2000. Ce rapport a mis en évidence une situation contrastée suivant les URML visitées.

Pour ces motifs, les recommandations de la mission sont les suivantes :

Recommandation n°18:

1° maintenir dans la convention médicale le fléchage de thématiques prioritaires pour la FMC et maintenant pour l'EPP, ainsi que, faute de mieux⁸⁶, le financement des « formations à la vie conventionnelle » sous réserve que la CNAMTS contrôle l'utilisation de ces fonds conformément à leur objet ;

2° exclure les organisations syndicales de la gestion des appels d'offre et de la politique tarifaire des formations financées sur fonds publics, ce qui conduit à la suppression de l'OGC dont les effectifs s'élevaient au 31 décembre 2004 à 11 contrats à durée indéterminée et 4 contrats à durée déterminée, à reprendre par la CNAMTS ;

3° faire rémunérer les « médecins habilités » de préférence par la HAS qui est déjà en charge de leur formation ou, à défaut, par les URML, en limitant à ce poste de dépenses la contribution des fonds publics à l'EPP, dans la limite des honoraires dus en cas d'EPP collective exclusivement. Dans tous les cas, les URML financeraient sur leurs ressources propres, conformément aux articles L. 4134-1 et suivants du code de la santé publique, la promotion de l'EPP et le support de la gestion administrative de l'obligation d'EPP.

⁸⁵ Les URML tirent leur légitimité d'un mode de gouvernance électif qui confère aux syndicats le monopole des candidatures.

⁸⁶ Une solution alternative mériterait d'être étudiée, consistant à substituer au financement des formations à la vie conventionnelle la transposition aux syndicats de médecins des dispositions de l'article R. 964-1-15 du code du travail. Cette solution permettrait notamment de recycler au service des nouvelles obligations individuelles des médecins l'enveloppe de près d'un million d'euros affectée à la formation à la vie conventionnelle.

4° procéder à un contrôle de la gestion des principaux organismes de FMC bénéficiant d'une contribution de l'assurance maladie et reprendre le contrôle de la gestion des URML.

3.1.2.3 L'objectif d'efficacité conduit à mettre en balance trois options pour la gouvernance du fonds de promotion de la FMC.

La gestion technique du nouveau fonds relevant de la compétence exclusive de la CNAMTS, il reste à déterminer son mode de gouvernance. La question se pose de savoir comment chacun des quatre acteurs institutionnels ayant une légitimité dans le domaine, à savoir l'Etat, la HAS, le CNFMC des médecins libéraux et l'UNCAM, pourrait être invité à jouer un rôle dans la gouvernance du fonds pour le fléchage des thèmes d'actions prioritaires.

Il semble y avoir principalement trois modèles de gouvernance en balance :

- soit la gouvernance est externalisée par rapport à la CNAMTS, sur le modèle de l'Institut national de prévention et d'information sanitaire. Mais il a été indiqué supra qu'il n'était pas recommandé de doter le fonds, ni d'ailleurs les CNFMC, de la personnalité morale ;
- soit la gouvernance est partagée avec une formule de cogestion entre les acteurs. Mais les expériences de cogestion, par exemple pour le fonds national de prévention et d'information sanitaire, semblent insuffisamment séduisantes à certains des acteurs rencontrés ;
- soit la gouvernance n'est pas juridiquement partagée et appartient logiquement au financeur. C'est la formule que la mission recommande par souci d'efficacité. La gouvernance du fonds serait donc confiée à l'UNCAM, à charge pour celle-ci de prendre chaque année, en temps utile pour l'appel d'offres annuel, l'attache des trois autres acteurs pour leur permettre d'exprimer leurs souhaits. La loi pourrait inviter les parties signataires de la convention médicale à tenir compte, d'une part, des priorités identifiées par le CNFMC des médecins libéraux et, d'autre part, des thèmes non financés par l'industrie pharmaceutique en raison de leur faible intérêt pour la prescription de médicaments. En outre, l'UNCAM et la HAS seraient invitées à conclure une convention par laquelle la HAS pourrait assurer le financement de la recherche opérationnelle sur les méthodes pédagogiques les plus aptes à l'amélioration des pratiques.

Dans ce cadre rénové, l'UNCAM serait incitée à nouer des partenariats avec les opérateurs de la couverture maladie complémentaire, le cas échéant par le truchement de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, pour mettre l'outil de gestion des appels d'offre et des relations avec les médecins libéraux à leur disposition, pour promouvoir les thèmes de formation et les méthodes pédagogiques présentant pour ces opérateurs un intérêt particulier.

La CNAMTS serait invitée à approfondir la connaissance économique du marché de la FMC. Elle serait en particulier responsable, en mutualisant les connaissances de l'institution sur le marché de la formation dans d'autres secteurs d'activité, de suivre la formation des coûts, de connaître les prix de revient réels, bruts avant intervention des industries de santé et nets après prise en compte de leur contribution et, en liaison avec la DGCCRF, de s'assurer de l'absence d'entorse aux règles de la concurrence. La contribution de l'assurance maladie au financement d'une formation pourrait être subordonnée à la production par l'organisme agréé d'informations financières de nature à répondre à ces interrogations, comportant notamment, d'une part, l'attestation par le commissaire aux comptes de la liste nominatives des

contributions de tiers reçues par l'organisme et, d'autre part, l'attestation par le responsable de l'organisme de la liste des formations ayant, à sa connaissance, bénéficié d'un concours des industries de santé ne transitant pas par la caisse de l'organisme.

Recommandation n° 19:

1° Confier la gouvernance du fonds de promotion de la FMC à l'UNCAM, à charge pour cet organisme de tenir compte des souhaits des autres acteurs, exprimés notamment par le CNFMC des médecins libéraux, de passer convention avec la HAS pour le financement de la recherche opérationnelle en matière d'EPP, et de nouer des partenariats avec les opérateurs de la couverture maladie complémentaire.

2° Demander à la CNAMTS de se mettre en mesure d'acquérir une connaissance approfondie du marché de la formation médicale continue.

3.1.3 Assurer la transparence du financement de l'industrie pharmaceutique et garantir sa qualité

La définition des conditions acceptables de financement de la FMC par l'industrie pharmaceutique n'est pas un exercice simple. Ses enjeux pour la politique de santé ont été soulignés en introduction.

Une des difficultés du dossier tient au fait que même lorsque la formation financée par l'industrie n'a pas de vocation promotionnelle⁸⁷ et est de bonne qualité scientifique, comme c'est le cas pour certains congrès scientifiques internationaux, les relations nouées entre les médecins et la firme à cette occasion constituent des investissements destinés à faciliter ses actions de promotion ultérieures. En cela, l'industrie pharmaceutique n'agit certes pas différemment de n'importe quelle industrie qui cherche à promouvoir ses produits et maintenir ses parts de marché. Les médecins peuvent d'ailleurs s'identifier à des « clients » d'une industrie, et comme tels en situation de bénéficiaire « naturellement » d'opérations de promotion et de marketing. La différence est évidemment que si les médecins sont les prescripteurs d'achat de produits, ils n'en sont pas les payeurs. Une théorie libérale pourrait arguer que la concurrence entre firmes pharmaceutiques devrait aboutir à neutraliser l'impact de leurs actions promotionnelles respectives auprès des médecins. La réalité ne semble pourtant pas aller dans ce sens, et s'il n'est évidemment ni réaliste ni sans doute justifié de vouloir mettre radicalement un terme aux avantages consentis par l'industrie aux médecins, la vigilance paraît indispensable.

Deux exigences minimales doivent être prises en compte pour mettre « sous contrôle » le risque que la mise en œuvre du dispositif de FMC n'aboutisse à accroître l'emprise de l'industrie sur la profession:

- d'une part, assurer la transparence et la clarté des interventions de l'industrie dans la FMC;
- d'autre part, mettre en place des mécanismes de nature à dissuader les firmes de mener des opérations de promotion sous couvert de formation.

⁸⁷ Au sens de promotion de produits de santé

3.1.3.1 Assurer la transparence des financements de l'industrie pharmaceutiques

- Sélectionner les actions de formation financées par l'industrie éligibles à la valorisation de "crédits" au titre de la FMC ou de l'EPP.

Comme il a été vu en première partie, les interventions des firmes en matière de FMC ne se limitent pas au financement pérenne d'organismes de formation. Elles prennent en grande partie la forme des dérogations prévues dans le cadre de la loi anti-cadeaux, financement de manifestations à caractère scientifiques et conventions d'hospitalité. Le préalable est donc de mettre en place les moyens nécessaires pour exploiter ces conventions et connaître le niveau des financements investis à des fins de financement d'actions de formation, leur nature exacte et l'organisme bénéficiaire le cas échéant.

Le corollaire de cette mesure est de réserver la valorisation de « crédits » au titre de la FMC ou de l'EPP aux actions, soit mises en œuvre par l'intermédiaire d'un organisme agréé, soit faisant partie d'un programme destiné au soutien de manifestations à caractère scientifique préalablement soumis à la validation des CNFMC. Les autres conventions, y compris celles ayant reçu un avis favorable de l'Ordre des médecins au titre de l'article L.4113-6 du code de la santé publique, ne pourraient pas donner lieu à l'attribution de "crédits" pour la FMC ou pour l'EPP.

Recommandation n°20 : Pour les formations financées par l'industrie, subordonner leur éligibilité à l'attribution de « crédits » au titre de l'EPP ou de la FMC à leur validation soit par un organisme agréé, soit par le CNFMC compétent.

- L'amélioration de la transparence concerne aussi les relations des praticiens hospitaliers avec les industries de santé.

Certaines des activités de formation mentionnées dans le barème du CNFMCH sont susceptibles d'être financées en tout ou partie par les industries de santé, en particulier les congrès et séminaires, mais aussi les stages d'apprentissage d'utilisation d'un nouveau dispositif médical ou d'un nouvel équipement lourd par exemple.

Dans cette matière, les règles de bonne conduite ont certes été fixées par l'article L. 4113-6 du code de la santé publique. Le souci de transparence voudrait que le praticien, tenu de transmettre pour avis préalable à l'ordre des médecins la copie des projets de convention, soit également tenu de transmettre une copie de la convention signée à l'employeur, soit en pratique simultanément à l'hôpital et à l'université dans le cas particulier des praticiens hospitalo-universitaires.

Les pratiques commerciales des laboratoires s'adressant aux futurs médecins au moins dès l'internat, les établissements de soins pourraient être investis d'une mission d'information sur l'article L.4113-6 du code de la santé publique pour expliquer sa raison d'être, vulgariser la ligne de partage entre ce qui est licite et illicite, et désigner un correspondant à qui le praticien pourrait s'adresser en cas de doute.

Recommandation n°21 : rendre obligatoire la communication à l'employeur des contrats conclus entre un praticien et un industriel de santé ; désigner dans chaque établissement un référent pour l'interprétation de l'article L. 4113-6 du code de la santé publique.

3.1.3.2 Mettre en place des mécanismes dissuasifs pour préserver la qualité et l'indépendance des formations financées

L'encadrement des actions de formation financées par l'industrie biomédicale doit porter sur leur qualité et leur fréquence. Pour les firmes, les invitations à des colloques, congrès et autres actions de formation médicale continue constituent en effet l'un des aspects de leurs stratégies relationnelles avec la profession. Ces invitations, qui passent souvent par l'intermédiaire des visiteurs médicaux, peuvent apparaître comme une forme de rétribution des médecins concernés. En particulier, lorsque la fréquence de ces invitations est importante et assortie d'avantages annexes significatifs, le caractère positif de leur impact sur la qualité des pratiques des médecins concernés peut être mis en doute, quelle que soit par ailleurs la qualité scientifique et pédagogique des actions de formations.

Pour prévenir ces risques d'abus, deux mesures principales sont préconisées :

- la première serait de proscrire dorénavant le recrutement par les visiteurs médicaux des médecins conviés à des actions de formation médicale continue financées par les firmes. La charte actuelle sur la visite médicale devrait être modifiée en ce sens ;
- la deuxième serait de mettre en place une charte de la formation médicale continue, sur le modèle de la charte du 22 décembre 2004 mise en place pour la visite médicale.

Les objectifs de cette charte devraient être d'abord qualitatifs. Les actions de formation médicale continue devraient être conformes à des référentiels, établis en liaison avec la HAS et les CNFMC, permettant de garantir leur qualité scientifique et pédagogique. Pour limiter les risques de clientélisme, la charte devrait également comporter des prescriptions relatives aux procédures de recrutement des médecins, et aux critères de sélection des bénéficiaires.

Le contrôle du respect de la charte devrait s'appuyer sur des organismes accrédités par la HAS. En cas de non respect des prescriptions de la charte par une firme, deux types de sanctions pourraient être appliquées : la première serait de requalifier les dépenses de formation en dépenses de promotion et donc de les faire entrer dans le champ de la taxe sur les dépenses de promotion instituée par les articles L. 245-1 et suivants du code de la sécurité sociale, la deuxième, dont l'intervention serait subordonnée à la fréquence et à la gravité des infractions constatées, serait in fine d'exclure la firme du dispositif de conventionnement prévu à l'article L 162-17-4 du code de la sécurité sociale.

L'efficacité de ce dispositif devrait être évalué au terme d'une période de 4 ou 5 ans. En cas d'échec, des mécanismes plus contraignants visant à limiter les dépenses de formation des firmes pourraient être mis en œuvre. Il s'agirait alors d'inclure dans la charte des objectifs

quantitatifs pour les dépenses de formation, à l'image de ceux prévus par l'avenant n° 1 du 21 juillet 2005⁸⁸ à la charte sur la visite médicale.

Recommandation n° 22:

1) modifier par avenant la charte de la visite médicale pour interdire le recrutement des médecins par les visiteurs médicaux pour les actions de formation financées par l'industrie;
2) modifier la loi pour instituer une charte de la formation médicale continue négociée entre les firmes, le comité économique des produits de santé et la HAS, en vue de garantir la qualité des actions et les conditions de recrutement des médecins, et pour fixer les sanctions du non respect de la charte (requalification des dépenses de formation en dépenses de promotion et, in fine, exclusion du bénéfice es conventions).

3.1.4 Maintenir la participation du FAF PM au financement des actions sous réserve de renforcer leur pertinence et leur qualité

Si la mission ne recommande pas à court terme de fusionner les fonds du FAF PM avec ceux de l'assurance -maladie, il est nécessaire de mieux les mobiliser au service d'une formation médicale continue de qualité.

Le devenir du FAF PM à plus long terme devra être apprécié notamment au vu des conclusions d'un rapport d'audit.

Plusieurs mesures peuvent être préconisées par ailleurs pour renforcer la qualité et la pertinence de la gestion des fonds du FAF PM :

- il convient tout d'abord de remarquer que les formations financées par le FAF-PM ne pourront dorénavant être prises en compte pour la validation de l'obligation de FMC que si elles sont dispensées par un organisme agréé par les CNFMC. Cette exigence ne peut que contribuer à renforcer la qualité et la pertinence des formations financées par le FAF. De plus, elle devrait contribuer à simplifier la gestion des demandes d'agrément (FAF), au moins s'agissant de l'examen de la recevabilité des dossiers.⁸⁹
- les garanties de procédure mises en place par le FAF, afin de préserver l'impartialité des décisions et la qualité des formations éligibles au financement devraient être renforcées⁹⁰. Ces garanties, résident notamment dans l'anonymisation des demandes soumises aux instances délibératives, le recours à des rapporteurs ou experts présentant les garanties d'indépendance nécessaires, l'existence d'un conseil scientifique indépendant respectant l'incompatibilité des fonctions de membre du conseil scientifique et de membre du conseil de gestion, la définition d'un cahier des charges clair et rigoureux en particulier.
- les fonds du FAF PM sont juridiquement considérés comme des fonds de droit privé. Le conseil de gestion du FAF est certes libre d'adopter les priorités de son choix pour la passation d'appels d'offres en matière de formations éligibles à la validation de « crédits ». Cela ne fait toutefois pas obstacle à la conclusion éventuelle de conventions

⁸⁸ L'avenant prévoit que des taux annuels d'évolution du nombre de contacts réalisés avec les médecins par les délégués médicaux seront fixés (pour certaines classes de médicaments « sous surveillance ») ; en cas de dépassement de ces taux, les firmes sont exposées à des baisses de prix des médicaments concernés.

⁸⁹ dans la mesure où les dossiers de demande d'agrément CNFMC d'une part et FAF d'autre part n'ont pas de raisons de différer fondamentalement (renseignements demandés, pièces à fournir etc..)

⁹⁰ en apportant les modifications nécessaires au règlement intérieur de cet organisme.

pluriannuelles entre le FAF, les CNFMC et le ministère de la santé en vue d'assurer au mieux l'articulation entre les priorités de formation fixées par les CNFMC d'une part, celles et l'allocation des financements du FAF d'autre part.

Recommandation n°23: renforcer les garanties de procédures pour l'examen des demandes d'agrément adressées au FAF PM, et favoriser la convergence des financements du FAF avec les priorités fixées par les CNFMC dans le cadre d'une convention ou d'un protocole d'accord.

3.2 Les préconisations pour le pilotage du dispositif: dans le cadre des priorités de FMC retenues, garantir une allocation des financements conforme aux priorités des différents décideurs publics.

La conduite d'une politique de formation médicale continue suppose que les décideurs aient à leur main les moyens financiers permettant de traduire dans les faits la politique arrêtée.

La problématique consiste à savoir comment concilier de manière harmonieuse, pour le choix des thèmes de FMC et d'EPP, les attentes individuelles de chaque médecin, les priorités collectives au niveau de la nation ou de l'établissement, enfin les préconisations spécifiques pour les médecins à risque. Dans le cas particulier de l'EPP, une partie des thèmes d'amélioration des pratiques peut provenir de l'identification des marges d'amélioration observées au niveau de la pratique individuelle, mais il est également légitime, notamment pour l'exercice libéral, de fixer en complément des thèmes nationaux permettant de mesurer l'impact des campagnes d'EPP sur les pratiques correspondantes.

La spécificité des modes d'exercice et des financements se rapportant respectivement aux médecins salariés des établissements de santé, aux médecins libéraux et aux médecins salariés non hospitaliers, justifie de traiter successivement des trois situations.

Pour les praticiens hospitaliers et les praticiens hospitalo-universitaires, les textes pourraient mieux garantir la cohérence entre les priorités collectives fixées au niveau national comme à celui de l'établissement, et les priorités individuelles de chaque praticien.

La décentralisation prononcée du pilotage du système de FMC au niveau de chaque établissement employeur semble bien accordée avec l'exercice de la médecine dans le cadre organisé de l'hôpital.

Les fonctions de formation initiale, de formation continue et le cas échéant de recherche y sont étroitement imbriquées. Par exemple, suivant la manière dont sont conçus les staffs qui ponctuent la vie du service, les trois fonctions peuvent s'y trouver inextricablement mêlées avec celle des soins proprement dits, dans la mesure où les dossiers des patients hospitalisés constituent le principal support de la réflexion. Il serait sans doute assez arbitraire, au regard d'une éventuelle comptabilité analytique, de chercher à démêler ces fonctions pour imputer le temps passé et les crédits consommés à chacune.

Au-delà des activités situées à la frontière des soins, des formations initiale et continue et de la recherche, les ressources consacrées à la FMC proviennent en premier lieu des jours de congés que les statuts réservent à la formation, soit 15 jours ouvrables par an pour les praticiens hospitaliers et six semaines par an dont 31 jours à l'étranger pour les personnels enseignants et hospitaliers des CHU. A ces jours de congés avec maintien de la rémunération s'ajoute un prélèvement sur la masse salariale affecté à la formation, dont le principe figure à l'article L. 6155-4 du code de la santé publique. Le quantum minimum du prélèvement était

fixé à 0,50% dans les centres hospitalo-universitaires et à 0,75% dans les autres établissements publics en application de l'article 11 de loi du 10 juillet 1989. Cette loi continue à servir de référence en dépit de son abrogation par l'article 61 de la loi du 4 mars 2002, dans l'attente de la publication des décrets d'application de l'article L.6155-4 précité.

En vertu d'un arrêté du 23 mai 1985, les frais d'inscription, les frais de séjour et de transport correspondant aux actions inscrites au plan de formation de l'établissement sont financés sur le produit du prélèvement.

A titre d'illustration, dans le cas particulier de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, les dépenses de FMC représentent environ 0,37% de la masse salariale de référence, dont 0,07 point pour le coût du service formation, le taux de 0,37% situant l'AP-HP dans la moyenne d'après l'établissement. En l'absence de tension financière sur l'utilisation de cette enveloppe, le souhait exprimé par le CNFMCH de porter le taux de prélèvement à 2,1% de la masse salariale de référence, par souci de symétrie avec la situation observée pour les personnels paramédicaux, ne semble pas justifié pour le moment.

Recommandation n° 24: ne pas relever pour le moment le taux de prélèvement sur la masse salariale de référence, destiné au financement des actions de FMC des praticiens hospitaliers.

En revanche, l'amélioration des connaissances sur la FMC des hospitaliers, notamment en vue de comparer les établissements, voudrait d'une part qu'il existe un compte économique de la formation déclinable par profession, totalisant les coûts internes et externes de formation, incluant le coût du maintien du salaire pendant le temps de formation effectif et, d'autre part, qu'une nomenclature d'imputation des charges soit fixée au niveau national, notamment pour identifier de manière homogène d'un établissement l'autre les dépenses d'exploitation affectées à la formation.

Recommandation n°25: prendre les dispositions nécessaires pour créer dans chaque établissement un compte de la formation déclinable par profession et agréable au niveau national.

Le pilotage du système et l'orientation des financements vers les priorités doit tenir compte de la relative complexité de la chaîne des instances ayant vocation à s'exprimer en la matière, depuis le Ministre jusqu'à chaque praticien hospitalier. Le contexte juridique conduit à distinguer la FMC de l'EPP.

3.2.1.1 Pour la FMC proprement dite.

Pour la FMC hors EPP, prise au sens du perfectionnement des connaissances, la loi et son décret d'application donnent compétence au CNFMCH pour fixer des « orientations nationales » et des « thèmes prioritaires de formation ». Le CNFMCH n'ayant pas la personnalité morale, il appartiendra sans doute au Ministre d'avaliser ces orientations et ces thèmes. En usant de son pouvoir d'instruction sur le service public hospitalier, le Ministre conserve la possibilité de flécher quelques priorités en cas de nécessité.

Il appartient toutefois à chaque établissement employeur d'arrêter son plan annuel de formation, en tenant compte des objectifs de formation que doit contenir le projet

d'établissement en vertu de l'article L. 6143-2 du code de la santé publique issu de l'ordonnance du 2 mai 2005.

Dans la nouvelle gouvernance de l'hôpital instituée par cette ordonnance, le conseil exécutif paritaire va intervenir dans la FMC pour la préparation et la mise en œuvre du projet d'établissement (article L. 6143-6-1 du code de la santé publique), l'accent étant mis en particulier sur la lutte contre les infections nosocomiales et les affections iatrogènes mentionnées aux 2° et 3° de l'article L.6144-1 du code de la santé publique.

Pour le fléchage et, le cas échéant, le financement des thèmes de formation prioritaires, il convient pour ces médecins salariés d'articuler les priorités locales inscrites dans les instruments juridiques propres à l'établissement employeur (projet d'établissement et plan annuel de formation) avec, d'une part, les souhaits individuels de chaque praticien, de leur chef de service ou de leur responsable de pôle et, d'autre part, les priorités nationales fléchées soit par le CNFMCH, soit directement par le Ministre.

Force est de constater que l'on ne trouve pas de trace explicite de cette problématique dans le projet de barème de validation de l'obligation de formation établi par le CNFMCH. Il pourrait être répondu à cette préoccupation en donnant à chaque établissement une plage de liberté pour moduler la pondération du barème national suivant ses besoins, ses possibilités financières et, le cas échéant, suivant les catégories de praticiens, leurs fonctions et leur situation au regard de leur déroulement de carrière. Cette marge de manœuvre pourrait également faciliter l'appropriation du nouveau dispositif par les établissements et leurs praticiens.

Le circuit de validation de l'EPP par les CNFMC soulève deux questions complémentaires relatives aux charges administratives des praticiens et à l'information de l'hôpital employeur :

- dans le projet de décret transmis à la mission par la direction générale de la santé, il appartient au praticien hospitalier de transmettre une fois tous les cinq ans son dossier au conseil régional de FMC. Il est permis de se demander si cette tâche administrative de constitution et de transmission du dossier ne pourrait pas être remplie par la commission médicale d'établissement (CME), au moins pour les praticiens qui en exprimeraient le souhait ;
- la question de l'information de l'hôpital employeur sur le respect de l'obligation individuelle de formation est plus importante, en raison de la responsabilité médicale qu'il assume. Il serait souhaitable que la CME soit destinataire si possible du dossier transmis au conseil régional et, au minimum, du document de clôture de la procédure délivré par le conseil départemental de l'Ordre. En outre, l'hôpital pourrait légitimement souhaiter mettre à la disposition de ses usagers l'information relative au respect des obligations quinquennales de formation par ses praticiens.

Recommandation n°26 : ménager dans le barème du CNFMCH une zone de liberté pour les établissements ; permettre aux praticiens hospitaliers volontaires d'être déchargés de toute nouvelle obligation administrative pour le respect de l'obligation d'EPP ; informer l'employeur de l'issue de la procédure d'évaluation individuelle quinquennale.

La question du fléchage des thèmes et de la transparence des procédures se pose avec plus d'acuité pour l'évaluation des pratiques professionnelles.

3.2.1.2. Pour l'évaluation des pratiques professionnelles.

En dépit de la relative confusion juridique qui règne sur le sujet, il est possible de soutenir que le CNFMCH a conservé la compétence qu'il détient depuis la loi du 9 août 2004 pour fixer des orientations nationales en matière d'EPP, alors même qu'il a perdu la compétence pour l'agrément des organismes d'EPP. Le même raisonnement, tiré de l'analyse chronologique des versions successives des articles L. 4133-1 et L.4133-2 du code de la santé publique, semble autoriser le CNFMCH à fixer des thèmes prioritaires en matière d'EPP, sur le fondement de l'article R. 4133-3, en admettant que l'EPP constitue, au sens juridique, un sous-ensemble de la « formation ». Suivant cette interprétation, la définition des priorités au niveau national appartient donc au CNFMCH et non à la HAS, dont le rôle est pour le moment concentré sur les aspects méthodologiques.

Pour l'EPP, la question de la définition des objectifs et du financement d'une politique est rendue plus complexe en raison de l'existence, au niveau de l'établissement public de santé, de trois dispositifs différents dont la coordination est imparfaitement assurée par les textes.

Le premier dispositif, le plus ancien, est celui de l'accréditation quadriennale des établissements, instituée par l'ordonnance du 24 avril 1996. Pour l'accréditation de seconde génération, la HAS a décidé "d'inclure dans les références du manuel d'accréditation des exigences en matière d'EPP." Le choix des thèmes sur lesquels portent les évaluations appartient à l'établissement qui les soumet à la HAS.

Le second dispositif faisant appel à l'EPP est celui de la procédure d'accréditation des médecins et des équipes médicales instituée par la loi du 13 août 2004, procédure qui peut être réservée par décret aux médecins exerçant certaines spécialités particulièrement exposées au risque professionnel (article L 4135-1 du code de la santé publique).

A ces deux dispositifs s'ajoute l'obligation individuelle quinquennale d'EPP instituée par la même loi du 13 août 2004.

Ces trois dispositifs ne sont pas dépourvus de liens juridiques puisque la procédure d'accréditation de la pratique professionnelle valide l'obligation individuelle d'EPP en application du décret du 14 avril 2005, en dépit de l'absence de recouvrement des périodes de référence. Mais la question de leur mise en cohérence, et si possible en résonance, au niveau de l'établissement, reste entière.

Pour l'équilibre entre les priorités individuelles et collectives, le poids accordé aux préoccupations de l'établissement dans le choix des thèmes d'EPP pourrait légitimement être plus important que pour la FMC, au motif que la responsabilité médicale de l'établissement est plus directement engagée par l'amélioration des pratiques que par celle des connaissances. En cas de risque objectivé par le chef de service ou le responsable de pôle, ou par la survenance d'un incident engageant la responsabilité de l'établissement, ce dernier devrait être en mesure de décider du thème de l'EPP pour les praticiens considérés, en accord avec la CME.

Pour l'organisation à mettre en place et pour l'estimation de son coût, les établissements devront d'abord se saisir du débat sur le contenu de l'obligation individuelle d'EPP et, par conséquent, sur la fixation de la frontière entre EPP et FMC. Dans son document précité de juin 2005, la HAS donne de l'EPP une définition particulièrement extensive puisqu'elle recouvre « l'ensemble des démarches d'amélioration des activités de soins » et comporte « la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques ». Il n'est pas certain que tous les hôpitaux soient en mesure d'adopter dès le départ une conception de l'EPP aussi ambitieuse, ce qui pourrait conduire à procéder par étapes.

L'appel envisagé à des praticiens extérieurs à l'établissement, et même à la région, pour mettre en œuvre l'EPP devrait réduire le risque de conflits d'intérêts entre services d'un même établissement, comme entre praticiens pour leur déroulement de carrière, mais comporte en contrepartie un coût supplémentaire.

Les interrogations soulevées en matière de FMC pour la gestion administrative de l'interface avec les conseils régionaux de FMC, et pour la transparence des procédures à l'égard de l'employeur, se posent avec plus d'acuité pour l'EPP. Il est proposé que les praticiens puissent choisir de charger la CME de la gestion de l'interface avec le conseil régional de FMC et que les décisions individuelles notifiées par le conseil départemental de l'ordre soient enregistrées par la CME.

Recommandation n°27: mettre en cohérence les trois régimes juridiques d'EPP à l'hôpital ; permettre à l'établissement de flécher les thèmes d'EPP pour les praticiens à risque ; offrir aux praticiens volontaires d'être déchargés de toute charge administrative nouvelle au titre de l'obligation d'EPP ; informer l'établissement de l'issue de la procédure d'évaluation individuelle quinquennale.

3.2.2 Pour les praticiens libéraux

L'environnement institutionnel propre aux praticiens libéraux se prête plus difficilement que pour les praticiens hospitaliers au pilotage d'une politique de FMC et d'EPP. Rien ne garantit aujourd'hui, en pratique, la cohérence des priorités retenues par le CNFMC des libéraux avec celles exprimées respectivement par le Ministre, par l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et par les syndicats signataires de la convention médicale.

Alors que les praticiens salariés sont conduits à concilier leur indépendance technique avec les priorités définies par l'employeur à travers le projet d'établissement et le plan annuel de formation, les thèmes de FMC et d'EPP valides au sens des obligations du code de la santé publique résultent-ils en droit d'un choix exclusivement individuel du médecin libéral ? La réponse à cette question est pour partie négative dans la mesure, d'une part, où les conseils régionaux de FMC peuvent être invités par les CNFMC à tenir compte des orientations et priorités nationales qu'ils auront fixées pour valider le respect des deux obligations d'EPP et de FMC et, d'autre part, où la convention médicale reprendrait à son compte tout ou partie de ces orientations et priorités en en faisant une obligation conventionnelle. Pour les praticiens libéraux exerçant en établissement de santé privé, il appartiendra aux établissements de tirer les conséquences des nouvelles obligations dans les clauses du contrat d'exercice libéral qui fixe leurs relations avec les médecins libéraux.

Cet édifice juridique peut dans les faits être consolidé par le fléchage de l'emploi des fonds que l'assurance maladie consacre à la promotion de la FMC et de l'EPP. Il est également possible de s'interroger sur l'articulation éventuelle entre les données individuelles sur les pratiques détenues par l'assurance maladie et le fléchage individuel des thèmes d'EPP et de FMC.

Recommandation n°28: fixer des thèmes d'EPP dans la convention médicale.

3.2.2.1 Le fléchage collectif de l'emploi des fonds de l'assurance maladie pour l'EPP et la FMC des médecins libéraux.

Les propositions faites par la mission supra au point 312 pour la création et la gouvernance d'un fonds de promotion de la FMC répondent au souci de fléchage de la contribution financière de l'assurance maladie à l'EPP et à la FMC.

3.2.2.2 Le fléchage individuel des thèmes d'EPP et de FMC pour les médecins libéraux à partir de l'exploitation des données de l'assurance maladie.

La médicalisation progressive du système d'information de l'assurance maladie devrait permettre à terme de mesurer en routine, pour une part croissante du périmètre de certains référentiels, les écarts entre le référentiel et la pratique individuelle observée, comme il est illustré en **annexe 7** pour le suivi des patients atteints d'hypertension artérielle, de diabète ou d'hépatite C.

Sans doute conviendrait-il, d'une part, que l'assurance maladie mette à la disposition de chaque médecin la mesure de ces écarts pour nourrir son auto-évaluation et, d'autre part, que le médecin habilité ou l'organisme habilité puisse accéder aux mêmes données en accord avec le médecin intéressé.

Ces recommandations s'inscrivent dans la philosophie universaliste de la loi actuelle qui impose l'obligation d'EPP à tous les médecins. L'exploitation des données de l'assurance maladie permettrait à terme de promouvoir une conception plus sélective de l'obligation, en la réservant en priorité aux médecins «à risque». Il s'agit d'une option différente dont la pertinence reste à évaluer.

La contribution de l'assurance maladie à l'outillage de l'EPP invite à étudier les conditions dans lesquelles une distinction organisationnelle pourrait être opérée, au sein des services administratifs et médicaux des caisses d'assurance maladie, entre, d'une part, les fonctions de contrôle des référentiels administratifs et médicaux opposables aux assurés et aux professionnels de santé et, d'autre part, les missions de contribution à l'évaluation du système de santé, notamment pour les pratiques professionnelles.

Recommandation n°29 :

1° permettre à chaque médecin d'accéder aux données de l'assurance maladie le concernant pour l'observance des référentiels et l'autoriser à transmettre ces données au médecin habilité comme à l'organisme agréé;

2° engager une réflexion prospective sur la différenciation organisationnelle des fonctions de contrôle et d'évaluation au sein des services administratifs et médicaux de l'assurance maladie.

3.2.2.3 L'éventuel fléchage sur l'EPP du crédit d'impôt pour la formation des chefs d'entreprise libérale.

L'article 3 de la loi du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises instaure en faveur de leurs dirigeants un crédit d'impôt imputable sur l'impôt sur le revenu. Le crédit d'impôt est égal au produit du nombre d'heures passées en formation par le chef d'entreprise, retenu dans la limite de quarante heures par année civile, par le taux horaire du salaire minimum de croissance, soit 321,20 € en 2005.

Pour les médecins libéraux, il pourrait être envisagé de réserver le bénéfice du crédit d'impôt à l'EPP pour le cas où il serait jugé opportun de promouvoir spécifiquement ce type de formation.

La mission souligne l'importance de l'aide publique ainsi accordée à tous les médecins libéraux au moment de la mise en œuvre des obligations individuelles d'EPP et de FMC.

Recommandation n°30: étudier l'opportunité de réserver à l'EPP le crédit d'impôt pour la formation des chefs d'entreprise libérale

3.2.3 Pour les médecins salariés non hospitaliers.

Le pilotage de la FMC pour les médecins salariés non hospitaliers doit tenir compte de la grande variété et de l'hétérogénéité des missions spécialisées et des employeurs des médecins considérés.

Alors que le CNFMCH peut en principe compter sur l'Etat pour porter ses priorités au sein du service public hospitalier, et que le CNFMC des médecins libéraux peut espérer exercer une certaine influence sur le fléchage des fonds consacrés par l'assurance maladie à la FMC, le CNFMCS semble en première analyse assez dépourvu pour obtenir que les orientations nationales et les thèmes prioritaires qu'il vocation de fixer aient une traduction concrète dans l'emploi des fonds affectés par la convention collective ou le statut au financement de la FMC.

Dans son intéressant rapport de novembre 2004, le CNFMCS, après avoir tenté de décrire les différentes catégories de médecins entrant dans son champ de compétence, s'est efforcé de définir les premières orientations nationales, au nombre de six, et d'illustrer chacune par des exemples de thèmes.

Cette étape nécessaire pourrait utilement être suivie d'un travail approfondi pour décliner ces orientations et thèmes pour chacun des principaux métiers spécialisés couverts par le CNFMCS, à partir d'une enquête de besoins dont les questionnaires seraient adaptés à chaque métier.

Recommandation n° 31: demander au CNFMCS de définir des thèmes de FMC spécifiques à chaque profession après exploitation d'une enquête de besoins déclinée par profession

3.3 Les recommandations pour la mise en œuvre du dispositif

Les recommandations qui précèdent sont destinées à renforcer les exigences de rigueur pour la gestion et le financement de la FMC et de l'EPP. La profession, soumise à une double obligation de FMC et d'EPP, doit en effet pouvoir accéder à une offre indépendante et de qualité.

Il reste à organiser les conditions de son information sur les réformes, et sur l'offre de formations et d'EPP qu'elle peut d'ores et déjà solliciter. Ce volet du dispositif de FFMC et d'EPP ne doit pas être négligé, la lisibilité des réformes n'étant pas immédiate, et les responsabilités en matière d'information sur les dispositifs existants restant imprécises à ce jour.

Enfin, la question reste posée du contrôle à mettre en place pour vérifier le bon fonctionnement des dispositifs de FMC et d'EPP, et de l'évaluation de leur impact sur la qualité et l'efficacité des prises en charge.

3.3.1 Mettre en place les conditions d'une information claire et complète des médecins sur les dispositifs de FMC et d'EPP

Le dispositif actuel prévoit des conditions d'information des médecins libéraux pour ce qui concerne l'EPP mais pas pour la FMC. Pour les praticiens hospitaliers et les médecins salariés non hospitaliers, les conditions d'information restent entièrement à définir.

Pour les médecins libéraux, le soin d'assurer l'information des médecins libéraux sur leurs obligations en matière d'EPP et les possibilités qui leur sont offertes pour les satisfaire revient aux URML, conformément à leurs missions. Cette information devrait être largement assurée par l'intermédiaire des sites internet des URML, mais une information téléphonique suivie de l'envoi d'une brochure sera sans doute également nécessaire.

Indépendamment des supports, la question est surtout de déterminer la nature des informations que les URML devront délivrer. L'objectif est d'assurer une information claire et complète des médecins sur les différentes options qui s'offrent à eux soit, outre l'exposé des formules possibles d'EPP (individuelle, collective, ponctuelle, programme continu, avec un médecin habilité ou par l'intermédiaire d'une association agréée..), les caractéristiques concrètes des actions proposées dans la région -ou au niveau interrégional voir national pour certaines spécialités pointues. Ces caractéristiques devraient comporter notamment toutes les indications nécessaires sur les prix des actions et leurs conditions de prise en charge par les URML.

Il pourrait sembler rationnel que les URML se chargent également d'informer les médecins sur leurs obligations en matière de FMC et l'offre existante au niveau régional. Toutefois, si cette possibilité n'est pas à exclure, il convient de laisser les URML et les organismes de formation libres de l'organiser au moins dans un premier temps. Le CNFMC libéral se propose de mettre à disposition sur son site, en tout état de cause, la liste des organismes agréés et des formations qu'il proposent, cette information pouvant être ventilée par région et comporter des liens avec les sites de la CNAMTS et du FAF PM pour ce qui concerne les prises en charge.

Pour les hospitaliers et les salariés, l'information en matière de FMC devrait être de la même manière assurée par les CNFMC. En matière d'EPP, les informations d'ordre général et concernant les organismes agréés devront être assurés par la HAS, l'information sur les conditions de prise en charge revenant aux établissements et employeurs.

Enfin, il semble très souhaitable que le Ministère de la santé, en liaison avec la HAS et les CNFMC, mette en place un dispositif global de communication sur ces dispositifs en direction des médecins, pour faciliter et favoriser leur implication dans ces dispositifs. L'objectif serait de présenter clairement les obligations de FMC et d'EPP et leurs objectifs, le principe de gestion de ces obligations par la profession et l'économie générale de leur mise en œuvre.

3.3.2 Assurer le contrôle et l'évaluation des dispositifs de FMC et d'EPP

3.3.2.1 Le contrôle du bon fonctionnement des dispositifs de FMC et d'EPP doit être assuré

La relative absence de l'Etat et de l'assurance maladie des instances de pilotage et de gestion des dispositifs de FMC et d'EPP répond comme on l'a vu au choix d'en confier la responsabilité à la profession, à l'exemple de la plupart des pays étrangers. L'Etat n'en conserve pas moins une responsabilité certaine, tout dysfonctionnement ou impuissance de ces dispositifs à atteindre leurs objectifs risquant de lui être imputé -assez logiquement du reste puisqu'il en est quand même le concepteur.

L'organisation des contrôles pourrait être la suivante :

1° pour les organismes de formation financés en tout ou partie de l'assurance maladie, la CNAMTS serait chargée d'organiser, en mobilisant les ressources de l'établissement public, des caisses primaires et le cas échéant des caisses régionales, le contrôle de premier niveau de leur gestion, tant en ce qui concerne le contrôle financier et comptable de l'utilisation des fonds conformément à leur objet que le contrôle de la qualité scientifique et pédagogique. Les dispositions qui figurent en ce sens dans les conventions conclues avec les organismes attributaires des appels d'offre seraient renforcées à cet effet.

2° la HAS accrédirait les organismes chargés de certifier la qualité scientifique et pédagogique des organismes d'EPP et de FMC, en concertation avec les CNFMC. En fonction du succès de cette procédure, les contrôles de l'assurance maladie se limiteraient aux aspects financiers et comptables.

Recommandation n° 32 : Demander à la CNAMTS de mettre en place une organisation efficace du contrôle de premier niveau des organismes attributaires des appels d'offre et investir la HAS d'une mission d'accréditation des organismes chargés de certifier la qualité scientifique et pédagogique des organismes d'EPP et de FMC.

3.3.2.2 Evaluer l'impact des dispositifs d'EPP et de FMC sur les pratiques

Il paraît nécessaire dans une étape ultérieure de pouvoir évaluer l'impact effectif des dispositifs de FMC et d'EPP sur la qualité des prises en charge et l'efficacité des soins. Les évaluations devraient par ailleurs permettre de mieux cerner les méthodes efficaces de FMC et d'EPP et les conditions de leur efficacité.

Le cadre d'évaluation à mettre en place reste à définir, tant pour l'EPP que pour la FMC. S'agissant de l'EPP, les objectifs et les méthodologies des évaluations devront être clairement définis. Il pourrait par exemple être intéressant de mobiliser le système d'information de l'assurance -maladie pour évaluer l'impact global⁹¹ sur les pratiques de certaines actions d'EPP⁹². La responsabilité de conduire ces évaluations devrait logiquement revenir à la HAS pour l'EPP. En matière de FMC, si l'hypothèse d'adossement à la HAS est retenue, les ressources de la HAS pourraient être mobilisées sur les cibles d'évaluation retenues par les CNFMC.

Cette évaluation de l'impact global des dispositifs est à distinguer de l'évaluation des organismes, prévues par les textes et les cahiers des charges d'agrément. L'évaluation externe des organismes est évidemment nécessaire mais elle s'apparente plus à une forme de contrôle en vue du maintien ou du renouvellement de l'agrément. Les outils et les procédures

⁹¹ et anonyme

⁹² par exemple en matière de prise en charge de l'hypertension artérielle

d'évaluation des organismes doivent être validés dans le cadre de la procédure d'agrément⁹³ et leurs résultats tenus à disposition des évaluateurs externes. Ses résultats peuvent bien sûr être utilisés par ailleurs dans le cadre d'études globales destinées à apprécier l'efficacité relative ou absolue de différentes formes d'action de FMC ou d'EPP.

Recommandation n° 33: confier à la HAS le soin d'évaluer l'impact global du dispositif d'EPP sur les pratiques, et de contribuer à l'évaluation de l'impact du dispositif de FMC

3.3.3 L'intérêt d'une mise en œuvre progressive.

3.3.3.1 L'inégale maturité des différents éléments nécessaires au démarrage du dispositif

Force est de constater l'inégale maturité des différents éléments nécessaires au démarrage du dispositif :

- ✓ les procédures d'agrément des organismes ne sont sécurisées ni juridiquement pour l'EPP, ni qualitativement pour la FMC proprement dite ; de plus, les CNFMC ne disposent pas actuellement des moyens nécessaires à la gestion des demandes d'agrément ;
- ✓ les rapports conceptuels entre EPP et FMC sont confus; la définition juridique de l'EPP retenue par le code de la santé publique (EPP individuelle) ne correspond pas à la description donnée par la HAS; il existe plusieurs conceptions concurrentes de l'EPP dont le budget temps pour le médecin, les contraintes d'organisation et le prix de revient sont très différents, entre lesquelles il convient de faire un choix explicite; enfin, la HAS ne semble pas disposer de boîtes à outils thématiques prêtes à l'emploi pour l'EPP des généralistes et des spécialistes libéraux;
- ✓ les orientations nationales et les thèmes prioritaires ne sont à ce jour fixés de manière opérationnelle par les CNFMC ni pour l'EPP ni pour la FMC;
- ✓ les conditions de l'articulation de ces orientations nationales et thèmes prioritaires avec l'affectation de la contribution financière de l'assurance maladie au financement d'actions d'EPP et de FMC restent à définir;
- ✓ le circuit de financement partiel du coût de l'EPP par l'assurance maladie via les URML n'est pas sécurisé;
- ✓ les conseils régionaux de FMC peuvent difficilement être opérationnels tant que les conseils régionaux de l'Ordre des médecins auxquels ils sont adossés n'existent pas;
- ✓ le système d'information nécessaire à la gestion des dossiers individuels de demande de validation du respect des obligations d'EPP et de FMC ne sera pas opérationnel avant 18 à 24 mois au moins.

En termes de conduite de projet, le « reste à faire » semble trop important pour mettre en œuvre le dispositif en l'état, sauf à prendre un risque élevé de discrédit du système.

3.3.3.2 Le choix d'un scénario

Plusieurs options s'offrent aux pouvoirs publics :

Scénario 1.

⁹³ évaluation à l'issue de la formation et à distance

Le premier scénario consiste à marquer une pause pour définir la cible à moyen terme, concevoir les contours d'une première étape adaptée aux moyens financiers et logistiques existants, déterminer un calendrier réaliste de déploiement du dispositif pour, une fois seulement ces opérations effectuées et après intégration des ajustements consécutifs à la concertation avec les acteurs, s'intéresser en dernier lieu aux instruments juridiques à mettre en place.

Ce scénario, en dépit de sa conformité aux bonnes pratiques de la conduite de projet, n'est cité que pour mémoire car il ne correspond pas à l'attente des acteurs dans le contexte actuel marqué par le souhait de passer à l'action sans plus tarder.

Scénario 2.

Le second scénario consiste à optimiser à court terme la situation actuelle sans attendre la modification éventuelle de la loi. Ce scénario est donc conçu à disposition législative constante.

1° **Pour l'EPP**, la HAS n'a pas compétence pour l'agrément des organismes. En revanche, si l'on fait l'hypothèse qu'elle est compétente pour agréer des « dispositifs », elle pourrait agréer les premiers programmes d'actions d'EPP. L'agrément des actions est sans doute sensiblement plus structurant et contraignant pour l'offre que l'agrément des organismes. Cela permet à la HAS d'écarter les projets d'actions qui s'apparentent à des actions de promotion des produits et des équipements de santé, et de flécher les premières actions d'EPP vers le respect des référentiels prioritaires, comme par exemple les premiers référentiels relatifs aux affections de longue durée (ALD) établis par ses soins et annoncés pour le début de l'année 2006.

- Cela postule en premier lieu que le concept d'EPP retenu pour le démarrage ait été éclairci par accord entre la HAS et des CNFMC ainsi qu'avec les gestionnaires qui auront à l'appliquer, c'est à dire principalement avec la DHOSS pour les praticiens hospitaliers et avec la DSS et la CNAMTS pour les médecins libéraux. Si les gestionnaires estimaient que la définition de l'EPP donnée actuellement par la HAS (évaluation ponctuelle des pratiques suivie de la mise en œuvre d'un programme continu d'actions d'amélioration des pratiques, tout au long de la période de référence quinquennale) est trop ambitieuse, une **période transitoire** pourrait être ouverte pendant laquelle le suivi d'un programme continu d'actions d'amélioration des pratiques ne revêtirait qu'un caractère expérimental et optionnel. L'engagement dans un programme serait transitoirement laissé au libre choix du praticien volontaire. La durée de cette période expérimentale serait limitée au temps nécessaire (deux ans ?) pour mesurer les contraintes de gestion, notamment à l'hôpital, et pour chiffrer le coût de la généralisation de l'hypothèse haute.
- Le second postulat est que la HAS élabore, en premier lieu pour les médecins généralistes libéraux, des kits pédagogiques prêts à l'emploi pour les thématiques prioritaires, comme les référentiels relatifs aux ALD. La HAS serait mieux armée pour agréer des organismes ou des actions si elle-même avait élaboré et si possible expérimenté et évalué des actions concrètes ayant valeur de modèle .
- La troisième condition à réunir consiste à organiser au sein de la HAS une procédure d'agrément des actions offrant toute garantie de compétence et de célérité, comportant probablement la réunion d'une commission d'experts ad hoc exerçant la médecine aujourd'hui et ayant l'expérience de la conduite de l'EPP pour les praticiens hospitaliers et pour les médecins libéraux. L'exercice de cette mission opérationnelle rapprocherait

opportunément la HAS du terrain et éloignerait le risque de recommandations méthodologiques conceptuellement confuses et trop abstraites. Le mode opératoire pourrait ne pas être le même pour les praticiens hospitaliers et pour les libéraux. Pour les praticiens hospitaliers, la HAS validerait les thèmes d'EPP proposés par les établissements, en s'inspirant de la procédure prévue par la HAS pour l'EPP dans le cadre de l'accréditation de seconde génération. Pour les médecins libéraux, la HAS se concentrerait en priorité sur les actions au financement desquelles l'assurance maladie participe, en tirant le bénéfice de l'expérience acquise par la CNAMTS. Cette expérience montre qu'à partir du moment où la HAS, en concertation avec le CNFMC des professions libérales, aurait fixé quelques priorités thématiques, la mobilisation d'un petit nombre de personnes, à savoir un conseil scientifique et quelques agents administratifs, suffit pour gérer une procédure d'appel d'offres annuelle. Il est même concevable qu'au début la HAS sous-traite à la CNAMTS tout ou partie de la gestion de l'appel d'offre.

Pour les instruments juridiques, le scénario suppose la modification du décret simple du 14 avril 2005 pour supprimer l'agrément des organismes en matière d'EPP et y substituer l'agrément des actions, fixer les critères de l'agrément, introduire la période transitoire avec une définition adaptée de l'EPP, enfin pour transférer des URML à la HAS la prise en charge de l'indemnisation des médecins habilités. Le débat entre évaluation individuelle et collective serait provisoirement tranché en considérant que l'évaluation individuelle retenue par la loi impose d'analyser les pratiques individuelles de chaque médecin, cet examen pouvant se faire en pratique de manière collective pour des raisons d'optimisation des coûts.

2° **Pour la FMC hors EPP**, les CNFMC seraient adossés à la HAS sur le fondement provisoire d'une convention conclue entre la HAS et l'Etat. Pour l'instruction des demandes d'agrément des organismes, une liste de rapporteurs serait fixée par le ministre de manière à assurer la constitution de binômes alliant les profils administratif et médical. Les CNFMC seraient invités à fixer rapidement les premières orientations nationales et les premiers thèmes prioritaires, dont les parties signataires de la convention médicale seraient invitées à tenir compte en 2006 pour l'appel d'offres des actions pour 2007.

3° **Pour la gestion informatique des dossiers individuels d'EPP et de FMC des médecins**, une convention serait conclue entre l'Ordre et l'Etat par laquelle, en contrepartie de la contribution de l'Etat au coût du développement du logiciel, l'Etat et les CNFMC participeraient à la maîtrise d'ouvrage de l'applicatif.

4° **Pour la communication en direction des médecins**, la HAS et les CNFMC seraient invités à élaborer des supports communs pour rendre compréhensible l'articulation entre l'EPP et la FMC, tant du point de vue du contenu que de celui des procédures à suivre par les différentes catégories de médecins.

Recommandation n°34: adosser sans délai les CNFMC à la HAS ; négocier avec le Conseil national de l'ordre des médecins une convention pour le développement du système d'information ; faire agréer par la HAS une première série d'actions d'EPP portant notamment sur les référentiels ALD élaborés par ses soins; ouvrir pour l'EPP une période expérimentale de deux ans au cours de laquelle le suivi d'un programme continu d'amélioration des pratiques serait optionnel et laissé au choix des médecins volontaires.

Scénario 3.

Le scénario 3 s'inscrit dans le prolongement chronologique du scénario 2 pour amender la loi en tant que de besoin, après un temps de réflexion suffisant pour apporter une réponse aux interrogations de fond soulevées par le présent rapport, de manière cohérente avec une vision prospective du sujet.

Pour la prospective, la mission fait l'hypothèse que la cible à moyen terme est la certification quinquennale des médecins. Les déterminants du sujet semblent finalement assez peu nombreux. Les conflits d'intérêt industriels et syndicaux d'une part, la faiblesse des moyens financiers et humains que la sphère publique peut investir sur le sujet d'autre part, justifient de concentrer l'effort des acteurs publics sur la promotion des méthodes les plus efficaces pour l'amélioration des pratiques, dans des conditions qui mettent la gestion opérationnelle le plus possible à l'abri des conflits d'intérêts, au moins pour le sous-ensemble des actions au financement desquelles les fonds publics contribuent.

Par ordre d'efficacité décroissante, les méthodes les plus efficaces pour l'amélioration des pratiques semblent les suivantes⁹⁴:

Groupe 1 :

- « reminders » ou rappels automatiques en situation ;
- systèmes informatiques d'aide à la décision ;
- visite à domicile ;
- association de plusieurs stratégies de mise en œuvre.

Groupe 2 :

- leaders d'opinion ;
- formation médicale continue interactive ;
- audit « feedback », assimilé ici à l'EPP.

Groupe 3 :

- diffusion simple de l'information ;
- publications ;
- formation médicale continue didactique.

Pour promouvoir les actions du **groupe 1** auprès des médecins libéraux, les leviers à la disposition des pouvoirs publics sont déjà prévus par les textes : médicalisation du système d'information de l'assurance maladie (article L. 314-1 du code de la sécurité sociale), qui permettra à terme d'adresser aux médecins des rappels automatiques au moment de la liquidation électronique des prestations et de mettre à la disposition des médecins comme des malades des carnets électroniques individuels d'aide au suivi préventif et thérapeutique, validation par un organisme accrédité par la HAS des logiciels d'aide à la prescription

⁹⁴ « L'évaluation médicale. Du concept à la pratique ». Yves Matillon et Pierre Durieux, 2^{ème} édition, page 142.

médicale (article L. 161-38 du code de la sécurité sociale), charte des visiteurs médicaux (article L. 162-17-8 du code de la sécurité sociale), enfin développement des visites placées sous l'égide du service médical de l'assurance maladie.

Pour les actions du **groupe 2**, la question se pose de savoir si les fonds publics ne devraient pas être concentrés à terme exclusivement sur l'EPP définie de manière suffisamment large pour englober une partie de la formation médicale continue interactive, au titre des programmes continus d'amélioration des pratiques. Dans cette hypothèse, la loi devrait être modifiée pour étendre la compétence de la HAS à l'agrément des organismes en plus de l'agrément maintenu et prioritaire des actions, ainsi qu'à la fixation des orientations nationales et des thèmes prioritaires. Pour les médecins libéraux, le fonds de la promotion de la formation médicale continue financé par l'assurance maladie serait employé à la solvabilisation partielle de la demande pour l'accès aux seules formations agréées par la HAS. La CNAMTS aurait principalement pour mission de calibrer et de gérer les aides financières à partir de la connaissance approfondie du marché de la formation et de la décomposition du prix de revient des actions. L'expérience acquise à l'hôpital comme en ville serait le moment venu utilisée par la HAS pour définir, par spécialité et par mode d'exercice, le cahier des charges scientifique, opérationnel et financier de la certification quinquennale.

Les missions des CNFMC, maintenus dans leur composition actuelle, seraient aménagées pour recentrer leur action sur l'expression des besoins de formation des différentes catégories de médecins, l'évaluation du dispositif de formation continue piloté par la HAS, et le conseil des pouvoirs publics dans le franchissement des étapes successives conduisant à la certification quinquennale des médecins.

Les actions du **groupe 3**, réputées les moins efficaces, ne donneraient pas lieu à intervention des fonds publics.

Recommandation n°35 : concentrer la mobilisation des institutions sanitaires et sociales et les fonds publics sur les méthodes les plus efficaces pour l'amélioration des pratiques, avec la volonté de tirer les enseignements des années qui viennent pour préparer les conditions opérationnelles de la certification quinquennale.

Christine d'AUTUME

Daniel POSTEL-VINAY

Liste des recommandations

Recommandation n° 1:

1° l'exploitation informatique des dossiers individuels de formation des médecins, soumis aux CRFMC pour validation des obligations individuelles d'EPP et de FMC, devra permettre d'alimenter une base de données sur les pratiques de FMC et D'EPP ;

2° dans l'attente de l'exploitation de la base de données, la direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques (DREES) pourrait être chargée, en liaison avec les CNFMC, de lancer une enquête nationale pour mieux connaître les pratiques de formation, en priorité pour les médecins libéraux et les médecins salariés ne relevant pas du CNFMC des praticiens hospitaliers. Pour les praticiens hospitaliers, une enquête en cours pilotée par l'AP-HP devrait enrichir les connaissances en 2006.

Recommandation n° 2 : L'exploitation des dossiers de demandes d'agrément déposés par les organismes devra à l'avenir permettre de disposer des coûts unitaires journaliers ou horaires des actions de formation et d'EPP.

Recommandation n°3 : il est nécessaire à l'avenir d'assurer l'exploitation des données relatives aux conditions de financement de la FMC par l'industrie: à cet effet, la mission propose d'une part de prévoir dans le décret d'application de l'article L. 4113-6 que les conventions destinées au financement direct ou indirect d'actions de formation devront se conformer à un modèle fixé par arrêté (convention-type), et d'autre part d'assujettir les demandes d'avis à la perception d'une taxe destinée à couvrir les frais de gestion et d'exploitation de ces dossiers par l'Ordre. Le taux de la taxe pourrait être modulé pour favoriser la soumission d'un seul dossier relatif au programme de financement pour l'année.

Recommandation n°4 : pour mieux évaluer l'effort propre de la profession pris en compte pour le calcul des BNC, la faisabilité et l'opportunité d'enquêtes périodiques auprès des associations de gestions agréées devrait être étudiée par la DREES.

Recommandation n° 5 : confier l'instruction des demandes d'agrément déposées auprès des CNFMC à des rapporteurs indépendants choisis sur une liste fixée par arrêté du Ministre après avis des CNFMC.

Recommandation n° 6: faire rémunérer les médecins habilités par la HAS et les mettre à disposition des URML

Recommandation n° 7: exclure les études de phase IV des actions de recherche susceptibles d'être valorisées pour la FMC et l'EPP, renforcer la rigueur des critères de labellisation des revues et réduire progressivement le volume de « crédits » accordés à ce titre.

Recommandation n° 8 : Modifier la loi pour ne retenir au niveau législatif que l'expression « évaluation des pratiques professionnelles » et renvoyer à un décret ou mieux à un arrêté la définition technique de l'EPP la mieux adaptée au contexte organisationnel et financier du moment.

Recommandation n° 9:

1° Demander aux CNFMC et à la HAS de se mettre d'accord soit sur un contenu méthodologique du « programme continu d'amélioration des pratiques » permettant de tracer clairement la frontière entre EPP et FMC, soit sur la limitation du champ matériel de l'obligation d'EPP à la mesure des écarts entre la pratique et un référentiel et à la conception d'un programme continu d'amélioration des pratiques personnalisé.

2° En cas de succès de la procédure mentionnée au 1° ci-dessus, modifier la loi pour asseoir de manière indiscutable le pouvoir d'agrément des organismes par la HAS, qui conserverait par ailleurs son pouvoir d'agrément des « dispositifs », pour renvoyer au pouvoir réglementaire la détermination des critères de l'agrément des organismes et des dispositifs, enfin pour investir la HAS d'une mission de fixation des orientations nationales et des thèmes prioritaires en matière d'EPP. Les CNFMC exprimeraient un avis préalable tant sur l'agrément des organismes que sur les orientations nationales et les thèmes prioritaires d'EPP.

3° En cas d'échec de la procédure mentionnée au point 1° ci-dessus, renoncer à l'existence de deux régimes juridiques distincts pour l'EPP et pour la FMC et unifier le dispositif sous l'égide de la HAS, dont les décisions en matière d'EPP et de FMC resteraient soumises à l'avis préalable des CNFMC.

Recommandation n° 10: modifier la partie réglementaire du code de la santé publique pour donner la forme de l'arrêté aux décisions d'agrément des organismes en matière de FMC.

Recommandation n°11: sauf à modifier la loi (cf. infra point 3.1.2.) faire une stricte application de la loi en vigueur pour le partage des missions entre l'OGC et les instances conventionnelles.

Recommandation n°12 : Sauf à trouver une autre imputation (cf. infra point 3.1.2.), consolider le fondement juridique de l'imputation des dépenses de FPC sur le FNASS.

Recommandation n°13:

1° Modifier la loi pour confier à la HAS la mission d'hébergement des CNFMC. Fixer dans un protocole d'accord à conclure entre le Président de la HAS et les Présidents des CNFMC les usages à respecter pour le bon fonctionnement des CNFMC au quotidien, en leur laissant toute l'autonomie désirable.

2° Refuser l'indemnisation de l'employeur pour le temps passé aux CNFMC par les médecins salariés.

Recommandation n°14: Négocier entre l'Etat et le Conseil national de l'ordre des médecins une convention aux termes de laquelle, en contrepartie d'une subvention de l'Etat significative à l'investissement de départ, l'Ordre s'engage à déployer une solution informatique pour la gestion des dossiers individuels des médecins au titre des obligations d'EPP et de FMC, comportant la mise à la disposition des acteurs d'une base de données individuelles non nominatives, en application des choix d'une maîtrise d'ouvrage partagée où chacun des acteurs intéressés, notamment les CNFMC, trouvera sa place.

Recommandation n°15 : éviter l'extension à de nouvelles professions de la procédure d'agrément des organismes et, pour éviter la création de nouvelles structures, s'appuyer le plus possible sur les institutions ordinaires.

Recommandation n°16 : procéder au contrôle de la gestion du FAF-PM pour formuler en connaissance de cause des orientations pour son avenir.

Recommandation n°17: créer dans les écritures de la CNAMTS un fonds de la promotion de la FMC alimenté à enveloppe constante par une fraction du produit des taxes payées à l'assurance maladie par les industries de santé et supprimer les appels au FNASS et au FAQSV.

Recommandation n°18:

1° maintenir dans la convention médicale le fléchage de thématiques prioritaires pour la FMC et maintenant pour l'EPP, ainsi que, faute de mieux, le financement des « formations à la vie conventionnelle » sous réserve que la CNAMTS contrôle l'utilisation de ces fonds conformément à leur objet ;

2° exclure les organisations syndicales de la gestion des appels d'offre et de la politique tarifaire des formations financées sur fonds publics, ce qui conduit à la suppression de l'OGC dont les effectifs s'élevaient au 31 décembre 2004 à 11 contrats à durée indéterminée et 4 contrats à durée déterminée, à reprendre par la CNAMTS ;

3° faire rémunérer les « médecins habilités » de préférence par la HAS qui est déjà en charge de leur formation ou, à défaut, par les URML, en limitant à ce poste de dépenses la contribution des fonds publics à l'EPP, dans la limite des honoraires dus en cas d'EPP collective exclusivement. Dans tous les cas, les URML financeraient sur leurs ressources propres, conformément aux articles L.4134-1 et suivants du code de la santé publique, la promotion de l'EPP et le support de la gestion administrative de l'obligation d'EPP.

4° procéder à un contrôle de la gestion des principaux organismes de FMC bénéficiant d'une contribution de l'assurance maladie et reprendre le contrôle de la gestion des URML

Recommandation n° 19:

1° Confier la gouvernance du fonds de promotion de la FMC à l'UNCAM, à charge pour cet organisme de tenir compte des souhaits des autres acteurs, exprimés notamment par le CNFMC des médecins libéraux, de passer convention avec la HAS pour le financement de la recherche opérationnelle en matière d'EPP, et de nouer des partenariats avec les opérateurs de la couverture maladie complémentaire.

2° Demander à la CNAMTS de se mettre en mesure d'acquérir une connaissance approfondie du marché de la formation médicale continue.

Recommandation n°20 : Pour les formations financées par l'industrie, subordonner leur éligibilité à l'attribution de « crédits » au titre de l'EPP ou de la FMC à leur validation soit par un organisme agréé, soit par le CNFMC compétent.

Recommandation n°21 : rendre obligatoire la communication à l'employeur des contrats conclus entre un praticien et un industriel de santé ; désigner dans chaque établissement un référent pour l'interprétation de l'article L. 4113-6 du code de la santé publique.

Recommandation n°22:

1) modifier par avenant la charte de la visite médicale pour interdire le recrutement des médecins par les visiteurs médicaux pour les actions de formation financées par l'industrie ;

2) modifier la loi pour instituer une charte de la formation médicale continue négociée entre les firmes, le comité économique des produits de santé et la HAS, en vue de garantir la qualité des actions et les conditions de recrutement des médecins, et pour fixer les sanctions du non respect de la charte (requalification des dépenses de formation en dépenses de promotion et, in fine, exclusion du bénéfice es conventions).

Recommandation n°23: *renforcer les garanties de procédures pour l'examen des demandes d'agrément adressées au FAF PM, et favoriser la convergence des financements du FAF avec les priorités fixées par les CNFMC dans le cadre d'une convention ou d'un protocole d'accord.*

Recommandation n° 24: *ne pas relever pour le moment le taux de prélèvement sur la masse salariale de référence, destiné au financement des actions de FMC des praticiens hospitaliers.*

Recommandation n°25: *prendre les dispositions nécessaires pour créer dans chaque établissement un compte de la formation déclinable par profession et agrégeable au niveau national.*

Recommandation n°26 : *ménager dans le barème du CNFMCH une zone de liberté pour les établissements ; permettre aux praticiens hospitaliers volontaires d'être déchargés de toute nouvelle obligation administrative pour le respect de l'obligation d'EPP; informer l'employeur de l'issue de la procédure d'évaluation individuelle quinquennale.*

Recommandation n°27: *mettre en cohérence les trois régimes juridiques d'EPP à l'hôpital ; permettre à l'établissement de flécher les thèmes d'EPP pour les praticiens à risque ; offrir aux praticiens volontaires d'être déchargés de toute charge administrative nouvelle au titre de l'obligation d'EPP ; informer l'établissement de l'issue de la procédure d'évaluation individuelle quinquennale.*

Recommandation n°28: *fixer des thèmes d'EPP dans la convention médicale.*

Recommandation n°29 :

1° permettre à chaque médecin d'accéder aux données de l'assurance maladie le concernant pour l'observance des référentiels et l'autoriser à transmettre ces données au médecin habilité comme à l'organisme agréé;

2° engager une réflexion prospective sur la différenciation organisationnelle des fonctions de contrôle et d'évaluation au sein des services administratifs et médicaux de l'assurance maladie.

Recommandation n°30: *étudier l'opportunité de réserver à l'EPP le crédit d'impôt pour la formation des chefs d'entreprise libérale*

Recommandation n° 31: *demander au CNFMCS de définir des thèmes de FMC spécifiques à chaque profession après exploitation d'une enquête de besoins déclinée par profession*

Recommandation n° 32 : Demander à la CNAMTS de mettre en place une organisation efficace du contrôle de premier niveau des organismes attributaires des appels d'offre et investir la HAS d'une mission d'accréditation des organismes chargés de certifier la qualité scientifique et pédagogique des organismes d'EPP et de FMC.

Recommandation n° 33: confier à la HAS le soin d'évaluer l'impact global du dispositif d'EPP sur les pratiques, et de contribuer à l'évaluation de l'impact du dispositif de FMC

Recommandation n°34: adosser sans délai les CNFMC à la HAS ; négocier avec le Conseil national de l'ordre des médecins une convention pour le développement du système d'information ; faire agréer par la HAS une première série d'actions d'EPP portant notamment sur les référentiels ALD élaborés par ses soins; ouvrir pour l'EPP une période expérimentale de deux ans au cours de laquelle le suivi d'un programme continu d'amélioration des pratiques serait optionnel et laissé au choix des médecins volontaires.

Recommandation n°35 : concentrer la mobilisation des institutions sanitaires et sociales et les fonds publics sur les méthodes les plus efficaces pour l'amélioration des pratiques, avec la volonté de tirer les enseignements des années qui viennent pour préparer les conditions opérationnelles de la certification quinquennale.

ANNEXES

Liste des annexes

Annexe 1 – Lettre de mission

Annexe 2 – Liste des textes restés lettre morte

Annexe 3 – Barème des médecins libéraux

Annexe 4 – Les médecins salariés non hospitaliers

Annexe 5 – Montant des versements aux URML

Annexe 6 – Evaluation des pratiques professionnelles et professions médicales

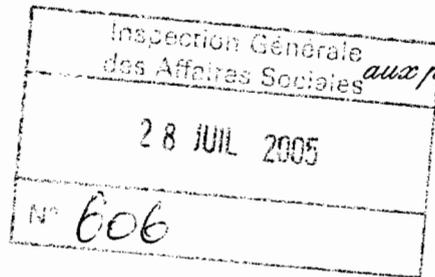
Annexe 7 – L'utilisation du système d'information de l'assurance maladie pour le suivi de la mise en œuvre par les médecins des référentiels de bonne pratique, pour le traitement des malades atteints d'une affection de longue durée (ALD)

Annexe 8 – Liste des personnes rencontrées par la mission

Annexe 1 – Lettre de mission

*Le Ministre de la santé et
des solidarités*

*Le Ministre délégué à la sécurité sociale,
aux personnes âgées,
aux personnes handicapées et à la famille*



D.058450

Paris, le 27 JUL. 2005

Note pour Madame BONNET-GALZY, chef de l'IGAS

Objet : demande de mission sur l'organisation juridique, administrative et financière de la formation continue des professions médicales et paramédicales.

Avec l'institution d'une haute autorité de santé (HAS) chargée notamment de bâtir des référentiels scientifiquement reconnus de bonnes pratiques et l'évaluation des pratiques professionnelles, la mise en place effective, dès 2006, d'une formation continue obligatoire pour les professions médicales (médecins, chirurgiens dentistes, sages femmes, pharmaciens) et paramédicales est une priorité de la politique d'amélioration de la qualité des pratiques au service des patients.

Réitérée par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, cette obligation de formation continue est placée sous l'égide de conseils nationaux et régionaux dans des conditions qui vont être précisées par des décrets en Conseil d'Etat qui seront publiés cet été.

D'ores et déjà, s'agissant des médecins, les trois conseils nationaux de la formation médicale continue et leur comité de coordination, mis en place en février 2004, ont bâti les instruments (barème de cotation des actions de formation continue, cahier des charges des organismes qui seront agréés pour réaliser les actions de formation) prêts à l'emploi.

Cependant, il convient, dans cette phase de finalisation, de définir les conditions de fonctionnement administratif et financier les mieux adaptées à la réussite de ces conseils nationaux de formation continue et des structures locales qui relayeront leur action. De même, il est nécessaire de disposer d'un recensement détaillé des besoins de financement des actions de formation continue et de leurs sources de financement, et d'en déduire un schéma d'organisation financière garantissant la bonne qualité et l'indépendance de ces actions.

Nous souhaitons donc une mission IGAS sur ces deux volets.

1. La définition d'une organisation juridique, administrative et financière des fonctions supports des conseils nationaux et régionaux de la formation continue est le chantier le plus urgent.

Actuellement, les seuls conseils en place (les trois conseils nationaux de formation médicale continue) disposent de moyens de fonctionnement qui font l'objet d'une ligne inscrite au budget du ministère pour un montant de 4,7M€ en 2005. D'un avis commun, la gestion par l'administration centrale de ces moyens n'est pas satisfaisante et les conseils étant dépourvus d'une identification claire par rapport au ministère ne disposent pas d'une lisibilité

suffisante par rapport aux professionnels concernés. La création d'instances du même type pour les autres professions médicales, qui se doublera de la création d'instances locales, et la nécessité de mettre en place un dispositif humain et informatique de recensement des attestations de suivi des formations et de délivrance, tous les cinq ans, de certificats à chaque professionnel ne permettent pas, en tout état de cause, de conserver un tel schéma de gestion des fonctions supports.

Aussi, nous vous demandons de recenser les moyens nécessaires et d'étudier les différents moyens de gérer cette situation, notamment le renforcement des moyens de l'administration, la délégation de service public à une entité extérieure dans le périmètre du ministère ou la création d'une structure juridique nouvelle (association, GIP, établissement public...).

Cette solution pouvant éventuellement nécessiter une disposition en loi de finances, vous voudrez bien veiller à ce que la mission fasse un point d'étape sur ce premier point début octobre.

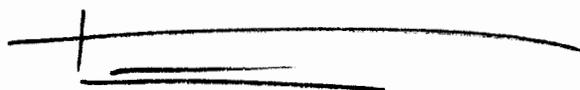
2. La mise en place des premières actions de formation continue en 2006 nécessite de disposer, au début de cet exercice budgétaire, d'un schéma de financement de ces actions.

Il convient d'actualiser les travaux déjà menés sur ce thème (rapport IGAS de 1998), et d'en déduire un schéma opérationnel immédiatement applicable de financement ainsi qu'une perspective de montée en charge.

L'industrie pharmaceutique, l'assurance maladie, la participation volontaire des professionnels de santé et les établissements hospitaliers semblent aujourd'hui être, par ordre décroissant, les principaux financeurs de ces actions. Il convient de définir quelle est la meilleure proportion et articulation entre ces sources de financement et si d'autres sources peuvent être mobilisées. Il est par ailleurs indispensable de proposer un schéma permettant de limiter le poids du financement de l'industrie ou, à tout le moins, de l'assortir de conditions permettant de garantir la survenance de conflits d'intérêt dans le pilotage et le contenu des actions de formation. A cet égard, la mission pourra faire un point d'étape sur les dispositions législatives prises récemment pour investir le conseil national de l'ordre des médecins d'une fonction de régulation déontologique des participations aux colloques financés par l'industrie pharmaceutique.

Pour l'ensemble de ces deux volets de la mission, il sera demandé aux membres de l'IGAS en charge de ces investigations à la fois de recenser les informations et de proposer les évolutions possibles mais également de tester ces dernières sur les différents interlocuteurs concernés que sont, outre les directions de l'administration centrale, les conseils nationaux de la formation continue, les services du ministre délégué au Budget, le conseil national de l'ordre des médecins, les caisses nationales d'assurance maladie et, en tant que de besoin, les responsables de l'industrie pharmaceutique.

Nous souhaiterions qu'un premier point d'étape soit fait début octobre, et que le rapport définitif de la mission soit déposé en décembre 2005.



Xavier BERTRAND



Philippe BAS

Annexe 2 – Liste des textes restés lettre morte

Le domaine de la formation continue est marqué par la fréquence des textes qui restent lettre morte, le plus souvent abrogés ou modifiés avant même d'avoir connu un début de mise en œuvre. Depuis 1996, la liste des textes restés lettre morte est la suivante, par ordre chronologique :

Article 3 de l'ordonnance du 25 avril 1996 instituant un conseil régional de la FMC et des conseils régionaux dotés de la personnalité morale, et créant un fonds d'assurance formation des médecins unique alimenté pour partie par l'assurance maladie.

Décrets des 5 décembre 1996 et 13 octobre 1997 pris pour l'application de l'ordonnance de 1996.

Décret du 29 décembre 1999 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'analyse de l'évolution des dépenses médicales.

Article 59 de la loi du 4 mars 2002 qui donne une nouvelle définition de l'obligation de formation médicale continue, décline aux niveaux national et régional des conseils de FMC spécialisés pour les libéraux, pour les hospitaliers et pour les salariés non hospitaliers, et crée un fonds national doté de la personnalité morale.

Il est trop tôt pour savoir si les dispositions relatives à la FMC et à l'EPP issues des lois des 9 et 13 août 2004, du décret du 14 avril 2004 et de l'ordonnance du 18 juillet 2005, pourront trouver à s'appliquer en l'état. Force est de souligner la faiblesse problématique du rendement du service public dans le domaine, et le gaspillage des ressources investies dans l'élaboration de ces textes législatifs et réglementaires.

Annexe 3 – Barème des médecins libéraux

**Application du barème pour les médecins libéraux
250 crédits sur 5 ans (50 crédits par an, soit 1 semaine par an environ)**

	Exemples de moyens	Barème (pour 5 années)	Pièces justificatives
<p align="center">Groupe 1 Formations présentes</p>	<p>Séminaires, journées ou soirées de FMC, Colloques et congrès organisés par un organisme agréé DU et DIU Staffs hospitaliers protocolisés</p>	<p>1 journée = 10 crédits 1/2 journée = 5 crédits 1 soirée = 5 crédits 100 crédits (de 100 crédits minimum à 150 maximum)</p>	<p>Attestation délivrée par une association agréée, un département universitaire...</p>
<p align="center">Groupe 2 Procédures d'évaluation</p>	<p>Engagement dans une démarche d'évaluation des pratiques complète, ponctuelle et/ou pérenne validée par la HAS.</p>	<p align="center">100 crédits OBLIGATOIRE</p>	<p>Certificat délivré par une URML ou un organisme agréé,...</p>
<p align="center">Groupe 3 A Engagement dans le domaine de la formation et/ou de la recherche.</p>	<p>Formateur en FMI : maîtrise de stage, participation régulière à l'enseignement ou la direction de thèse Formateur de FMC Coordination ou participation active et répétée à des travaux de recherche ou d'évaluation, élaboration de référentiels</p>	<p>50 crédits maximum (1 journée = 5 crédits)</p>	<p>Attestation du collège, de l'association de FMC, du groupe de recherche</p>
<p align="center">Groupe 3 B Fonction représentation professionnelle</p>	<p>Fonctions au service de la profession quel que soit le champ d'intervention : ordre, syndicats, organisation de la formation, participation à des commissions officielles ou institutions, PDS et régulation, actions locales de promotion de santé, participation à des actions de santé publique ou santé communautaire comme : - campagnes de prévention et dépistage - participation suivie dans un réseau de soins ou de santé</p>	<p>50 crédits maximum (1 journée = 5 crédits)</p>	<p>Attestation de l'organisme ou de la structure concernée</p>
<p align="center">Groupe 4 Formations individuelles</p>	<p>- lecture de revues, livres, cd-rom et DVD, télé-médecine, tous supports pédagogiques individuels, tests de lecture recommandés - e-formation sur site agréé, - enseignement virtuel contrôlé</p>	<p>50 crédits maximum</p> <p>50 crédits maximum</p>	<p>Justificatif d'abonnement, ± traçabilité des tests de lecture</p>

Annexe 4 – Les médecins salariés non hospitaliers

Chapitre 2 Les médecins salariés non hospitaliers : présentation du public concerné par les travaux du CNFMCS

A *Métiers, statuts, effectifs,*

Le conseil constate que les données disponibles pour caractériser la catégorie des médecins salariés non hospitaliers sont fragmentaires et imprécise. Il n'existe pas de liste nationale des médecins salariés. Les lignes qui suivent constituent une première tentative pour dresser une photographie du secteur de la médecine salariée dans ses diverses composantes et pour ébaucher un état des lieux de la FMC des médecins salariés à l'aube des travaux du conseil.

I - La définition du « médecin salarié »

Selon une note des services du ministère de la santé¹ « La population des médecins exerçant à titre salarié (...) est diversifiée à différents égards : nature de l'exercice, activité et catégorie de l'employeur, statut d'emploi, lieu d'exercice, etc. A vrai dire, elle n'est pas homogène et reste définie par la négative, rassemblant l'ensemble des médecins qui ne sont dans leur exercice principal ni libéraux, ni hospitaliers. Néanmoins, certaines typologies sont réalisables, permettant de rassembler les différents groupes de médecins salariés composant cette population. »

Dans une première approche le conseil a décidé de retenir une classification des médecins salariés en 6 catégories selon la nature de leur activité :

- les médecins de soins ambulatoires ;
- les médecins de soins en établissements de soins ;
- les médecins du travail ;
- les médecins de santé publique et de prévention ;
- les médecins conseils des différents régimes
- les autres médecins à activité médicale ou administrative.

II - Un travail en cours, encore au stade d'ébauche en 2004

Le conseil s'est appuyé sur les sources disponibles (DRESS, Ordre des médecins, syndicats) qui ont commencé à être complétées par des entretiens guidés par questionnaire, dont la réalisation a été confiée à son chargé de mission. A la date de rédaction de ces lignes quelques profils de médecins salariés se dessinent.

III - Les métiers identifiés

Un certain nombre de métiers de médecine salariée peut être recensé dans chacune des 6 catégories. Pour chaque métier, une recherche documentaire a été effectuée et complétée à chaque fois que cela est possible par les données apportées par les interlocuteurs ayant accepté de répondre au questionnaire soit par le moyen d'une entrevue, soit par réponses écrites.

¹ "Enquête sur les médecins salariés" in Documents et statistiques, SESI, décembre 1997, n°296

On peut retenir la classification suivante, qui ne prétend pas à l'exhaustivité :

- **les médecins de soins ambulatoires :**
 - en centre de santé public (communes),
 - en centre de santé géré par une mutuelle,
 - en centre de santé géré par une association,
 - en centre de santé du régime général et des régimes spéciaux de sécurité sociale.

- **les médecins salariés des établissements de soins non PSPH :**
 - les médecins des établissements privés non à but non lucratifs,
 - les médecins des établissements du secteur privé commercial.

- **les médecins du travail en régime général privé :**
 - en services interentreprises ou autonomes du secteur privé
 - des statuts spéciaux : SNCF, Mines...
 - de la fonction publique hospitalière,
 - de la fonction publique d'Etat,
 - de la fonction publique territoriale.
 - de la mutualité Sociale Agricole

- **médecins de santé publique et de prévention :**
 - médecins de l'Education nationale,
 - médecins de protection maternelle et infantile (PMI),
 - médecins territoriaux autres que PMI (départements, communes, COTOREP,...)
 - médecins inspecteurs de santé publique,
 - médecins des comités d'éducation pour la santé.

- **les médecins conseils des différents régimes**
 - médecins conseils du régime général de la sécurité sociale,
 - médecins conseils du régime de sécurité sociale des travailleurs non salariés non agricoles,
 - médecins conseils de la mutualité sociale agricole,
 - médecins conseils des régimes spéciaux : SNCF, RATP,...
 - médecins conseils de la sécurité sociale des mines,

- **les autres médecins aux fonctions médicales ou administratives :**
 - médecins des agences de l'Etat,
 - médecins des établissements de transfusion sanguine,
 - médecins des Etablissements des greffes,
 - médecins des structures de recherche,
 - médecins de l'industrie pharmaceutique ou biomédicale,
 - médecins salariés d'une structure sportive

- **les médecins militaires.**

Annexe 5 – Montant des versements aux URML

ACOSS

AGENCE COMPTABLE

Département Comptabilité Générale

MONTANT DES REVERSEMENT EFFECTUES A CHACUNE DES UNIONS REGIONALES DE MEDECINS
De 2001 à 2005

BENEFICIAIRES	Nombre des Efecteurs	1 JUIN 2000 AU 31 MAI 2001	1 JUIN 2001 AU 31 MAI 2002	1 JUIN 2002 AU 31 MAI 2003	1 JUIN 2003 AU 31 MAI 2004	1 JUIN 2004 AU 31 MAI 2005
U R M d'Alsace	3443	482 810,03	542 688,00	536 925,73	547 767,15	577 797,79
U R M d'Aquitaine	6500	717 815,41	788 592,76	791 758,11	807 745,02	852 028,61
U R M d'Auvergne	2356	415 107,21	423 670,04	446 313,10	455 324,90	480 287,51
U R M de Bourgogne	2712	439 733,53	457 764,52	475 989,36	485 600,37	512 222,80
U R M de Bretagne	5133	606 097,95	691 833,01	677 804,61	691 490,60	729 400,70
U R M du Centre	3930	531 593,58	559 270,89	577 522,18	589 183,31	621 484,54
U R M de Champagne Ardennes	2129	393 217,16	414 250,14	427 390,31	436 020,03	459 924,28
U R M de Corse	591	274 776,32	290 947,44	299 182,20	305 223,18	321 956,66
U R M de Franche Comté	1907	373 203,39	402 261,75	408 884,33	417 140,38	440 009,58
U R M d' Ile de France	24093	2 124 251,47	2 096 281,99	2 258 315,58	2 303 914,73	2 430 223,92
U R M du Languedoc Roussillon	5451	641 122,04	696 350,12	704 313,18	718 534,43	757 927,17
U R M du Limousin	1380	336 928,45	351 431,45	364 953,46	372 322,48	392 734,58
U R M de la Lorraine	3889	528 779,15	555 300,98	574 104,41	585 696,53	617 806,60
U R M du Midi Pyrénées	5796	674 504,37	710 441,09	733 072,47	747 874,43	788 875,69
U R M du Nord Pas de Calais	6605	728 447,72	791 940,52	800 510,94	816 674,59	861 447,73
U R M de Basse Normandie	2210	394 077,13	431 452,21	434 142,50	442 908,56	467 190,45

BENEFICIAIRES	Nombre des Electeurs	1 JUIN 2000 AU 31 MAI 2001	1 JUIN 2001 AU 31 MAI 2002	1 JUIN 2002 AU 31 MAI 2003	1 JUIN 2003 AU 31 MAI 2004	1 JUIN 2004 AU 31 MAI 2005
U R M de Haute Normandie	2855	446 691,44	477 302,15	487 909,88	497 761,59	525 050,74
U R M des Pays de Loire	5200	616 573,90	686 618,69	683 389,74	697 188,52	735 410,99
U R M de Picardie	2707	437 466,34	461 111,35	475 572,56	485 175,16	511 774,27
U R M du Poitou Charentes	2963	452 320,31	491 313,24	496 912,79	506 946,29	534 738,97
U R M de la Provence Alpes-Côte d'Azur	12220	1 184 229,95	1 195 559,51	1 268 578,94	1 294 193,65	1 365 146,17
U R M du Rhône-Alpes	10677	1 023 650,75	1 154 994,61	1 139 954,02	1 162 971,58	1 226 730,02
U R M de la Guadeloupe	591	264 222,19	311 962,70	299 182,20	305 223,18	321 956,66
U R M de la Martinique	470	263 205,87	285 731,49	289 095,60	294 932,92	311 102,25
U R M de la Guyane	106	236 937,80	253 037,97	258 752,46	263 977,10	278 449,31
U R M de la Réunion	1009	294 868,27	348 548,42	334 026,80	340 771,35	359 453,71
		14 882 631,73	15 870 657,04	16 244 557,46	16 572 562,03	17 481 131,70



Attention en 2001 les montants ont été reconvertis en Euros

montant du produit de la contribution

14 957 418,82

15 950 409,09

16 326 188,40

16 655 841,24

17 568 976,58

frais de gestion 0,50%

74 787,09

79 752,05

81 630,94

83 279,21

87 844,88

14 882 631,73

15 870 657,04

16 244 557,46

16 572 562,03

17 481 131,70

**Annexe 6 – Evaluation des pratiques professionnelles
et professions médicales**

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET PROFESSIONS MEDICALES

APPROCHE HISTORIQUE ET ESSAI DE DEFINITION¹

I. EPP ET PROFESSION MEDICALE : LA REGLEMENTATION

L'obligation d'Evaluation des pratiques professionnelles EPP est introduite pour les médecins par la loi 13 août 2004 relative à la réforme de l'Assurance Maladie qui en fait une démarche obligatoire pour les médecins :

« Art. L. 4133-1-1. - L'évaluation individuelle des pratiques professionnelles constitue une obligation pour les médecins exerçant à titre libéral, les médecins salariés non hospitaliers ainsi que pour les médecins mentionnés à l'article L. 6155-1 et les médecins exerçant dans les établissements de santé privés.

Il est satisfait à cette obligation par la participation du médecin à un des dispositifs prévus à l'article L. 1414-3-1 ou à un des dispositifs agréés dans des conditions fixées par décret. »

Cette démarche est étendue aux autres professionnels de santé au titre de l'obligation de formation continue.

Cette obligation est reprise et définie par le décret du 14 avril 2005 :

« Art. D. 4133-0-1. - L'évaluation des pratiques professionnelles mentionnée à l'article L. 4133-1-1 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 Haute Autorité de Santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques.

L'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue. »

Liée dans les textes avec la Formation médicale continue FMC, entre outil d'analyse des connaissances et des pratiques et moyen de réponse aux besoins de formation, l'Evaluation des Pratiques Professionnelles reste dans le texte et par son histoire un dispositif indépendant du système de formation même.

Il convient pour en comprendre l'utilité et le sens de faire un bref historique de ce concept tel qu'il est appliqué au contexte Français.

¹ Cette note a été rédigée sous l'égide du Pr. Yves Matillon sur la suggestion de la mission qui lui en exprime ses plus vifs remerciements.

II. DEFINITION SOCIO-HISTORIQUE, DU CONCEPT A LA PRATIQUE

En France, l'EPP est à mettre directement en lien avec le concept d'évaluation médicale apparu dans les années 1980 avec le souhait des politiques de voir « rompre le cloisonnement entre la recherche scientifique et le gestion du secteur de santé » (Armogathe)

Dès 1984 l'Organisation mondiale de la santé OMS définit la qualité des soins et confirme que « *sous l'angle de la politique de santé, la qualité des prestations doit rester subordonnée à leur efficacité, à leur rentabilité et à l'équité* » (Organisation mondiale de la santé and Vuori)

Les décideurs français entrent dès ces années dans une double considération de rationalisation scientifique et économique de l'offre de soins. Jacques Barrot, alors Ministre du Travail et des Affaires sociales en 1980, incite les directeurs et les présidents de Conférences Médicales des centres hospitalo-universitaires à réfléchir sur l'équilibre entre qualité et coût des soins et sur les procédures de prise en charge des patients au sein des établissements hospitaliers.

Parallèlement dans le même mouvement des initiatives sont prises en France.

- ✓ Dans le secteur hospitalier, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (Jean-Marc Simon, Jean de Kervasdoué, Jean-Claude Stephan et Dominique Jolly) stimule la réflexion dans ce domaine (Giraud, Jolly et al 1988)
- ✓ Dans le secteur libéral, l'Union nationale des associations de formation médicale continue (UNAFORMEC) favorise l'émergence de l'évaluation des pratiques médicales tout en continuant de développer la formation médicale continue indépendante. L'UNAFORMEC distingue d'emblée ces deux démarches dès cette époque.

En 1985 une mission est confiée à Émile Papiernik qui propose alors des procédures d'évaluation, et notamment la réalisation d'un programme national de conférences de consensus.

En 1987 Michèle Barzach, Ministre déléguée à la Santé et à la Famille, crée le Comité national d'Evaluation Médicale (CNEM), présidé par le Président du conseil national de l'Ordre des Médecins en Ce « Comité national d'évaluation médicale » est créé pour médicaliser un discours devenu de plus en plus économique. Ce groupe est alors composé de professionnels de santé et de représentants de la Direction générale de la santé et de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

En 1988, Claude Evin conscient du peu de moyen techniques et financiers dont dispose ce Comité, engage une réflexion plus large autour d'un outil d'élaboration et d'implémentation des données scientifiques médicales. La structure deviendra successivement au gré des années l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) puis l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et enfin la Haute autorité de santé (HAS).

Entre 1988 et 2005, le concept d'Evaluation des pratiques professionnelles directement issues des modèles anglo-saxons (Donabedian) va donc se mettre en place et évoluer au gré des politiques, des lobbys professionnels et des moyens développés pour le faire.

Dès 1991 ce concept apparaît dans la réglementation à destination avant tout du milieu hospitalier. La Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière indique que :

- ✓ « Les établissements de santé, publics et privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toutes actions concourant à la prise en charge du malade afin d'en garantir la qualité et l'efficacité ».

En parallèle, l'ANDEM et ses réseaux libéraux développent des expérimentations en médecine libérale. Cette démarche est alors définie comme un mécanisme professionnel objectivant les écarts dans le but d'améliorer les pratiques : revue par les pairs et audit clinique). Elle a pour objet d'implémenter de manière pragmatique une culture de la qualité dans les pratiques individuelles libérales et hospitalières. (ANAES 1993)

C'est à partir de cette période que des outils spécifiques vont être développés pour permettre de répondre à ces obligations réglementaires ou ces expérimentations. L'ANDEM importera le modèle anglo-saxon et mettra ainsi en place en France la méthodologie de l'audit clinique. (Schaw 1980, 1989, Baker 1990, 1991)

La Loi no 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie dite « loi Teulade » dans l'article concernant les dispositions relatives aux relations des médecins avec l'assurance maladie introduit dans la convention les outils de la maîtrise médicalisée : les Recommandation pour la pratique clinique RPC et Recommandations médicales opposables (RMO)

« La ou les conventions déterminent notamment :

- ✓ 5° *Les modalités de réalisation et de financement de programmes d'évaluation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques permettant l'établissement de références médicales nationales et locales ;*
- ✓ 6° *Les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales concourant au respect des dispositions prévues à l'article L.162-6-1 concernant, d'une part, la définition des références médicales opposables à chaque médecin en tenant compte, s'il y a lieu, de la spécificité de son exercice et, d'autre part, la mise en œuvre de contrats locaux de maîtrise des dépenses dans chaque circonscription de caisse »*

Cette loi crée dans le même temps les Unions régionales de médecins libéraux URML pour implémenter la démarche qualité chez les médecins libéraux.

- ✓ *Ces Unions sont « chargées de contribuer à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins, « notamment en ce qui concerne l'évaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins »*

L'ordonnance de 1996 « portant réforme de l'hospitalisation publique et privée » inscrit dans la loi l'obligation d'accréditation pour les hôpitaux et les cliniques, mécanisme d'incitation externe de mise en œuvre de démarches qualité, et crée en même temps l'agence chargée de la mettre en œuvre sur tout le territoire français.

Cette procédure constitue potentiellement une incitation pour favoriser les démarches d'amélioration de la qualité au sein des établissements de santé et la première version du manuel

(Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) inscrit déjà dans ses lignes une prise en compte de l'EPP :

- ✓ *Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques évaluent les pratiques professionnelles et les résultats obtenus*
- ✓ *Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques entreprennent des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (..)*
- ✓ *Les secteurs d'activités cliniques et médico- techniques ajustent leurs pratiques et leurs outils en fonction des résultats de l'évaluation.*

Ces démarches hospitalières et libérales poursuivent durant quelques années un développement plutôt confidentiel centré sur un cercle d'initiés jusqu'en 1998.

L'efficacité des URML étant jugée trop limitée, le décret du 28 décembre 1999 instaure un mécanisme plus strict et à mettre en œuvre par les URML.

Ce décret relatif à l'Evaluation des Pratiques Professionnelles et à l'analyse de l'évolution des dépenses médicales est publié (Décret n°99-1130 du 28 décembre 1999 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'analyse de l'évolution des dépenses médicales) et donne une définition de l'EPP individuelle et collective :

« L'évaluation individuelle des pratiques professionnelles vise à améliorer la qualité des soins en permettant à chaque praticien de disposer d'une appréciation et de recommandations formulées par ses pairs, sur la qualité de ses pratiques en matière de prévention, de diagnostic et de thérapeutique. Dans cette perspective, elle permet de promouvoir le respect de la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. »

L'évaluation des pratiques professionnelles est menée à partir de guides d'évaluation professionnelle, élaborés ou validés par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Les guides d'évaluation permettent aux médecins qui le souhaitent de procéder à une auto-évaluation de leurs pratiques

L'évaluation collective des pratiques vise à améliorer la qualité des soins en permettant à chaque praticien de confronter ses pratiques à celles de ses confrères ou aux référentiels des pratiques élaborées ou validées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. »

Des expérimentations sont alors systématiquement lancées au niveau des URML pour aboutir en 2005 à l'obligation pour tout médecin de satisfaire à une évaluation individuelle qu'il soit libéral ou hospitalier.

Cette évaluation est soumise à validation tous les 5 ans par les Conseils Régionaux de Formation Continue.

Cette EPP est soumise à obligation et validation pour les équipes hospitalières par la démarche de certification des établissements de santé. Le nouveau manuel de certification (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) définit comme un des axes prioritaires de la seconde procédure l'évaluation des pratiques professionnelles qui consiste à :

« Évaluer le service médical rendu au patient, « médical » étant entendu au sens large du terme ayant vocation à comprendre toute activité de soins qu'elle soit réalisée par des médecins ou d'autres personnels soignants. (...) L'accent est porté sur les exigences d'évaluation des pratiques cliniques (...) Les dimensions concernées dans ce référentiel visent : l'évaluation des pratiques professionnelles (...) » HAS 2004

III. ESSAI DE DEFINITION

Si la finalité de l'Évaluation des pratiques professionnelles n'est pas clairement inscrite dans la forme des textes, elle reste constante sur le fond.

La finalité de cette démarche est dès le départ de rationaliser les pratiques et implémenter une culture de mise en conformité « *de comportements adaptés* » en regard de critères scientifiques et professionnels validés prenant en compte « *une utilisation efficace des ressources* » (Armogathe) .

Cette démarche répond à un triple objectif scientifique et économique, et également sur une vision éthique pour garantir au citoyen l'accès aux soins les plus performants en regard de ses besoins de santé.

« Il n'est pas concevable au plan éthique de limiter le problème à sa dimension économique voire comptable ; le choix d'une attitude médicale, d'une stratégie diagnostique ou thérapeutique par contre, doit amener à prendre en compte l'utilité pour le malade, les rapports coûts/efficacité, avantages/inconvénients, non seulement dans l'absolu mais aussi et surtout de façon comparative »(Armogathe).

Cette démarche est fondée dans la pratique sur deux méthodes d'évaluation complémentaires : le développement de méthodes scientifiques d'élaboration de la connaissance et le développement de stratégies d'implémentation des démarches qualités.

Le développement des méthodes scientifiques d'élaboration de connaissance et de normes : « L'évaluation des techniques et des stratégies diagnostiques et thérapeutiques (technology assessment) ».

Cette méthode est conçue comme un processus de bilan synthétique à un moment donné, des connaissances de l'état de l'art sur un sujet particulier. Elle a connu aux USA un développement important dès les années 70 à la demande du Congrès américain avec le développement des programmes d'évaluation technologique (Office of Technology Assessment). Sa finalité dans un contexte de difficultés économiques et de rigueur budgétaire était de mettre en œuvre des moyens notamment intellectuels propres à assurer la meilleure adéquation possible des moyens aux objectifs visés, en termes de santé comme de maîtrise des dépenses.

En France le développement de ces méthodes d'évaluation médicale a consisté dès 1988 à élaborer des référentiels d'aide à la décision à partir de consensus médicaux validés pour en définir les meilleures conditions d'implantation, d'application et d'utilisation. Ces évaluations ont pour objet d'une part d'aider les pouvoirs publics à l'aide d'études d'évaluation technologiques, d'autre part de guider les médecins, à éclaircir leur choix en matière de santé de manière scientifique et professionnellement validés.

Ces méthodes seront développées dès la création de l'ANDEM en 1990, sous forme d'études d'évaluation technologique qui furent les premières mises en œuvre, puis de conférences de consensus (Y. Matillon, P. Durieux 1993) puis recommandation pour la pratique clinique.

Développement en regard des stratégies d'implémentation des démarches qualité dans un corps professionnel peu enclin à une démarche économique : l'évaluation de la qualité des soins (assurance de la qualité) (Organisation mondiale de la santé, 1984)

Cette évaluation développée sous forme de programme d'assurance qualité à pour objet de modifier le comportement des praticiens en les informant, en les formant, et en les incitant à « mieux prescrire » par une « responsabilisation accrue » à partir de données de la sciences synthétisées et mis à leur disposition : « *A la connaissance des informations largement diffusées par de multiples supports médiatiques, doit s'ajouter une réflexion critique des praticiens à partir d'une formation permanente intégrant à leur exercice des apports scientifiques évalués* » (Armogathe, 1989).

La démarche générale d'évaluation de la qualité des soins consiste successivement à :

- ✓ Sélectionner les thèmes de l'activité d'évaluation (identification des problèmes prioritaires)
- ✓ Décrire la réalité (recherche de la présence ou de l'absence de critères de qualité)
- ✓ Analyser les écarts entre réalité et référence, analyser les causes et rechercher les solutions possibles, choisir des solutions retenues
- ✓ Mettre en place les actions de correction
- ✓ Evaluer les effets des mesures de corrections

Ces méthodes sont mises en place aux USA, dès les années 1960. Un programme de contrôle d'utilisation des ressources notamment hospitalières est élaboré et mis en œuvre pour encadrer la prise en charge de dépenses de santé socialisées, par MEDICARE et MEDICAID. Les procédures de contrôles (« utilization review ») dans les hôpitaux s'assurent de conditions appropriées d'admission et de maintien à l'hôpital.

En France cette évaluation sera développée sous deux formes :

- ✓ Un programme appelés « contrôles hospitaliers » initiée par les médecins de l'Assurance maladie sur le modèle américain dans les années 85. Ces programmes ont été mis en œuvre pendant une dizaine d'années sans que les résultats de cette démarche ait été rendu « publics ».
- ✓ Un programme appelé PAQ (Plan d'Assurance Qualité) initiée en 1991 par l'ANAES et financé par le DHOS qui a duré 3 ans (ANAES 1991) .

L'Evaluation des Pratiques Professionnelles est donc avant tout une méthode, une stratégie d'implémentation de démarches qualité en médecine. Elle utilise des méthodes et des outils de la démarche qualité adaptée à la pratique médicale.

Compte tenu de l'organisation complexe des procédures de soins, des méthodes dérivées du Quality Assurance (QA) Quality Improvement (QI) Total Quality Management (TQM) ont été aussi développées par l'ANDEM pour permettre une approche médicale et organisationnelle de la qualité des process de soins tels que les Programme d'amélioration de la qualité (PAQ), la revue de procédure de soins...

IV. EN CONCLUSION :

En 1984, le rapport OMS préconisait que les objectifs généraux à fixer dans ce domaine de l'évaluation devaient obéir à une triple cohérence :

- Définir et diffuser les stratégies diagnostiques et thérapeutiques qu'impose l'évolution de la médecine dans les pays développés
- Procéder à une évaluation permanente de leurs applications en médecine ambulatoire et en médecine hospitalière (et leur relation avec les technologies utilisées)
- Informer les usagers et les citoyens pour clarifier leurs choix de santé, et apporter une aide à la décision aux pouvoirs publics et aux institutions chargées de gérer le système.

Le développement et l'implémentation de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles correspond au deuxième objectif.

De nombreux programmes d'assurance qualité ont été évalués dans le cadre de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles, notamment dans les pays anglo-saxons qui la pratique depuis plus de 30 ans.

A la lumière de cette expérience, l'EPP n'a pas d'autre ambition que de diffuser et d'assurer :

- L'application par le praticien des « attitudes de références et donc des critères de qualité auxquels référer la réalité » prenant en compte les données de la science et les contraintes économiques.
- L'éducation des professionnels de la santé faisant une plus large place à la théorie des décisions et à celle de l'information prenant en compte les données de la science (Evidence Based Medicine) et les contraintes économiques (intégration dans la pratique médicale d'une vision collectiviste de l'exercice)

Ces deux thématiques sont reprises dans le programme de la HAS 2005 et des publications récentes (Durocher 2005). De ce fait, l'Evaluation des pratiques professionnelles peut donner des pistes en ce qui concerne les besoins de formation médicales. En revanche, elle reste centrée sur les référentiels choisis par le praticien lors de sa démarche EPP loin d'une vision globale de l'ensemble de son activité.

Reference List

Décret n°99-1130 du 28 décembre 1999 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'analyse de l'évolution des dépenses médicales. Journal Officiel.301 (2005): 19594.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Manuel d'Accréditation des Établissements de Santé. Paris: ANAES, 1999.

Armogathe, JF. Pour Le Développement De L'Évaluation Médicale. Rapport Au Ministre De La Solidarité De La Santé Et De La Protection Sociale. Paris: La Documentation Française, 1989.

Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. Mill Bank Mem Fund Q 44 (1966): 166-206.

Durocher, A. L'évaluation des pratiques professionnelles : pourquoi s'y impliquer ? Médecine Thérapeutique 11.4 (2005).

Organisation mondiale de la santé, Vuori HV. La Santé Publique En Europe 16. L'Assurance De La Qualité Des Prestations De Santé : Concepts Et Méthodes. Copenhague: OMS, 1984.

Schaw, C Acceptability of audit, BMJ , juin 1980

Shaw, C, Costain, D, BMJ, volume 299, 1989

Baker, R, Problem solving with audit in general practice, BMJ, volume 300, 1990

Baker, R, Audit and standards in new general practice, BMJ, volume 303, 1991

Giraud, A, Medical audit in France ; historical perspective, BMJ, volume 304, 1992

Giraud, A, Jolly, D, Yeu, C, journal d'Economie Médicale, 1988

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine ambulatoire : l'audit médical Mars 1993

Matillon, Y, Durieux, P, Durocher, A, Ménard, J. les conférences de consensus : une analyse critique. Presse Médicale , 1993

ANDEM, évaluation des pratiques professionnelles et de la qualité des soins, 1991

Annexe 7 – L'utilisation du système d'information de l'assurance maladie pour le suivi de la mise en œuvre par les médecins des référentiels de bonne pratique, pour le traitement des malades atteints d'une affection de longue durée (ALD).

Les tableaux suivants, établis par le Docteur Jean DELIGNE, médecin conseil régional de la caisse maladie régionale des professions indépendantes du Nord, montrent comment le système d'information de l'assurance maladie peut être utilisé pour suivre la mise en œuvre par les médecins des référentiels de bonne pratique. Pour illustrer le sujet, ont été pris comme exemple les référentiels relatifs au traitement de trois affections de longue durée, présentées par ordre décroissant de prévalence¹ : diabète de type 2, hypertension artérielle et hépatite chronique active C.

Les tableaux sont suivis de la copie, rendue anonyme, d'un courrier type adressé par la caisse à un médecin de sa circonscription, lui permettant pour certains des items du référentiel sur le diabète de mesurer les écarts de sa pratique au référentiel.

Exemple 1 : diabète de type 2

Prestation	Fréquence	Donnée disponible
Consultation généraliste	2 à 4 par an	oui
Spécialiste ou auxiliaires médicaux		oui, sauf diététicien, tabacologue, réseau, maison du diabète
Biologie	1 à 4 par an selon le type d'examen	oui
Actes techniques : ECG Fond d'œil Scintigraphie myocardique Echocardiographie	1 par an 1 par an 0 à 1 par an 0 à 1 par an	oui avec CCAM
Traitements médicamenteux		oui
Vaccins		oui
Prestation	Fréquence	Donnée disponible
Dispositifs médicaux : matériel d'injection autosurveillance glycémique		oui avec nouvelle classification LPP

Exemple 2. HTA.

Prestation	Fréquence	Donnée disponible
Médecin traitant	Tous les trois mois	oui
Cardiologue	Au moins tous les deux ans	oui
Néphrologue	Sous conditions (atteinte rénale débutante)	oui, mais la condition n'est pas connue
Education du patient		non
Equipe spécialisée		non
Ophtalmologiste	Sous condition	oui, mais la condition n'est pas connue
Diététicien		non
Centre spécialisé dans les addictions		non

¹ Nombre de patients en ALD année 2004

	Régime général	CANAM	MSA
- HTA	947 453	47 427	non disponible
- Diabète	1 391 504	53 934	non disponible
- Hépatite C	60 044	1 096	non disponible

Source : Caisses nationales groupe chiffrage HAS

Créatinine	Tous les un à deux ans	oui
Kaliémie	Sous condition	Oui, mais la condition n'est pas connue
Protéinurie	Tous les ans	oui
Cholestérol	Tous les trois ans	oui
ECG	Tous les deux ans	oui
Médicaments		oui

Exemple 3. Hépatite chronique active C

Prestation	Fréquence	Donnée disponible
Généralistes et spécialistes		oui
Education du patient		non
Centre spécialisé (alcoologie, tabac, addictions)		non
Biologie		oui
Ponction biopsie hépatique		oui avec la CCAM
Echographie abdominale		oui avec la CCAM
Transplantation hépatique		oui avec CCAM
ECG		oui avec CCAM
Médicaments		oui

NB : Les référentiels ci-dessus ne pas validés et sont donnés à titre purement indicatif pour illustrer la problématique, la HAS devant prochainement publier des référentiels officiels pour ces pathologies.

Ces tableaux illustrent la portée et les limites du système d'information de l'assurance maladie. Chaque fois que l'acte ou la prescription incluse dans le référentiel est subordonné à la réalisation d'une condition médicale (le résultat d'un examen, par exemple), l'assurance maladie est aveugle dans la mesure où elle ne sait pas si la condition est réalisée. Une autre source d'imperfection provient de l'absence de données sur les actes pratiqués en milieu hospitalier public et assimilé, lacune que la mise en œuvre de la T2A devrait combler en partie.

Il n'en reste pas moins que ces données, dont l'interprétation et l'analyse supposent au surplus d'avoir accès au dossier du malade, présentent un intérêt certain pour le médecin à qui elles devraient pouvoir être communiquées sous une forme adaptée à l'autoévaluation des pratiques. Le modèle expérimental de document d'aide à l'autoévaluation utilisé par la CMR du Nord se présente de la manière suivante :

EXEMPLE DE DOCUMENT ADRESSE AU MEDECIN TRAITANT

Critères des recommandations de l'HAS pour le suivi du patient diabétique adulte : en-dehors de complication avec équilibre glycémique satisfaisant (HbA1c ≤7%) et facteurs de risque cardio-vasculaire contrôlés

LE SUIVI D'UN PATIENT DIABETIQUE DE TYPE 2

Nom : A.....

Date de naissance : .././..

Prénom : B.....

N° INSEE : 2 60 07

Adresse :

Période étudiée : du 01/01/2004 au 30/06/2005

Type de suivi et indicateurs de suivi		Suivi observé	Suivi recommandé par l'HAS
Le suivi glycémique	Hémoglobine glyquée	2	4 dosages par an
	Glycémie veineuse	13	Non recommandée <i>sauf cas particuliers</i>
Les facteurs de risque cardio-vasculaire	Bilan lipidique (CT, HDL, LDL, TG)	1	1 bilan lipidique par an
Les complications cardio-vasculaires	ECG de repos	3	1 réalisation par an
Les complications rénales	Créatinine (et calcul de la clairance)	11	1 dosage par an
	Micro-albuminurie (si absence de protéinurie à la bandelette urinaire)	0	1 dosage par an
Les complications ophtalmologiques	Fond d'œil	1	1 consultation ophtalmologique par an

REMARQUES IMPORTANTES :

Les données figurant sur cette fiche de suivi sont issues des fichiers de remboursement de la CMR du Nord. Elles comprennent tous les actes réalisés en médecine ambulatoire. En sont exclus de principe, les actes ou examens qui auraient été pratiqués en établissement public ou privé.

Annexe 8 – Liste des personnes rencontrées par la mission

AP-HP (Mme Desaulle, Déléguée à la formation et au développement des compétences ; M. le Dr. David).

CEPS (M. Renaudin, Président).

CNAMTS (M. Van Roeckeghem, Directeur Général ; M. Dessaint, Agent Comptable ; Mme Lepeu, Directrice des négociations et des relations UNCAM et UNOCAM ; Mmes Lepicard, Ketters, Neu, Bonelly ; M. Hausalter)

CNOM (MM. le Pr. Roland, Président ; M. le Dr. Legman, 1^{er} Vice-Président ; M. le Dr. Colson, Trésorier ; M. le Dr. Deau, en charge de la formation ; M. le Dr. Kennel, en charge de l'examen des conventions conclues entre les industries de santé et les médecins).

CNFMCH (M. le Pr. Bertrand, Président).

CNFMCL (M. le Dr. Ortolan, Président).

CNFMCS (M. le Dr. Beaupin, Président).

CSMF (M. le Dr. Chassang, Président).

FAF-PM (M. le Dr. Vignon, Président).

FMF (M. le Dr. Régi, Président ; Mme le Dr. Meyrignac ; M. le Dr. Rigal).

HAS (M. le Pr. Degos, Président ; M. Coulomb, Directeur ; M. le Dr. Chabot ; M. Romaneix).

LEEM (Mmes Lassale ; Paulmier-Bigot).

MG-France (M. le Dr. Olivier-Koehret, 1^{er} Vice-Président ; M. le Dr. Renard).

Ministère chargé de l'économie et des finances :

- *DGCCRF* (Mme Dux, Chef de Bureau ; Mme Bourguignon) ;
- *DGI* (M. Gardette, Chef de Bureau) ;
- *Direction du Budget* (M. Carayon, Sous-Directeur ; Mme le Dr. Salama).

Ministère chargé de la formation professionnelle :

- *DGEFP* (M. Louis, Sous-Directeur ; Mme Guidoin)

Ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale :

- *Cabinet* (M. Rance, Conseiller auprès du Ministre) ;
- *DAGPB* (M. Marie, Directeur ; M. Merrien, Sous-Directeur) ;
- *DGS* (M. le Pr. Houssin, Directeur Général, M. Eyssartier, Chef de Service ; M. Waisbord, Sous-Directeur ; Mme le Dr. Gallot, Chef de Bureau) ;
- *DHOSS* (Mme Toupillier, Chef de Service ; Mme Menger) ;
- *DSS* (M. Libault, Directeur ; M. le Docteur Perrot, conseiller médical ; M. Champion, Chef de Bureau).

Personnalités qualifiées (Mme le Pr. Blum-Boisgard ; M. le Pr. Brodin ; Mme le Pr. Durand-Zaleski ; M. le Pr. Matillon ; M. Martin, Directeur de l'ONIAM ; M. le Dr. Deligne)

SFTG (Société française de thérapeutique en médecine générale, Mme le Dr. Magnier)

UNAFORMEC (M. le Dr. Bonnet, Président ; M. le Dr. Tobelem, Secrétaire Général ; M. le Dr. Colombier, Trésorier ; M. le Dr. Doré).

URML (M. le Dr. Monod, Président de la Conférence des Présidents d'URML ; M. le Dr. Le Maguet, Président de l'URML de Basse Normandie).