

*CONSEIL NATIONAL DE LA FORMATION MEDICALE CONTINUE DES MEDECINS,
BIOLOGISTES, ODONTOLOGISTES ET PHARMACIENS EXERCANT DANS LES
ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE ET DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE
PRIVES PARTICIPANT AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER (CN FMCH)*

RAPPORT

du CN FMCH

**sur la formation médicale continue (FMC)
des praticiens hospitaliers**

Janvier 2005

Président et Rapporteur

M. Dominique BERTRAND

Membres du CN FMCH

M. Charles ALEZRAH
M. Philippe BACHET
M. Jacques BARRIER
Mme Rachel BOCHER
M. Michel BUSSONE
M. Philippe CABARET
M. Robert COHENDY
M. Jean-Luc DEBRU
M. Claude-François DEGOS
M. Alain DESTEE
M. Richard DOMERGUE
M. André ELHADAD
M. Gilbert ESCHEMANN
M. Gilles ETIENNE
Mme Marie-France FRUTOSO
Mme Nicole GARRET-GLOANEC
Mme Sylvette HUICHARD
M. Jean-François LANOY
M. Pierre-Yves MAHE
M. Bruno MANGOLA
M. Bernard PELLAT
M. Georges PINON
M. Marc RAUCOULES-AIME
M. Michel RINCE
M. Hugues ROBERT
M. Philippe ROULEAU
M. Roland RYMER
M. Pierre SADO
M. Norbert SKURNIK
M. Guy VALLET
M. Henry ZATTARA

Chargé de mission au CN FMCH et Rédacteur

M. François MATISSE

Secrétaire du CN FMCH

Mme Nacira BOUMEDDIENE

SOMMAIRE

	<i>Pages</i>
Préambule	5
I – L’installation du CN FMCH : le décret du 14 novembre 2003 et l’arrêté de nomination du 26 janvier 2004	6
A. Historique de la FMC des praticiens hospitaliers	6
B. Les objectifs fixés au CN FMCH par le décret	9
C. Les membres nommés au CN FMCH	12
D. La méthodologie adoptée	14
II – Le glossaire de la formation médicale continue	18
A. Ses objectifs	18
B. Son élaboration	18
C. Sa diffusion	19
D. Le glossaire	19
E. La documentation générale	52
III – L’analyse des pratiques actuelles de formation continue : les enquêtes	53
A. Les synthèses par type d’établissement de santé	53
B. La synthèse du questionnaire individuel	73
IV – Les groupes de travail	83
A. Orientations nationales de la FMC : définition des thèmes prioritaires de formation	83
B. Agrément des organismes de formation	87
C. Procédures d’évaluation : définition des critères	91
V – L’évolution de la problématique de la FMC : l’impact des lois relatives à l’assurance maladie et à la politique de santé publique	93
A. Les nouveaux dispositifs législatifs	93
B. Evaluation des pratiques professionnelles et formation médicale continue : la position du CN FMCH	96
C. Perfectionnement des connaissances et formation médicale continue : la position du CN FMCH	99

VI – Les perspectives et les conclusions du CN FMCH	100
A. La satisfaction de l’obligation de FMC : crédits, plan individuel de formation et EPP	100
B. Le barème du CN FMCH	102
C. L’articulation entre Conseils nationaux et Conseils régionaux de la FMC	107
D. Le financement du dispositif	112
Synthèse	113
Procédure de validation de l’obligation de FMC	114
Annexes	115
Version consolidée du Code de la santé publique : dispositions relatives à la formation médicale continue et à l’évaluation des pratiques professionnelles	116
Ordres du jour des réunions du CN FMCH	129
Questionnaire individuel du CN FMCH sur la FMC	133

PREAMBULE

Aucun individu ne peut prétendre exercer un métier tout au long de sa carrière avec les seuls acquis de sa formation initiale. Ceci est vrai pour toutes les professions, y compris la profession médicale. L'exercice professionnel quotidien amène le praticien à constater, dans sa pratique, de possibles carences de sa formation initiale, en particulier au regard de l'évolution rapide des connaissances et des techniques et de l'évolution des textes réglementaires.

L'article 11 du code de Déontologie médicale stipule que « *tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles.* » Des dispositions similaires s'appliquent aux odontologistes et aux pharmaciens. La formation médicale continue (FMC) s'inscrit ainsi dans le cadre d'une obligation déontologique, mais aussi morale, vis-à-vis du patient.

L'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, confirmée par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, et complétée par le décret n°2003-1077 du 11 novembre 2003, fait de la FMC une obligation juridique pour tous les praticiens. Ceux-ci devront apporter la preuve de leurs efforts de FMC tous les cinq ans devant un Conseil (ou une commission) régional(e). Pour apprécier l'effort fourni par chaque praticien, le Conseil (ou la commission) régional(e) devra suivre les règles élaborées par les Conseils nationaux de la FMC.

Prévus par le décret du 11 novembre 2003, trois Conseils nationaux ont été créés pour les trois modes d'exercice (les médecins libéraux, les médecins salariés non hospitaliers et les praticiens hospitaliers). Installés en février 2004, ces Conseils ont pour mission centrale d'organiser l'obligation de FMC auxquels sont soumis tous les médecins.

Dédié aux praticiens hospitaliers, le CN FMCH a réalisé ses travaux jusqu'en décembre 2004, afin de cerner la réalité de la FMC des praticiens dans les établissements de santé dont ils dépendent. Le CN FMCH a élaboré un barème tenant compte des spécificités de l'exercice hospitalier, et permettant au Conseil (ou à la commission) régional(e) de valider la satisfaction de l'obligation de FMC par chaque praticien.

Les propositions du CN FMCH intègrent également l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), rendue obligatoire par la réforme relative à l'assurance maladie. Les connaissances et les pratiques sont indissociables et contribuent conjointement à la compétence des praticiens. La FMC et l'EPP sont les deux axes d'une seule et même obligation, et d'une seule et même démarche de qualité du système de santé au service des patients.

Ce rapport présente les travaux réalisés par le CN FMCH entre février et décembre 2004, ainsi que ses propositions pour la mise en œuvre de l'obligation de FMC, caractérisée par le perfectionnement des connaissances et l'EPP.

I – L’installation du CN FMCH : le décret du 14 novembre 2003 et l’arrêté de nomination du 26 janvier 2004

A. Historique de la FMC des praticiens hospitaliers

1. Les dispositifs réglementaires antérieurs au décret du 14 novembre 2003

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

Néanmoins, plusieurs textes réglementaires ont été édictés pour encadrer la formation continue. Les dispositions réglementaires antérieures à l’ordonnance de 1996 prévoient ainsi, pour les hospitaliers :

- un plan de formation « *arrêté dans chaque établissement par le directeur sur proposition de la commission médicale consultative* » (**décret du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers – articles 46 et 63**) ;
- un droit à congé de formation d’une durée de 15 jours ouvrables par an, cumulable sur 2 ans et rémunéré par l’établissement hospitalier dont relève le praticien en formation (**décret du 24 février 1984 – articles 46 et 63**). Les modalités d’exercice de ce droit à congé de formation sont fixées par **arrêté du 23 mai 1985** ;
- un financement de la formation continue à hauteur de 0,5% (pour les centres hospitaliers universitaires) ou 0,75% (pour les centres hospitaliers généraux) de la masse salariale médicale brute hors charge (**loi du 10 juillet 1989 portant diverses propositions relatives à la sécurité sociale – titre II**).

S’agissant du plan de formation, la **circulaire du 28 août 1986 relative aux congés de formation des praticiens hospitaliers (chapitre 2)** reprend le décret de 1984 et précise que « *son contenu fait l’objet d’une étude de la commission médicale consultative, qui examine les actions de formation projetées et établit ses propositions sur les actions à financer en fonction des crédits disponibles. Le plan de formation est alors arrêté par le directeur.* »

L’**ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins**, en son **titre II**, prévoit de rendre la formation continue obligatoire : « *L’entretien et le perfectionnement de ses connaissances constituent pour chaque médecin un devoir professionnel. Tout médecin, qu’il exerce à titre libéral ou dans un établissement de santé public ou privé participant au service public hospitalier, doit justifier du respect de cette obligation [...]* » (article L.367-2).

Des instances professionnelles – les commissions médicales d’établissement – doivent délivrer une attestation tous les 5 ans pour les médecins hospitaliers. Les contrevenants s’exposent à des sanctions professionnelles disciplinaires.

Toutefois, l’ordonnance oublie dans ses dispositions les biologistes, odontologistes et pharmaciens des établissements de santé. Le texte ne prévoit pas non plus d’instance nationale pour la formation des hospitaliers, alors qu’il instaure un Conseil national de la FMC des médecins libéraux, pour les 100 000 médecins concernés. Ce Conseil a fait l’objet d’un décret le 6 décembre 1996.

Pris en application de cette ordonnance de 1996, plusieurs **décrets du 31 mai 1997** apportent des précisions sur les personnels médicaux hospitaliers concernés par l'obligation de FMC : praticiens hospitaliers, praticiens à temps partiel, praticiens contractuels, attachés et attachés associés, assistants des hôpitaux.

Une deuxième ordonnance de 1996, l'**ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (titre VIII)**, confie à la commission médicale d'établissement le rôle d'organiser la formation continue des praticiens. C'est donc à cette instance que revient la responsabilité de conduire formellement la politique de formation des praticiens de l'hôpital. Une situation logique, compte tenu de la prééminence de la part d'expertise dans l'activité médicale.

L'arrêté du 6 mai 1997 portant création du Conseil National de la Formation Médicale Continue Hospitalière (CN FMCH), paru au Journal officiel du 13 mai, introduit deux points pour la formation continue des praticiens hospitaliers :

- les règles de la formation continue doivent être établies, pour les 60 000 praticiens concernés, par une instance spécifique, le CN FMCH ;
- les biologistes, odontologistes et pharmaciens des établissements de santé, catégorie de professionnels oubliés par l'ordonnance de 1996, sont intégrés au dispositif et relèvent, pour leur formation continue, du CN FMCH nouvellement créé par l'arrêté. Les membres de ce Conseil ont été nommés par un **arrêté du 27 mai 1997**. Le CN FMCH s'est réuni pour la première fois en juillet 1997.

Outre sa mission générale de conseil auprès du ministre pour tout ce qui a trait au respect de l'obligation de FMC, ce Conseil a reçu quatre missions précises. Il doit :

- définir la FMC, cette dernière devant à la fois prendre en compte les « *besoins généraux de santé publique* », les « *besoins spécifiques des établissements hospitaliers* » et les « *besoins individuels des praticiens* » ;
- donner des critères d'évaluation scientifique et pédagogique des formations, mais également recenser les actions existantes ;
- définir les conditions permettant de valider l'obligation de FMC ;
- élaborer un guide pratique de la FMC.

Ce Conseil comprend 30 membres. Parmi eux, 28 membres ont une voix délibérative :

- 12 représentants des conférences des présidents de CME (4 pour les CHU, 4 pour les CHG, 3 pour les CHS, 1 pour les établissements privés PSPH) ;
- 12 représentants des syndicats de médecins hospitaliers publics ;
- 2 représentants de la conférence des doyens ;
- le président de chacun des ordres nationaux (médecins et pharmaciens) ou leur représentant.

2 autres membres ont une voix consultative : ce sont des personnalités qualifiées désignées par le ministre chargé de la Santé.

3 membres de droit « *participent également aux travaux* » du CN FMCH : le directeur des hôpitaux et le directeur général de la santé (pour le ministère chargé de la Santé) ou leur représentant, et un représentant du ministre chargé de l'Enseignement supérieur.

Dans la période récente, **la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé** reprend les principes posés par l'ordonnance du 24 avril 1996 (article 59) :

« La formation médicale continue a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances, y compris dans le domaine des droits de la personne ainsi que l'amélioration de la prise en charge des priorités de santé publique.

Elle constitue une obligation pour tout médecin tenu pour exercer sa pratique de s'inscrire à l'ordre des médecins [...]. »

Ces dispositions s'appliquent aux praticiens hospitaliers (même article de la loi) :

« Les médecins, biologistes, odontologistes et les pharmaciens exerçant leurs fonctions dans les établissements publics de santé, ainsi que ceux exerçant leurs fonctions dans les établissements de santé privés participant au service public hospitalier, sont soumis à une obligation de formation continue [...]. »

Le décret du 14 novembre 2003 assure l'application de cette loi.

2. L'organisation actuelle de la FMC au niveau de l'hôpital

Cette organisation présente trois caractéristiques majeures.

D'une part, **les pratiques de FMC se font pour partie en dehors de l'hôpital** : les praticiens hospitaliers organisent individuellement et sans l'intervention financière de l'administration ni de la communauté médicale hospitalière la majeure partie de la FMC ; ils le font à travers leurs sociétés savantes, leurs fédérations de spécialité, et par le biais de sources de financement diverses (université, associations, mais surtout laboratoires pharmaceutiques). Le financement hospitalier de la FMC ne représente d'ailleurs qu'une part faible des pratiques de FMC des praticiens.

D'autre part, **l'hôpital organise des formations essentiellement dans les domaines de compétence liés au fonctionnement hospitalier**, et non liés au domaine strictement médical et scientifique. Elles ont donc trait en particulier à la gestion et au management, et sont souvent destinées à accompagner des prises de fonction (chef de service) ou des projets hospitaliers (démarche qualité, projet d'établissement). Ces formations « hospitalières » destinées aux praticiens sont organisées conjointement par l'administration de l'hôpital et les représentants de la commission médicale d'établissement.

Enfin, **la commission médicale d'établissement a un rôle central aux côtés du directeur dans la politique de formation de l'hôpital** (plan de formation, répartition des moyens), rôle qui lui a été confié par les textes réglementaires (cf. supra). Néanmoins, elle répartit la plus grande partie des fonds au coup par coup entre les praticiens pour financer leur participation à des congrès médicaux ou à des séjours dans des structures étrangères.

B. Les objectifs fixés au CN FMCH par le décret

Les trois Conseils nationaux de la FMC partagent les mêmes objectifs. Leurs attributions sont énumérées par le décret n°2003-1077 du 14 novembre 2003, codifié aux articles R4133-1 et suivants du code de la santé publique. Ces attributions sont au nombre de quatre :

- définition pour cinq ans des orientations nationales de la FMC, et fixation à ce titre des thèmes prioritaires de formation ;
- agrément pour cinq ans des organismes de droit public ou privé à caractère lucratif ou non qui organisent des actions de FMC ;
- agrément pour cinq ans des organismes aptes à effectuer les procédures d'évaluation mentionnées à l'article L. 4133-1 ;
- évaluation de la mise en oeuvre du dispositif de FMC au regard des orientations nationales et des programmes de formation.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (Nouvelle partie Réglementaire)

Section 1 : Conseils nationaux

Sous-section 1 : Attributions

Article R4133-1

Le Conseil national de la formation médicale continue des médecins libéraux, le Conseil national de la formation médicale continue des médecins salariés non hospitaliers et le Conseil national de la formation continue des médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens exerçant dans les établissements publics de santé et dans les établissements de santé privés participant au service public hospitalier définissent pour cinq ans, après avis du comité de coordination de la formation médicale continue, les orientations nationales de la formation médicale continue. Ils fixent à ce titre les thèmes prioritaires de formation.

Au cours de cette période quinquennale, les conseils peuvent, après avis du comité de coordination, adapter ou compléter les orientations initialement fixées, en vue de prendre en compte de nouveaux besoins de formation ou pour répondre à des besoins de santé publique.

Article R4133-2

Les conseils agréent pour cinq ans, sur leur demande, les organismes de droit public ou privé à caractère lucratif ou non qui organisent des actions de formation médicale continue.

L'agrément ne peut être délivré qu'aux organismes dont la déclaration d'activité mentionnée à l'article L. 920-4 du code du travail a été enregistrée auprès du préfet de région.

Il 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 en compte les critères suivants :

- 1° Qualité scientifique et pédagogique des programmes proposés ;
- 2° Transparence des financements ;
- 3° 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 ;

- 4° Respect des orientations nationales définies par le conseil national ;
- 5° Acceptation du principe d'une évaluation externe du fonctionnement de l'organisme de formation et de la qualité des formations.

Article R4133-3

L'agrément de l'organisme qui délivre une formation est renouvelable pour la même durée, à la demande de l'organisme et selon les mêmes critères.

Le renouvellement est subordonné à la transmission annuelle au conseil national compétent d'un rapport dressant un bilan pédagogique et financier de l'activité de l'organisme agréé. Ce bilan indique notamment le nombre de médecins accueillis et le nombre de formations dispensées, en précisant leur nature, leur niveau, leur durée et leurs domaines d'intervention.

Article R4133-4

L'agrément peut être retiré ou suspendu par le conseil lorsque la personne morale agréée cesse de satisfaire aux conditions prévues par l'article R. 4133-2 ou n'a pas transmis le bilan mentionné à l'article R. 4133-3.

Lorsque le conseil envisage de suspendre ou de retirer l'agrément, il informe l'organisme de son intention en indiquant les motifs de la décision envisagée. L'organisme dispose d'un délai d'un mois à compter de la date à laquelle il a été informé par lettre recommandée avec avis de réception pour présenter ses observations.

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.

Article R4133-5

Les conseils transmettent au comité de coordination la liste des organismes de formation agréés et leurs programmes de formation.

Article R4133-6

Après avis de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, les conseils agréent pour cinq ans les organismes aptes à effectuer les procédures d'évaluation mentionnées à l'article L. 4133-1 qui en font la demande. L'agrément est délivré sur la base d'un cahier des charges, élaboré par chacun des conseils et précisant les conditions à remplir. Le cahier des charges prend en compte les critères suivants :

- 1° Qualité des procédures d'évaluation ;
- 2° Transparence des financements ;
- 3° Engagement relatif à l'absence de promotion en faveur d'un produit de santé ;
- 4° Acceptation du principe d'une évaluation externe du fonctionnement de l'organisme et de la qualité des procédures d'évaluation.

Article R4133-7

L'agrément de l'organisme qui effectue des évaluations est renouvelable, à la demande de l'organisme et selon les mêmes critères. Le renouvellement est subordonné à la transmission annuelle au conseil national compétent d'un rapport dressant un bilan de l'activité d'évaluation et de l'équilibre financier de l'organisme agréé. Ce bilan comporte notamment des indications sur le nombre d'évaluations réalisées et sur les résultats de ces évaluations.

Article R4133-8

L'agrément peut être retiré ou suspendu par le conseil lorsque l'organisme cesse de satisfaire aux conditions prévues à l'article R. 4133-6 ou n'a pas transmis le bilan mentionné à l'article R. 4133-7. Lorsque le conseil envisage de suspendre ou de retirer l'agrément, il informe l'organisme de son intention par lettre recommandée avec avis de réception en indiquant les motifs de la décision envisagée. L'organisme dispose d'un délai d'un mois à compter de la date à laquelle il a été informé pour présenter ses observations.

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.

Article R4133-9

Les conseils transmettent au comité de coordination la liste des organismes agréés pour mettre en oeuvre les procédures d'évaluation.

Article R4133-10

Les conseils font une évaluation de la mise en oeuvre du dispositif de formation médicale continue au regard des orientations nationales et des programmes de formation, notamment au regard de leur capacité à développer la qualité et la coordination des soins et des actes médicaux, à assurer la sécurité et le respect des droits des patients, et à réduire les risques pour la santé du patient ou la santé publique.

Article R4133-11

Les conseils établissent un rapport annuel. Le rapport précise notamment la durée réservée chaque année à la formation médicale continue, le nombre de médecins ayant suivi des formations, le volume annuel d'heures de formations suivies dans l'année, la typologie de ces formations, les supports pédagogiques utilisés, les modalités de validation de l'obligation de formation choisies par les professionnels ainsi que le nombre de validations effectuées. Il fait une synthèse de l'évaluation prévue par l'article R. 4133-10.

Ce rapport est adressé au ministre chargé de la santé et au comité de coordination de la formation médicale continue avant le 15 mai de l'année suivant celle qui fait l'objet du rapport.

C. Les membres nommés au CN FMCH

Le CN FMCH comprend 32 membres nommés par arrêté du 26 janvier 2004 (modifié par l'arrêté du 2 mars 2004) portant nomination aux conseils nationaux de la formation médicale continue prévus aux articles L.4133-3 et L.6155-2 du code de la santé publique (paru au JO du 31 janvier 2004, pages 2252 et 2253, et du 13 mars 2004, page 4968).

Ces 32 membres sont :

Pour les ordres des médecins, des chirurgiens-dentistes et des pharmaciens, sur proposition des conseils nationaux de ces ordres :

M. Henry ZATTARA (Conseil national de l'ordre des médecins)
M. Pierre-Yves MAHE (Conseil national des chirurgiens-dentistes)
M. Hugues ROBERT (Conseil national de l'ordre des pharmaciens)

Pour les unités de formation et de recherche médicale, odontologique et pharmaceutique, sur proposition des directeurs de ces unités, après avis des présidents des universités concernées :

Mme Sylvette HUICHARD (unités de formation et de recherche pharmaceutiques)
M. Bernard PELLAT (unités de formation et de recherche odontologiques)
M. Jean-Luc DEBRU (unités de formation et de recherche médicales)
M. Marc RAUCOULES-AIME (unités de formation et de recherche médicales)

Pour les organisations syndicales représentatives au plan national des médecins, biologistes, pharmaciens, odontologistes des établissements publics de santé et des établissements de santé privés participant au service public hospitalier :

Au titre du Syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics

M. Claude-François DEGOS
M. Roland RYMER
M. André ELHADAD

Au titre de l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers

Mme Rachel BOCHER
M. Richard DOMERGUE
M. Michel RINCE

Au titre de la Coordination médicale hospitalière

M. Pierre SADO
M. Bruno MANGOLA
M. Norbert SKURNIK

Au titre du Syndicat national des médecins des hôpitaux et établissements de soins privés à but non lucratif

M. Philippe CABARET

Au titre de la Confédération des hôpitaux généraux

M. Gilbert ESCHEMANN
Mme Nicole GARRET-GLOANEC
M. Georges PINON

Pour les conférences nationales des présidents de commission médicale d'établissements publics de santé et d'établissements privés participant au service public hospitalier :

Au titre de la Conférence nationale des présidents de commissions médicales des centres hospitaliers universitaires

M. Alain DESTEE
M. Robert COHENDY

Au titre de la Conférence nationale des présidents de commissions médicales des centres hospitaliers

M. Michel BUSSONE
M. Gilles ETIENNE

Au titre de la Conférence nationale des présidents de commissions médicales des centres hospitaliers spécialisés

M. Charles ALEZRAH
Mme Marie-France FRUTOSO

Au titre de la Conférence nationale des présidents de commissions médicales des établissements privés participant au service public hospitalier

M. Philippe BACHET
M. Jean-François LANOY

Au titre de la Fédération des spécialités médicales

M. Jacques BARRIER

Pour les personnalités qualifiées :

M. Dominique BERTRAND
M. Guy VALLET
M. Philippe ROULEAU

Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS, ministère de la Santé et de la Protection sociale) ou son représentant siège, avec voix consultative, au CN FMCH.

Président du CN FMCH : M. Dominique BERTRAND

D. La méthodologie adoptée

1. L'organisation des réunions

Le Conseil se réunit à un rythme moyen d'une séance plénière par mois. L'assemblée plénière est suivie, en général, par les réunions des trois sous-groupes de travail. Depuis son installation en février 2004, le Conseil s'est réuni à 10 reprises en séance plénière.

Le taux de participation des membres aux réunions s'élève en moyenne à plus de 60%.

2. Les travaux réalisés par le CN FMCH

- Un glossaire (cf. partie II) reprenant les termes de la formation médicale continue afin d'engager les travaux des membres du Conseil sur une base conceptuelle commune.
- Une analyse des pratiques actuelles de formation continue à travers plusieurs enquêtes (cf. partie III) pour effectuer un état des lieux de la FMC des praticiens hospitaliers.
- Les travaux des trois sous-groupes de travail constitués sur une base thématique (cf. partie IV) pour avancer des propositions sur l'organisation de la FMC.
- Une proposition de barème pour la validation de l'obligation de FMC des praticiens hospitaliers (cf. partie VI – A).

**REGLEMENT INTERIEUR
DU CONSEIL NATIONAL DE LA FORMATION MEDICALE CONTINUE
DES MEDECINS, BIOLOGISTES, ODONTOLOGISTES ET PHARMACIENS
EXERCANT DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE
ET DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES PARTICIPANT
AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER**

Article 1^{er}

Le présent règlement intérieur a pour objet de fixer, dans le cadre des textes en vigueur, les conditions de travail du conseil national de la formation médicale continue des médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens exerçant dans les établissements publics de santé et dans les établissements de santé privés participant au service public hospitalier.

I – CONVOCATION DES MEMBRES DU CONSEIL NATIONAL

Article 2

Le conseil national tient au moins 6 réunions par an sur la convocation de son président, soit à l'initiative de ce dernier, soit à la demande écrite de la moitié au moins des membres composant ce conseil.

Dans ce dernier cas, la demande écrite adressée au président doit préciser la ou les questions à inscrire à l'ordre du jour.

Article 3

Son président convoque les membres de ce conseil. Les convocations sont, en principe, adressées aux membres de ce conseil quinze jours francs avant la date de la réunion à leur adresse e-mail.

Les membres sont tenus d'accuser réception de leur convocation. S'ils sont dans l'impossibilité d'assister à la réunion, ils doivent en informer immédiatement le président (secrétariat).

Au début de la réunion, le président communique à la commission la liste des participants.

Les séances du conseil national ne sont pas publiques.

Article 4

Des personnalités extérieures peuvent être convoquées par le président du conseil national quarante-huit heures au moins avant l'ouverture de la réunion.

.../...

Article 5

L'ordre du jour de chaque réunion du conseil national est arrêté par le président. Cet ordre du jour, accompagné autant que possible des documents qui s'y rapportent, est adressé aux membres du conseil national en même temps que les convocations.

S'il ne peuvent être transmis en même temps que les convocations et que l'ordre du jour, les documents qui se rapportent à cet ordre du jour doivent être adressés aux membres du conseil national au moins huit jours avant la date de la réunion.

En cas d'urgence, les délais minima prévus aux alinéas précédents peuvent être réduits.

II – DEROULEMENT DES REUNIONS DU CONSEIL NATIONAL

Article 6

Le conseil national est présidé par le président. En cas d'empêchement, il est remplacé par son suppléant.

Article 7

Si les conditions de quorum exigées par l'article 12 du décret n° 03-1077 du 14 novembre 2003 ne sont pas remplies, une nouvelle réunion du conseil national doit intervenir dans le délai maximum de quinze jours, suivant celle au cours de laquelle le quorum n'a pas été atteint.

Article 8

Après avoir vérifié que le quorum est réuni, le président du conseil national ouvre la réunion en rappelant les questions inscrites à l'ordre du jour.

Article 9

Des sous groupes de travail fonctionnels travaillant sur projets peuvent être constitués.

Article 10

Le président est chargé de veiller à l'application des dispositions réglementaires auxquelles sont soumises les délibérations du conseil ainsi qu'à l'application du présent règlement intérieur. D'une manière plus générale, il est chargé d'assurer la bonne tenue et la discipline des réunions.

Article 11

Le secrétariat est assuré par un agent recruté à seule fin d'assurer le fonctionnement du conseil.

.../...

Article 12

Les personnalités extérieures convoquées par le président du conseil national, en application du 5^{ème} alinéa de l'article 12 du décret n° 03-1077 du 14 novembre 2003 et de l'article 4 du présent règlement intérieur n'ont pas voix délibérative. Elles ne peuvent assister qu'à la partie des débats relative aux questions pour lesquelles elles ont été convoquées, à l'exclusion du vote.

Article 13

Le conseil émet des décisions à la majorité des membres présents ; en cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

S'il est procédé à un vote, celui-ci a normalement lieu à main levée. Toutefois, à la demande de l'un des membres du conseil national, le vote a lieu à bulletin secret. Les abstentions sont admises. aucun vote par délégation n'est admis.

Article 14

Le président peut décider une suspension de séance. Il prononce la clôture de la réunion après épuisement de l'ordre du jour.

Article 15

Le secrétaire du conseil établit le procès-verbal de la réunion.

Ce document comporte la répartition des votes, sans indication nominative.

Le procès-verbal de la réunion, signé par le président est transmis, dans un délai d'un mois, à chacun des membres du conseil national.

L'approbation du procès-verbal de la réunion constitue le premier point de l'ordre du jour de la réunion suivante.

Il est tenu un répertoire des procès-verbaux des réunions.

Article 16

Les membres du conseil national ou les experts auprès de ce conseil sont soumis à l'obligation de discrétion professionnelle en ce qui concerne tous les faits et documents dont ils ont eu connaissance en cette qualité.

Article 17

Toute proposition de modification du présent règlement doit être soumise à l'examen du conseil national, soit à l'initiative de son président, soit à l'initiative de la moitié au moins de ses représentants.

II – Le glossaire de la formation médicale continue

A. Ses objectifs

Les médecins et autres professionnels de santé participant aux séances de travail des trois CN FMC se doivent d'avoir un langage commun. Ceci n'est pas toujours évident en raison de responsabilités et de cultures professionnelles sensiblement différentes même si elles sont proches. Cet effort sémantique devrait permettre d'éviter quelques incompréhensions plus ou moins conscientes, à l'origine de pertes de temps nuisant à la productivité des groupes.

Par ailleurs, les travaux des CN FMC sont destinés à être diffusés auprès des acteurs et intervenants en FMC : les Conseils (ou commissions) régionaux(ales) de FMC, les professionnels de santé, les tutelles et institutions, ainsi que les médias. Ces publics cibles ne comprendraient pas qu'il puisse exister des incohérences ou – au minimum – des risques de mauvaise interprétation.

Ce travail d'explicitation a été encouragé par le Comité de coordination des CN FMC.

B. Son élaboration

1. Le groupe de travail

Un petit groupe d'experts du CN FMCH a initié ce projet sous la coordination de Jacques Barrier. Les membres du Conseil ont participé à la définition des termes. L'ensemble des définitions a été validé en séance plénière de ce Conseil. Les résultats de ce travail sont remis aux experts issus des deux autres Conseils nationaux à l'occasion de la réunion commune aux trois CN FMC.

Ce glossaire est un document évolutif : d'autres termes à définir pourront être proposés par les membres des deux autres Conseils nationaux ou par leurs présidents ; les définitions proposées pourront être modifiées et complétées. Une procédure de validation finale de chaque définition et de la cohérence de l'ensemble serait nécessaire (par ronde électronique). Il est souhaité une validation par le Comité de coordination, qui a encouragé cette initiative du CN FMCH.

2. Le contenu

Pour constituer ce glossaire de la Formation Médicale Continue, deux types de choix ont été nécessaires :

- a) Le choix des termes à définir : les premiers échanges dans les Conseils nationaux ont montré que les termes de base, c'est à dire les plus usités en formation professionnelle, pouvaient être l'occasion de discussions et parfois de divergences de points de vue. Ils ont été traités prioritairement. Mais ce glossaire est complété au fur et à mesure des besoins exprimés dans les CN FMC. Une traduction en anglais de chaque terme a été souhaitée par le CN FMCH ;

- b) Le choix des définitions : entre les habitudes du langage commun (parfois non explicitées), les définitions issues des dictionnaires de référence littéraires ou spécialisés, les utilisations dans les textes et règlements et les utilisations à vocation scientifique ou à visée internationale (par exemple au sein des sciences de l'éducation), le CN FMCH a choisi de privilégier les définitions ayant déjà fait l'objet de consensus pour les professionnels de la santé en France (cf. les missions des CN FMC). Les choix sont justifiés, ce qui signifie que les références des définitions retenues sont indiquées dans le glossaire. Les définitions spécifiques au CN FMCH sont citées ainsi : *Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.*

C. Sa diffusion

Le glossaire est d'abord un outil de travail pour les CN FMC (et en premier lieu, pour le CN FMCH qui l'a élaboré). Mais il pourrait s'agir d'un document labellisé par le Comité de coordination et les trois CN FMC, à diffusion plus large, à but éducatif et/ou de simple communication (Conseils ou commissions régionaux/ales, organisations de FMC, autres partenaires). La diffusion pourrait être papier ou simplement électronique. Il est proposé qu'il soit en liberté d'accès et d'utilisation (exempt de droit de diffusion).

D. Le glossaire

Au 19 novembre 2004, le glossaire comprend 151 définitions entrant dans le champ de la FMC.

Ont participé à la réalisation du glossaire de la FMC :

Coordinateur du glossaire

M. Jacques BARRIER

Membres du CN FMCH

M. Charles ALEZRAH

M. Philippe BACHET

M. Dominique BERTRAND

Mme Rachel BOCHER

M. Michel BUSSONE

M. Philippe CABARET

M. Robert COHENDY

M. Jean-Luc DEBRU

M. Claude-François DEGOS

M. Alain DESTEE

M. Richard DOMERGUE

M. André ELHADAD

M. Gilbert ESCHEMANN

M. Gilles ETIENNE

Mme Marie-France FRUTOSO

Mme Nicole GARRET-GLOANEC

Mme Sylvette HUICHARD

M. Jean-François LANOY

M. Pierre-Yves MAHE

M. Bruno MANGOLA

M. Bernard PELLAT

M. Georges PINON

M. Marc RAUCOULES-AIME

M. Michel RINCE

M. Hugues ROBERT

M. Philippe ROULEAU

M. Roland RYMER

M. Pierre SADO

M. Norbert SKURNIK

M. Guy VALLET

M. Henry ZATTARA

Chargé de mission au CN FMCH

M. François MATISSE

A

Accréditation (*accreditation*) :

a) pour les établissements de santé : procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels en exercice, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement de santé.

L'article 35 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie remplace le terme d'"accréditation" par celui de "certification des établissements de santé".

Références :

Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (JO n°190 du 17 août 2004), article 35 portant création de la Haute autorité de santé

ANAES, Manuel d' accréditation des établissements de santé, juin 2003, 136 pages

b) pour les professions de santé : reconnaissance externe de la qualité de la pratique professionnelle des médecins ou des équipes médicales d'une même spécialité exerçant en établissements de santé. Cette accréditation est accordée par la Haute autorité de santé. Elle est valable pour une durée de 4 ans.

Références : code de la Santé publique (Nouvelle partie législative), articles L1414-3-3 et L4135-1

c) pour un individu : procédure d'évaluation externe assurant sa capacité ou légitimité à prendre une décision.

Au plan pratique, le terme d'accréditation se rapporte d'ordinaire à l'agrément de structures de formation, ou d'institutions de soins en fonction de leur qualité technique et/ou éthique.

Référence : P Klotz , la FMC : comparaisons internationales in La Formation médicale continue P Gallois Ed Flammarion Paris 1997.

Voir les termes : Agrément, Attestation, Certification, Recertification.

Action de formation (*training session*) :

terme (impropre ?) souvent utilisé pour désigner une activité formelle de formation. Cette activité peut être unique (par exemple une journée de formation ou un séminaire) ou peut être une partie d'un cours ou d'un diplôme. Sa durée est déterminée en fonction de l'objectif d'apprentissage/enseignement. A différencier d'une session de formation ou séquence de formation.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Activité de formation (*educational activity*) :

ensemble des actions et travaux visant l'atteinte d'objectifs d'apprentissage (toute activité visant à se former).

a) activité formelle de formation : l'activité est formalisée, pendant une durée déterminée, le plus souvent – mais non nécessairement – en groupe (séminaire, atelier, soirée de formation, table ronde, cours, congrès etc) et conduit à la délivrance d'une attestation par l'organisme de formation.

b) activité informelle de formation : toute activité professionnelle, individuelle ou en groupe, n'ayant pas affiché d'objectifs spécifiques de formation mais concourant à l'amélioration des pratiques du professionnel qui participe, donc à sa formation. Il s'agit par exemple de lecture de livres et de revues, de participation à des travaux de recherche, à un réseau professionnel, à une réunion de dossiers. Le plus souvent, cette activité informelle ne permet pas l'obtention d'attestation de formation octroyée par un organisme de formation bien qu'elle doive être prise en compte dans les efforts de formation des professionnels.

Référence : Davis DA et coll, JAMA 1999 ;282 :867-874

Agrément (*accreditation, certification*) :

a) terme utilisé essentiellement en français pour indiquer l'approbation accordée par une autorité.

Référence : R Legendre, Dictionnaire actuel de l'éducation 2^{ème} ed ESKA Paris 1993.

b) En formation médicale continue, ce terme est souvent utilisé dans le même sens que celui d'accréditation. En général, l'agrément est octroyé par une tutelle ; il s'agit du résultat d'une procédure d'évaluation externe d'un organisme de formation, ou d'une activité de formation, ou d'un intervenant, apportant une validation de qualité minimale et une autorisation de réalisation ou d'exercice dans le cadre réglementaire.

c) Agrément des organismes de FMC par les Conseils Nationaux de FMC : les conseils agréent pour 5 ans, sur leur demande, les organismes de droit public ou privé à caractère lucratif ou non qui organisent des actions de FMC. L'agrément ne peut être délivré qu'aux organismes dont la déclaration d'activité mentionnée à l'article L.920-4 du code du travail a été enregistrée auprès du Préfet de région. Il est donné sur la base d'un cahier des charges élaboré par chacun des Conseils.

Référence : Décret 2003-1077 du 14 novembre 2003 , JO n°265 du 16 novembre 2003.

d) Agrément des organismes aptes à effectuer les procédures d'évaluation mentionnées à l'article L.4133-1 qui en font la demande, par les Conseils Nationaux de FMC . Il est donné pour 5 ans sur la base d'un cahier des charges élaboré par chacun des Conseils.

Référence : Décret 2003-1077 du 14 novembre 2003 JO n°265 du 16 novembre 2003.

Pour la FMC individuelle des praticiens en médecine, le terme agrément n'est pas usuel.

Analyse (ou identification) des besoins de formation (*learning needs assessment*) :

processus permettant d'identifier les besoins de formation par interrogation des différents acteurs (tutelles, intervenants, experts, public cible et autres personnes concernées). Dans le cadre d'une démarche qualité, l'interrogation du public cible semble être le strict minimum. Il peut s'agir d'enquêtes préalables, d'analyse d'incidents, de revues de la littérature, de pré-tests etc.

Références :

CN FMC des praticiens hospitaliers.

CH Honnorat in Formation Médicale Continue P Gallois, Ed Flammarion Paris 1997.

Andragogie (*andragogy / adult permanent education*) :

discipline des sciences de l'éducation dont l'objet est l'apprentissage chez l'adulte. Un **andragogue** est un spécialiste de l'apprentissage chez l'adulte.

Références :

Knowles MS The adult learner, 4^{ème} ed. Houston, Gulf 1990.

L Côté (CIDMEF)

Animateur de groupe (*group leader/moderator*) :

un des membres d'un groupe de personnes en formation, qui est officiellement ou officieusement désigné pour assister l'enseignant, l'expert, à diriger les discussions, à renforcer l'acquisition de connaissances etc.

Référence : R Legendre, Dictionnaire actuel de l'éducation 2^{ème} ed ESKA Paris 1993.

Animation pédagogique (*educational animation*) :

a) ensemble des interventions visant à susciter ou à maintenir la participation à des activités d'apprentissage.

b) ensemble des interventions destinées à soutenir les enseignants dans le processus d'amélioration de la qualité de la formation dans leur milieu. L'intervenant est dénommé **animateur pédagogique (ou de groupe)**.

Référence : L Côté (CIDMEF)

Apprenant (learner) :

terme générique pouvant être utilisé en place du terme de « formé » (FMC) ou d'étudiant (FMI). Il désigne toute personne qui est engagée dans un processus d'apprentissage.

Référence : *Eduquer et Former, Sciences Humaines 1996 ; 12 : 13*

Apprentissage (learning) :

processus dans lequel s'engage une personne afin d'acquérir un ensemble de compétences (connaissances, habiletés et attitudes).

Référence : *L Côté (CIDMEF)*

Apprentissage Basé sur la Résolution de Problème (problem based learning ou PBL) : voir Problème clinique.

Se décline en :

- a) APP (Apprentissage Par Problèmes) ou l'exercice est centré sur l'analyse du problème par l'apprenant ; il s'agit des premières années de médecine centrées sur les connaissances fondamentales (mécanismes physiopathologiques, psychosociaux, épidémiologiques) ;
- b) ARP (Apprentissage basé sur la Résolution de Problèmes) les années suivantes. La FMC utilise largement les problèmes cliniques (raisonnement clinique, décision médicale).

Référence : *Des Marchais E, Apprendre à devenir médecin, Ed Université de Sherbrooke, 1996*

Apprentissage expérientiel (experiential learning) :

processus par lequel une personne transforme son expérience en savoirs (connaissances, habiletés, attitudes).

Référence : *L Côté (CIDMEF)*

Aptitude (ability, aptitude) :

disposition à effectuer des apprentissages dans un domaine particulier.

Référence : *L Côté (CIDMEF)*

Associations de FMC :

associations à statuts déposés ou de fait réunissant des professionnels de la santé dans un but de formation. Il existe des associations locales, régionales et nationales.

a) médecins généralistes : surtout des groupes locaux se réunissant près de leur lieu d'exercice. Voir le terme EPU.

Référence : *Hercek A. in Formation Médicale Continue P Gallois, Ed Flammarion Paris 1997.*

b) médecins spécialistes : au niveau régional ou local, regroupements de spécialistes d'une discipline, quel que soit leur mode d'exercice : libéraux, hospitaliers et universitaires (participation essentiellement à des « staffs » à des réunions de bibliographie).

Référence : *Domergue R. in Formation Médicale Continue P Gallois, Ed Flammarion Paris 1997.*

c) autres professionnels de santé : ont leurs spécificités ; les pharmaciens peuvent utiliser le terme de Formation Pharmaceutique Continue (FPC). Voir aussi : **Société Savante**.

Attestation de formation (certificate of studies/formation) :

document papier délivré par un organisme de formation et apportant la preuve qu'un individu a suivi une action de formation. Peut y figurer le nombre de crédits de formation obtenus (voir Crédit de formation), voire la performance c'est à dire les résultats obtenus s'il y a eu une évaluation individuelle.

Référence : *CN FMC des praticiens hospitaliers.*

Attitude (attitude) :

état d'esprit, disposition intérieure d'une personne à l'égard d'elle-même ou de son environnement et qui incite à une manière d'être et d'agir favorable ou défavorable. Voir le terme **savoir être**.

Référence : *L Côté (CIDMEF).*

Auto-apprentissage (*self-directed learning*) :

processus par lequel le sujet contribue à l'accomplissement de sa propre éducation (à distinguer du processus exercé par une personne sur une autre personne).

Référence : L. Côté (CIDMEF)

Autoformation : cf auto- apprentissage.

Axiologie :

science et théorie des valeurs (morales).

Référence : Dict. Le Robert.

B

Balint (groupe de type) :

dans le domaine psychothérapeutique, groupe se réunissant régulièrement dans un but de formation pluridisciplinaire, avec un animateur, autour de situations pathologiques d'intérêt commun afin de comprendre le niveau second et implicite des manifestations rencontrées. Ces réunions nécessitent l'apport de chaque participant pour la compréhension des attitudes et contre-attitudes des uns et des autres.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Besoin éducationnel (educational needs) : voir besoin de formation.

Besoin de formation (learning needs) :

différence entre l'état actuel d'un apprenant et un niveau supérieur de développement tel que défini par un individu, une organisation ou la société.

Référence : L Côté (CIDMEF)

Le besoin de formation est ce qui justifie la formation. Les besoins sont divers, car ils peuvent être ceux des participants, des intervenants, des tutelles, de la population, etc. Lorsqu'ils sont identifiés et clarifiés (analyse des besoins de formation, voir ce terme), les besoins permettent de définir les objectifs de formation. Remarque : il faut différencier les besoins réels d'un individu et les besoins ressentis ; le besoin réel de formation doit être distingué du désir de formation ; le désir d'un individu de se former dans un domaine précis peut être ambivalent car il est montré que beaucoup d'individus expriment habituellement le besoin de se former dans les domaines où ils sont déjà les plus compétents.

Références :

CN FMC des praticiens hospitaliers.

CH Honnorat in Formation Médicale Continue P Gallois, Ed Flammarion Paris 1997.

Bilan de compétence :

selon la loi du 31 décembre 1991, tout salarié a le droit à un bilan de compétences. Il s'agit d'analyser ses compétences professionnelles et personnelles ainsi que ses aptitudes et motivations afin de définir un projet professionnel et, le cas échéant, un projet de formation.

Référence : législation française.

Un certain nombre d'organisations professionnelles s'intéressant à la FMC ont mis en place des outils individuels d'exploration de la compétence. Ils sont basés sur une démarche personnelle d'auto évaluation accompagnée par l'organisation. Basés sur la pratique réelle de chaque médecin, ils lui permettent dans un deuxième temps d'orienter son propre plan de formation.

Références : ACFM, MG Form, UNAFORMEC.

Binomiale (méthode) :

méthode pédagogique utilisée pour des moyens ou grands groupes (en amphithéâtre par exemple), permettant une activité des participants. Les participants travaillent périodiquement deux par deux pour échanger ou discuter d'une problématique, ou se mettre d'accord en quelques minutes sur les questions à poser à l'enseignant. Ce dernier recueille alors un certain nombre d'avis ou de questions sur lesquels il se base pour développer les séquences de son cours. Voir **Buzz-group** et **Panel-discussion** qui sont d'autres méthodes en grand groupe.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

But pédagogique :

énoncé général décrivant le résultat global visé par une activité ou un programme de formation.

Référence : L Côté (CIDMEF)

Buzz-group :

méthode pédagogique utilisée pour de grands groupes (en amphithéâtre par exemple), permettant un peu d'interactivité. Les participants se regroupent par 5 ou 6 maximum, en se retournant dans les rangs, pour se mettre d'accord en quelques minutes sur les questions à poser à l'expert. Un animateur recueille les questions et les transmet à l'expert. Voir **Panel-discussion** ou **Binomiale (méthode)** qui sont d'autres méthodes en grand groupe.

Référence : G Duroux in Formation Médicale Continue P Gallois, Ed Flammarion Paris 1997.

C

Cahier des charges :

a) pour une action de formation : document contractuel fixant les modalités des activités. Ce document définit, d'une façon claire et explicite, tous les éléments administratifs, pédagogiques, financiers et organisationnels pour atteindre les objectifs déterminés.

Référence : Guittet A. Développer les compétences. Ed. ESF Paris 1994

b) pour l'agrément d'un organisme de FMC : les critères sont la qualité scientifique et pédagogique des programmes proposés, la transparence des financements, l'engagement relatif à l'absence de toute promotion en faveur d'un produit de santé et à l'utilisation de la dénomination commune internationale, le respect des orientations nationales définies par le conseil national, l'acceptation du principe d'une évaluation externe du fonctionnement de l'organisme de formation et de la qualité de la formation.

Référence : CNFMC texte législatif, Décret 2003-1077 du 14 novembre 2003 (JO 16 novembre).

c) pour l'agrément d'un organisme apte à effectuer les procédures d'évaluation. Les critères sont la transparence des financements, l'engagement relatif à l'absence de toute promotion en faveur d'un produit de santé, l'acceptation du principe d'une évaluation externe du fonctionnement de l'organisme et de la qualité des procédures d'évaluation.

Référence : CNFMC texte législatif. Décret 2003-1077 du 14 novembre 2003 (JO 16 novembre).

Capacité :

a) aptitude (voir ce mot).

b) formation diplômante d'habilitation nationale sur deux ou trois ans apportant une qualification à un exercice professionnel spécifique non couvert par un Diplôme d'Etude Spécialisé (DES) ou un Diplôme d'Etude Spécialisé Complémentaire (DESC). Concerne tous médecins, français ou étrangers, généralistes ou spécialistes, après réussite à un examen probatoire Citons selon la durée : 1 an : Médecine aérospatiale - Médecine et biologie du sport - Médecine de catastrophe, ou 2 ans : Allergologie - Angiologie - Evaluation et traitement de la douleur - Gériatrie - Hydrologie et climatologie médicale - Médecine pénitentiaire - Médecine tropicale - Médecine d'urgence : CAMU - Pratiques médico-judiciaires - Technologies transfusionnelles - Toxicomanies et alcoolologie.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Cas :

a) cas clinique (*clinical case*) : situation clinique pouvant être utilisée comme exemple au cours d'une formation (par exemple pour introduire une présentation, *Case-based lecture*) ou bien comme problème clinique à résoudre par les participants. Voir **Apprentissage Basé sur la Résolution de Problème**.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

b) méthode des cas (*case method*) : méthode qui permet à un groupe de praticiens de discuter d'un problème diagnostique et/ou thérapeutique à partir d'une situation clinique (ou d'éléments paracliniques) rapportée (orale, écrite, audiovisuelle, etc.) et correspondant directement aux pratiques des médecins concernés.

Référence : G Duroux in Formation Médicale Continue P Gallois, Ed Flammarion Paris 1997.

c) étude de cas dans le domaine des psychothérapies (supervision – contrôle) : travaux d'un groupe de psychothérapeutes sous l'égide d'un expert professionnel reconnu. Présentation au cours des séances, par un ou plusieurs, d'une thérapie afin d'en comprendre les mécanismes qui se déroulent tant chez le patient que chez le thérapeute et afin d'acquérir une meilleure capacité psychothérapeutique.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Certification professionnelle :

reconnaissance de la qualification des praticiens en fin de formation initiale ; elle n'est indispensable dans certains pays que pour certaines spécialités d'exercice et souvent pour un temps limité (nécessité d'une recertification). Les termes de certification et de recertification sont de plus en plus utilisés (en place de celui d'accréditation) dans le monde francophone à la suite des anglo-saxons (pays où la certification est effectuée par le *Board* de chaque spécialité). Elle peut être exigée par certains employeurs (hôpitaux, compagnies d'assurance) pour garantir la qualité des soins.

Référence : Roberts J. BMJ 1995 ; 310 : 724-7

Collège National Professionnel :

structure associative nationale d'une spécialité médicale regroupant sociétés savantes, associations et même syndicats, avec pour objectif – en s'alignant sur les directives européennes – de s'occuper de formation initiale et continue ainsi que de problèmes professionnels (par exemple les normes ou recommandations de pratiques).

La Fédération des Spécialités Médicales regroupe en France les Sociétés Savantes et les Collèges Nationaux Professionnels des spécialistes médicaux.

Référence : Domergue R. in Formation Médicale Continue P Gallois, Ed Flammarion Paris 1997.

Compétence (*ability, competence*) :

terme pouvant avoir de multiples interprétations (il y en a plus de 200 dans la littérature).

a) en éducation : capacité d'une personne à mobiliser des connaissances théoriques et pratiques pour atteindre une performance.

Cette définition a une double implication : la compétence n'est pas un terme synonyme de performance (la performance est le résultat); on ne peut pas définir pour un individu une compétence sans un objet (une fonction, une tâche).

Référence : Davis DA, Fox RD, The physician as learner, American Physician Association Ed Library of Congress Chicago, 1994

b) ensemble des connaissances, habiletés et attitudes (ensemble des savoirs, savoir faire et savoir être) exercés dans un champ de l'expérience humaine et nécessaire pour tenir un poste.

Références :

Barjou B et coll. Réussir dans ses nouvelles responsabilités Ed ESF Paris 1997

CN FMC des praticiens hospitaliers.

La compétence représente la mise en œuvre de savoir et de savoir-faire pour la réalisation d'une tâche. La compétence dépend en premier lieu des aptitudes et des capacités mais elle résulte surtout de l'expérience professionnelle ; elle s'observe objectivement à partir du poste de travail. Elle est de fait validée par la performance professionnelle.

Référence : Guittet A. Développer les compétences. Ed. ESF Paris 1994

Remarque : en éducation, il a pu être dit par Chomsky que la compétence est une virtualité dont l'actualisation (par la parole ou par l'écrit – il faudrait ajouter la pratique) constitue la performance.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Compétence clinique (*clinical competence*) : voir le terme **compétence.**

Les dimensions de la compétence clinique telles qu'elles peuvent être évaluées sont : les connaissances et la compréhension (des maladies, des mécanismes physiopathologiques etc.) ; le recueil des données cliniques (interrogatoire, examen clinique) ; le raisonnement clinique (qualité des hypothèses, stratégie) ; les gestes techniques (pour investigation et traitement) ; les qualités personnelles et relationnelles (relation médecin-patient, rigueur professionnelle).

Référence : Neufeld, 1985

Compétences transversales :

compétences qui ne sont pas attachées à une activité, à un poste particulier. Elles ne sont ni spécifiques ni techniques ; au contraire, elles sont générales et ceux qui les possèdent peuvent les utiliser dans plusieurs fonctions.

Référence : Guittet A. Développer les compétences. Ed. ESF Paris 1994

Conflit d'intérêt personnel :

toute situation réelle (a), apparente(b) ou potentielle (c), qui est objectivement de nature à compromettre l'indépendance et l'impartialité nécessaires à l'exercice d'une fonction, ou à l'occasion de laquelle une personne utilise les attributs de sa fonction pour en retirer un avantage indu ou pour procurer un tel avantage indu à une tierce personne.

Référence :code éthique de la régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal centre (juin 2003).

Dans le cadre des activités de FMC, un conflit d'intérêt peut surgir du fait de la relation d'un intervenant (organisateur, animateur, expert de contenu) avec une institution ou une entreprise, commerciale ou non, si cette relation est de nature à influencer le programme ou le contenu de l'enseignement. La formation peut alors influencer l'auditoire en faveur des intérêts matériels ou moraux de cette organisation extérieure.

a) conflit d'intérêt réel : l'intervenant à un intérêt personnel dont il est conscient, qui est suffisamment lié à ses responsabilités professionnelles pour l'influencer dans son intervention. Ce conflit réel existe que l'intervenant soit ou non influencé par son intérêt personnel et qu'il en retire ou non un avantage personnel.

b) conflit d'intérêt apparent (ou perçu) : il y a une crainte raisonnable, que pourrait avoir une personne raisonnable, qu'un conflit d'intérêt existe.

c) conflit d'intérêt potentiel : on peut prévoir que l'intervenant a un intérêt personnel qui pourrait être suffisant pour influencer la façon dont il exerce sa fonction ou sa responsabilité.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Conflit d'intérêt institutionnel :

en FMC, toute situation liée à une institution et qui est objectivement de nature à compromettre son indépendance et son impartialité, pourtant nécessaires dans le cadre d'une activité de formation.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Connaissance (knowledge) :

en général, faits, informations, notions, principes, qu'on acquiert grâce à l'étude, à l'observation ou à l'expérience.

En épistémologie : opération intellectuelle par laquelle un objet est rendu présent aux sens ou à l'esprit.

Remarque : le terme connaissance est plus précis que celui de savoir dans le domaine de la formation. La connaissance est un savoir intégré par l'étudiant/le formé. En psychologie cognitive, on distingue les connaissances déclaratives (d'ordre propositionnel, « ce qu'on peut verbaliser », soit la théorie) et les connaissances d'action parfois dénommées procédurales (d'ordre productionnel, « ce qu'on constate dans l'action », soit la pratique).

Référence : Eduquer et Former, Sciences Humaines 1996 ; 12 : 13

Contexte de formation :

ensemble de circonstances entourant une activité d'apprentissage.

Référence : L Côté (CIDMEF)

Contrat d'apprentissage (*learning contract/apprenticeship contract*) :

engagement verbal ou écrit définissant les objets et les conditions d'apprentissage ainsi que les responsabilités de l'enseignant et de l'étudiant. Définition identique pour un contrat de formation.

Référence : L Côté (CIDMEF).

Contrôle de connaissances (*control of learning*) :

activité par laquelle un apprenant se soumet à l'appréciation d'experts à propos de ses acquisitions, dans un domaine donné, en vue de l'obtention d'une reconnaissance de compétences.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Crédit de formation médicale continue (*CME credits*) :

dans le cadre de l'évaluation d'une activité de formation, moyen utilisé par les responsables de la formation pour comptabiliser en temps (journées, heures de formation) ou en points (nombre de crédits ou autre dénomination) l'atteinte présumée ou constatée d'objectifs de formation par les participants.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Critère d'évaluation (*evaluation criterion*) :

qualité ou norme qui sert à porter un jugement.

Référence : R Legendre, Dictionnaire actuel de l'éducation 2^{ème} ed ESKA Paris 1993.

Critériée (évaluation) :

évaluation basée sur des critères qui sont l'acquisition de connaissances ou de compétences spécifiques pré-définies. Les objectifs d'apprentissage sont sensés avoir été définis.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Curriculum (*curriculum*) :

a) parcours personnel éducatif (France).

b) ensemble structuré de l'infrastructure pédagogique, des situations pédagogiques et des interrelations entre les différentes composantes de celles ci, d'une école, d'un collège ou d'une université (plutôt anglo-saxon).

Remarque : on peut aussi distinguer le curriculum apparent (en gros les programmes d'étude) et le curriculum caché, c'est à dire les valeurs, savoirs, manières d'être qui – bien que n'étant pas explicitement enseignés – n'en sont pas moins fortement prescrits aux apprenants à travers la relation enseignant-enseigné, les règles et comportements.

Eduquer et Former, Sciences Humaines 1996 ; 12 : 13

Cursus :

cheminement d'un étudiant dans un programme donné.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

D

Développement Professionnel Continu (*Continuing Professional Development*) :

processus continu d'acquisition de compétences professionnelles tenant compte d'un continuum depuis l'université, l'internat (ou résidanat) pour la médecine et la formation continue. Ce terme inclut le concept de performances à acquérir grâce à toutes les activités professionnelles et formatives, formelles et informelles.

Référence : R Legendre, Dictionnaire actuel de l'éducation 2^{ème} ed ESKA Paris 1993.

Didacticiel :

logiciel conçu et réalisé à des fins pédagogiques, pour enseigner ou apprendre à l'aide d'un ordinateur – ce qu'on appelle communément l'Enseignement Assisté par Ordinateur (EAO).

Référence : L Côté (CIDMEF)

Didactique :

ensemble des méthodes et techniques propre à l'enseignement d'une discipline.

Référence : Eduquer et Former, Sciences Humaines 1996 ; 12 : 13

Diplôme :

d'un point de vue étymologique, document papier certifiant (reconnaissance officielle) la validation de l'accomplissement d'une formation effectuée par un individu. Il s'agit donc d'une évaluation sommative (en fin de formation) et sanctionnelle (l'obtention du diplôme nécessite une évaluation personnelle formalisée). Par extension, le diplôme représente une activité de formation diplômante.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Docimologie (*docimology, science of examinations*) :

a) science de la mesure de l'évaluation en éducation.

Référence : L Côté (CIDMEF).

b) en FMI, science des examens des étudiants. S'étend à la science des systèmes de notation et du comportement des examinateurs et des examinés et même pour certains à l'élaboration et la réalisation de plans d'évaluation.

Référence : R Legendre, Dictionnaire actuel de l'éducation 2^{ème} ed ESKA Paris 1993.

E

EBM : voir Evidence-Based-Medicine.

ECOS (OSCE) : voir Examen Clinique Objectif Structuré.

Education :

activité intentionnellement destinée à favoriser le développement de la personne humaine et son intégration dans la vie en société. Visant la totalité de la personne, l'éducation peut être distinguée de l'instruction et de l'enseignement qui, pourtant, en font intrinsèquement partie.

Référence : R Legendre, Dictionnaire actuel de l'éducation 2^{ème} ed ESKA Paris 1993

Education à la santé :

éducation essentiellement préventive exercée par des professionnels de santé auprès de patients en consultation, auprès de groupes (par exemple dans des établissements scolaires ou lors de réunions diverses), voire auprès des media (radios locales ou nationales, presse...). Il existe un Comité Français d'Education pour la Santé (CFES).

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Education thérapeutique (ou éducation du malade) :

apporter au malade des compétences intégrées en termes de savoirs (connaissance des symptômes, des facteurs déclenchants, des mécanismes physiopathologiques, des médicaments), d'habileté (par exemple utilisation des outils thérapeutiques tels que le débitmètre de pointe chez l'asthmatique), et d'attitudes (capacités adaptatives aux événements en co-responsabilité avec le médecin).

Référence : European Respiratory Society, Genève, 1998

Efficienc e (efficiency) :

capacité de fournir le résultat souhaité au moindre coût (il s'agit d'un substantif d'utilisation relativement récente, dérivé de l'adjectif efficient). Un système efficient est préférable à un système seulement efficace car aucun gaspillage de ressources n'a lieu.

Référence : Guilbert JJ Guide pédagogique pour les personnels de santé 6^{ème} éd. OMS Genève 1990

Enseignement (teaching) :

ensemble des interventions (des organismes de formation, des enseignants) visant à favoriser l'apprentissage.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Enseignement Assisté par Ordinateur (EAO) : voir didacticiel.

Enseignement post-universitaire (EPU) :

enseignement de type magistral organisé par les facultés de médecine essentiellement entre 1945 et 1970 à l'intention des médecins généralistes.

Remarque : le terme EPU est resté très utilisé, même si l'offre de formation a évolué pour s'adapter aux besoins (associations professionnelles locales et nationales de FMC ; départements de FMC des Facultés de médecine). Il est souvent dit improprement un « EPU » pour désigner une session de FMC.

Références :

Hercek A. in Formation Médicale Continue P Gallois, Ed Flammarion Paris 1997.

CN FMC des praticiens hospitaliers.

Ethique médicale (*medical ethics*) :

a) l'éthique en général : science de la morale, art de diriger la conduite.

Référence : dictionnaire Petit Robert (1992).

b) éthique médicale : éthique liée à l'expertise professionnelle du médecin (cf. **Expertise professionnelle** et **Professionalisme**) ; elle est faite de compétences individuelles mais doit être collégiale.

Remarque : la définition de l'éthique médicale ne doit pas être réductrice ; elle n'est pas confinée à la théorie, au juridique ni à la déontologie. Elle appartient au « savoir agir ».

Référence : L. Brazeau-Lamontagne in La Faculté de Médecine face à ses responsabilités sociales et éthiques Ed CIDMEF 2004

Ethique de la formation :

découle du principe de l'indépendance professionnelle (article 5 du code de déontologie). Il est indispensable que les actions de FMC soient réellement indépendantes de nombreuses influences qui peuvent émaner du public, de groupes corporatistes (syndicats, collèges de spécialistes...), du complexe médico-industriel. Elle concerne les médecins formés, mais c'est aussi une responsabilité des promoteurs et organisateurs de formation, des experts et intervenants. Voir le terme **conflit d'intérêt**.

Références :

Code de déontologie.

B. Hoerni Enjeux éthiques de la FMC in La Formation Médicale continue P. Gallois Ed Flammarion, Paris 1997.

Evaluation :

de façon générique, jugement porté sur la valeur en fonction de critères précis.

La mise en place d'un **système d'évaluation** en FMC est une étape très importante de la planification d'une action de formation ; elle consiste à prendre en compte les étapes suivantes :

- pourquoi évaluer ? En effet, le résultat de l'évaluation doit conduire à une décision. Ceci appelle les notions d'évaluation normative et critériée. Voir **normative (évaluation)**, **critériée (évaluation)**.

- son objet (évaluer quoi ?) doit toujours être précisé. Communément, lors d'une formation, il faut distinguer :

- soit l'évaluation des apprentissages des participants (en termes d'acquisition de connaissances, ou mieux, de compétences) ;

- soit l'évaluation de l'action de formation (c'est à dire toutes les composantes de la planification de cette action : les besoins et les objectifs de formation ; les méthodes et moyens, dont les intervenants ; le système d'évaluation lui-même) ;

- soit l'évaluation du programme de formation.

- qui évalue ? Evaluation interne ou externe.

- comment ? Voir les mots **formative (évaluation)**, **sommative (évaluation)**, **sanctionnelle (évaluation)**.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) :

a) mission des URML.

b) les conditions sont : 1- d'utiliser les données de la science : la pratique de référence est établie à partir d'une recherche documentaire réalisée selon une méthode décrite, 2 - d'obtenir la validation du protocole (qui doit être décrit précisément) et de la démarche par un professionnel extérieur au groupe, 3 - de suivre l'impact de ces programmes sur des indicateurs préalablement définis. Ces indicateurs visent en priorité à évaluer l'amélioration de la qualité des pratiques. Pour cela ils doivent s'appuyer sur l'activité clinique des participants au programme d'évaluation.

Référence : ANAES.

c) l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles constitue une obligation pour l'ensemble des médecins (libéraux, salariés non hospitaliers, hospitaliers publics et privés). Il est satisfait à cette obligation par la participation à un des dispositifs prévus ou agréés dans des conditions fixées par décret. Le non respect expose à des sanctions. La notification est faite au médecin qui a un mois pour faire connaître ses observations et s'engager à participer à une action d'évaluation et d'amélioration de sa pratique professionnelle (délai de 6 mois). Les poursuites sont suspendues voire abandonnées s'il y a constat du respect de l'engagement. Le décret d'application est en attente.

Référence : loi du 13 Août 2004 relative à l'assurance maladie ; article 14.

Evidence-based-medicine (EBM) (médecine fondée sur les données probantes) :

pratique de la médecine fondée sur des données probantes. 4 étapes classiques : formuler clairement le problème clinique du malade ; faire une revue de la littérature scientifique en excluant les données critiquables ; apprécier la validité et l'applicabilité des conclusions pratiques des articles ; en déduire la conduite à tenir pour le malade. Il s'agit en fait de l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données (preuves) actuelles de la recherche clinique pour la prise en charge personnalisée de chaque patient.

Référence : Sackett D et al. EBM : what it is and what it isn't. *BMJ*, 1996 ; 312 :71-2

Examen Clinique Objectif Structuré (ECOS) (Objective Structured Clinical Examination, OSCE) :

outil d'évaluation des compétences cliniques d'étudiants/formés, surtout utilisé en fin d'études médicales (FMI) et essentiellement dans un but de certification. Chaque étudiant est soumis à une série d'épreuves dont chacune a un temps prédéfini ; les épreuves sont répétées, soient les mêmes pour l'ensemble du groupe évalué ; il s'agit de stations où l'étudiant est successivement confronté à un problème à résoudre concernant un malade ; l'authenticité de la mise en situation pathologique est rendue optimale par la présence d'acteurs. L'évaluateur utilise une grille de notation.

Référence : R Harden *Med Educ* 1979 ; 13 :41-54

Expérientiel (experiential) :

qui se rapporte à l'expérience ou qui repose sur elle, sans impliquer nécessairement le recours à l'expérience.

Référence : R Legendre, *Dictionnaire actuel de l'éducation 2^{ème} ed ESKA Paris 1993*

Expert (expert) :

a) en langage commun : celui qui, par l'expérience et par la pratique, a acquis une grande habileté. Un expert est la personne choisie pour ses connaissances en particulier techniques pour faire des constatations, estimations.

Référence : *dictionnaire Le Robert.*

b) en pédagogie : voir le mot **expertise**.

c) en FMC : au cours d'une formation formalisée, intervenant scientifique dont la mission est de veiller à la qualité des contenus scientifiques et d'apporter les solutions théoriques et pratiques aux problèmes étudiés par les participants formés.

Remarque : dans le domaine de la FMC, le terme expert est réducteur ; il est utilisé le plus souvent pour désigner l'intervenant supposé avoir une expertise dans le domaine de la formation (contenu scientifique, compétences de pratiques) ; il n'est pas sensé avoir nécessairement des compétences pédagogiques.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Expertise :

niveau le plus achevé de la compétence ; en général, capacité à résoudre des problèmes complexes. Rappelons qu'en médecine, la prise en charge de malades est du domaine de la complexité.

Références :

*Jouquan J. in Formation Médicale Continue P Gallois, Ed Flammarion Paris 1997.
CN FMC des praticiens hospitaliers.*

Expertise professionnelle : le qualificatif de professionnel annexé au concept d'expertise fait référence au mandat social de l'expert. Il s'agit pour l'expert de la capacité à résoudre de façon judicieuse et réfléchie des problèmes complexes où des conflits de valeurs sont en jeu.

Voir professionnalisme.

Références :

Regher G Acad Med 1996 ;71 :988-1001.

Jouquan J. in Formation Médicale Continue P Gallois, Ed Flammarion Paris 1997.

F

Feedback :

expression anglaise ; littéralement « nourrir à rebours ». En français, l'Académie des Sciences utilise rétroaction. En pédagogie, le terme rétro-information traduirait mieux le sens du mot « feed » nourrir.

Référence : Guilbert JJ Guide pédagogique pour les personnels de santé 6^{ème} éd. OMS Genève 1990

Formalisée (formation) ou formation formelle :

toute formation organisée. En revanche, une formation informelle est une procédure individuelle de formation (auto-apprentissage) pouvant utiliser divers outils (internet, revues, etc.).

Référence : Davis DA, Fox RD, The physician as learner, American Physician Association Ed Library of Congress Chicago, 1994

Formatif (formative) :

qui sert à la formation d'une personne. Voir le terme **formative (évaluation)**.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Formation (formation, training) :

a) en général : processus associant enseignement et apprentissage et ayant pour objectif de permettre à un individu d'acquérir des connaissances. Ensemble des activités, des situations pédagogiques et des moyens didactiques ayant pour objectif l'acquisition de connaissances.

b) en pédagogie : action de former ou de se former ; résultante de cette action.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Formation individuelle :

formation de l'individu, quelque soit le contenu.

Voir **formation personnelle**.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Formation institutionnelle :

formation planifiée **par** l'institution. Ce peut être aussi une formation organisée **dans** l'institution. Il s'agit souvent de formations transversales. Voir **plan de formation institutionnelle**.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Formation Médicale Continue, ou FMC (continuing medical education ou CME ; formation médicale continuée en Belgique) :

activités qui permettent à un médecin de perfectionner ses connaissances et ses capacités tout au long de sa vie et d'améliorer ses conditions d'exercice professionnel en complétant, par les moyens pédagogiques appropriés, les données initiales fournies par l'enseignement supérieur.

Référence : définition UNESCO

Remarque : selon cette définition, la FMC commence dès la fin du 3^{ème} cycle des études médicales ; l'acquisition d'un surcroît de compétences (Diplôme, Capacité) est à classer dans la FMC ; en revanche, un changement d'orientation (nouvel exercice professionnel) imposant de reprendre des études de 3^{ème} cycle est à classer dans la FMI.

Selon cette définition, la FMC regroupe l'ensemble des activités formelles et informelles concourant à l'acquisition des compétences (lectures, conférences, ateliers, formation à distance etc.).

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Formation Médicale Initiale, ou FMI (*initial medical education, initial medical training*) :

a) formation initiale : premier programme de formation conduisant à l'exercice d'un métier ou d'une profession.

Référence : CTEQ.

b) FMI : premier programme de formation conduisant à l'exercice de la profession de médecin, c'est à dire les trois premiers cycles des études médicales.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Remarque : ne pas confondre avec la formation générale (non spécialisée).

Formation Médicale Permanente (*permanent education*) :

a) formation médicale depuis les études initiales jusqu'à la formation continue incluse. Voir **développement professionnel continu**.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

b) formation professionnelle destinée à améliorer, à contrôler et à actualiser, les connaissances acquises pendant l'exercice d'un métier, d'une technique ou d'une profession.

Référence : R Legendre, Dictionnaire actuel de l'éducation 2^{ème} ed ESKA Paris 1993.

Remarque : terme à risques pouvant être l'objet de différences d'interprétation.

Formation mutuelle des psychiatres :

groupe de psychiatres qui se réunit régulièrement sous la responsabilité de l'un d'entre eux afin d'élaborer des travaux à partir de la prise en charge des patients. Le but est d'acquérir une meilleure analyse psychopathologique et une meilleure technique psychothérapique. Ces travaux peuvent être systématisés autour de pathologies spécifiques, de thèmes et/ou d'analyses de textes de la littérature psychiatrique.

Elle désigne par ailleurs la formation aux techniques psychothérapiques, notamment psychanalytiques, comme formateur et/ou superviseur.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Remarque : ce terme est utilisé dans le statut des praticiens hospitaliers.

Formation pluri-professionnelle :

formation destinée à plusieurs professions (par exemple : médecins, biologistes, infirmiers et pharmaciens).

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Formation personnelle (*personal development*) :

par rapport au terme formation individuelle, introduit la notion d'un lien avec le développement de la personne (par exemple : langues étrangères, capacités relationnelles, utilisation des outils de communication).

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Formation Médicale Professionnelle (*professional medical training*) :

formation initiale et/ou continue conduisant à une activité professionnelle médicale déterminée.

Remarque : ce terme risque d'être un faux ami si on le réserve dans le domaine exclusif des activités liées aux modalités d'exercice, c'est à dire « hors les soins, hors le bio-médical ».

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Formative (évaluation) :

s'utilise d'ordinaire pour l'évaluation des étudiants, des formés. L'évaluation est centrée sur l'apprenant ; elle lui permet de savoir où il en est grâce à une rétro-action (si possible continue), au mieux après chaque tâche d'apprentissage ; elle peut être formalisée ou informelle ; elle a un caractère personnel (« privé ») et elle n'est pas déterminante (il n'y a pas

de sanction). Voir les caractères différentiels de l'évaluation sommative au terme **sommative (évaluation)**.

Référence : S Normand, Montréal.

G-H-I-J

Groupe de pairs :

a) petits groupes interactifs (de 5 à 12 volontaires) travaillant exclusivement entre pairs (pas d'expert ni de leader), avec des réunions régulières d'évaluation et de réflexion sur des cas pratiques.

Référence : Société Française de Médecine Générale .

b) contrôle de compétences par les pairs (*peer review*).

Habilité (ability, skill) :

terme pouvant avoir de multiples interprétations. En formation continue (il s'agit de l'adaptation d'un anglicisme) : capacité à effectuer une tâche avec efficacité. Il s'agit d'une aptitude pratique. Voir **savoir faire**.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Information (information) :

en général, faits, données, connaissances, notions, principes, qui ont été acquis grâce à l'étude, à l'observation ou à l'expérience, et dont la disponibilité est apportée par les médias (par exemple : livres, articles de revue, internet). Voir aussi les termes **connaissance, savoir**. Remarque : les informations médicales (qu'il s'agisse de connaissances fondamentales ou pratiques) sont pléthoriques et leur croissance exponentielle conduit au concept d'« impasse pédagogique » (*Référence : Grenier Rev. Educ Med*), et à la nécessité de rédiger des objectifs de formation. La psychologie cognitive, qui est l'étude des mécanismes mentaux du traitement de l'information, met l'accent sur le tri nécessaire de celle-ci, sur sa structuration et son utilisation dans l'action par l'apprenant. L'analyse critique de l'information médicale est de ce fait devenue un thème important de la FMI et de la FMC.

Référence : JM Charpentier et al in La Formation Médicale Continue P Gallois, Ed Flammarion Paris 1997

Interactivité :

en formation, relation de dialogue qui se développe entre l'enseignant et les étudiants, et les étudiants entre eux.

Référence : L Côté CIDMEF.

Internet (formation par) (e-learning):

formation essentiellement individuelle (parfois mixée avec du « présentiel ») et qui apporte des crédits de formation dans certains pays (par exemple aux USA) mais pas dans d'autres (Royaume-Uni).

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Intervenant (intervener) :

a) en FMC : individu qui intervient dans un processus d'apprentissage (enseignant, expert de contenu, animateur pédagogique).

Remarque : ce terme générique est très usité.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

b) spécialiste de l'intervention.

Référence : Blouin M, Bergeron C Dictionnaire de la réadaptation, ed. Les publications du Québec, 1997 ; tome 2 : 44.

Jeu de rôle :

technique pédagogique d'apprentissage des habiletés relationnelles. Cette technique ludique est utilisée essentiellement dans le domaine du savoir être. Il s'agit de simuler une situation vraisemblable et en partie imprévisible. Les participants à la formation y jouent un rôle plus

ou moins déterminé, en improvisant le dialogue. La scène peut être vidéoscopée, ce qui facilite la relecture des comportements et la rétroaction par l'expert.

Référence : G Duroux in Formation Médicale Continue P Gallois, Ed Flammarion Paris 1997.

M

Matériel d'apprentissage/d'enseignement ou **matériel didactique** (*learning supplies/material*) :

matériel conçu pour faciliter l'apprentissage (exemple : livres, notes de cours, cd-rom, matériel audiovisuel tel que transparents, diapositives). On utilise aussi le terme support d'enseignement/d'apprentissage.

Référence : L Côté (CIDMEF).

Média (*media*) :

moyens basés sur la technologie, permettant de diffuser et de conserver des informations ainsi que de développer des attitudes, de susciter une rétroaction et de favoriser l'expression.

Référence : R Legendre, Dictionnaire actuel de l'éducation 2^{ème} ed ESKA Paris 1993.

Médiation :

a) entremise destinée à mettre d'accord, à concilier ou à réconcilier des personnes, des parties.

Référence : dictionnaire Le Robert.

b) en pédagogie : ensemble des processus par lesquels une personne ou un groupe de personnes (les enseignants, les parents, les collègues, les amis) facilitent les apprentissages d'un sujet.

Référence : Eduquer et Former, Sciences Humaines 1996 ; 12 : 30

Métacognition : domaine qui regroupe :

1) les connaissances introspectives conscientes qu'un individu particulier a de ses propres états et processus cognitifs ;

2) les capacités que cet individu a de délibérément contrôler et planifier ses propres processus cognitifs en vue de la réalisation d'un but ou d'un objectif déterminé.

Référence : JL Gombert . Le développement métalinguistique. Ed PUF Paris 1990.

Remarque : en éducation continue, la métacognition est une condition importante d'autonomie du professionnel : être conscient de son propre processus d'apprentissage et savoir choisir la stratégie qui convient le mieux, en fonction de ses propres connaissances préalables, de ses préférences et de la matière à étudier.

Métoplan (méthode) :

méthode pédagogique simple pour petit groupe (de 5 à 15 participants) permettant de favoriser la réflexion et l'expression individuelle, de provoquer des interactions, voire de débloquent une situation. Chaque participant dispose de cartons qu'il remplit en réponse personnelle à des problématiques exposées par l'animateur/l'expert. Les cartons sont affichés sur un panneau et servent à la discussion du groupe et à l'évolution du débat.

Référence : G Duroux in Formation Médicale Continue P Gallois, Ed Flammarion Paris 1997.

Métier (*occupation*) :

en général, tout type de travail déterminé, manuel ou non, effectué pour le compte d'un employeur ou pour son propre compte, et dont on peut tirer des moyens d'existence. Il fait appel à des compétences résultant de l'étude, de l'expérience, de la pratique.

Références :

R Legendre, Dictionnaire actuel de l'éducation 2^{ème} ed ESKA Paris 1993.

Dictionnaire Le Robert.

Mise en situation :

au cours d'une séquence pédagogique, méthode consistant à placer l'apprenant dans une problématique correspondant à l'objectif spécifique de formation. La mise en situation peut être réelle ou simulée.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

N-O

Normative (évaluation) :

terme utilisé essentiellement pour caractériser l'évaluation d'étudiants selon une norme gaussienne. Le but n'est pas de vérifier si les étudiants ont atteints les objectifs d'apprentissage (évaluation critériée) mais de les classer par ordre de performances à l'examen. C'est le système d'évaluation utilisé pour un concours.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Notation :

en pédagogie, action de donner une note. Appréciation par une observation ou une note chiffrée, d'un score d'examen.

Références :

Dictionnaire. Le Robert.

CN FMC des praticiens hospitaliers.

Objectif d'apprentissage ou objectif éducationnel :

énoncé décrivant les acquis visés par l'apprentissage. Il y a plusieurs niveaux de besoins de formation :

- 1) les objectifs institutionnels sont ceux des maîtres d'ouvrage (tutelles, organismes de formation) et sont des objectifs d'enseignement ;
- 2) les objectifs généraux sont des objectifs d'apprentissage et concernent plutôt les fonctions de l'individu qui se forme (par exemple une formation de généralistes aux gestes d'urgence, ou bien à la lecture de l' ECG) ;
- 3) les objectifs intermédiaires représentent une segmentation des fonctions en activités ;
- 4) les objectifs spécifiques sont plutôt des tâches professionnelles précises.

Référence : JJ Guilbert , Guide OMS ; L Côté CIDMEF.

Les domaines concernés ont diverses approches taxonomiques : domaines cognitif, psychomoteur, affectif ; domaines déclinés en **savoir, savoir faire et savoir être** (voir ces termes).

Organisme de formation (provider) :

structure ayant la maîtrise d'œuvre d'activités de formation.

- 1) en FMI : la Faculté de médecine ;
- 2) en FMC : les diverses structures s'occupant de FMC, avec un statut national ou local.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Ce sont des organismes de droit public ou privé, à caractère lucratif ou non, qui organisent des actions de FMC. L'agrément ne peut être délivré qu'aux organismes dont la déclaration d'activité mentionnée à l'article L.920-4 du code du travail a été enregistrée auprès du Préfet de région.

Référence : Décret 2003-1077 du 14 novembre 2003 JO n°265 du 16 novembre 2003.

P

Panel-discussion :

méthode interactive utilisée en grand groupe. Un animateur/expert présente la problématique générale de la réunion. Chaque auditeur peut poser sur une fiche la (ou les) question(s) qu'il souhaite à un panel d'experts qui est présent à la tribune. Les fiches sont recueillies lors de la pause ; elles sont analysées et hiérarchisées par un animateur. Si les enjeux sont importants, cette méthode a l'avantage de diriger les débats et d'éviter les prises de parole improductives. En fin de session, après une synthèse, un espace de temps doit être réservé à l'auditoire pour permettre l'expression de tous et en particulier des désaccords.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Pédagogie différenciée :

pédagogie mettant l'accent sur le parcours individuel et l'apprentissage personnalisé de l'apprenant.

Référence : Eduquer et Former, Sciences Humaines 1996 ; 12 : 25.

Pédagogie du projet ou apprentissage par projet (project learning) :

le projet permet de clarifier les objectifs que l'on se fixe pour l'atteindre, tout en donnant du sens aux activités que l'on met en œuvre. Mais le projet de l'apprenant, celui du formateur, celui de l'institution doivent s'articuler.

Référence : Eduquer et Former, Sciences Humaines 1996 ; 12 : 13.

Remarque : la pédagogie du projet est souvent formalisée par la soutenance d'un mémoire (par exemple dans un diplôme d'université, ou DU).

Pédagogie par objectifs :

B. Bloom en a le premier posé les principes, en proposant une taxonomie de comportements cognitifs et affectifs. Contrairement aux programmes déterminés à l'avance par l'institution/l'enseignant, les objectifs d'apprentissage permettent de définir des activités précises de l'apprenant (« être capable de faire... ») et de préciser les critères qui serviront à son évaluation. Son intérêt est d'être centrée sur l'apprenant. L'analyse des objectifs a connu une vogue exceptionnelle dans les années 1970 et conduit à des excès (inflation d'objectifs spécifiques).

Référence : Eduquer et Former, Sciences Humaines 1996 ; 12 : 13

Perfectionnement professionnel (professional development) :

ensemble d'activités permettant à un individu de faire évoluer ses compétences professionnelles.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Performance (achievement, performance) :

résultat obtenu par une personne lors de la réalisation d'une tâche spécifique dont l'exécution obéit à des règles préétablies.

Référence : R Legendre, Dictionnaire actuel de l'éducation 2^{ème} ed ESKA Paris 1993.

Les performances mesurent le **résultat** de l'activité d'un individu à un poste donné. La performance est à mettre en relation avec les compétences, les moyens disponibles, l'organisation du travail, les méthodes, les relations et le climat du groupe de travail.

Référence : Guittet A. Développer les compétences. Ed. ESF Paris 1994

Phillips 6X6 :

technique d'animation conçue par Mr Phillips et permettant le recueil des productions à partir de questions posées par l'expert à 6 groupes de 6 participants en 6 minutes. Il y a un rapporteur par table.

Référence : G Duroux in Formation Médicale Continue P Gallois, Ed Flammarion Paris 1997.

Plan de formation (training plan) :

a) dispositions prises pour développer une ou des activités de formation à but spécifique à l'intention d'un groupe déterminé de personnes, soit au plan national/régional/sectoriel, soit au niveau de l'institution (plan de formation institutionnel).

b) pour une personne : plan de formation individuel.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Planification de la formation (planning of training) :

processus décisionnel dans lequel des orientations et un plan d'action, logique et ordonné, sont déterminés, a priori en tenant compte des besoins, des objectifs, des personnes, des ressources et des opérations impliqués dans la réalisation d'une action ou d'un plan de formation.

Référence : R Legendre, Dictionnaire actuel de l'éducation 2^{ème} ed ESKA Paris 1993.

Remarque : voir **spirale de l'éducation** (besoins, objectifs, méthodes et moyens, évaluation).

Pluri-professionnelle (formation) :

formation qui implique la participation comme formés de plusieurs professions (ici des professionnels de santé).

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Remarque : si la formation pluri-professionnelle facilite l'acquisition de compétences à travailler en réseau, elle ne facilite pas toujours l'acquisition de compétences spécifiques à chaque profession.

Portfolio (portfolio) :

collection de différents échantillons ou travaux qui permet de documenter, pendant une certaine période, le cheminement effectué par un professionnel dans un domaine donné. Il sert à recueillir des informations sur ses connaissances, ses habiletés et ses compétences, afin de documenter son cheminement, de systématiser ses démarches de réflexion afin de développer une plus grande conscience de sa pratique, de l'analyser et de prendre des décisions éclairées menant au développement professionnel et personnel.

Référence : Eduquer et Former, Sciences Humaines 1996 ; 12 : 13.

Remarque : en formation médicale, le portfolio permet de recueillir les traces de tâches authentiques utiles à la formation ; ces tâches sont diverses (réflexions, auto-questionnaires, gestes techniques effectués, description de cas, articles lus, recherches bibliographiques etc) ; ces tâches peuvent être prescrites ou spontanées. Le portfolio facilite l'évaluation d'un formé (par exemple en stage) que ce soit l'auto évaluation ou l'évaluation par un tiers.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Pratique professionnelle :

a) exercice régulier d'une profession, qui nécessite au préalable des compétences et permet de les conserver et de les améliorer.

b) la formation médicale basée sur les pratiques professionnelles (*practice-based medical education*) est une formation utilisant par principe les problèmes personnels de pratique rapportés par les participants lors de l'activité de formation.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Voir **évaluation des pratiques professionnelles (EPP)**.

Présentielle (formation) :

formation en groupe nécessitant la présence physique des participants.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Prioritaire (thème) :

a) de manière générale, en FMC : thème de formation considéré comme nécessaire et important.

b) les Conseils nationaux de la FMC définissent pour 5 ans, après avis du Comité de coordination de la FMC prévu à l'article L.4133-3 du code de la santé publique, les orientations nationales de la formation médicale continue. Ils fixent à ce titre les thèmes prioritaires de formation.

Référence : Décret 2003-1077 du 14 novembre 2003 , JO n°265 du 16 novembre 2003.

Remarque : les critères permettant d'identifier le caractère prioritaire d'un thème de formation doivent être définis au préalable. Le caractère prioritaire est à l'évidence en lien direct avec les besoins de santé de la population /communauté tels qu'ils sont périodiquement identifiés par les diverses institutions missionnées, au niveau national ou régional.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Problème clinique (clinical problem) :

de façon générale, situation clinique posant problème.

Remarque : en formation médicale, l'utilisation de la résolution de problème est très large (voir **Apprentissage Basé sur la Résolution de Problème**). Un problème clinique peut être soumis à l'apprenant de façon réelle (malade ou vrai dossier). Le problème peut être formalisé par une **vignette clinique**, c'est à dire une situation décrite nécessitant pour le participant à la formation une activité de résolution de problème. La vignette peut relater un cas réel ou imaginé. Certains différencient le problème clinique du cas clinique, qui peut être un simple exemple éclairant un exposé.

Référence : Barrows HS , a taxonomy of problem-based learning methods , Medical Education, 1986 ; 20 : 481-6.

Profession (profession) :

a) en langage commun : même utilisation que le terme de métier (voir ce mot).

Référence : Dictionnaire Le Robert.

b) ensemble de personnes qui exercent le même métier et disposent de moyens collectifs pour défendre les intérêts professionnels qu'ils ont en commun.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

c) en sociologie : tout type de travail exercé en large autonomie et responsabilité personnelle, pour lequel il y a nécessité d'acquisition et de pérennisation de compétences avec conscience de la nécessaire prise en compte des intérêts des autres (public cible, collaborateurs, collègues) et de la société dans une perspective éthique.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Remarque : le terme profession a acquis une dimension plus large que celui de métier (par exemple, le mouvement de professionnalisation du métier d'infirmier).

Professionnalisme (professionalism) :

a) en général : ensemble de valeurs, d'attitudes, de conceptions, concernant le rôle que le professionnel est censé épouser et actualiser dans l'accomplissement de son travail.

Référence : C Lessard 1991

b) professionnalisme d'un médecin : ensemble de valeurs, de connaissances, d'attitudes, que ce praticien met en œuvre dans l'accomplissement de son travail.

Référence : Medical professionalism project. Ann Intern Med 2002 ;163 :243-246

c) ensemble de valeurs, d'attitudes et de comportements qui visent à servir les intérêts du patient et de la société avant ses intérêts personnels ; l'honnêteté, l'intégrité, le respect et la compassion sont des valeurs essentielles du professionnalisme ; le médecin assure la continuité de sa formation avec un objectif de compétences ; il a une approche collégiale et coopérative avec les professionnels de santé ; il assume la responsabilité de ses actes.

Référence : Reynolds P Ann Intern Med 1994 ; 120 : 609-614

Psychologie behavioriste (*behavioral psychology, behaviorism*) :

branche théorique de la psychologie selon laquelle l'apprentissage est une modification de comportement provoqué par les stimuli venant de l'environnement.

Remarque : BF Skinner a développé cette approche pédagogique. L'apprentissage peut être obtenu par l'utilisation de récompenses (renforcements positifs) qu'il faudrait privilégier et de punitions (renforcements négatifs). La psychologie behavioriste a perdu du terrain par rapport à l'approche cognitive qui étudie les processus mentaux.

Référence : Eduquer et Former, Sciences Humaines 1996 ; 12 : 13

Psychologie cognitive (*cognitive psychology*) :

branche théorique de la psychologie qui étudie plus particulièrement chez l'homme la façon dont le cerveau traite les informations (les processus cognitifs) et les réutilise dans l'action. Elle a été fortement influencée par le développement de l'intelligence artificielle. Voir

Information.

Références :

Tardif J Pour un enseignement stratégique Ed Logiques Montréal 1992.

Eduquer et Former, Sciences Humaines 1996 ; 12 : 13

Public cible (target group) :

public visé par les organisateurs d'une activité de formation. C'est au sein de ce public que seront pris les participants à la formation.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Q-R

Qualification (*qualification, skill*) :

a) aptitude et capacité à exécuter une tâche ou à exercer un emploi.

Référence : dictionnaire Le Robert.

b) appellation professionnelle avec reconnaissance officielle, par les organismes autorisés (par exemple l'Ordre des médecins), de compétences (acquises par une formation qualifiante) permettant un exercice professionnel particulier. Voir **accréditation, certification professionnelle**.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Question à choix multiple, ou QCM (*multiple choice item/question*) :

question d'une épreuve dans laquelle la tâche du candidat consiste à choisir la réponse correcte ou la meilleure à partir de plusieurs possibilités de réponses ou options données (leures).

Référence : Guilbert JJ Guide pédagogique pour les personnels de santé 6^{ème} éd. OMS Genève 1990

Question à compléments groupés :

type de QCM dans laquelle deux ou plusieurs des choix donnés peuvent être corrects, et/ou en général un code permet de ne donner qu'une seule réponse sur la feuille de réponse.

Référence : Guilbert JJ Guide pédagogique pour les personnels de santé 6^{ème} éd. OMS Genève 1990

Question à réponse ouverte et courte, ou QROC (*short answer question*) :

question rédigée de telle manière qu'elle appelle en réponse un concept déterminé et précis. Idéalement, une seule réponse est acceptable sous quelque forme qu'elle apparaisse. Un espace réduit (réponse courte) est prévu sur la feuille de réponse.

Référence : Guilbert JJ Guide pédagogique pour les personnels de santé 6^{ème} éd. OMS Genève 1990

Recertification professionnelle :

évaluation de type sommatif (sanctionnant) de ses pratiques, par rapport à des normes (standards), éventuellement périodique, permettant d'avoir l'autorisation d'exercice. Voir **certification professionnelle**.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Recyclage :

processus de formation permettant à un professionnel d'actualiser ses connaissances et de redevenir compétent dans son exercice habituel.

Remarque : ce terme est surtout utilisé pour la FMC de praticiens ayant arrêté d'exercer quelque temps pour des raisons diverses.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Remue-méninges (*brainstorming*) :

interaction au sein d'un groupe restreint, destinée à favoriser le jaillissement spontané des idées, sans aucune limitation ou restriction d'aucune sorte.

Référence : R Legendre, Dictionnaire actuel de l'éducation 2^{ème} ed ESKA Paris 1993.

Rodage de compétence :

phase d'acquisition d'une compétence. Son but est le raffinement de la compétence. Cette phase est précédée par celle de montage de compétence.

Référence : L Côté (CIDMEF)

S

Savoir (*knowledge*) :

ensemble des connaissances approfondies acquises par un individu, grâce à l'étude et à l'expérience. Epist : ensemble des connaissances systématisées, construites au cours de l'histoire par des penseurs, des savants.

Remarque : la traduction anglaise est knowledge (idem : connaissance) ; cependant, on peut donc distinguer deux options selon que l'on considère l'individu (les savoirs intériorisés correspondent alors à des connaissances) ou la société (savoirs en général, autant internes qu'externes).

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Savoir faire (*know-how*) :

dextérité dans l'exécution d'une tâche ; capacité à résoudre des problèmes rencontrés dans la pratique. Voir **habileté**.

Référence : R Legendre, Dictionnaire actuel de l'éducation 2^{ème} ed ESKA Paris 1993

Savoir être :

un des trois éléments qui – avec le savoir et le savoir faire – compose et caractérise l'expertise professionnelle. Il regroupe l'ensemble des attitudes et des comportements nécessaires pour la pleine maîtrise d'une activité professionnelle. La dimension affective personnelle du savoir être est importante.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Score (*score*) :

nombre exprimant le résultat d'un test. Voir **notation**.

Référence : R Legendre, Dictionnaire actuel de l'éducation 2^{ème} ed ESKA Paris 1993

Séminaire (*seminar*) :

a) activité de formation en petit groupe ayant l'ambition d'entraîner une réflexion individuelle et collective dans un objectif de production de savoirs.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

b) procédé pédagogique qui s'adresse à un groupe restreint d'étudiants (5 à 15) et dont le but est l'exploration collective d'un objet d'études ou un thème.

Référence : R Legendre, Dictionnaire actuel de l'éducation 2^{ème} ed ESKA Paris 1993

Session de formation :

terme utilisé préférentiellement pour désigner une période de formation, c'est à dire une partie délimitée dans le temps d'une formation (le plus souvent une journée ou une demi-journée) .

La session a une cohérence thématique ; elle recouvre une suite de séquences de formation.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Seuil de performance :

seuil minimal à partir duquel on considère qu'un objectif est atteint.

Référence : L Côté (CIDMEF)

Société savante (*scientific society*) :

groupe organisé, dans un champ disciplinaire donné, dont les adhérents ont pour objectif de rendre compte de leurs travaux, d'améliorer la connaissance dans leur domaine, d'assurer la formation et la recherche, de diffuser les résultats de leurs activités, de soutenir et promouvoir leur discipline.

Référence : H Maisonneuve, N Moreau, F Steudler, C Guérot, A Durocher.

Remarque : depuis le 19^{ème} siècle, ces associations professionnelles d'une même discipline, parfois dénommées académies, ou sociétés scientifiques, ont pour but principal la production et la diffusion d'un savoir scientifique articulé avec la pratique médicale de leurs membres. Champs d'activité : la recherche, l'évaluation, l'organisation de congrès et de groupes de pairs, la publication scientifique, la documentation, la réflexion sur de grandes questions professionnelles comme l'éthique, la compétence médicale clinique et donc la FMC.

Référence : Fourquet F et al L'organisation des sociétés savantes médicales en France, La Presse Médicale, 1997 ; 26 : 715-8.

La Fédération des Spécialités Médicales regroupe en France les Sociétés Savantes et les Collèges Nationaux Professionnels.

Sommative (évaluation) (*summative evaluation*) :

évaluation des étudiants/formés centrée sur les besoins de l'institution ; elle a un caractère public. Elle est toujours formalisée avec un but de sanction, de certification. Elle apporte une note finale sur l'apprentissage quelle que soit la pluralité des tâches. Les meilleurs exemples sont les examens de fin d'année en médecine, ou en fin de formation continue diplômante. Voir les caractères différentiels de l'évaluation formative au terme **formative (évaluation)**.

Référence : S Normand, Montréal.

Spirale de l'éducation :

représentation graphique des étapes de la planification d'une activité de formation :

- 1) analyse des besoins de formation ;
- 2) définition d'objectifs de formation ;
- 3) moyens et méthodes ;
- 4) évaluation des participants et de la formation.

Chaque fin de cycle, marquée par les résultats de l'évaluation, peut nécessiter de reprendre la planification (d'où le terme de spirale) si la performance est considérée comme insuffisante.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Style d'enseignement ou **style pédagogique** (*teaching style*) :

configuration de comportements et d'attitudes (faits et gestes, intérêts, communication, caractère) qui caractérisent un enseignant en regard des composantes et des diverses relations d'une situation pédagogique.

Référence : R Legendre, Dictionnaire actuel de l'éducation 2^{ème} ed ESKA Paris 1993.

Style cognitif :

face à une situation, le sujet a tendance à utiliser un mode de pensée préférentiel qui s'apparente à sa personnalité et à ses aptitudes.

Référence : Eduquer et Former, Sciences Humaines 1996 ; 12 : 13.

Support pédagogique :

matériel d'apprentissage/d'enseignement (voir ce terme).

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Supervision (*supervision*) :

a) en pédagogie : processus d'encadrement. La supervision clinique est le processus d'encadrement offert par un clinicien expérimenté à un étudiant ou à un membre de sa

profession moins expérimenté et qui vise à aider à l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de sa profession.

Référence : L Côté (CIDMEF).

b) en santé publique : consiste à faciliter, à guider et à contrôler les activités des personnels de santé pour qu'elles soient accomplies à un niveau acceptable de performance.

Référence : Guilbert JJ Guide pédagogique pour les personnels de santé 6^{ème} éd. OMS Genève 1990.

Staff :

a) groupe des responsables d'une structure, d'une organisation.

b) dans les hôpitaux français : réunion d'équipe à but professionnel, scientifique, décisionnel, et/ou formatif.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Système d'évaluation (assessment/evaluation system) :

ensemble des processus d'évaluation (soit des étudiants, des formés et/ou de l'enseignement) prévus au cours de la planification.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

T-V

Taxonomie (*taxonomy*) :

système de classification systématique et hiérarchisé (par exemple d'objectifs d'apprentissage, de comportements, etc).

Référence : L Côté (CIDMEF).

Transversale (formation) :

formation ciblant des compétences communes et élargies à plusieurs domaines, plusieurs disciplines.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Tuteur (*tutor*) :

facilitateur de l'apprentissage d'un apprenant ou d'un groupe (tutorial).

Remarque : en FMI, le tutorat de groupe se rapproche de la fonction d'animateur de groupe en FMC. En FMI, et particulièrement pour les séances d'APP, les tuteurs peuvent ne pas être des experts de contenu.

Référence : Des Marchais E, Apprendre à devenir médecin, Ed Université de Sherbrooke, 1996.

Tutorat :

formule d'encadrement de l'ensemble de l'activité scolaire d'un étudiant ; formule d'encadrement de la démarche pédagogique d'un étudiant par rapport à un cours.

Référence : R Legendre, Dictionnaire actuel de l'éducation 2^{ème} ed ESKA Paris 1993.

Validation des acquis et de l'expérience (VAE) :

processus consistant à faire reconnaître les acquis de son expérience professionnelle (salariée ou non) pour justifier tout ou partie des connaissances et/ou des compétences exigées pour l'obtention d'un diplôme ou d'un titre à finalité professionnelle.

Référence : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Vignette clinique : voir **problème clinique.**

E. La documentation générale

- ANAES, Manuel d'accréditation des établissements de santé, juin 2003, 136 pages
- L Côté Glossaire CIDMEF, Professionnalisation des enseignants de Médecine Ed J Barrier Nantes
- Davis DA, Fox RD, The physician as learner, American Physician Association, Ed Library of Congress Chicago, 1994
- Des Marchais E, Apprendre à devenir médecin, Ed Université de Sherbrooke, 1996
- Le Robert, Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française Ed. Paris
- P Gallois, Formation Médicale Continue, Ed Flammarion Paris 1997
- Guilbert JJ, Guide pédagogique pour les personnels de santé 6^{ème} éd. OMS Genève 1990
- Guittet A. Développer les compétences. Ed. ESF Paris 1994
- Legendre R, Dictionnaire actuel de l'éducation 2^{ème} éd ESKA Paris 1993
- Eduquer et Former, Sciences Humaines 1996 ; N° 12
- Tardif J. Pour un enseignement stratégique. L'apport de la psychologie cognitive Ed. Logiques Montréal 1992

III – L’analyse des pratiques actuelles de formation continue : les enquêtes

Avant d’avancer des propositions pour l’organisation de la FMC, il est apparu nécessaire d’effectuer un recensement de l’existant. Ce recensement a suivi deux axes complémentaires :

- les rapports de FMC en commissions médicales d’établissement ;
- l’élaboration d’un questionnaire individuel à l’attention des praticiens hospitaliers.

A. Les synthèses par type d’établissement de santé

1. La FMC dans les centres hospitaliers universitaires (Guy VALLET)

a) Le questionnaire

QUESTIONNAIRE RELATIF A LA FORMATION MEDICALE CONTINUE

C.H.U de ...

I) BUDGET FMC

- Son montant (en 2003) : €
- En pourcentage de la masse salariale de référence (en 2003) : %
- Qu'est-ce qui est pris en compte dans ce ratio ?
- | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|
| > les prises en charge accordées aux bénéficiaires | oui <input type="radio"/> | non <input type="radio"/> |
| > des dépenses directes pour FMC (achats, location, services) | oui <input type="radio"/> | non <input type="radio"/> |
| > des frais de gestion (secrétariat...) | oui <input type="radio"/> | non <input type="radio"/> |
| > des coûts indirects (absences rémunérées, remplacements...) | oui <input type="radio"/> | non <input type="radio"/> |
- Ces dépenses, au cours des 5 années écoulées, ont-elles eu tendance à :
- | | | |
|--------------------|---------------------------|---------------------------|
| > augmenter | oui <input type="radio"/> | non <input type="radio"/> |
| > diminuer | oui <input type="radio"/> | non <input type="radio"/> |
| > rester stables ? | oui <input type="radio"/> | non <input type="radio"/> |
- Certaines recettes ou ressources viennent-elles abonder le budget FMC ?
- | | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| > formations payantes pour praticiens d'autres EPS | oui <input type="radio"/> | non <input type="radio"/> |
| > formations payantes pour praticiens libéraux ou privés | oui <input type="radio"/> | non <input type="radio"/> |
| > autres cas (préciser) : | oui <input type="radio"/> | non <input type="radio"/> |

II) REGLES INTERNES DE PRISE EN CHARGE

- **Nombre d'ayants droit** à la FMC au sein du CHU (si déterminé, au sens statutaire) :
- **Selon les grades**, les formations sont elles prises en charge pour :

< les "mono-appartenants"		
. PH Temps plein titulaires	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>
Temps partiel titulaires	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>
Temps plein non titulaires	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>
Temps partiel non titulaires	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>
. les PAC	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>
. les Praticiens Attachés (si oui, préciser : quotité supérieure ou égale à 1/2 J.)	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>
. les Assistants des Hôpitaux	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>
< les hospitalo-universitaires		
. titulaires (PU, MCU)	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>
. temporaires (CCA, AHU, PHU)	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>
- Selon les types de formation, y a-t-il, sélectivement, prise en charge pour :		
< les formations "institutionnelles" ou d'intérêt général	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>
< les congrès, séminaires...	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>
< les formations "diplômantes"	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>
< la mobilité	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>
< autres (préciser) : dans le cadre du plan (Fac, AFMHA)	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>
- Les taux ou tarifs de prise en charge :		
< frais réels exposés	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>
< forfaits, par type de formation	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>
< plafonds, par bénéficiaire (préciser...)	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>
<p>Dans la réalité, quelles que soient les règles établies, quel est, en 2003, parmi les bénéficiaires de prise en charge FMC, le pourcentage :</p> <p>< des hospitalo-universitaires</p> <p>< des autres catégories</p>		
<p>Pouvez-vous évaluer, parmi tous les praticiens qui s'absentent pour des motifs en rapport avec la formation (congrès formation, autorisations d'absence pour congrès), la proportion de ceux qui n'ont pas de prise en charge par l'institution ?</p>		
	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>
Si oui préciser ...	%	
<p>Pouvez-vous contrôler le respect de la loi n° 93/21 du 27/01/93-Article 47 (dite loi "anti-cadeau") dans le contexte de la FMC ?</p>		
	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>
III) COMMENTAIRES, OBSERVATIONS		

b) Les résultats

(page suivante)

[ce document est en pièce jointe]

[ce document est en pièce jointe]

2. La FMC dans les centres hospitaliers (Michel BUSSONE)

a) La méthodologie

Cette enquête a été proposée au niveau de la conférence nationale des présidents de commission médicale consultative des centres hospitaliers, et adressée au président de cette commission.

L'enquête comportait 12 questions et une possibilité de commentaire à la fin.

Les résultats portent sur 25 centres hospitaliers se répartissant équitablement entre des hôpitaux de moins de 300 lits et plus de 300 lits. Chaque question a fait l'objet d'un commentaire spécial.

b) Le questionnaire

PREMIERE QUESTION : En tant que président de commission médicale d'établissement, pensez-vous que la FMC relève de la compétence de la CME ?

A cette question, $\frac{3}{4}$ des réponses sont positives, en fait largement plus si l'on interprète beaucoup plus précisément les autres réponses (82 %).

OUI	74 %	82 %
Avis sur proposition de la commission	4 %	
CME n'organise pas mais contrôle	4 %	
Plus ou moins	10 %	10 %
Non : commission RTT et permanence de soins	4 %	8 %
Non	4 %	

Tableau 1

QUESTION N°2 : Les autres services (ou départements ou pôles) acceptent-ils la gestion de la FMC par la CME ou veulent-ils continuer à gérer seuls leur FMC par pôle, service ou autre ?

A cette question $\frac{2}{3}$ des commissions sont élus par la CME et reconnus par les autres entités de l'hôpital. Cette question permet de voir également que certains hôpitaux n'ont pas pu répondre dans la mesure où, on le verra dans la 3^{ème} question, la commission n'est pas encore en place ou simplement en cours de réalisation (voir tableau 2 ci-dessous).

Oui	66 % commission élue par la CME
Pas exclusif	13 % différencier formation individuelle et institutionnelle (transversales)
Oui mais	4 % modalités à définir
Non	4 %
Pas de réponse	13 % (pas de commission ou en cours)

Tableau 2

QUESTION N° 3 : La commission (ou conseil) de la FMC est-elle(il) en place dans votre établissement ? Sa mise en place a-t-elle été... délicate ?

Cette question permet de voir que, si la commission de formation continue est en place dans près de 80 % des hôpitaux concernés, elle n'a pas toujours été facile à organiser. En effet c'est une commission transversale et celles-ci ne sont pas toujours acceptées de prime abord. On voit donc que la commission de la formation continue n'est pas encore définitivement en place dans 20 % des hôpitaux.

Oui et simple	70 %
Oui et pas facile	4 %
Oui et peu fonctionnelle	4 %
En cours	9 %
Pas en place	13 %

Tableau 3

QUESTION N°4 : A votre avis, comment devraient être élus les membres et selon quels critères de représentativité ?

On remarque dans cette question l'hétérogénéité des réponses prouvant qu'il faudra peut-être préciser les critères de représentativité au niveau du Conseil national : dans 1/3 des commissions, la représentativité se fait par service, pôle ou département avec un représentant par entité, mais d'autres recourent au volontariat global. Enfin certains y font rentrer soit des titulaires, soit moitié titulaires moitié non titulaires de la CME (tableau 4).

CME 1 par service ou pôle ou département (lien avec projet médical)	31 %
Volontariat global	22 %
CME titulaires	13 %
CME ½ titulaires – ½ non titulaires	9 %
Selon la fonction	4 %
Selon la fonction et spécialité	4 %
Aucun critère	4 %
Pas de réponse	13 %

Tableau 4

QUESTION N°5 : Le président de la CME doit-il être le président de la commission FMC?

Dans cette question on voit très bien qu'une grande majorité pense qu'il n'y a aucune relation entre les deux présidences. Il est à remarquer tout de même que à une exception près toutes les réponses insistent sur le fait que le président de la CME doit y être membre de droit, ce qui paraît assez logique.

Pas forcément	57 %
Non	39 %
Pas de réponse	4 %

Tableau 5

QUESTION N°6 : Comment avez-vous réglé le problème d'une allocation globale par l'hôpital (telle somme par ETP ?) et à quel taux par rapport au budget de l'hôpital ?

Il y a donc deux questions en une. La première réponse concerne les possibilités de formation continue accordées par l'hôpital. Là encore le tableau n°6 nous montre l'hétérogénéité des réponses entre l'autorisation de toutes les demandes sans dépasser un certain budget, des demandes équitables selon la stratégie institutionnelle, enfin, par équivalent temps plein. On voit qu'il est difficile (tableau 6 a) de trouver là encore une ligne directrice.

A la deuxième réponse de cette question (tableau 6 b) l'hétérogénéité est encore plus importante tant en ce qui concerne les possibilités par équivalent temps plein mais surtout sur un taux global de la FMC : si 50 % des hôpitaux accordent 0,75 % du salaire des médecins à la FMC, les autres réponses sont disparates, le pourcentage allant jusqu'à 1,75 ou même de 0 à 3.

Toute demande autorisée (pas de dépassement)
Equitable et stratégie institutionnelle
Par ETP
Par ETP et arrangements individuels
Selon le désir de chacun et donne tout ou partie de la formation
Ne sait pas
Pas d'allocation

Tableau 6 a

450 Euros par ETP si reste → répartition générale
680 Euros par temps plein, moitié temps partiel
0,75 % salaires +++ 1 réponse sur 2 mais pour 1 * revues répartition * institutionnel * individuel
0,9 %
1 à 3 %
1,75 %
Ne sait pas

Tableau 6 b

QUESTION N° 7 : La commission, si elle existe, organise-t-elle le financement ?

Si on interprète le tableau n°7, le financement est organisé par la commission de formation continue dans 70 % des cas (en fait 90% si on considère que l'on ne peut pas compter les hôpitaux où la commission n'est pas en place).

On remarque que la commission peut s'occuper de valider toutes les demandes, ce qui serait en accord avec un plan de formation continue, que les revues ne sont pas toujours comprises dedans et que dans un hôpital la commission ne propose de financer sur son budget propre que les formations transversales, ce qui n'est peut être pas une mauvaise idée.

Oui tout après validation par la CME	22 %
Oui : enseignement congrès Revue non (budget à part par service)	45 %
Oui formations transversales	4 %
Non : les médecins paient	8 %
Commission pas en place	13 %
Pas de réponse	8 %

Tableau 7

QUESTION N°8 : Qu'en est-il d'un forfait transport et hôtelier ? (ou que devrait-il en être)

Cette question montre là encore qu'il faudrait préciser les règles car les réponses sont très hétérogènes. Près d'un hôpital sur deux parle d'un forfait réglementaire qui doit être pris sur le modèle des paramédicaux. Par contre dans plus de 20 % le transport et l'hébergement ne sont pas pris en compte.

Oui	4 %
Forfait réglementaire	44 %
Oui si limites acceptables	4 %
Oui si intervention dans les congrès sinon en fonction du budget de chaque praticien	4 %
Transport oui, hôtel non	4 %
Fonction du reste du budget	9 %
Non	22 %
Pas de réponse	9 %

Tableau 8

QUESTION N°9 : Un budget est-il laissé en propre à chaque service (ou autre entité) hospitalier (ou doit-il l'être) ? Son emploi est-il encadré ?

Dans cette question, il est intéressant de voir que dans 2/3 des cas le budget de la FMC est alloué totalement à la commission elle-même. Dans certains cas, seul le reliquat non utilisé par la commission est rendu aux services et dans d'autres le budget de la commission de formation continue ne comporte pas la documentation.

Non	57 %
Non mais devrait	4 %
Reliquat	4 %
Oui mais dans le cadre d'un budget global	4 %
Oui (documentation)	18 %
Pas de réponse	13 %

Tableau 9

QUESTION N°10 : Comment organiser de façon équitable par service (ou autre) la participation (coûteuse) à un DU ou à un autre enseignement de longue durée ?

Là encore on verra que les réponses sont très hétérogènes mais il faut remarquer que dans plus d'1/3 des cas cette formation est programmée, parfois sur plusieurs années, parfois même par un système de points que chaque praticien peut consommer ou épargner.

Dans 1/3 des cas également, l'organisation est basée sur une confiance par rapport à la commission qui, les praticiens le pensent, organisera de façon équitable la participation de chacun ou de chaque entité.

L'un des établissements fait encore la différence entre les formations personnelles et les formations transversales à visée institutionnelle (tableau 10).

Programmé sur 2 - 3 – 5 ans	27 %	
Système de points Compte	consommer épargner	9 %
Prêts inter services		9 %
ETP par service		5 %
Confiance à la commission (somme à part) et alternance		31 %
Budget spécifique pour formation institutionnelle (transversale)		5 %
Budget insuffisant		5 %
Pas de réponse ou problème non réglé		9 %

Tableau 10

QUESTION N°11 : Pensez-vous que l'objectif final de la commission de la FMC soit du même type que la commission de formation des autres personnels ?

On voit l'importance de cette question car une réponse positive à cette question montre l'orientation de la commission vers l'organe planificateur de la formation médicale continue et cette positivité se retrouve dans près d'1 cas sur 2. Par contre près d'1/3 pense que cette commission ne peut être du même type que la commission de formation des personnels non médicaux car cette formation doit rester individuelle mais on a aucune explication par rapport à cette remarque.

Oui	48 %
Non (reste individuelle)	26 %
+ ou - : améliorer les compétences	4 %
Objectif oui, fonctionnement non	9 %
Pas de réponse	13 %

Tableau 11

QUESTION N°12 : Comment valoriser la Formation Médicale Continue ?

Cette dernière question comportait des sous questions dont les réponses méritent chacune d'être analysées.

Le tableau 12 a montré que 2/3 des interlocuteurs sont pour une obligation de formation avec un permis à points, mais une chose qui va revenir souvent et même dans les commentaires c'est si les moyens sont donnés et si on a le temps de le faire.

Oui Si moyens et temps Type anglo-saxon Barème fixé par la commission nationale Validité de la formation Difficulté contrôle 150 h/5 ans ?	66 %
Non : biais	17 %
Non mais valences	4 %
Pas de réponse	13 %

Tableau 12 a

Le tableau 12 b pose la question de la valorisation de la prise de responsabilité au sein d'un hôpital ou au delà ou éventuellement de l'enseignement. Les réponses sont assez partagées bien que près de 40 % pensent que la participation à un poste éligible doit être considérée comme de la formation continue (38 %), d'autres pensent que seul un enseignement exercé le permet.

Commission Non	22 %
Oui	38 %
Commission non Enseignement oui	18 %
Valences	4 %
Non réponses	18 %

Tableau 12 b

Tableau 12 c : une grande majorité est pour la valorisation de la lecture des revues mais pense que cela est difficile à évaluer.

Oui mais difficile à évaluer	91 %
Non réponse	9 %

Tableau 12 c

Tableau 12 d : la majorité pense également que la qualité d'un orateur à un congrès doit être valorisée.

Oui si participe aux congrès	83 %
Non	13 %
Non réponse	4 %

Tableau 12 d

Le tableau 12 e donne d'autres idées personnelles sur la valorisation de la formation, les visio conférences en particulier et la formation sur Internet, mais là encore difficile à analyser.

Visio conférence +++
Formation internet

Tableau 12 e

Enfin le tableau 12 f montre que pour plus de la moitié des répondants, le temps de formation doit être décompté en journée ou en ½ journée et non en heure.

Journées ou demi journées	52 %
Horaire ou ½ journées	17 %
Congrès 6 h/mois	4 %
Revue 2 h/mois	
Non réponse	27 %

Tableau 12 f

c) Les commentaires personnels qui ont été associés au questionnaire

1/ La formation médicale continue doit entrer dans la planification des tableaux de service.

2/ C'est un devoir. Il faut l'évaluer et, pour l'évaluer, il faut des indicateurs :

- Préciser le mode de calcul
- Préciser les modalités de validation si une recertification est nécessaire
- Donner des points par rapport à la pertinence de la formation (donnée par des experts) et ces points comporteraient deux niveaux selon qu'il s'agit de la spécialité du médecin ou non
- Il faut du temps
- L'ARTT n'a pas facilité les choses
- Il faut préciser le financement

3/ La démarche :

- Doit être cohérente
- Doit être équitable entre gros et petit hôpital
- Doit rester une action personnelle (pour certains) et donc donner un budget par équivalent temps plein mais que les actions transversales doivent être financées par un budget spécifique sous le contrôle de la CME
- Il ne faut pas former qu'à la médecine mais également au management, à la gestion, etc...

Ceci n'est donc pas une conclusion. Ce sont des remarques personnelles à la fin des questionnaires.

d) Conclusion

Dans cette enquête, il y a des résultats forts et des réponses hétérogènes. D'une part, la formation médicale continue est de la compétence de la commission médicale d'établissement qui doit élire les membres de la sous commission ou du conseil de la formation médicale continue.

Cette commission est en place dans la plupart des établissements et si le président de la commission médicale d'établissement doit en être membre de droit, la présidence ne lui en incombe pas forcément et même beaucoup ont répondu de façon négative.

Une majorité se dessine pour que la commission ou le conseil soit responsable de tout le budget de la formation médicale continue, et qu'un plan soit élaboré par cette commission afin de dégager les priorités du centre hospitalier comme le fait déjà la commission de formation des personnels non médicaux.

D'autre part, sont beaucoup plus hétérogènes les réponses sur l'allocation donnée par l'hôpital et surtout sur les taux mais également sur le forfait transport et hôtelier.

En ce qui concerne la valorisation de la FMC, l'obligation de formation, éventuelle par permis à points, semble acquise pour beaucoup mais d'autres valorisations peuvent être évoquées comme la prise de responsabilité ou éventuellement la pratique d'un enseignement, les revues (mais cela est plus difficile à évaluer), la présentation d'un travail dans un congrès, mais également des visio conférences ou la formation par Internet.

Au plan de la valorisation en temps, une majorité se dégage pour la journée ou la demi journée.

Mais il est dit également qu'il faudra des indicateurs sur les modalités de validation et sur la pertinence des formations.

Un handicap devra être réglé. C'est celui du temps et de l'argent (le financement).

Enfin, cette démarche doit rester équitable quel que soit le centre hospitalier considéré et ne pas rester une formation purement médicale mais retrouver des formations transversales intéressant le fonctionnement global de l'hôpital.

3. La FMC dans les centres hospitaliers spécialisés (Charles ALEZRAH, Marie-France FRUTOSO)

a) La méthodologie

Cette enquête repose sur un questionnaire diffusé aux responsables régionaux de la conférence des présidents de CME de centre hospitalier spécialisé (CHS). Elle ne se veut pas exhaustive mais vise à donner un aperçu des pratiques en matière de FMC dans les (ex) CHS.

33 questionnaires ont été envoyés ; 20 ont été retournés, plus ou moins bien renseignés selon les rubriques, ce qui fait un taux de réponse de 60%. Rappelons qu'il existe une centaine de CH(S).

b) Les résultats

- Nombre de médecins par établissement :

Les praticiens hospitaliers (temps plein et temps partiel) restent de loin la catégorie de personnel médical la plus importante en nombre. Toutes catégories confondues, le nombre de médecins en exercice par établissement varie de 21 (31, 33, 34...) à 220 (140, 81, 78...) avec un nombre moyen de 65.

- Nombre de médecins ayant bénéficié d'une formation en 2003 :

Parmi les questionnaires retournés, un nous est apparu « atypique » : 100% des médecins y ont bénéficié d'une formation. Il concerne un établissement où exercent 72 médecins. Seulement 2 postes médicaux étaient vacants en 2003. On peut considérer que cet hôpital combine les « facteurs favorables », notamment un budget de FMC supérieur à la moyenne (1000 euros pour les praticiens et 1500 pour les assistants), un encadrement médical de 4 à 6 PH et 1 à 2 assistants par service, et la proximité d'une grande ville de faculté.

Dans les autres établissements, la proportion des médecins ayant bénéficié d'une formation varie de 37% à 77% avec une moyenne de 62%.

Parmi les facteurs pouvant limiter la formation :

	Oui	Non
✓ <i>Financement insuffisant</i>	56 %	44 %
✓ <i>Manque de temps</i>	76%	20 %
✓ <i>Autres :</i>	une réponse « manque de motivation »	

Il n'y a pas de corrélation nette entre le nombre de médecins dans l'hôpital et le taux de participation à la FMC. On retrouve des taux bas, 39%, 41% et 42 %, dans les établissements où exerce le plus grand nombre (220, 81 et 140) de médecins. Mais le taux le plus bas, 37% se situe dans un établissement « moyen » (51 médecins). Par contre, le quatrième établissement en nombre de médecins (78) a un pourcentage de FMC parmi les plus élevés (69%). A l'autre extrémité, certains « petits établissements » ont un taux inférieur à la moyenne, mais ceux où ce taux est le plus élevé sont aussi les plus petits (77% pour 31 médecins en exercice et 76% pour 21 médecins). Cela doit être interprété au regard de particularités locales (établissement d'outre-mer, fort budget consacré à la formation-facteur d'attractivité ?).

- Budget consacré à la FMC :

Il a été évalué en pourcentage de la masse salariale :

- ✓ 45 % des établissements sont au plancher réglementaire de 0,75% de la masse salariale ;
- ✓ 15% sont à 1% ;
- ✓ les autres établissements se situent entre les deux avec toutefois 2 exceptions, concernant un établissement à 0,36% (ce même établissement précise qu'aucune formation demandée n'a été refusée) et un établissement à 2,1%.

Cas particulier du financement des formations aux fonctions de président, vice-président de CME ou d'administrateur :

- ✓ dans 80% des cas, ces formations ne sont pas imputées sur le budget de FMC « classique ».

- Plan annuel de formation :

Seulement 39 % des établissements ont formalisé un plan annuel de FMC. Lorsqu'il existe, le plan est préparé :

- ✓ par une commission de formation désignée par la CME dans 66% des cas ;
- ✓ par le bureau de la CME (1 réponse) ;
- ✓ par la CME (1 réponse).

Un établissement n'ayant pas formalisé de plan de formation précise que : « *la CME, considérant que les médecins doivent être libres de choisir les axes de leur FMC, n'a pas souhaité définir de thème prioritaire....elle a mis en place une commission qui doit valider la demande du praticien après avis (et pas forcément accord) du chef de service... »*

- Attestation quinquennale de FMC délivrée par la CME :

- ✓ seulement 2 établissements ont répondu qu'ils délivraient une telle attestation ;
- ✓ Un autre établissement s'engage à le faire « *dès que cela sera exigé...* » ;
- ✓ 87 % répondent non à cette question.

- Principaux thèmes figurant dans les plans de formation :

- ✓ ***De portée générale sur gestion-administration***

- *PMSI*
- *Evaluation*
- *Accréditation*
- *Droit et responsabilité*
- *Evolution législative*
- *Evolution administrative*
- *Management médical*

- ✓ ***Dimension mixte, personnelle et générale***

- *Apprentissage langues étrangères*
- *Rencontres avec des collègues étrangers*

- *Informatique médicale*
- ✓ ***Approfondissements théoriques et techniques***
 - *Psychogériatrie ; Alzheimer*
 - *Adolescence*
 - *Pédopsychiatrie*
 - *Conduites addictives*
 - *Schizophrénie*
 - *Autisme*
 - *Techniques psychothérapeutiques (psychodrames, thérapies familiales, cognitivo-comportementales...)*
 - *Actualisation des connaissances en soins somatiques ; gestes d'urgence et de réanimation*
- ✓ ***Ouverture sur la santé publique***
 - *Réseaux de soins*
 - *Précarité*
 - *Réhabilitation psychosociale*
 - *Urgences psychiatriques*
- ✓ ***Formations universitaires, diplômes***
 - *En direction des assistants généralistes*
 - *Diplômes universitaires*
- Répartition des demandes de formation des praticiens :
 - formations théoriques et pratiques : 41%
 - demandes "diplômantes": 25%
 - formations de portée générale sur gestion-administration : 17%
 - formations "mixtes" générales et personnelles : 8,5%
 - santé publique : 8,5%

4. La FMC dans les établissements privés à but non lucratif PSPH ou non (Philippe BACHET, Jean-François LANOY)

a) La méthodologie

Cette enquête, réalisée dans le cadre du bilan de l'organisation de la FMC dans les établissements hospitaliers, a pour objet de préciser dans l'ensemble des hôpitaux privés à but non lucratif PSPH ou non les conditions dans lesquelles la FMC est mise en place.

Cette enquête a été réalisée sous la forme d'un questionnaire volontairement succinct. Après validation par la Conférence nationale des présidents de CME des hôpitaux privés à but non lucratif, le questionnaire a été adressé à chaque président régional de cette Conférence pour qu'il le diffuse par mail dans les hôpitaux de sa région. Chaque président était chargé d'assurer le suivi du retour de ces questionnaires et, si besoin, d'effectuer les relances.

Le Docteur Jean-Pierre Genet, président de la Conférence nationale, était chargé de centraliser les questionnaires et de les transmettre au Docteur Lanoy pour analyse.

Après quatre mois d'enquête, 66 questionnaires ont été retournés plus ou moins bien remplis. Les résultats présentés ne sont, par conséquent, qu'une représentation partielle de la façon dont la FMC est mise en place dans les établissements privés à but non lucratif PSPH ou non.

L'absence de retour des questionnaires ou de réponse à certaines questions témoigne de l'énorme travail qu'il reste encore à faire pour que cette FMC hospitalière soit une réalité.

b) Le questionnaire

Questionnaire sur la Formation Médicale Continue dans les Etablissements Privés			
Nom de l'établissement			
Adresse :			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
Nombre total de lits	:	_____	
Effectif en personnel (ETP).....	:	_____	
Secteur d'activité (nombre de lits, 0 si aucun lit) :			
MCO		:	_____
SSR rééducation.....		:	_____
Psychiatrique.....		:	_____
Autre (ex : long séjour)...		:	_____
Nombre de praticiens..... :			
Temps plein.....		:	_____
Temps partiel.....		:	_____
Existe-t-il un plan de formation médicale au sein de l'établissement ?			oui non
NSP*			
Quel est le rôle de la CME ?			
Participation au plan de formation		:	oui non NSP
Approbation du plan de formation		:	oui non NSP

Y-a-t-il une commission FMC ?..... :	oui	non	NSP
Existe-t-il des thèmes de formation définis ?..... :	oui	non	NSP
Si oui lesquels :			
Santé publique.....:	oui	non	NSP
Gestion hospitalière, administration :	oui	non	NSP
En rapport avec le projet d'établissement :	oui	non	NSP
En fonction des spécialités	oui	non	NSP
Développement personnel.....:oui	non		NSP
Quelles sont les modalités de financement du plan de formation ?			
Inclus dans le Budget global de la formation :	oui	non	NSP
Si oui montant en % :	_____		
Budget individualisé de la formation médicale :	oui	non	NSP
Si oui montant en % :	_____		
Somme forfaitaire par médecin :	_____ €		
Quelles sont les actions retenues en nombre ?			
Santé publique..... :		_____	
Gestion hospitalière, administration..... :		_____	
En rapport avec le projet d'établissement... :		_____	
En fonction des spécialités		_____	
Développement personnel..... :		_____	
Nombres de médecins bénéficiant			
Temps plein.....:	_____		
Temps partiel. :	_____		
Temps consacré à la formation en heures :	_____		
Autres moyens de formation			
Service organisé de documentation	oui	non	NSP
Accès internet..... :	oui	non	NSP
Organisation d'EPU?..... :	oui	non	NSP
Participation à l'enseignement médical/paramédical :	oui	non	NSP
Congrès..... :	oui	non	NSP
Autres : _____			
* ne sait pas			

c) Les résultats

- Description des établissements

Nombre total de lits dans les établissements qui ont répondu :

	25 ^{ème} centile	médiane	75 ^{ème} centile
Nombre de lits	83	130	240

Effectif total en personnel dans ces établissements :

	25 ^{ème} centile	médiane	75 ^{ème} centile
Effectif en personnel	0	125	320

L'activité de ces hôpitaux en MCO, SSR, Psychiatrie et autres se répartissait de la façon suivante :

Activité exclusivement de MCO :	9
Activité exclusivement de SSR :	23
Activité exclusivement de psychiatrie:	3
Activité de MCO et de SSR :	11
Activité de MCO et de psychiatrie:	9
Activité de SSR et autre (long séjour) :	4
Activité de MCO et autre :	1
Activité de MCO, SSR et autre :	6

Le nombre de praticiens dans ces établissements se répartissait de la façon suivante :

	25 ^{ème} centile	médiane	75 ^{ème} centile
Nombre de médecins	5	10	45
Temps plein	3	5	17
Temps partiel	0	3	13

- Organisation de la formation médicale dans les 65 établissements qui ont répondu

Plan de formation

Pas de plan de formation dans 56,9% des établissements

Rôle de la CME :

Participation au plan de formation	50,8%
Approbation du plan de formation	52,3%
Pas de commission FMC	73,8%

Thèmes de formation définis

Pas de thème Santé publique	81,5%
Pas de thème sur la gestion hospitalière, administration	70,8%
Thème sur le projet d'établissement	58,5%
Thème en fonction des spécialités	52,3 %
Pas de thème concernant le Développement personnel	64,6%

Financement du plan de formation médicale continue

Inclus dans le Budget global de la formation	70,8%
Pas de budget spécifique destiné à FMC	76,9%

Les réponses concernant le pourcentage du budget alloué à la FMC n'étaient pas exploitables dans la mesure où seul un quart des établissements avait répondu à la question (1,5% à 15% du budget).

La moitié des établissements attribue un budget par médecin pour sa formation continue (celui-ci va de 525€ à 1750€ par an).

Si les données concernant les actions retenues en nombre sont trop disparates pour être véritablement interprétées, on peut néanmoins relever qu'aucune action n'était retenue dans :

84,6%	en Santé publique
75,4%	en Gestion hospitalière, administration
55,4%	en rapport avec le projet d'établissement
55,4%	en fonction des spécialités
80,8%	en faveur du développement personnel

Les données concernant le nombres de médecins bénéficiaires de la FMC ainsi que le temps consacré à la formation n'ont pas été suffisamment renseignées pour que les chiffres aient une signification.

- Sur les moyens de formation utilisés, on peut retenir que sur les 65 établissements qui ont répondu :

43,1% des établissements ont un service organisé de documentation

83,1% des établissements disposent d'un accès internet

58,5% des établissements organisent des EPU

Dans 76,9% des établissements, les médecins participent à l'enseignement médical/paramédical

Dans 87,7% des établissements, les médecins assistent à des congrès

B. La synthèse du questionnaire individuel

1. Présentation du questionnaire

La réalisation d'un questionnaire individuel (document joint en annexe) a été décidée lors de la réunion du CN FMCH du 9 avril 2004. Le projet de questionnaire, établi par Dominique BERTRAND, a été proposé aux membres du Conseil national le 30 avril et modifié à plusieurs reprises lors des réunions suivantes selon leurs souhaits.

L'objectif central de ce questionnaire était de permettre d'identifier « les zones » de formation continue telles que les praticiens hospitaliers les envisagent, et de mieux connaître la réalité de la FMC des praticiens.

Pour ce qui est de la méthodologie, la période retenue était 2003 (l'année complète) et 2004 (le premier semestre uniquement, c'est-à-dire du 1^{er} janvier au 30 juin 2004).

Les praticiens pouvaient retrouver les formations qu'ils avaient effectuées au moyen notamment de leur mémoire, de leur agenda, de leurs documents preuves (attestations, inscriptions), de leurs participations financières ou des aides obtenues.

S'agissant des modalités pour renseigner le questionnaire, le document du CN FMCH balaie la plupart des modes de formation continue mais il laisse la possibilité de compléter, dans des espaces rédactionnels, des éléments que les répondants souhaitent apporter en plus des questions fermées. Les praticiens étaient invités à se reporter aux indications figurant dans le questionnaire, notamment pour le décompte du temps (en n'hésitant pas à indiquer en clair dans la dernière page les difficultés auxquelles ils avaient été confrontés pour répondre aux questions).

2. L'envoi et le suivi du questionnaire

Pour participer à l'enquête, 199 praticiens hospitaliers ont été tirés au sort de façon aléatoire sur une liste de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS, ministère de la Santé et de la Protection sociale). Le questionnaire s'adresse à l'ensemble des praticiens en activité, quels que soient leur spécialité d'exercice, le type d'établissement dans lequel ils exercent (CHU ou CHG) et la région dans laquelle se situe l'établissement (les départements d'outre-mer sont compris).

5 des praticiens sélectionnés étant « introuvables » dans les annuaires disponibles, ce sont 194 questionnaires qui ont été envoyés par courrier postal entre le 10 et le 17 août 2004. Le retour des réponses était initialement fixé au 10 septembre 2004.

A cette date, 43 praticiens avaient répondu au questionnaire. Une relance téléphonique a été lancée courant septembre pour accroître le taux de réponse et asseoir la validité des résultats. Le délai de réponse a été prolongé et porté à mi-novembre.

Au 22 novembre 2004, 100 praticiens ont répondu au questionnaire, ce qui représente un taux de réponse de 51,5% (57 praticiens ont répondu après avoir été relancés).

47 praticiens contactés par téléphone se sont engagés à répondre pour fin octobre mais ne l'ont pas fait.

11 praticiens ont refusé de participer à l'enquête du CN FMCH. Leur refus tient à 2 motifs principalement invoqués :

- le manque de temps pour remplir le questionnaire (nombre important d'items à renseigner et d'informations à rechercher) ;
- l'inutilité de fait du questionnaire (manque de temps pour se former et faiblesse des budgets hospitaliers consacrés à la FMC).

Ces 2 raisons constituent déjà des éléments de réponse à l'enquête.

16 praticiens n'ont pas pu participer à l'enquête :

- 7 praticiens étaient inconnus dans l'établissement (ou l'avaient quitté) et n'ont pas été retrouvés ;
- 4 étaient en congés au moment de la relance et n'avaient donc pas le temps matériel pour répondre au questionnaire ;
- 2 sont partis en retraite ;
- 1 est en congés maternité ;
- 1 est en disponibilité ;
- 1 praticien est décédé.

3 questionnaires ont été reçus après l'expiration du délai de réponse et n'ont pas été intégrés aux résultats.

3. Le profil des répondants

- Type d'établissement (par ordre décroissant) :
 - 55 praticiens (55%) sont issus de CHG ;
 - 45 praticiens de CHU.

La figure 1 (page suivante) montre la distribution des répondants selon leur région et leur type d'établissement.

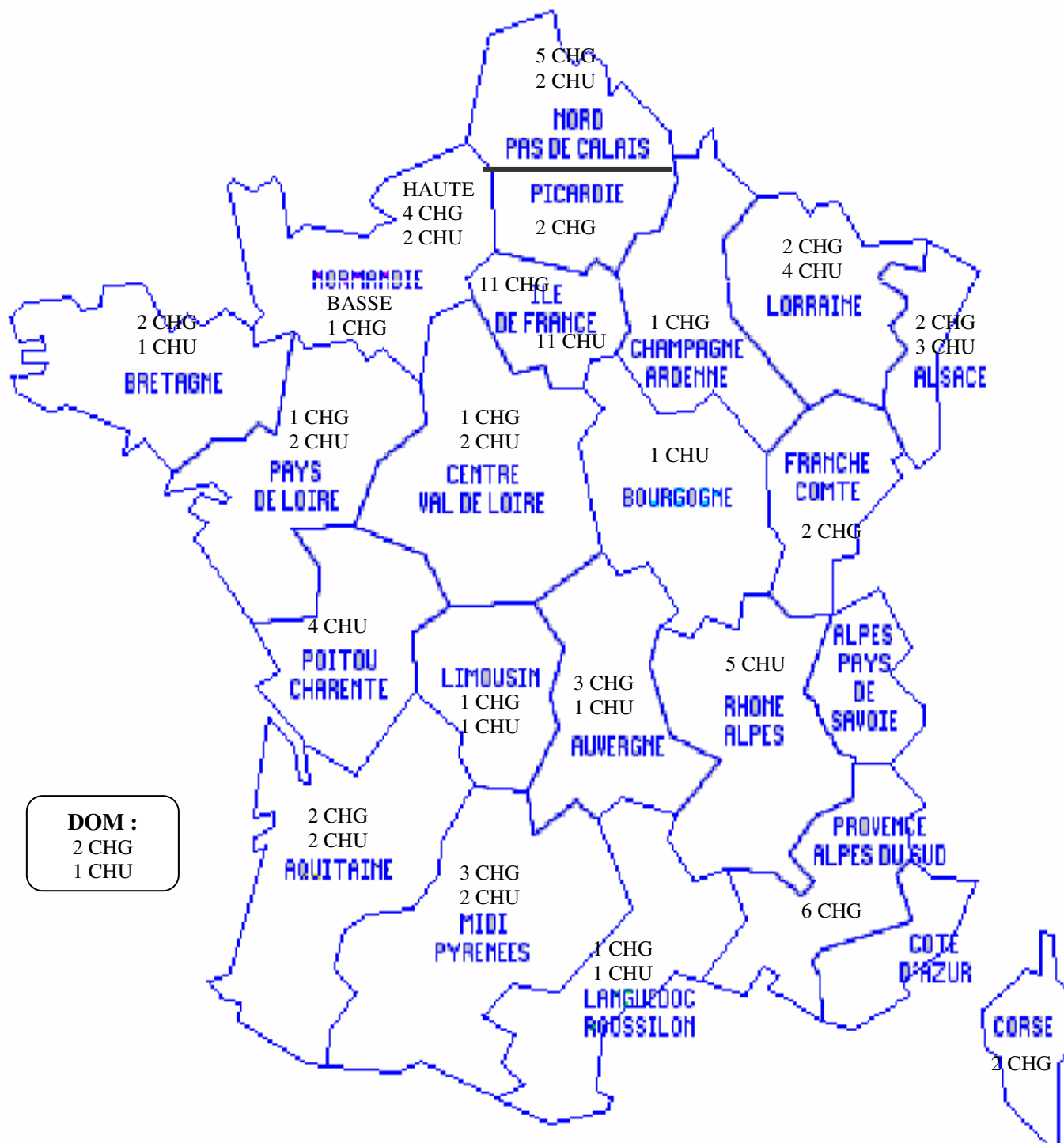


Figure 1 : répartition des praticiens hospitaliers ayant répondu au questionnaire, par région et par type d'établissement

Commentaire : sur les 100 répondants, 55 praticiens exercent en CHG (dont 2 en DOM), 45 praticiens sont en CHU (dont 1 en DOM). Ils sont issus de toutes les régions administratives françaises.

- Spécialité (par ordre décroissant) :

Les 100 répondants sont issus de 25 spécialités différentes. Les anesthésistes-réanimateurs représentent le quart des professionnels ayant répondu au questionnaire.

SPECIALITE	NOMBRE DE REpondANTS %	SPECIALITE	NOMBRE DE REpondANTS %
Anesthésie-réanimation	27	Chirurgie orthopédique et traumatologique	2
Pédiatrie	8	Néphrologie	2
Médecine d'urgence	7	Radiologie et imagerie médicale	2
Médecine interne	6	Santé publique/épidémiologie	2
Psychiatrie	6	Chirurgie urologique	1
Cardiologie et maladies vasculaires	5	Chirurgie vasculaire	1
Chirurgie générale et digestive	5	Gynécologie-obstétrique	1
Pharmacie	4	Médecine générale et gériatrique	1
Pneumologie	4	Médecine légale	1
Biochimie	3	Médecine physique et de réadaptation	1
Biologie médicale	3	Neurochirurgie	1
Hématologie biologique	3	Ophtalmologie	1
Neurologie	3		

Quatre spécialités, présentes dans l'échantillon aléatoire, ont été nettement sous-représentées dans les réponses : la gynécologie-obstétrique (un répondant sur les 8 praticiens tirés au sort), la médecine générale et gériatrique (8 répondants sur 19 sélectionnés), la gastro-entérologie (aucun répondant sur 6 sélectionnés) et la dermatologie (aucun répondant sur 3 sélectionnés).

- Année d'obtention du doctorat :

Les 100 répondants ont obtenu leur doctorat entre 1967 et 2000. Parmi eux, plus de la moitié (54%) l'ont obtenu avant 1987.

ANNEE DU DIPLOME	NOMBRE DE REpondANTS	
	%	% cumulé
1967-1971	4	4
1972-1976	17	21
1977-1981	23	44
1982-1986	10	54
1987-1991	14	68
1992-1996	20	88
1997-2001	12	100

4. Les résultats de l'enquête

- Les modes de formation :

Tableau 1

MODES	JOURS DE FORMATION SUIVIS PAR LES 100 REpondANTS EN 2003	
	Nombre de jours	%
Congrès	640 *	23,2
Séances/séminaires	635	23
Groupes d'études	606	21,9
Participation à des recherches cliniques	356	12,9
Participation à des staffs	294,5	10,7
Formations organisées par l'établissement/la CME	113	4,1
Animation de formation continue/participation à l'enseignement	53	1,9
Lectures d'articles ou de livres scientifiques, de vulgarisation ou d'information générale	37	1,3
Consultations et formation par internet	27,5	1
TOTAL	2762 jours annuels	100

* Lecture du résultat: en 2003, les 100 répondants du questionnaire ont suivi l'équivalent de 640 jours de congrès, soit 6,4 jours par praticien en moyenne.

Pour les 100 répondants, les congrès, séances de formation et formations CME, ont représenté la moitié du temps qu'ils ont consacré à la FMC en 2003 (soit 50,3%) : il s'agit, de loin, de leur premier mode de formation.

Suivent les groupes d'études (pratiques professionnelles...), qui représentent près du quart du volume horaire consacré à la FMC (21,9%), puis les recherches cliniques (12,9%) et la participation à des staffs (10,7% du temps de FMC).

Les autres modes de formation ont des parts faibles dans le temps dédié à la FMC : 1,9% pour l'animation de formation continue et l'enseignement, 1,3% pour les lectures d'articles et de livres, et 1% pour les consultations et formation par internet.

La part relative des staffs dans le volume horaire global consacré par les praticiens à leur FMC montre l'importance de ce mode de formation, soulignée en particulier par les anesthésistes-réanimateurs. Les staffs permettent en effet d'aborder l'ensemble des difficultés et des problématiques rencontrées par les services hospitaliers dans leur pratique quotidienne. Ils constituent l'une des spécificités des praticiens hospitaliers.

Une très grande majorité des praticiens y ont recours : sur 100 répondants, 86 praticiens déclarent avoir participé à des staffs en 2003 et 2004 (seulement 14 praticiens n'en ont pas eu). Le volume horaire des staffs représente de 0 à 22 heures par mois et par praticien. En moyenne, les staffs ont représenté 7h12mn par mois et par praticien en 2003, et 6h43mn par mois et par praticien en 2004.

- Les thématiques des formations :

Tableau 2

THEMATIQUES	JOURS DE FORMATION SUIVIS PAR LES 100 REPDANTS EN 2003	
	Nombre de jours	%
Médical	848 *	49,7
Hospitalier (gestion, qualité, sécurité sanitaire, santé publique...)	382	22,4
Développement de protocoles	292	17,1
Développement professionnel et personnel (bureautique, informatique, langues, communication...)	171	10
Formation d'initiation à la recherche	13	0,8
TOTAL	1706 jours annuels	100

* Lecture du résultat: en 2003, pour les 100 répondants, 848 jours de FMC ont porté sur des thématiques médicales et scientifiques. En moyenne, un praticien a consacré en 2003 plus de 8 jours à des actions de formation portant sur des connaissances médicales et scientifiques. Le nombre moyen en jours ne prend pas en compte l'intégralité du champ comme le présente le point précédent.

La moitié des formations suivies en 2003 (49,7%) portent sur des thématiques médicales ; près d'un quart (22,4%) ont trait aux connaissances propres à l'environnement hospitalier. 17,1% des formations suivies concernent le développement de protocoles. Les formations liées au développement professionnel et personnel occupent une place mineure (10%), ce qui est encore plus vrai pour les formations d'initiation à la recherche (0,8%).

- Les modalités de fonctionnement de la FMC dans les établissements :

Les statistiques qui suivent doivent être considérées avec précaution. Si les moyens et les structures pour la FMC semblent exister dans près de la moitié des établissements, une part relativement importante de praticiens n'en a pas connaissance, ce qui biaise en partie la portée de ces résultats.

Pour 55 praticiens sur les 100 répondants, il existe une commission FMC dans leur établissement (24 répondants ne se prononcent pas).

Pour 58 praticiens, il existe également une bibliothèque médicale dans l'établissement (26 praticiens n'ont pas de bibliothèque médicale, et 16 répondants ne se prononcent pas).

Les besoins de formation médicale sont analysés par la CME dans 27% des cas seulement (ils ne le sont pas dans 39% des cas, tandis que 34% des praticiens interrogés l'ignore).

70% des praticiens interrogés bénéficient d'un accès internet dans leur établissement pour consulter les revues médicales en ligne (17 praticiens n'ont pas répondu à cette question).

- L'évaluation des formations :

Au regard des résultats de l'enquête, l'univers de la formation est très peu soumis à évaluation :

- les actions de formation n'ont été évaluées que pour 16% des répondants ;
- l'acquisition des connaissances et/ou des pratiques à l'issue des formations n'a été contrôlée que dans 7% des cas.

- Comparaison des résultats entre CHU et CHG :

Les résultats précédents sont des résultats globaux qui portent sur l'ensemble des répondants du questionnaire, indépendamment de leur établissement d'origine, que ceux-ci exercent en CHU ou en CHG.

Nous avons comparé les réponses fournies par les praticiens issus de CHU à celles des praticiens de CHG pour relever d'éventuelles différences dans leurs pratiques de FMC selon le type d'établissement dans lequel ils exercent. Pour ce faire, nous avons eu recours à deux tests utilisés en statistiques : le test non paramétrique U de Mann-Whitney et le test Khi de Pearson. Lorsque le résultat de ces tests est très proche de 0, il indique qu'il existe une différence significative entre les données.

Appliqués aux résultats du questionnaire individuel, les tests de Mann-Whitney et Pearson montrent qu'il existe très peu de différences entre les pratiques de FMC des répondants issus de CHU et ceux provenant de CHG. Les seuls écarts constatés portent sur :

- la participation à des groupes d'études, mais uniquement pour les groupes organisés par les sociétés savantes ;
- la participation aux staffs hospitaliers ;
- la participation à des recherches cliniques ;
- et la présence d'une bibliothèque médicale dans l'établissement.

Pour toutes les autres réponses du questionnaire, et en particulier pour celles relatives aux modes de formation des praticiens, aucune différence significative n'est relevée.

Les différences de résultats constatées figurent dans les quatre tableaux suivants issus de l'exploitation du questionnaire :

Tableau 3 : Groupes d'études (organisés par des sociétés savantes)

	Nombre de jours en groupes d'études organisés par des sociétés savantes en 2003 (12 mois)		
socsav29	Total	CHG	CHU
N	31	13	18
Moyenne	3,4	2,6	3,9
Médiane	3,0	2,0	4,0
Minimum	1	1	1
Maximum	8	8	8

Test non paramétrique U de Mann-Whitney : $p = 0,055$

Conclusion : La différence est significative. En 2003, le nombre de jours passés dans des groupes d'études organisés par des sociétés savantes communiqué par les praticiens travaillant dans des CHU est supérieur au nombre communiqué par les praticiens travaillant dans des CHG.

Tableau 4 : Participation à des staffs

	Durée mensuelle moyenne de staff en heures par mois en 2003 (12 mois)		
durstaf69	Total	CHG	CHU
N	72	41	31
Moyenne	8,2	6,8	10,0
Médiane	7,5	6,0	8,0
Minimum	1	1	2
Maximum	40	16	40

Test non paramétrique U de Mann-Whitney : $p = 0,055$

Conclusion : Les données montrent une différence significative. La durée mensuelle moyenne de staff en 2003, communiquée par les praticiens travaillant dans des CHU est supérieure à celle des praticiens travaillant dans des CHG.

Tableau 5 : Participation à des recherches cliniques

	Nombre de jours consacrés à la recherche clinique en 2003 (12 mois)		
rech71	Total	CHG	CHU
N	30	15	15
Moyenne	11,9	5,5	18,2
Médiane	9,0	5,0	10,0
Minimum	1	1	1
Maximum	50	11	50

Test non paramétrique U de Mann-Whitney : $p = 0,023$

Conclusion : Les données montrent une différence significative. Le nombre de jours consacrés à la recherche clinique par les praticiens travaillant dans des CHU, en 2003 (12 mois), est supérieur à celui des praticiens travaillant dans des CHG.

Tableau 6 : Bibliothèque médicale : en existe-t-il une dans l'établissement ?

	Total N	CHG N	CHU N
Oui	58	29	29
Non	26	20	6

Test χ^2 de Pearson : $p = 0,021$

Conclusion : Les données montrent une différence significative. La proportion de praticiens n'ayant pas une bibliothèque médicale dans l'établissement est supérieure parmi ceux qui travaillent dans un CHG comparés à ceux qui travaillent dans un CHU.

- Les entraves à la FMC :

La plupart des questionnaires font ressortir les difficultés que connaissent les praticiens pour se former, et donc pour valider leur obligation de FMC-EPP. Ces contraintes tiennent essentiellement à l'organisation du travail et à des considérations financières. Elles ont été prises en compte pour l'élaboration du barème du CN FMCH, un barème qui se veut réaliste et pragmatique, et qui ne peut ignorer la réalité hospitalière avec ses difficultés.

Les répondants ont souligné trois séries de difficultés :

- le manque d'effectifs et de temps

« On aimerait pouvoir participer à plus de formations, davantage de congrès, éventuellement s'inscrire à un DIU, mais... les impératifs de service, la sous-occupation des postes de PH, font que le temps qui devait être consacré à la formation se réduit comme peau de chagrin. Vous avez dit « formation obligatoire » ?? » (interniste, CHG)

« De moins en moins de temps pour se former, faute de médecins – deux postes vacants non pourvus, faute de candidats. Les autres font le travail... et ne se forment plus. » (pédiatre, CHG)

« L'activité clinique de ces deux années ne nous a pas permis de nous libérer pour les principaux congrès de la discipline auxquels j'assiste habituellement, en raison d'un sous-effectif à certaines périodes cruciales. » (anesthésiste-réanimateur, CHU)

« Activité de plus en plus « rentabilisée » avec peu de temps pour la FMC. Perte de temps avec les multiples réunions à caractère administratif. » (néphrologue, CHG)

« [...] nous sommes une spécialité sinistrée sur le plan formation continue, et ce pour plusieurs raisons, notamment : manque d'effectifs médicaux, charge de travail et pénibilité de la spécialité, travail à horaires continus avec périodes de repos compensatoires (pour récupérer) [...] » (urgentiste, CHG)

« Effectif médical par secteur insuffisant, ne permettant pas de pouvoir bénéficier de congés de formation. Contraintes administratives (implication dans le processus d'accréditation par exemple) de plus en plus importantes. » (psychiatre, CHG)

« Que faire quand le temps [...] manque pour la formation ? » (urgentiste, CHG)

« L'application de la loi sur les 35 heures et du repos de sécurité de lendemain de garde, ajoutés aux difficultés de recrutement hors CHU dans ma spécialité, a eu pour conséquence directe une réduction importante des possibilités d'absence pour formation. » (anesthésiste-réanimateur, CHG)

« Il est difficile de trouver du temps pour la FMC. Je suis PH chef de service, assistée par un PH temps partiel. Sur les 12 vacances permanentes du service, 6 sont vacantes depuis un an ! » (radiologue, CHU)

« Le faible nombre de praticiens dans notre spécialité ne nous autorise pas à effectuer des formations sur les 15 jours par an autorisés par notre statut. » (anesthésiste-réanimateur, CHG)

- les problèmes de financement de la FMC, laissant beaucoup de formations à la charge du praticien

« Formations de plus en plus coûteuses. » (néphrologue, CHG)

« Manque de moyens financiers important. Les réunions de FMC du soir ne sont pas comptabilisées en heures de travail ! » (interniste, CHG)

« Que faire quand [...] l'argent manque pour la formation ? » (urgentiste, CHG)

« Le budget formation continue est faible [...] on se débrouille... » (médecin de santé publique, CHU)

« La médecine légale n'étant pas une préoccupation de l'hôpital public, l'essentiel de ma formation a été autofinancée pour des sommes conséquentes. » (médecin légiste, CHU)

« Coût de la FMC presque totalement à notre charge puisque la participation de l'hôpital par an ne couvre que l'inscription à un congrès ou à peu près !! » (anesthésiste-réanimateur, CHU)

« Toujours le problème de la disponibilité au sein de l'équipe, surtout pour envisager des séjours longs (les congrès ayant surtout lieu le week-end). » (anesthésiste-réanimateur, CHU)

« Difficultés de financement (voyages, hôtellerie). » (urgentiste, CHG)

« Remboursement des frais engagés pouvant aller jusqu'à plusieurs mois (!) après les congrès. » (anesthésiste-réanimateur, CHU)

- dans une moindre mesure, le manque de moyens et l'offre de formation inadaptée aux besoins des praticiens

« La majorité de FMC est attribuée aux « jeunes », tout le monde ne peut pas partir. De même, priorité à ceux qui publient et aux universitaires. » (anesthésiste-réanimateur, CHU)

« Malheureusement très peu de moyens au niveau de l'hôpital (pas de bibliothèque, pas de cd-roms, pas d'internet...). » (anesthésiste-réanimateur, CHU)

Les résultats exposés doivent être considérés comme une première approche de la situation nationale de la FMC. Ils doivent être utilisés avec prudence concernant leur représentativité. Toutefois, cette approche est fondamentale car elle reste pragmatique et permet d'estimer que les propositions faites par le CN FMCH sont acceptables par les praticiens hospitaliers. Cette étude pourrait conduire à un travail plus approfondi qui recueillerait des données par interview en face à face.

IV – Les groupes de travail

La constitution de 3 groupes de travail a été décidée et réalisée durant la deuxième réunion plénière du CN FMCH, le 19 mars 2004. Leurs thématiques réciproques ont été fixées sur la base du décret du 14 novembre 2003.

A. Groupe 1/ Orientations nationales de la FMC : définition des thèmes prioritaires de formation

1. Les participants du groupe de travail

Sous la coordination de M. RINCE : Mrs ALEZRAH, BUSSONE, ELHADAD, ESCHEMANN, LANOY, MANGOLA, ROBERT, VALLET.

2. La méthodologie

La réflexion du groupe a été guidée par :

- les textes sur les missions des Conseils Nationaux de FMC et sur l'objectif de la formation continue ;
- le compte-rendu du colloque de Toulouse (année 2000) sur la formation continue des médecins des établissements publics de santé ;
- l'examen de la circulaire annuelle de la DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins) relative aux orientations et axes de formation prioritaires concernant l'ensemble des fonctionnaires des établissements de santé. La circulaire et le processus de son élaboration montrent en effet comment les thèmes prioritaires sont dégagés à partir des orientations nationales de santé, comment ils sont négociés avec les partenaires sociaux, comment est obtenu le financement de ces formations, et comment il produit une mutualisation des moyens de formation.

Sur la base du thème de réflexion qui lui était attribué, le groupe a pu :

- identifier les sources potentielles des orientations nationales de formation qui doivent être définies pour cinq ans ;
- proposer des critères de priorisation des thèmes nationaux de formation ;
- déterminer les destinataires de ces thèmes, pour leur intégration dans les actions de formation des praticiens des établissements publics de santé et pour générer le retour d'information nécessaire à l'établissement d'un rapport annuel.

3. La synthèse des travaux

a) Identification des orientations nationales de la FMC

La reconnaissance d'un nouveau besoin de santé, d'un risque sanitaire encouru, d'évolutions nécessaires dans les moyens de satisfaire les besoins de santé conduit à définir des orientations nationales de santé. Les nouvelles orientations ont habituellement pour origine la survenue d'un évènement que des organismes missionnés analysent en terme de besoin et de risque sanitaires. Ces évènements sont de nature diverse : évènement naturel imprévisible (accès de grande chaleur, explosion d'une bombe rue de Sèvres...), un choix politique

national ou à l'échelle de l'Europe, l'observation d'un fait de société, la publication de statistiques concernant les comportements de la société, de données épidémiologiques, la parution d'articles scientifiques et médicaux... La diversité des événements a pour corollaire la pluralité des organismes qui les observent.

Le CN FMCH doit recenser ces orientations nationales en établissant des liens avec ces organismes et en instaurant, si possible, son propre système de veille. Son rôle consiste ensuite à évaluer en quoi ces orientations nationales de santé sont applicables à la FMC des médecins des établissements publics de santé pour définir les orientations nationales de FMC, à en déduire les thèmes de formation, à les prioriser selon des critères définis et les soumettre aux organismes de formation.

Un premier objectif consiste donc à établir la liste des contacts avec les organismes compétents en orientations nationales de santé. Le CN FMCH devra se doter d'un secrétariat capable d'assumer toutes les tâches inhérentes à cet objectif : identifier les contacts, collecter les coordonnées et les mettre à jour, envoyer courriers et questionnaires, dépouiller les réponses... Les instances et organismes nationaux identifiés (à l'aide du compte-rendu du colloque de Toulouse, liste non exhaustive) comprennent : la DHOS, la Haute autorité en santé, la Conférence Nationale de Santé (si elle redevient effective), les conseils nationaux des Ordres, les Collèges Nationaux Professionnels ou leur fédération, les organismes nationaux représentant les caisses d'assurance maladie, les représentants nationaux des associations de patients et usagers (déjà représentés au sein de la Conférence Nationale de Santé), les syndicats de praticiens hospitaliers, les deux autres CN FMC.

b) Priorisation des thèmes nationaux de formation continue des praticiens

Un deuxième objectif consiste à prioriser les thèmes de formation dans chaque groupe de thèmes constitué à partir d'une orientation nationale de FMC. La priorisation répond à des critères définis, parmi lesquels notamment :

- le volume de professionnels concernés,
- l'impact attendu dans l'exercice professionnel,
- l'impact attendu en économie de santé,
- l'impact attendu dans la modification des pratiques professionnelles,
- la faisabilité de la formation et la probabilité d'atteindre les objectifs pédagogiques,
- l'amélioration attendue de la santé des citoyens ou de groupes sociaux,
- l'amélioration de la sécurité et du respect des droits des patients,
- l'impact sur le développement des réseaux de soins et de la permanence des soins,
- l'amélioration des conditions d'exercice professionnel...

Le CN FMCH devra compléter la liste des critères et leur affecter un coefficient de pondération.

c) Destinataires des thèmes de formation : l'interface avec la mise en œuvre des formations

c1 La formation continue concernant l'actualisation des connaissances médicales dans les diverses disciplines médicales (domaine du "savoir") relève de la compétence du CN FMCH. Toutefois, le CN FMCH ne peut jouer un rôle qu'en collaboration avec les **Collèges nationaux professionnels**. La Fédération des Collèges Nationaux Professionnels (ex-FSM : fédération des spécialités médicales) est un organisme compétent pour les orientations nationales de santé. Les collèges sont historiquement très impliqués dans l'actualisation des connaissances médicales de leur spécialité.

Les Collèges (ou leur fédération) ont un rôle à jouer auprès du CN FMCH dans :

- la réalisation d'enquêtes de besoins de formation (adressage des questionnaires, synthèse des réponses...);
- les analyses conduisant aux orientations nationales de santé et aux orientations nationales de FMC ;
- la déclinaison des thèmes de formation et leur priorisation ;
- la proposition d'agrément pour des organismes de formation sélectionnés selon le cahier des charges du CN FMCH ;
- la mise en œuvre des formations dans les diverses disciplines concernées ;
- la restitution au CN FMCH des formations réalisées et de la participation des médecins de la discipline.

Un troisième objectif consiste donc à obtenir que chaque discipline médicale s'organise en Collège National Professionnel ou, au moins, désigne un interlocuteur unique auprès du CN FMCH. Les Collèges pourront ainsi rendre un avis commun sur les priorités nationales de la formation continue et tout ce qui concerne la formation continue dans leur discipline. Le CN FMCH établit selon le texte de loi et soumet à la fédération des Collèges Nationaux Professionnels le cahier des charges d'agrément des organismes de formation afin de garantir une totale transparence de la procédure d'agrément des organismes de formation. La réflexion du groupe 1 est parvenue ici à la frontière avec le thème de travail du groupe 2. Sur la base du cahier des charges, les Collèges instruisent les dossiers d'agrément des organismes formateurs et les transmettent au CN FMCH pour vérification du respect du cahier des charges.

c2 Les **établissements publics de santé** ont l'obligation d'élaborer un plan annuel de formation du personnel médical et de mettre à la disposition des praticiens les moyens de leur formation continue. C'est au niveau des établissements que s'organisent au mieux les formations dites transversales sur des thèmes médicaux (bonne utilisation des antibiotiques, prévention des infections nosocomiales...) et les formations attachées aux domaines du "savoir faire" et du "savoir être". Les commissions FMC des établissements, par l'intermédiaire de leur directeur général et de leur président de CME, doivent donc être destinataires des orientations nationales de formation continue et des thèmes de formation définis par le CN FMCH. Les commissions doivent rendre compte au CN FMCH des formations réalisées et de la participation des praticiens des établissements.

La collaboration des CME et/ou de leur commission FMC est nécessaire à :

- l'intégration des thèmes nationaux de formation dans le plan de formation des établissements ;
- l'élaboration du rapport annuel sur la réalisation des formations et la participation des praticiens ;
- la résolution de toute difficulté au niveau des établissements entravant la réalisation des formations et la participation des praticiens ;

Un quatrième objectif consiste à améliorer le fonctionnement des commissions de CME en charge de la FMC. Une priorité du CN FMCH sera d'inciter et de faciliter la FMC des praticiens et leur participation aux formations concernant les thèmes nationaux. Les textes réglementaires existent et autorisent un bon fonctionnement de la FMC mais des obstacles persistent concernant notamment :

- l'attribution des budgets de formation aux établissements ;

- le respect des obligations des établissements en matière de fonctionnement des commissions de FMC, de plan de formation des praticiens ;
- l'utilisation des allocations financières pour la formation, le caractère contraignant et peu adapté des règles des marchés publics, de l'annualité budgétaire et des règles de remboursement des agents de la fonction publique ;
- la disponibilité réelle des praticiens, la reconnaissance des activités de FMC dans les services et/ou unités fonctionnelles.

d) Conclusion

La réalisation des interfaces avec d'une part, les organismes missionnés pour définir les orientations nationales de santé et d'autre part, les organismes compétents pour la mise en œuvre des formations est indispensable à l'action du CN FMCH. La réflexion du groupe de travail ne fait pas apparaître de difficulté insurmontable. Un délai prévisible de six à douze mois paraît nécessaire à la mise en œuvre du dispositif.

Annexe : dans l'attente des thèmes nationaux quinquennaux définis par le CN FMCH dans le respect des objectifs décrits ci-dessus, les orientations nationales et thèmes de formation cités dans la circulaire DHOS/P2 n°253 du 3 juin 2004 peuvent être considérés favorablement.

Les orientations nationales donnant lieu à thèmes prioritaires, issues de la circulaire citée ci-dessus sont :

1- dans le cadre d'un programme pluriannuel

- le plan cancer,
- la qualité et la continuité des prises en charge (soins palliatifs, douleur),
- l'éducation sanitaire et la prévention ciblées sur les pathologies VIH/VHQ et la dénutrition,
- l'accompagnement de la réforme des établissements accueillant des personnes âgées (Alzheimer),
- la place et le rôle de l'utilisateur dans les ETS,
- le programme de lutte contre les infections nosocomiales et de réduction des risques sanitaires,
- la prévention et l'évaluation des risques professionnels,
- l'amélioration des conditions de vie au travail,
- l'accueil et la prise en charge des agents en situation de handicap,
- l'accueil des personnes en situation d'exclusion,
- l'intervention face à une crise suicidaire (ciblée sur le milieu carcéral),

2- dans le cadre de nouveaux axes pour 2005

- la prévention et prise en charge des pathologies liées aux excès de grand froid et de chaleur
- l'accompagnement de la réforme de la tarification à l'activité
- les politiques de réseau et la coordination ville-hôpital
- les nouvelles missions de l'hôpital local,
- les groupements de coopération sanitaires,
- la consolidation et l'intégration des savoirs et pratiques pour l'exercice infirmier en psychiatrie,
- le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière,
- l'organisation interne de l'hôpital

B. Groupe 2/ Agrément des organismes de formation

1. Les participants du groupe de travail

Sous la coordination de Mme GARRET-GLOANEC : M. BARRIER , Mme BOCHER, M. CABARET, M. DEBRU, M. DESTEE, Mme FRUTOSO, Mme HUICHARD, M. PELLAT, M. ROULEAU, M. SADO.

2. Rappel des textes

Décret n° 2003-1077 du 14 novembre 2003 relatif aux conseils nationaux et au comité de coordination de la formation médicale continue - Article 3 :

« I. - Les conseils agrément pour cinq ans, sur leur demande, les organismes de droit public ou privé à caractère lucratif ou non qui organisent des actions de formation médicale continue.

L'agrément ne peut être délivré qu'aux organismes dont la déclaration d'activité mentionnée à l'article L. 920-4 du code du travail a été enregistrée auprès du préfet de région.

Il 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 en compte les critères suivants :

- qualité scientifique et pédagogique des programmes proposés ;
- transparence des financements ;
- 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 ;
- respect des orientations nationales définies par le conseil national ;
- acceptation du principe d'une évaluation externe du fonctionnement de l'organisme de formation et de la qualité des formations.

II. - L'agrément de l'organisme qui délivre une formation est renouvelable pour la même durée, à la demande de l'organisme et selon les mêmes critères. Le renouvellement est subordonné à la transmission annuelle au conseil national compétent d'un rapport dressant un bilan pédagogique et financier de l'activité de l'organisme agréé. Ce bilan indique notamment le nombre de médecins accueillis et le nombre de formations dispensées, en précisant leur nature, leur niveau, leur durée et leurs domaines d'intervention.

III. - L'agrément peut être retiré ou suspendu par le conseil lorsque la personne morale agréée cesse de satisfaire aux conditions prévues par le présent article ou n'a pas transmis le bilan mentionné ci-dessus.

Lorsque le conseil envisage de suspendre ou de retirer l'agrément, il informe l'organisme de son intention en indiquant les motifs de la décision envisagée. L'organisme dispose d'un délai d'un mois à compter de la date à laquelle il a été informé par lettre recommandée avec accusé de réception pour présenter ses observations.

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.

IV. - Les conseils transmettent au comité de coordination la liste des organismes de formation agréés et leurs programmes de formation. »

3. Les travaux du groupe

DOSSIER DE DEMANDE D'AGREMENT DES ORGANISMES DE FORMATION

Préambule

La demande d'agrément relève d'une démarche de qualité ; elle correspond à un engagement d'amélioration continue de la qualité comportant une acceptation d'évaluation externe.

Tout organisme demandant un agrément aura, au préalable, reçu l'aval légal exigé pour les organismes de formation et en particulier un numéro de formation avec déclaration à la préfecture.

Pour entrer dans cette démarche qualité, l'organisme aura à remplir le cahier des charges et s'engagera à respecter les termes de la Charte qui y figure.

Modalités d'examen des dossiers

Tout dossier rempli par un organisme et déposé auprès du CN FMCH est étudié par deux rapporteurs, membres du Conseil, n'ayant aucun conflit d'intérêt avec l'organisme en question. Le dossier est présenté en séance plénière par les rapporteurs, il est validé s'il y a concordance de vue entre les deux rapporteurs, sinon il est mis au vote à la majorité.

L'agrément peut être donné sous forme d'une réponse de garantie totale ou partielle à un engagement dans la procédure de qualité. Si la garantie est partielle, les réserves sont explicitées avec demande d'amélioration de certains points. Si la garantie n'est pas reconnue, l'agrément est refusé et argumenté, elle ne permet pas de représentation du dossier avant un an.

Dossier d'agrément

- 1- L'organisme fournit les preuves de son activité en tant qu'organisme de formation : déclaration d'activité et numéro d'enregistrement ou récépissé de dépôt de la demande.
- 2- L'organisme de formation a des procédures internes permettant d'assurer la qualité scientifique et pédagogique des formations :
 - une structure de type conseil scientifique ou pédagogique avec sa composition,
 - un fonctionnement régulier,
 - un bilan,
 - une déclaration de conflit d'intérêt des membres responsables.
- 3- Pour assurer ces formations, l'organisme prend en compte les orientations suivantes données par le CN FMCH :
 - les besoins de formation du public cible ont été analysés en tenant compte de la nécessaire actualisation des compétences des professionnels concernés et des besoins de la population qui est prise en charge dans ce cadre.
 - Comment les besoins de formation sont-ils identifiés ?

- Comment la population concernée par la prise en charge est définie ?
- les objectifs de formation définis a priori sont en adéquation avec l'analyse des besoins et tiennent compte d'une utilisation optimale des moyens.
 - Comment les objectifs sont-ils formulés ?
 - Sont-ils en concordance avec les besoins ?
 - Sont-ils communiqués aux intervenants ?
 - Aux participants ?
 - Sont-ils facilement évaluables ?
- les méthodes et les moyens pédagogiques sont définis en adéquation avec les objectifs prédéfinis.
 - Quelles sont les méthodes utilisées ? Description des choix
 - Comment procédez-vous au choix des formateurs ?
 - Comment procédez-vous à l'évaluation des formateurs ?
- un système d'évaluation de l'atteinte des objectifs de formation a été mis en place.
 - Quelles sont vos procédures d'évaluation ?
 - Les résultats sont-ils régulièrement analysés ?
 - En tirez-vous des conséquences pour les formations ultérieures ?
- la structure propose la valeur du crédit correspondant à la formation.
 - Ce crédit tient compte du barème établi par le CN FMCH.

4- La transparence des financements.

Ce point nécessite une différenciation entre le financeur (total ou partiel) et le maître d'œuvre (l'organisation professionnelle ou l'association scientifique par exemple).

Le financeur respecte des principes d'indépendance du maître d'œuvre. Il s'engage par délégation à ne pas intervenir dans les choix du maître d'œuvre. L'indépendance porte sur le choix des thèmes (respectant les critères de qualité précités), la population cible, le choix des intervenants (avec déclaration des conflits d'intérêt), l'évaluation. Le bilan financier est transmis.

5- L'organisme s'engage à l'absence de toute promotion en faveur d'un produit de santé et à l'utilisation de la dénomination commune des médicaments.

6- L'organisme accepte le principe d'une évaluation externe (modalité d'audit).

CHARTRE

Toute organisation professionnelle dans le champ de la Formation Médicale Continue doit s'engager dans une démarche qualité.

Au sein de chaque organisme, il existe au moins une structure garante de la cohérence des dimensions scientifique, pédagogique et technique qui assure l'éthique des formations utilisant tous les moyens pédagogiques pour y parvenir dont l'information. Les travaux de cette structure sont explicités par des écrits et par des justificatifs.

Pour la planification des programmes de Formation Médicale Continue, l'organisation respecte les procédures suivantes :

1°- Analyser les besoins de formation des professionnels de santé concernés en tenant compte de l'actualisation des compétences et des besoins de la population qui est prise en charge.

2°- Définir a priori des objectifs de formation correspondant, autant que nécessaire, à l'analyse des besoins et considérant les notions d'économie de santé.

3°- Développer des méthodes et moyens pédagogiques en adéquation avec les objectifs prédéfinis.

4°- Mettre en place un système d'évaluation de l'atteinte des objectifs prédéfinis.

Il s'agit pour cette structure de proposer la valeur du crédit correspondant à cette formation.

Les étapes ainsi décrites pour chaque activité reconnue comme une session de formation ont un fondement scientifique ; elles évitent toute promotion commerciale, tout dogmatisme et tout prosélytisme.

C. Groupe 3/ Procédures d'évaluation : définition des critères

1. Les participants du groupe de travail

Sous la coordination de M. DOMERGUE : Mrs BACHET, DEGOS, ETIENNE, PINON, RAUCOULES-AIME.

2. L'évolution des textes réglementaires

Une évolution de la réglementation pendant l'été 2004 oblige à repenser le problème de l'évaluation, limité dans un premier temps à valider les acquis d'une FMC :

- La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique introduit dans le code de la santé publique article 4133-1 à 4133-4 définition de la formation continue obligatoire avec amélioration de la qualité de soins, installation des conseils nationaux et des conseils régionaux
- La loi du 13 Août 2004 relative à l'assurance maladie dans ses articles 14, 15 et 16 :
 - l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles constitue une obligation pour tous les médecins sous peine de sanctions ;
 - création d'un observatoire des risques médicaux (sinistralité) ;
 - mission de la Haute autorité de santé pour recueillir auprès des médecins les événements indésirables et d'établir les référentiels pour l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle.
- La version 2 du manuel d'accréditation de l'ANAES dans ses références 44, 45 et 46 :
 - la référence 44 a trait à l'efficacité et conduit les établissements et les équipes à évaluer la pertinence des actes et soins réalisés ;
 - la référence 45 traite des modalités d'évaluation des risques mises en œuvre par les différents secteurs d'activité cliniques et médico-techniques ;
 - la référence 46 prévoit la mise en œuvre de projets d'amélioration sur deux à trois pathologies ou problèmes de santé principaux, par type de prise en charge.

Le problème de l'évaluation se pose donc d'une manière différente avec l'intégration nécessaire de l'EPP comme outil d'évaluation à relier aux formations suivies par le praticien. Alors que le travail par le groupe, ci dessous, a porté sur les critères d'agrément des organismes évaluateurs, il doit nécessairement être revu.

3. La synthèse des travaux

Qui ?

Tout organisme qui en fait la demande et répond à l'objet de l'appel d'offre.

- L'organisme doit se prévaloir d'une expérience dans le domaine de l'évaluation ou au moins présenter un référentiel dans ce domaine et être reconnu.
- L'organisme doit être composé majoritairement de praticiens hospitaliers.
- Le même organisme ne peut pour la même action organiser la formation et être l'évaluateur de la formation.
- L'organisme évaluateur ne peut avoir de prise d'intérêt avec l'action de formation.

Quoi ?

Pour être agréé, l'organisme évaluateur doit présenter :

- le champ et les critères de l'évaluation utilisée ;
- l'adaptation de la formation au public à former ;
- la méthode utilisée pour l'évaluation de l'individu (EPP ?) ;
- la méthode d'évaluation : mise en rapport de l'utilité de la formation avec le projet médical de l'hôpital.

Comment ?

- Utilisation de l'évaluation des pratiques professionnelles ;
- Présentation de son mode de financement (indépendance, transparence) ;
- Participation à une démarche d'assurance qualité et acceptation d'un audit éventuel du CN FMCH.

V – L'évolution de la problématique de la FMC : l'impact des lois relatives à l'assurance maladie et à la politique de santé publique

A. Les nouveaux dispositifs législatifs

Adoptées pendant l'été 2004, les deux lois relatives à l'assurance maladie (loi du 13 août) et à la politique de santé publique (loi du 9 août) ont modifié en partie les règles applicables à la FMC.

Les nouvelles dispositions législatives apportent des précisions et des modifications à quatre articles du code de la Santé publique (articles L4133-1, L4133-2, L4133-3, et L4133-4) et y introduit un nouvel article (L4133-1-1) sur l'évaluation des pratiques professionnelles.

Plus précisément, ces mesures portent sur :

- l'objectif et l'obligation de FMC (pour l'article L4133-1) ;
- l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles (L4133-1-1) ;
- les missions des Conseils nationaux de la FMC par rapport aux Conseils régionaux (L4133-2) ;
- la composition des Conseils nationaux et le rôle du Comité de coordination (L4133-3) ;
- les missions des Conseils régionaux de la FMC (L4133-4).

1. L'objectif et l'obligation de FMC (article L4133-1 du code de la Santé publique)

S'agissant de l'objectif de la FMC, les nouvelles dispositions législatives ajoutent « *l'amélioration de la qualité des soins et du mieux être des patients, notamment dans le domaine de la prévention* » au perfectionnement des connaissances et à l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé publique.

Elles précisent également que la FMC « *constitue une obligation pour les médecins exerçant à titre libéral, les médecins salariés non hospitaliers, ainsi que pour les personnels mentionnés à l'article L6155-1 [les praticiens hospitaliers].* »

Enfin, ces mesures modifient en partie la manière de satisfaire à l'obligation : « *Les professionnels de santé [...] sont tenus de transmettre au conseil régional de la formation médicale continue [...] les éléments justifiant de leur participation à des actions de formation agréées, à des programmes d'évaluation réalisés par un organisme agréé, ou attestant qu'ils satisfont, à raison de la nature de leur activité, au respect de cette obligation.* »

2. L'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles (L4133-1-1)

Cette obligation est introduite dans le chapitre relatif à la FMC dans les termes suivants : « *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 L6155-1 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 L1414-3-1 ou à un des dispositifs agréés dans des conditions fixées par décret.

Le non-respect par un médecin de l'obligation lui incombant au titre du présent article l'expose aux sanctions prévues par les articles L145-1 et suivants du code de la sécurité sociale. Préalablement au dépôt de la requête, le médecin est informé des faits qui lui sont reprochés. A compter de cette notification, le médecin dispose d'un délai d'un mois pour faire connaître ses observations et pour s'engager à participer à une action d'évaluation et d'amélioration de la qualité de sa pratique professionnelle dans un délai de six mois. Les poursuites sont suspendues et, le cas échéant, abandonnées s'il est constaté que le médecin a respecté son engagement.

Un décret fixe les modalités d'application du présent article. »

3. Les missions des Conseils nationaux de la FMC par rapport aux Conseils régionaux (L4133-2)

Cinq missions sont attribuées aux Conseils nationaux et énumérées à l'article L4133-2 du code de la Santé publique. Les Conseils nationaux sont ainsi chargés :

« 1° *De fixer les orientations nationales de la formation médicale continue ;*

2° *D'agréer les organismes formateurs, notamment sur la base des programmes proposés ;*

3° *D'agréer, après avis de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, les organismes aptes à effectuer les procédures d'évaluation visées à l'article L4133-1 ;*

4° *D'évaluer la formation médicale continue ;*

5° *De donner un avis au ministre chargé de la santé sur toutes les questions concernant la formation médicale continue. »*

Dans la nouvelle rédaction de l'article, la quatrième mission des Conseils nationaux est remplacée : ils ne sont plus chargés d'évaluer la formation médicale continue, mais « *de fixer les règles que suivent les conseils régionaux pour valider le respect de l'obligation de formation médicale continue. Ces règles sont homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé* ».

Cette nouvelle disposition fixe la répartition des rôles entre Conseils nationaux et Conseils régionaux : les premiers déterminent les règles permettant à tout médecin de satisfaire son obligation de FMC, les derniers appliquent ces règles aux dossiers individuels qui sont soumis à leur contrôle pour évaluer la satisfaction de chaque médecin à l'obligation de FMC qui lui incombe.

4. La composition des Conseils nationaux et le rôle du Comité de coordination (L4133-3)

Dans sa nouvelle rédaction, l'article L4133-3 prévoit un membre supplémentaire dans la composition des Conseils nationaux de la FMC : il s'agit du représentant du service de santé des armées.

Par ailleurs, il énonce que le Comité de coordination « [...] *est chargé d'assurer la cohérence des missions des conseils nationaux [...]* » et que – outre les représentants du ministre chargé de la Santé – le Comité comporte des représentants du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

5. Les missions des Conseils régionaux de la FMC (L4133-4)

Trois missions sont attribuées aux Conseils régionaux. Ceux-ci sont chargés :

« 1° De déterminer les orientations régionales de la formation médicale continue en cohérence avec celles fixées au plan national ;

2° De valider, tous les cinq ans, le respect de l'obligation de formation définie à l'article L4133-1 ;

3° De procéder à une conciliation en cas de manquement à l'obligation de formation continue définie à l'article L4133-1 et de saisir, en cas d'échec de cette conciliation, la chambre disciplinaire de l'ordre des médecins. »

La nouvelle version du texte modifie la troisième mission, en supprimant la procédure de conciliation prévue en cas de non respect de l'obligation de formation continue. Au lieu de procéder à une conciliation, les Conseils régionaux sont chargés *« de formuler des observations et des recommandations en cas de non respect de cette obligation. »*

Le texte précise également que *« pour les missions mentionnées au 2° et 3°, le conseil régional peut déléguer ses pouvoirs à des sections constituées en son sein et qui se prononcent en son nom »*, ce qui devrait permettre un fonctionnement plus efficace et opérationnel des Conseils régionaux face au nombre de dossiers individuels à examiner.

B. Evaluation des pratiques professionnelles et formation médicale continue : la position du CN FMCH

Les deux lois relatives à la politique de santé publique (loi du 9 août) et à l'assurance maladie (loi du 13 août) ont modifié en partie la problématique de la FMC.

La FMC a été consacrée – et ses règles antérieures en partie modifiées – par la loi de santé publique (cf. supra). Démarche volontaire à l'origine, l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a été rendue obligatoire par la réforme de l'assurance maladie (article L4133-1-1 du code de la Santé publique).

1. L'obligation nouvelle d'EPP

a) Les objectifs de l'EPP

L'objectif direct de l'EPP est d'améliorer les procédures de diagnostic, de soins et de prévention. Ces points sont habituellement contenus dans les recommandations de l'ANAES (devenue la Haute autorité de santé).

L'EPP poursuit également des objectifs indirects. S'il ne fait aucun doute que l'intérêt du médecin pour son patient est unique, il peut être amené à utiliser des méthodes plus « intuitives » que les recommandations classiques.

Se pencher sur sa propre pratique permet de se remettre en question et de vérifier la conformité de ses actes aux normes scientifiques actuelles. Dans un premier temps, cela reste irritant pour le médecin mais la sécurité gagnée en appliquant les normes, les règles, est rapidement perceptible.

Dans un premier temps, quelques pratiques pourraient être dégagées. Dans un second temps, les recommandations devraient être plus généralisées, en tenant compte de la capacité de mémorisation (actuelle) mais aussi des nouvelles technologies de l'information (futures) qui permettraient de vérifier lors de la rédaction de la demande d'examens complémentaires, ou de la prescription médicamenteuse, leur plus grande utilité et les contre-indications éventuelles.

Les processus à établir doivent tenir compte de leur acceptabilité par les professionnels de santé, et passer par le développement d'une culture d'EPP et d'une utilisation fréquente, de façon à garantir à terme une homogénéité des pratiques dans chaque discipline et spécialité pour les pathologies caractéristiques et bien encadrées.

b) Les règles juridiques applicables à l'EPP

Pour les médecins exerçant à titre libéral, le texte de référence était jusqu'à présent le décret du 28 décembre 1999. Il prévoit :

- le contrôle du dispositif par les URML ;
- l'aide directe d'un médecin habilité garant d'un bon fonctionnement du groupe ;
- le matériel utilisé pour mener l'EPP, à savoir l'analyse des dossiers ou de cas cliniques ;
- la référence méthodologique, à savoir les documents de l'ANAES.

Pour les praticiens hospitaliers, les textes de référence seront :

- la version n°2 du manuel d'accréditation (certification) des établissements de santé de l'ANAES,
- l'article L4135-1 du code de la santé publique relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales en établissement de santé (inséré par la loi du 13 août 2004, article 16),
- le décret à venir sur l'EPP, dont la publication est attendue pour début 2005.

c) Les principes généraux guidant l'EPP

- L'utilisation des données de la science. Habituellement, les recommandations sont formulées par l'ANAES (Haute autorité de santé) ; en cas de pathologies exceptionnelles n'ayant pas de référence, la bibliographie internationale peut être utilisée.
- La validation de la démarche par un professionnel extérieur au groupe (les règles générales doivent être établies par l'ANAES)
- La formation des médecins à l'EPP par l'ANAES (ce qui est assez comparable à la formation reçue par les experts-visiteurs de l'ANAES pour la procédure de certification des établissements de santé)
- L'appui possible des services de santé publique ou des unités de recherche clinique pour la méthodologie
- La création d'indicateurs, fondamentaux pour suivre l'évolution de l'amélioration des pratiques professionnelles
- La restitution, par les CME pour les hôpitaux et par les URML pour les médecins libéraux ?

d) Les acteurs pouvant proposer des thèmes d'EPP

- Les sociétés savantes, au cœur des débats scientifiques les plus actuels
- La Haute autorité de santé, par ses recommandations basées sur une méthodologie rigoureuse
- L'Assurance maladie (au sens large), puisqu'elle peut être amenée à apprécier individuellement ou collectivement des pratiques en matière de prescription
- Les professionnels eux-mêmes (libéraux et hospitaliers), pour prendre en compte une organisation des soins optimale, associant à la fois l'efficacité (sécurité, rapidité, conseils, ...) et l'efficience
- Les URML, pour les médecins libéraux
- Les CME, pour les praticiens hospitaliers

2. Une obligation de FMC intégrant l'EPP

L'EPP doit faire partie intégrante du champ de la FMC. Cette résolution a été adoptée à l'unanimité par les membres du CN FMCH, lors de la séance plénière du 10 septembre 2004. Cette position a été confortée par les déclarations du ministre de la Santé.

L'EPP sera réalisée sous l'autorité des pairs.

Le ministre de la Santé a affirmé la caractère indissociable des obligations de FMC et d'EPP, en déclarant que la FMC et l'EPP étaient « deux dispositifs complémentaires d'une seule et même obligation » (Le quotidien du médecin, 6 octobre 2004). FMC et EPP sont ainsi les

deux axes d'une même démarche obligatoire plus large, qui s'inscrit dans le cadre de la politique de qualité du système de santé mise en œuvre par le ministère de la Santé.

Deux éléments militent en faveur d'une obligation commune :

- la cohérence d'ensemble du système. La FMC concerne l'acquisition et le perfectionnement des connaissances, notamment médicales. L'EPP démontre que l'application de ces connaissances est effective : les médecins « savent » et « savent faire ». Dissocier les savoirs/connaissances de la mise en pratique serait un non-sens. La compétence du praticien résulte conjointement des deux dimensions, et ce sont ces deux dimensions associées qui aboutissent *in fine* à la qualité des soins et de la prise en charge des patients.
- la création de deux dispositifs différents, auxquels devrait se soumettre un même médecin, entraînerait des coûts supplémentaires, inutiles et inefficaces.

FMC et EPP doivent donc être envisagées en synergie, dans le cadre d'une même obligation, garante d'une véritable amélioration des pratiques et de la qualité des soins au service du patient.

C. Perfectionnement des connaissances et formation médicale continue : la position du CN FMCH

L'un des groupes de travail du CN FMCH, le groupe « Orientations nationales de la FMC : définition des thèmes prioritaires de formation », a envisagé cette question sous une forme méthodologique.

La création du questionnaire individuel a permis un large débat sur les thèmes pouvant être retenus dans le cadre de l'acquisition des connaissances, mais aussi sur le champ pouvant être envisagé pour la FMC (cf. infra, partie VI).

1. Les thèmes de perfectionnement des connaissances

a) les connaissances « médicales » (au sens large), concernant tous les modes d'exercice, dans le cadre d'une activité professionnelle tournée directement ou indirectement vers le patient. Ces connaissances recouvrent la spécialité d'exercice, la sous-spécialité, et les connaissances d'autres disciplines directement utilisables dans son exercice. Sont envisagés plusieurs éléments : l'évolution technique et conceptuelle de la science médicale, son application dans la pratique, son utilisation par des méthodes rigoureuses ou recommandations, jusqu'au suivi (cf. supra, partie V – B). Le développement de protocoles est à la frontière entre FMC et EPP.

b) les connaissances portant sur l'environnement hospitalier :

- gestion et administration de l'hôpital,
- gestion des risques, qualité des soins, sécurité sanitaire, hygiène,
- approche transversale des soins dans l'établissement de santé,
- organisation des soins,
- santé publique au sens large,
- extra-hospitalier (participation à des réseaux...).

c) les connaissances connexes : le développement professionnel et personnel

- bureautique et informatique,
- langues étrangères,
- techniques de communication (relationnel et savoir être, à la fois avec le patient et avec l'équipe),
- méthodes d'organisation.

Cette liste non limitative doit correspondre à un besoin réel du praticien hospitalier, c'est-à-dire à son activité au sein de l'établissement.

2. Des thématiques favorisant le cœur de métier

L'adaptation des connaissances doit d'abord servir la pratique, ou l'évolution de la pratique (l'évolution d'un poste ou des fonctions hospitalières). Idéalement, un bilan de compétence devrait être réalisé au préalable et le différentiel entre connaissances nécessaires et connaissances réelles progressivement réduit, avec évaluation des pratiques.

En conclusion, perfectionnement des connaissances et évaluation des pratiques professionnelles font partie intégrante de la formation médicale continue.

VI – Les perspectives et les conclusions du CN FMCH

A. La satisfaction de l'obligation de FMC : crédits, plan individuel de formation et EPP

Pour satisfaire son obligation de FMC, chaque praticien hospitalier doit, tous les cinq ans, remplir trois conditions complémentaires auprès du Conseil (ou de la commission) régional(e) dont il dépend géographiquement.

Ces trois conditions sont :

- l'obtention d'un total de 250 crédits sur cinq ans, calculé par le Conseil (ou la commission) régional(e) sur la base d'un barème conçu par le CN FMCH ;
- la présentation au Conseil (ou à la commission) régional(e) d'un plan individuel de formation pour les cinq années à venir. Ce plan donne lieu à l'attribution de 5 crédits par an dans le cadre du barème ;
- la réalisation de démarches d'EPP.

Le système de crédits de FMC prévu par le barème du CN FMCH permet d'apprécier avec objectivité l'effort de formation déployé par le praticien sur les cinq années passées (cf. infra, partie VI – B). Il permet de faire un bilan des actions suivies.

En regard du système de crédits, **le plan individuel de formation** apporte une vision complémentaire et qualitative de la formation continue du praticien. D'une part, il permet d'apprécier qualitativement les actions envisagées par le praticien au regard notamment de ses besoins de formation, des besoins de son établissement et des priorités de santé publique fixées au niveau national. D'autre part, il peut être mis en perspective avec les actions effectivement réalisées au terme des cinq ans et retracées dans le barème.

Ce plan peut prendre la forme d'un texte court et synthétique, annexé au dossier que le praticien soumet à l'examen du Conseil (ou de la commission) régional(e) de la FMC.

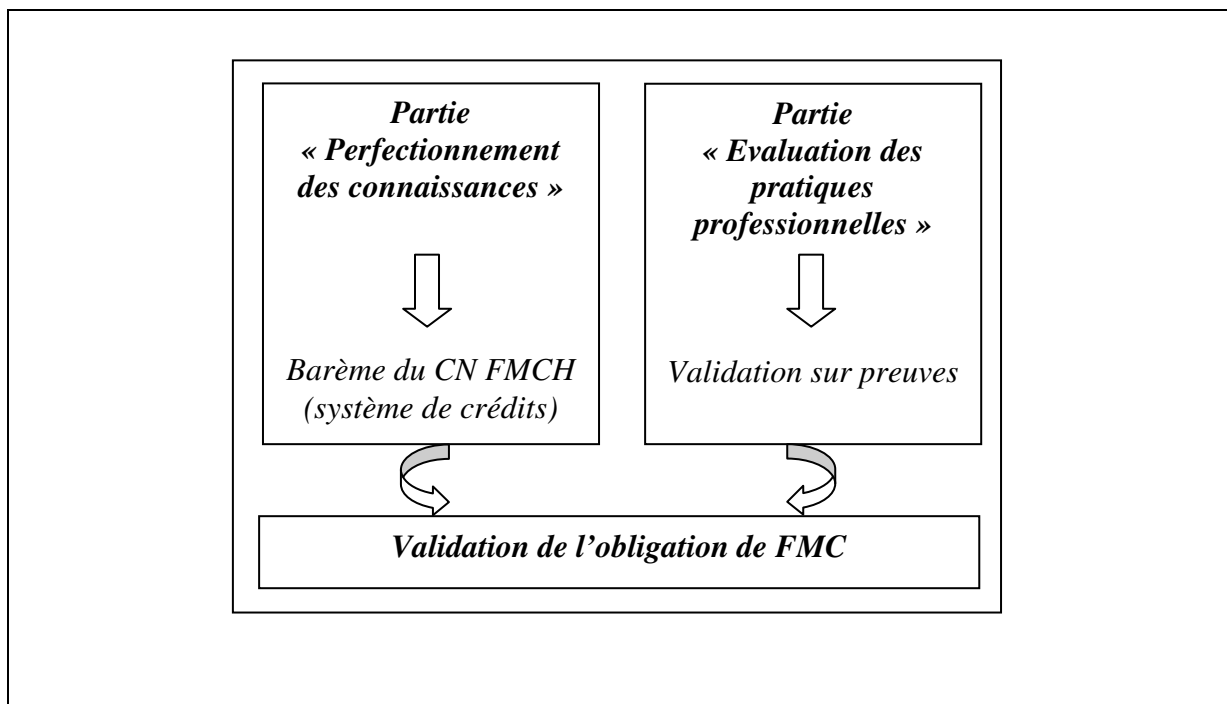
Dans ce texte, le praticien expose :

- ses besoins de formation,
- sa stratégie de formation,
- les actions qu'il souhaite engager,
- mais également les contraintes auxquelles il peut être confronté pour suivre ces actions (en particulier le temps disponible pour se former, la possibilité d'être remplacé pendant les actions de formation, et les moyens mis à sa disposition par l'établissement dont il dépend).

Le plan individuel de formation peut être évolutif pour tenir compte d'éléments imprévus (éléments scientifiques, carrière, ...).

L'association du plan individuel de formation au système de crédits de FMC s'inscrit dans une démarche cohérente, dynamique et prospective, qui rompt avec une approche strictement quantitative de la formation. La satisfaction de l'obligation de FMC ne repose pas seulement sur le décompte du temps consacré à la formation, mais intègre la stratégie développée par chaque praticien pour construire son parcours de formation et, plus généralement, pour entretenir et perfectionner ses connaissances et sa pratique professionnelle.

La troisième condition nécessaire pour valider l'obligation de FMC concerne **l'évaluation des pratiques professionnelles** – l'engagement dans une démarche qualité par l'évaluation des pratiques et/ou des compétences grâce à la méthodologie validée par la Haute autorité de santé : bilan professionnel, EPP, audit de pratiques, analyse démarche décisionnelle, groupes d'échanges de pratiques, groupes qualité, groupes de pairs..., bilan de compétences (qui prendrait une place importante dans l'avenir)...



Encadré : la validation de l'obligation de FMC

B. Le barème du CN FMCH

1. Objectifs

La construction d'un barème permet d'apprécier, avec transparence et homogénéité, la réalité de la formation continue effectuée par un praticien, qu'il s'agisse d'un médecin, d'un biologiste, d'un pharmacien ou d'un odontologiste exerçant à l'hôpital.

Il s'agit donc d'une aide indispensable à un Conseil (ou une commission) régional(e), chargé(e) de déterminer la validité de la formation continue d'un praticien hospitalier.

La grille déterminée par notre Conseil doit satisfaire à la fois trois conditions générales :

- tenir compte des spécificités de l'exercice hospitalier ;
- être également proche des propositions des deux autres Conseils, de façon à conserver l'unité des médecins ;
- pouvoir évoluer dans le temps (à moyen terme) pour suivre les contraintes de l'exercice professionnel.

2. Principes

Le barème doit être :

- représentatif des activités de formation continue ;
- conforme aux principes retenus dans la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et des textes d'application réglementaires ;
- pondéré selon que les activités de formation continue présentent à la fois une forte valeur ajoutée, une contrainte importante, et des mécanismes d'évaluation de la formation ;
- clair et facile à remplir ;
- capable d'évoluer pour tenir compte éventuellement de thèmes prioritaires ou de modifications réglementaires.

L'application de ces différentes qualités permet d'obtenir un barème à la fois pragmatique et évolutif, selon la pratique hospitalière et l'aspect réglementaire.

3. Champ

a) La modification du champ

Le champ était assez clair au moment de la mise en place du CN FMCH mais, depuis, plusieurs éléments particulièrement importants sont apparus : les textes législatifs et réglementaires, la nouvelle version de l'accréditation notamment.

b) Synthèse

1) les domaines habituellement traités par la FMC et retenus par le barème

- l'amélioration des connaissances médicales
 - dans sa pratique habituelle, spécialisée voire hyper-spécialisée
 - dans la pratique de sa spécialité, qui peut être plus large que le domaine d'activité du praticien
 - hors du champ de la spécialité, mais qui peuvent se révéler complémentaires ou indispensables
- l'apport des pratiques de santé publique
- les connaissances d'organisation, de fonctionnement, de gestion de l'hôpital et du système hospitalier, en particulier pour les responsables d'unité, de service, de département ou de pôle médical
- la pratique de la recherche clinique
- le développement personnel envisagé de façon large (bureautique, informatique, anglais, rédaction médicale, communication...) doit correspondre à une aide dans l'acquisition des connaissances, dans la transmission du savoir qui permet de clarifier sa propre pratique, ou même dans sa pratique professionnelle.
- Les connaissances nouvelles nécessaires dans la bonne utilisation du système de soins liées à la protection sociale.

Tous ces domaines peuvent être traités par des congrès ou des séjours en dehors de son service, des séances de formation, des séances de révisions de dossiers (staffs), des enseignements universitaires, des actions informelles (lecture d'articles, internet...).

2) l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

La qualité va de pair avec l'évolution de sa propre pratique.

L'obsolescence des connaissances est rapide (environ 50% avant 10 ans). La connaissance de ces transformations scientifiques est essentielle mais leur application dans la pratique quotidienne doit être certaine. L'évaluation de ces bonnes pratiques professionnelles en est la preuve.

L'EPP doit tenir compte :

- de recommandations reconnues (Haute autorité de santé) ;
- d'auto-évaluations ;
- des modifications réelles des pratiques (création d'indicateurs) ;
- d'une validation externe des indicateurs d'amélioration.

La validation externe doit être envisagée, mais à travers de nombreux prismes (« certification des établissements hospitaliers », des pairs sur place, « l'accréditation des équipes », des médecins spécialistes de santé publique ou connaissant les principes d'évaluation).

La Haute autorité de santé pourra proposer des méthodologies mais deux éléments paraissent nécessaires :

- on peut envisager que – lors de l'accréditation d'une équipe – tous les individus la composant aient validé l'obligation d'EPP sous la simple condition qu'il y ait une masse critique d'exercice suffisant ;
- un praticien hospitalier n'ayant plus d'activité clinique devra satisfaire d'une autre façon son obligation d'EPP.

4) Base de calcul

La base de calcul des hospitaliers est d'emblée élaborée avec une proximité de la base retenue par le CN FMC des médecins libéraux, de façon à permettre *in fine* des situations semblables pour l'analyse des Conseils (ou commissions) régionaux(ales) de FMC. En outre, certains hospitaliers (praticiens attachés) ont en même temps un exercice libéral.

Quatre éléments sont retenus :

- a) la notion de crédit de FMC (ou « point heure »)

Chaque temps de formation est comptabilisé en « point heure », c'est-à-dire qu'une heure de formation correspond au maximum à l'acquisition d'un crédit.

Cette correspondance varie en fonction de :

- la densité de l'heure de formation ;
- l'acquisition forte ou faible de connaissances ;
- l'effort personnel ;
- la vérification possible de ces durées de formation ;
- la validation des connaissances acquises.

- b) les champs de formation

Plusieurs champs ont été définis, mais pour permettre une diversité de ces champs pour un individu sur une durée de cinq ans, il a été défini des plafonds pour chaque champ. Ainsi, la pratique d'un seul de ces champs ne permet pas de valider la FMC.

- c) le nombre de points à acquérir

Proposition de 50 crédits minimum par an, soit 250 crédits sur cinq ans. Ce total pourrait être envisagé à 60 crédits par an.

5) Barème

- a) les domaines retenus :

- formations individuelles
- formations présentielle + DU
- formation par les révisions de dossiers
- engagement dans le domaine de la recherche, de l'enseignement et recherche clinique
- actions de santé publique

- plan individuel de formation (cf. partie VI – A).

b) les commentaires :

6 modes (dont le mode 6 obligatoirement) permettent de valider l'obligation de FMC (pour la partie « perfectionnement des connaissances », l'EPP n'étant pas évaluée dans le cadre du barème).

Le mode 1 concerne les formations individuelles : lectures de revues, de livres, de journaux scientifiques... dans l'esprit des principes (cf. 2) c) 1). Dans une volonté d'ouverture, on pourra attribuer un quota de 10 ou 15 crédits maximum par an, sans que cela ne fasse l'objet d'autres contrôles que la production éventuelle des preuves des abonnements aux revues scientifiques et des achats de livres.

Le mode 2 concerne les formations présentielles : cycles de formation en journées ou en soirées, séminaires, colloques, congrès, EPU (...), mais aussi les formations diplômantes et les diplômes universitaires (...). Quota de 60 crédits pris en compte par an sur une période de 5 ans. Si contrôle de l'acquisition des connaissances : majoration du plafond de 30%.

Le mode 3 concerne la participation à des réunions de révision de dossiers, à plusieurs médecins, ou pluriprofessionnelles. Pour une présence continue, hebdomadaire ou mensuelle, un quota de 25 crédits est attribué (plafond).

Le mode 4 concerne l'engagement du praticien hospitalier dans le domaine de la formation et de la recherche : formateur en FMI (maîtrise de stage, participation régulière à l'enseignement, direction de thèse, suivi des externes et internes), formateur de FMC, coordination ou participation active et répétée à des travaux de recherche ou d'évaluation, élaboration de référentiels, publications. Un quota de 20 crédits est attribué au maximum.

Le mode 5 concerne les actions de santé publique, l'acquisition de connaissances sur les fonctionnements de l'hôpital (administratif, PMSI, T2A), les relations avec le patient (secret médical, comportement, sinistralité), les campagnes de prévention ou de dépistage, la participation à un réseau de soins ou de santé. Un quota maximum de 30 crédits / an est attribué.

Le mode 6 (obligatoire) concerne le plan individuel de formation, qui donne lieu à l'attribution de 5 crédits par an.

L'ensemble de ces modes implique d'obtenir 50 crédits avec au moins la participation à 3 modes de FMC (pour les années 2001 à 2006, cf. le point 4/ base de calcul). Il est possible d'avoir une variation annuelle sur la période, les 250 crédits n'étant comptabilisés qu'à la fin de la période prise en compte (5 ans).

Proposition de barème pour la validation de l'obligation de FMC (partie « perfectionnement des connaissances »)

50 crédits minimum par an, soit 250 crédits sur 5 ans (possibilité de 60 crédits annuels)

Critères de validation des programmes et des contenus définis par le CN FMCH.

Barème s'appliquant à toutes les disciplines. Nécessité de panacher au moins 3 modes sur les 5 ans (avec le mode 6 obligatoirement) pour valider l'obligation.

Possibilités de « bonus » en fonction de la politique définie par le CN FMCH.

Modes	Exemples de moyens	Nombre de points	Justificatifs, commentaires
Mode 1 Formations personnelles	Lecture de revues, avec ou sans test de lecture Participation à des séances de bibliographie Livres Cassettes vidéo et formations, télé-médecine Tous supports pédagogiques	10/15 crédits / an « libres » majorés de 50% si évaluation en ligne et production de ces justificatifs	La CME dispose des justificatifs des praticiens (factures et tests de lecture)
Mode 2 Formations présentielle	Cycles de formation en journées ou en soirées Participation à un groupe de formation local Séminaires, colloques et congrès DU, DIU, masters (pouvant donner lieu à la validation de points sur 2 ans)	Heures attribuées au prorata de la durée réelle de la formation sur la base de : 1 journée = 6 crédits ½ journée = 3 crédits 1 soirée = 2 crédits 60 crédits / an au maximum majorés de 30% si contrôle de l'acquisition des connaissances	Liste d'émargement + Durée de présence certifiée Attestation délivrée par une association agréée présente à des tests de validation ou contrôle (DU)
Mode 3 Participation à des staffs ou équivalents	Participation à des réunions de révision de dossiers, à plusieurs médecins, ou pluriprofessionnelles (mais aussi organisation de réflexions collectives autour des dossiers avec des médecins de plusieurs établissements)	25 crédits / an au maximum	Certification
Mode 4 Engagement dans le domaine de la formation et/ou de la recherche	Formateur en FMI (maîtrise de stage, participation régulière à l'enseignement, direction de thèse, suivi des externes et internes) Formateur de FMC Coordination ou participation active et répétée à des travaux de recherche ou d'évaluation, élaboration de référentiels, publications	20 crédits / an au maximum	Attestation délivrée par le collègue, l'association de FMC ou le groupe de recherche
Mode 5 Actions de santé publique ou santé communautaire	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	30 crédits / an	
Mode 6 (obligatoire) Plan individuel de formation	Texte court et synthétique exposant les besoins de formation du praticien, sa stratégie de formation, les actions qu'il souhaite engager, mais également les contraintes auxquelles il peut être confronté pour suivre ces actions	5 crédits / an au maximum	Document annexé au dossier soumis à l'examen du Conseil (ou commission) régional(e)

C. L'articulation entre Conseils nationaux et Conseils régionaux de la FMC

Les missions et la composition respectives des Conseils nationaux et des Conseils régionaux de la FMC sont prévues dans leurs grandes lignes aux articles L.4133-2 à L.4133-5, et L.6155-2 du code de la Santé publique.

1. Le dispositif régional prévu

a) Les missions

Au regard des dispositions législatives, la mission essentielle des Conseils nationaux consiste à élaborer les règles applicables aux médecins pour satisfaire leur obligation de FMC.

Les Conseils régionaux seront donc chargés d'appliquer ces règles à la FMC des médecins relevant de leur champ géographique.

Ils auront dans leur domaine de compétence des missions spécifiques, plus ou moins comparables aux missions attribuées aux trois Conseils nationaux :

- déterminer des orientations régionales de FMC, parallèlement aux orientations élaborées au plan national ;
- formuler des recommandations si les médecins ne satisfont pas leur obligation de FMC ;
- établir un rapport de leur activité annuelle, parallèlement au rapport que chaque Conseil national est tenu de dresser sur son activité. Les rapports des Conseils régionaux seront adressés au CN FMCH.

b) La composition des Conseils régionaux de la FMC

La composition de chaque Conseil régional est le reflet des trois Conseils nationaux.

L'article L.4133-5 prévoit ainsi que le Conseil régional « *regroupe, pour chaque région, des représentants des mêmes catégories que celles composant les conseils nationaux. Les membres de ce conseil sont nommés, sur proposition des organismes qu'ils représentent, par le représentant de l'Etat dans la région. La durée du mandat des membres du conseil régional est de cinq ans. Un président est nommé au sein de chaque conseil par le représentant de l'Etat dans la région, parmi les membres du conseil.* »

Durant sa réunion du 8 octobre, le CN FMCH s'est prononcé sur la composition de la section hospitalière du Conseil régional. Le CN FMCH souhaite que cette section comporte 7 membres, répartis de la manière suivante :

- 4 représentants pour les intersyndicales hospitalières ;
- 3 représentants pour les conférences nationales des présidents de CME (1 représentant pour les CME des Centres Hospitaliers Universitaires, 1 pour les CME des Centres Hospitaliers et 1 pour les CME des Centres Hospitaliers Spécialisés).

Durant sa réunion du 17 décembre, le CN FMCH s'est prononcé en faveur de la présence d'un 8^{ème} membre, représentant les CME des hôpitaux privés PSPH.

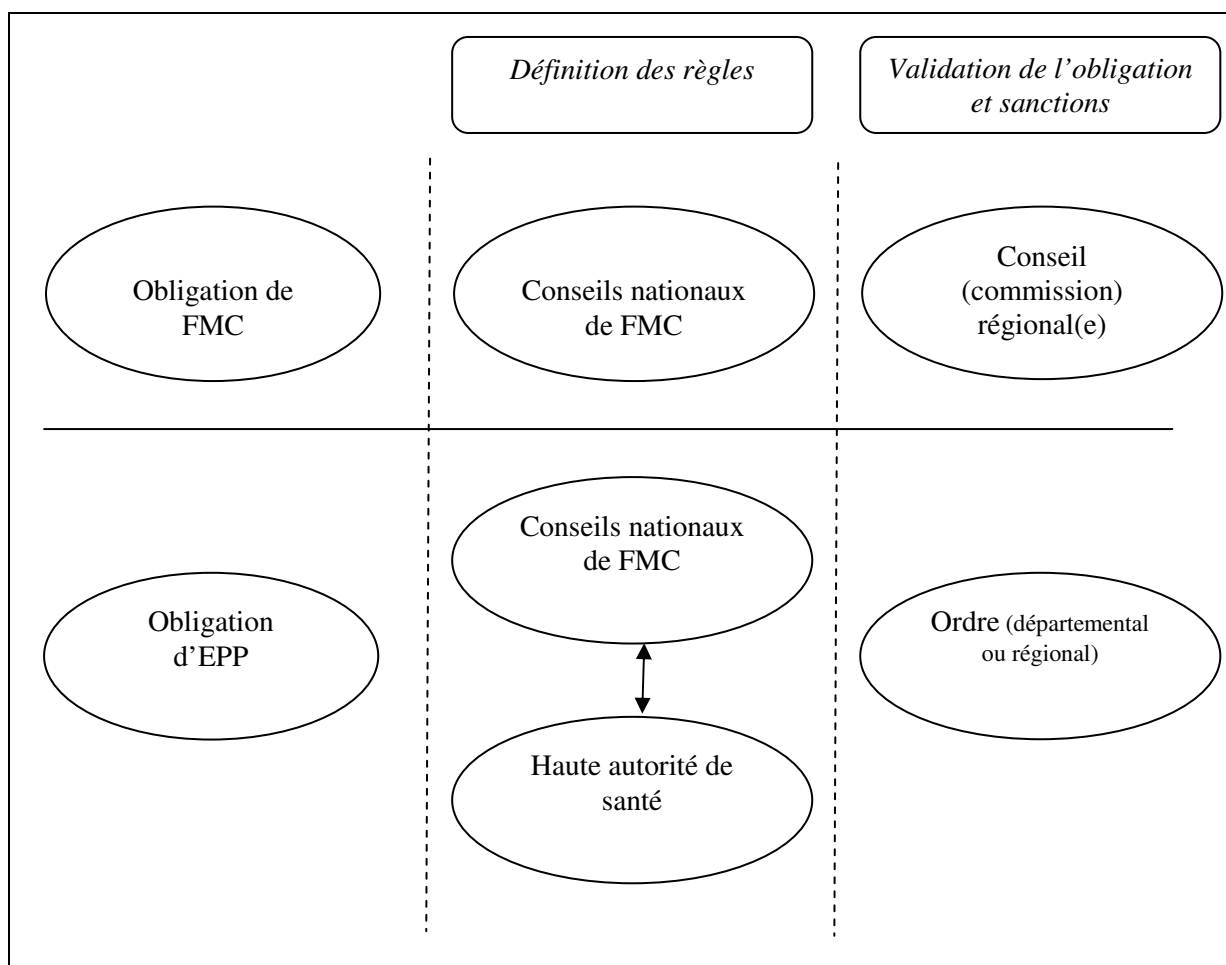
2. L'intégration de l'EPP peut entraîner des modifications dans ce dispositif.

Les deux hypothèses majeures sont :

- Deux obligations séparées de FMC et d'EPP ;
- Une obligation double, la FMC (partie « perfectionnement des connaissances ») et l'EPP devant être satisfaites simultanément mais sans compensation entre elles.

La validation des obligations de FMC (partie « perfectionnement des connaissances ») et d'EPP peut s'organiser selon les deux hypothèses suivantes.

Hypothèse 1 :

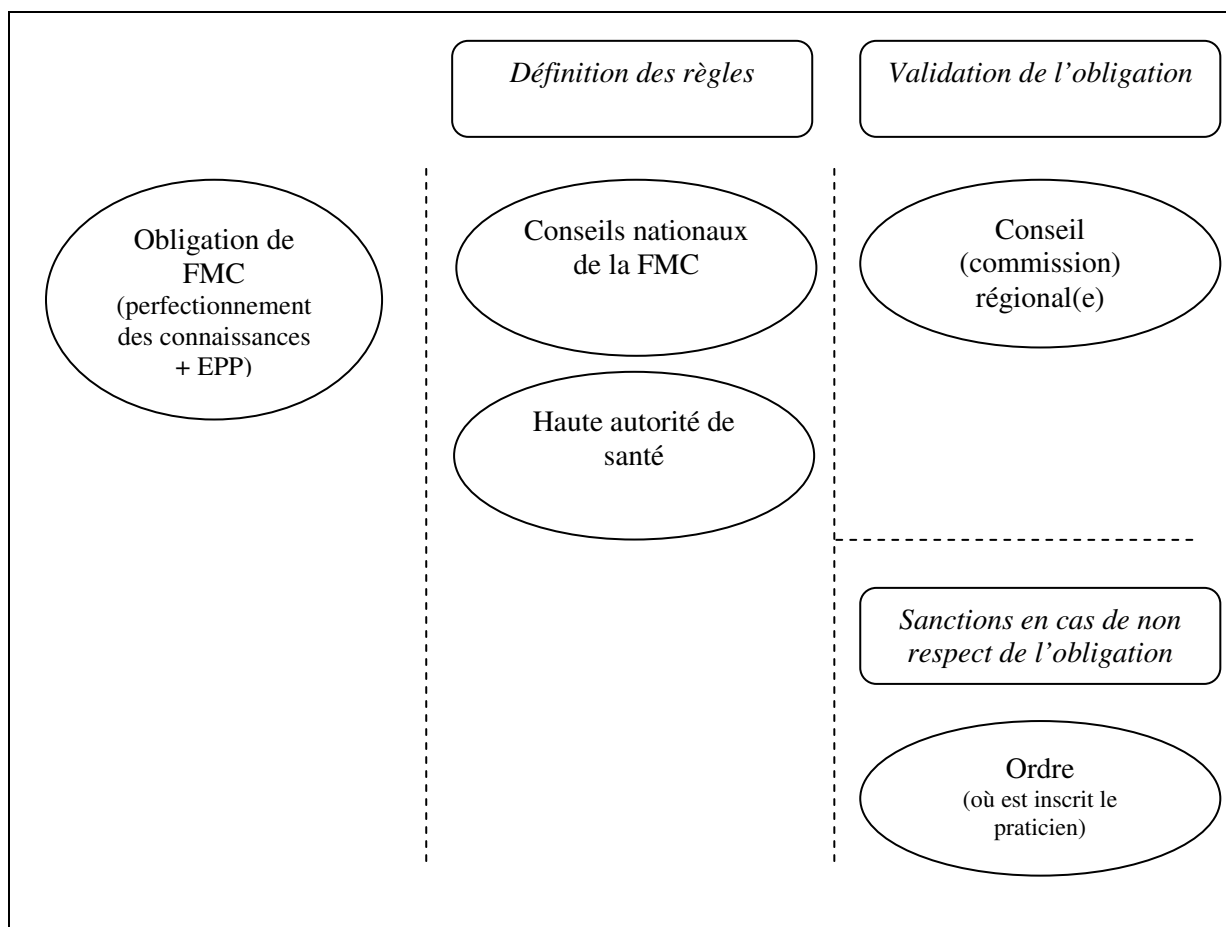


Cette hypothèse où les obligations de FMC et d'EPP sont envisagées séparément présente plusieurs inconvénients :

- la séparation de la chaîne FMC-EPP ;
- l'existence de deux structures parallèles ;
- le risque d'incompréhension des médecins devant la complexité du dispositif ;
- les personnels non-médicaux pour le CN FMCH ;
- l'efficacité et l'efficience de ce système...

Hypothèse 2 :

Cette seconde hypothèse a l'avantage d'aboutir à un système plus simple et cohérent. Cette hypothèse est défendue par le CN FMCH.

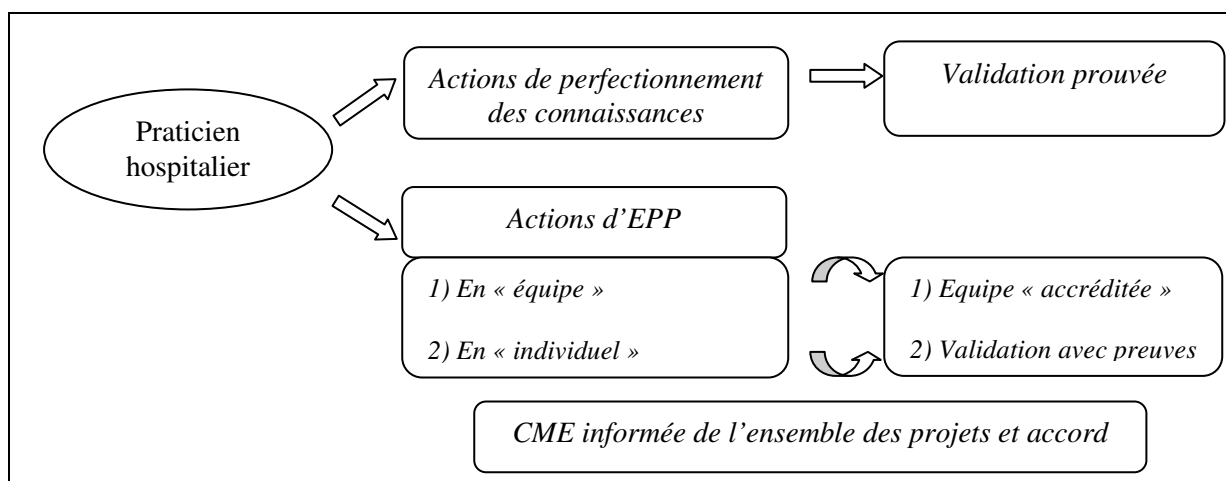


L'échelle des sanctions en cas de non respect des obligations pourrait être la suivante :

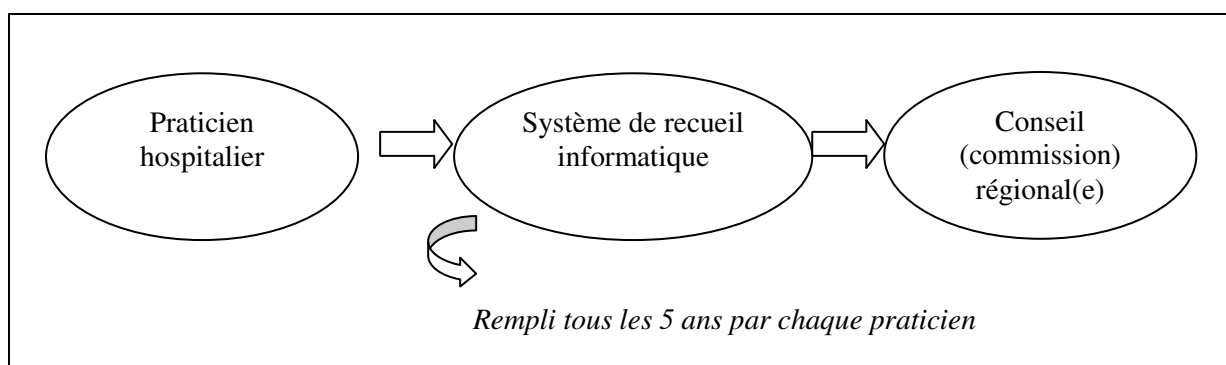
- satisfaction sans réserve des obligations, avec délivrance d'une attestation publique affichable par le praticien ;
- procédure de rappel avec un délai de 6 mois pour se conformer aux obligations ;
- réserves à compenser par des actions appropriées ;
- manquements graves à l'obligation.

Cette seconde hypothèse comprend quatre phases.

Phase 1 : activité recensée par le praticien hospitalier



Phase 2 : transmission du dossier pour validation



Le Conseil (ou la commission) régional(e) peut être une commission « ad hoc » destinée à la validation simultanée de la FMC (partie « perfectionnement des connaissances) et de l’EPP. Celle-ci doit être technique et indépendante, certains membres étant choisis par les Conseils nationaux. Le CN FMCH propose de la nommer « **commission V4P** » (**commission de Validation du Parcours Personnel de Perfectionnement Professionnel**).

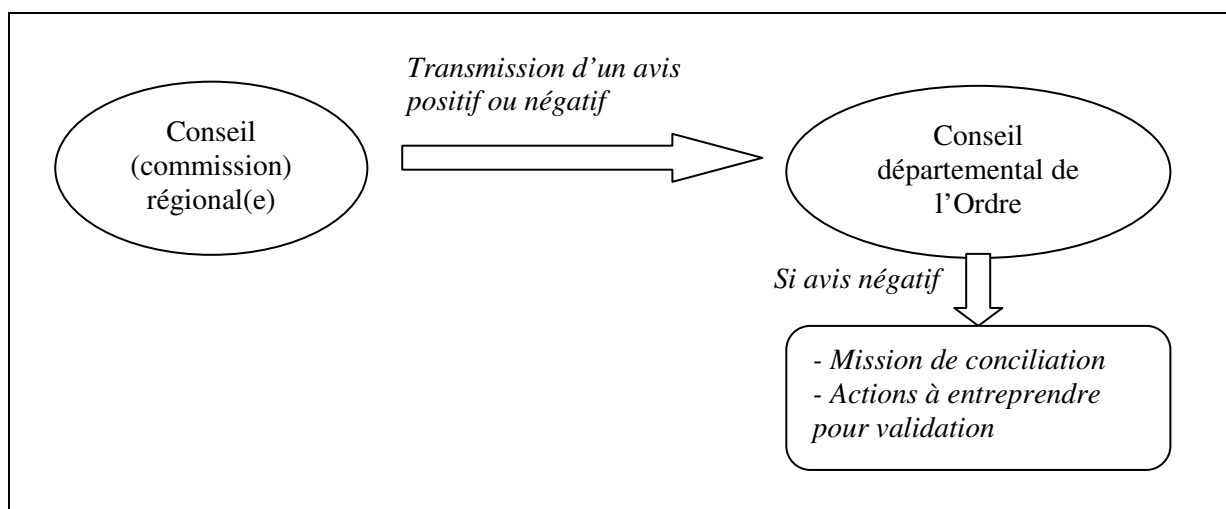
Dans cette instance, une participation significative mais pas exhaustive de l’Ordre des Médecins serait souhaitable. Cette instance pourrait siéger dans les locaux de l’Ordre.

Outre la validation des dossiers individuels, le CN FMCH propose de confier une autre mission aux Conseils (ou commissions) régionaux(ales) : ceux-ci pourraient intervenir dans l’agrément des organismes de formation selon des modalités qui sont à préciser.

Devant l’ampleur de la tâche, le CN FMCH conserverait l’agrément des organismes nationaux de formation tandis qu’il déléguerait aux Conseils (commissions) régionaux(ales) l’agrément des organismes locaux et régionaux. Les Conseils (commissions) régionaux(ales) exerceraient cette mission en appliquant les critères définis par le CN FMCH, et leurs décisions d’agrément seraient soumises à un contrôle a posteriori.

S’agissant des organismes nationaux de formation (et en particulier les structures nationales professionnelles de spécialités), ces derniers pourraient porter devant le CN FMCH la demande d’agrément des organismes locaux et régionaux qui leur sont affiliés.

Phase 3 : décision



Phase 4 : sanctions éventuelles.

Ce cheminement est :

- pragmatique,
- lisible,
- compréhensible par tous les acteurs concernés,
- et peu coûteux.

D. Le financement du dispositif

Le financement est un point essentiel et fondamental pour garantir la qualité et l'indépendance de la FMC des praticiens hospitaliers.

La loi du 10 juillet 1989 portant diverses propositions relatives à la sécurité sociale, en son titre II, prévoyait un financement de la formation continue à hauteur de 0,5% (pour les centres hospitaliers universitaires) ou 0,75% (pour les centres hospitaliers généraux) de la masse salariale médicale brute hors charges. Cette disposition légale n'est plus en vigueur actuellement.

Durant sa séance plénière du 17 décembre 2004, le CN FMCH s'est prononcé à l'unanimité en faveur du rétablissement d'une norme légale pour financer les actions de FMC des praticiens hospitaliers.

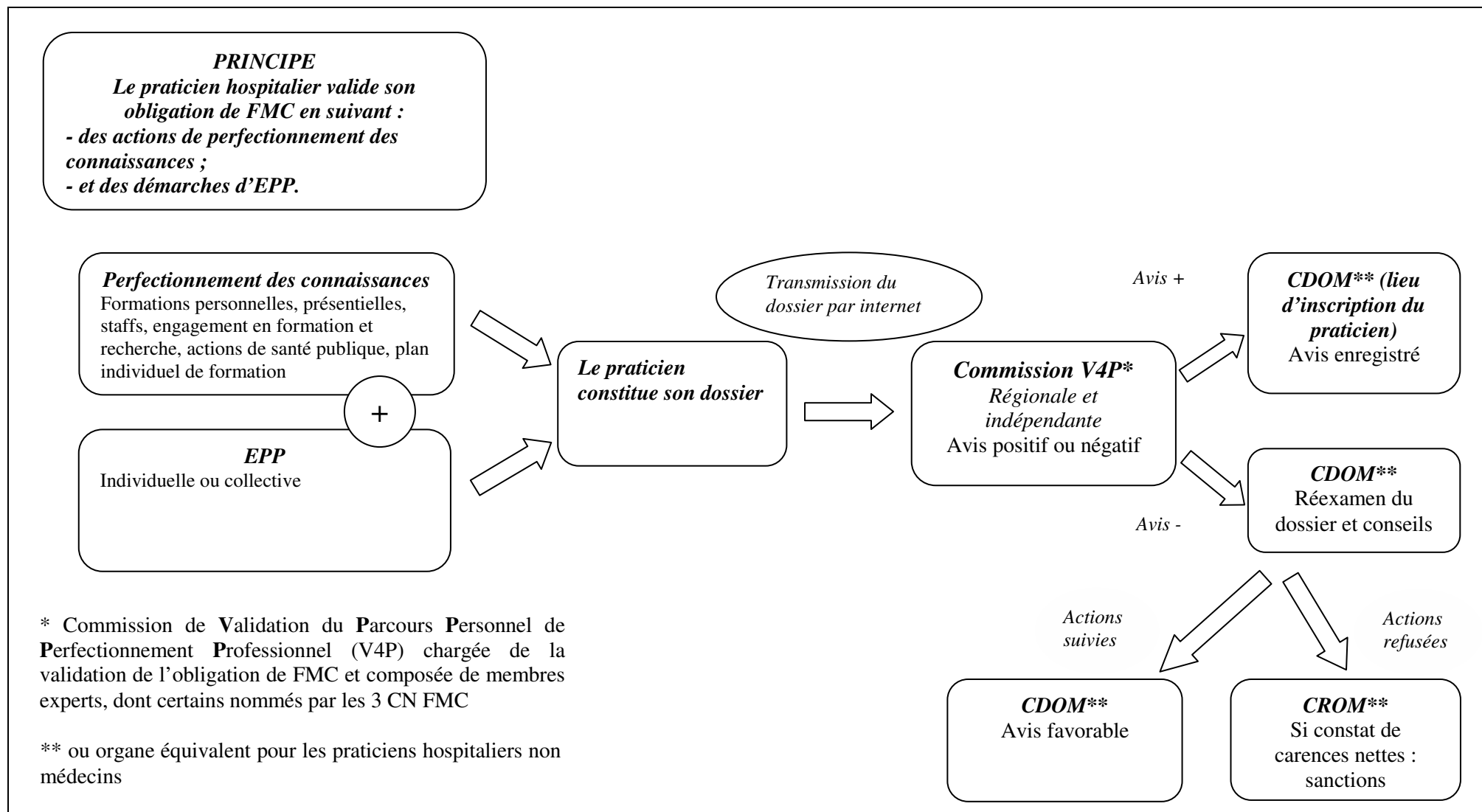
Le taux actuel pour la formation des personnels non médicaux des hôpitaux étant fixé à 2,1 %, le CN FMCH souhaite un taux similaire pour la FMC des praticiens. Le CN FMCH souhaite par ailleurs que les frais liés à la poursuite des soins (et occasionnés par le départ en formation des praticiens) ne soient pas imputés sur le budget hospitalier dédié à la FMC.

SYNTHESE

- L'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue.
- La formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles, constitutives d'une seule et même obligation, font l'objet d'une validation commune, respectant les missions de la Haute autorité de santé fixées par le texte législatif d'août 2004.
- Le praticien hospitalier satisfait à son obligation en transmettant lui-même son dossier au Conseil (ou à la commission) régional(e) dont il dépend.
- Le Conseil (ou la commission) régional(e) est indépendant(e) et composé(e) de professionnels (dont certains sont choisis par les Conseils nationaux).
- La satisfaction de l'obligation porte sur une durée de 5 ans.
- La décision rendue par le Conseil (ou la commission) régional(e) peut faire l'objet d'un recours (à définir).
- Un site internet régulièrement actualisé présente les organismes de formation ayant demandé un agrément et ceux l'ayant obtenu pour une durée de 5 ans. Ce site comporte un livret personnel imprimable où le praticien consigne ses actions de formation médicale continue et d'évaluation des pratiques professionnelles.
- Le Conseil (ou la commission) régional(e) procède à l'agrément des organismes de formation locaux (non affiliés à une structure nationale professionnelle de spécialité) dans le respect des règles définies par le CN FMCH (cette mission fait l'objet d'un contrôle a posteriori du CN FMCH).
- Le financement du dispositif permet à chaque praticien hospitalier de se former et d'être remplacé pendant ses absences, et ainsi de satisfaire son obligation.

Procédure de validation de l'obligation de FMC (perfectionnement des connaissances et EPP)

La lecture des parties V et VI du présent rapport est indispensable à la compréhension de ce schéma.



ANNEXES

- Version consolidée du Code de la santé publique : dispositions relatives à la formation médicale continue et à l'évaluation des pratiques professionnelles
- Ordres du jour des réunions du CN FMCH
- Questionnaire individuel du CN FMCH sur la FMC

**VERSION CONSOLIDÉE DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE :
DISPOSITIONS RELATIVES À LA FMC ET À L'ÉVALUATION DES
PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

(Nouvelle partie Législative)

Article L4133-1

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 59 I 1° Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 98 I Journal Officiel du 11 août 2004)

La formation médicale continue 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.

La formation médicale continue constitue une obligation pour les médecins exerçant à titre libéral, les médecins salariés non hospitaliers ainsi que pour les personnels mentionnés à l'article L. 6155-1.

Les professionnels de santé visés au deuxième alinéa du présent article sont tenus de transmettre au conseil régional de la formation médicale continue mentionné à l'article L. 4133-4 les éléments justifiant de leur participation à des actions de formations agréées, à des programmes d'évaluation réalisés par un organisme agréé, ou attestant qu'ils satisfont, à raison de la nature de leur activité, au respect de cette obligation.

Le respect de cette obligation fait l'objet d'une validation.

Peut obtenir un agrément toute personne morale de droit public ou privé, à caractère lucratif ou non, dès lors qu'elle répond aux critères fixés par les conseils nationaux mentionnés à l'article L. 4133-2.

Article L4133-1-1

(inséré par Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 14 Journal Officiel du 17 août 2004)

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.

Le non-respect par un médecin de l'obligation lui incombant au titre du présent article l'expose aux sanctions prévues par les articles L. 145-1 et suivants du code de la sécurité sociale. Préalablement au dépôt de la requête, le médecin est informé des faits qui lui sont reprochés. A compter de cette notification, le médecin dispose d'un délai d'un mois pour faire connaître ses observations et pour s'engager à participer à une action d'évaluation et d'amélioration de la qualité de sa pratique professionnelle dans un délai de six mois. Les poursuites sont suspendues et, le cas échéant, abandonnées s'il est constaté que le médecin a respecté son engagement.

Un décret fixe les modalités d'application du présent article.

Article L4133-2

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 59 I 1° Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 98 II Journal Officiel du 11 août 2004)

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 36 III Journal Officiel du 17 août 2004)

Le Conseil national de la formation médicale continue des médecins libéraux et le Conseil national de la formation continue des médecins salariés non hospitaliers ont pour mission :

- 1° De fixer les orientations nationales de la formation médicale continue ;
- 2° D'agrèer les organismes formateurs, notamment sur la base des programmes proposés ;
- 3° D'agrèer, après avis de la Haute Autorité de santé, les organismes aptes à effectuer les procédures d'évaluation visées à l'article L. 4133-1 ;
- 4° De fixer les règles que suivent les conseils régionaux pour valider le respect de l'obligation de formation médicale continue. Ces règles sont homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé ;
- 5° De donner un avis au ministre chargé de la santé sur toutes les questions concernant la formation médicale continue.

Chaque conseil national dresse dans un rapport annuel le bilan de la formation médicale continue dans son domaine de compétence. Ces rapports sont rendus publics.

Article L4133-3

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 59 I 1° Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 98 III Journal Officiel du 11 août 2004)

Les conseils nationaux mentionnés à l'article L. 4133-2 comprennent notamment des représentants de l'ordre des médecins, du service de santé des armées, des unités de formation et de recherche médicale, des syndicats représentatifs des catégories de médecins concernés, des organismes de formation, des personnalités qualifiées ainsi qu'un représentant du ministre chargé de la santé qui siège avec voix consultative.

Les membres de ces conseils sont nommés par le ministre chargé de la santé, sur proposition des organismes qui les constituent.

La durée du mandat des membres des conseils nationaux est de cinq ans. Un président est nommé au sein de chaque conseil par le ministre chargé de la santé, parmi les membres de ces conseils.

Le comité de coordination de la formation médicale continue est chargée d'assurer la cohérence des missions des conseils nationaux prévus aux articles L. 4133-2 et L. 6155-2. Il est composé à parts égales de représentants désignés par ces conseils. Il comporte en outre des représentants du ministre chargé de la santé et des représentants du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Article L4133-4

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 59 I 1° Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 98 IV Journal Officiel du 11 août 2004)

Le conseil régional de la formation médicale continue des médecins libéraux, des médecins salariés non hospitaliers et des personnels mentionnés à l'article L. 6155-1 a pour mission :

- 1° De déterminer les orientations régionales de la formation médicale continue en cohérence avec celles fixées au plan national ;
- 2° De valider, tous les cinq ans, le respect de l'obligation de formation définie à l'article L. 4133-1 ;
- 3° De formuler des observations et des recommandations en cas de non-respect de cette obligation.

Pour les missions mentionnées aux 2° et 3°, le conseil régional peut déléguer ses pouvoirs à des sections constituées en son sein et qui se prononcent en son nom.

Le conseil régional adresse chaque année un rapport sur ses activités aux conseils nationaux

des médecins libéraux, des médecins salariés non hospitaliers et des personnels mentionnés à l'article L. 6155-1. Ce rapport est rendu public.

Article L4133-5

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 59 I 1° Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 98 V Journal Officiel du 11 août 2004)

Le conseil régional mentionné à l'article L. 4133-4 regroupe, pour chaque région, des représentants des mêmes catégories que celles composant les conseils nationaux.

Les membres de ce conseil sont nommés, sur proposition des organismes qu'ils représentent, par le représentant de l'Etat dans la région. La durée du mandat des membres du conseil régional est de cinq ans. Un président est nommé au sein de chaque conseil par le représentant de l'Etat dans la région, parmi les membres du conseil.

Les conseils régionaux peuvent se regrouper en conseils interrégionaux, dont les membres sont nommés par les représentants de l'Etat dans les régions intéressées.

Article L4133-6

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 59 I 1° Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 98 VI Journal Officiel du 11 août 2004)

Les employeurs publics et privés de médecins salariés mentionnés à l'article L. 4133-2 sont tenus de prendre les dispositions permettant à ces médecins d'assumer leur obligation de formation dans les conditions fixées par le présent code.

Pour les employeurs visés à l'article L. 950-1 du code du travail, les actions de formation sont financées dans le cadre des dispositions prévues aux articles L. 951-1 et L. 952-2 du même code.

Pour les agents sous contrat de droit public ou titulaires des fonctions publiques d'Etat et territoriale, les actions sont financées dans le cadre de la formation professionnelle selon les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Article L4133-7

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 59 I 1° Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 98 VI Journal Officiel du 11 août 2004)

(Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 98 VII Journal Officiel du 11 août 2004)

Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent chapitre, notamment la composition des conseils nationaux et du conseil régional de la formation médicale continue, ainsi que le conseil régional compétent pour Saint-Pierre-et-Miquelon, les principes généraux que devront appliquer les conseils nationaux pour fixer les critères d'agrément des organismes formateurs, les modalités d'organisation de la validation de l'obligation de formation.

Article L6155-1

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 59 II Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 98 IX Journal Officiel du 11 août 2004)

Les médecins, biologistes, odontologistes et les pharmaciens exerçant leurs fonctions dans les établissements publics de santé, dans les hôpitaux des armées, ainsi que ceux exerçant leurs fonctions dans les établissements de santé privés participant au service public hospitalier, sont soumis à une obligation de formation continue dans les conditions fixées aux

premier et troisième alinéas de l'article L. 4133-1.

Article L6155-2

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 59 II Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 98 X Journal Officiel du 11 août 2004)

Le Conseil national de la formation continue des personnels mentionnés à l'article L. 6155-1, dont les conditions de fonctionnement et les missions sont identiques à celles des conseils mentionnés aux articles L. 4133-2 et L. 4133-3, comprend notamment des représentants des ordres des professions médicales et de l'ordre des pharmaciens, du service de santé des armées, des unités de formation et de recherche et des syndicats représentatifs concernés, des personnalités qualifiées, ainsi que des représentants des commissions médicales d'établissement et des organismes de formation. Un représentant du ministre chargé de la santé assiste aux séances du conseil avec voix consultative.

Le conseil national dresse dans un rapport annuel le bilan de la formation continue dans son domaine de compétence. Ce rapport est rendu public.

Article L6155-3

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 59 II Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 98 XI Journal Officiel du 11 août 2004)

La validation de l'obligation de formation des personnels mentionnés à l'article L. 6155-1 est effectuée par le conseil régional mentionné à l'article L. 4133-4.

Article L6155-4

(inséré par Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 59 II Journal Officiel du 5 mars 2002)

Les établissements de santé publics consacrent à la formation continue de leurs médecins, biologistes, pharmaciens et odontologistes, telle qu'elle est organisée par les statuts de ces personnels, des crédits dont le montant ne peut être inférieur à un pourcentage, fixé par décret, de la masse salariale brute hors charges de ces personnels.

Des établissements publics de santé peuvent s'associer pour financer des actions de formation communes pour leurs médecins, biologistes, pharmaciens et odontologistes.

Article L6155-5

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 59 II Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 98 XII Journal Officiel du 11 août 2004)

Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat, notamment la composition du conseil national mentionné à l'article L. 6155-2.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

(Nouvelle partie Réglementaire)

Section 1 : Conseils nationaux

Sous-section 1 : Attributions

Article R4133-1

Le Conseil national de la formation médicale continue des médecins libéraux, le Conseil national de la formation médicale continue des médecins salariés non hospitaliers et le Conseil national de la formation continue des médecins biologistes, odontologistes et pharmaciens exerçant dans les établissements publics de santé et dans les établissements de santé privés participant au service public hospitalier définissent pour cinq ans, après avis du comité de coordination de la formation médicale continue, les orientations nationales de la formation médicale continue. Ils fixent à ce titre les thèmes prioritaires de formation.

Au cours de cette période quinquennale, les conseils peuvent, après avis du comité de coordination, adapter ou compléter les orientations initialement fixées, en vue de prendre en compte de nouveaux besoins de formation ou pour répondre à des besoins de santé publique.

Article R4133-2

Les conseils agréent pour cinq ans, sur leur demande, les organismes de droit public ou privé à caractère lucratif ou non qui organisent des actions de formation médicale continue.

L'agrément ne peut être délivré qu'aux organismes dont la déclaration d'activité mentionnée à l'article L. 920-4 du code du travail a été enregistrée auprès du préfet de région.

Il 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 en compte les critères suivants :

- 1° Qualité scientifique et pédagogique des programmes proposés ;
- 2° Transparence des financements ;
- 3° 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 ;
- 4° Respect des orientations nationales définies par le conseil national ;
- 5° Acceptation du principe d'une évaluation externe du fonctionnement de l'organisme de formation et de la qualité des formations.

Article R4133-3

L'agrément de l'organisme qui délivre une formation est renouvelable pour la même durée, à la demande de l'organisme et selon les mêmes critères.

Le renouvellement est subordonné à la transmission annuelle au conseil national compétent d'un rapport dressant un bilan pédagogique et financier de l'activité de l'organisme agréé. Ce bilan indique notamment le nombre de médecins accueillis et le nombre de formations dispensées, en précisant leur nature, leur niveau, leur durée et leurs domaines d'intervention.

Article R4133-4

L'agrément peut être retiré ou suspendu par le conseil lorsque la personne morale agréée cesse de satisfaire aux conditions prévues par l'article R. 4133-2 ou n'a pas transmis le bilan mentionné à l'article R. 4133-3.

Lorsque le conseil envisage de suspendre ou de retirer l'agrément, il informe l'organisme de son intention en indiquant les motifs de la décision envisagée. L'organisme dispose d'un délai d'un mois à compter de la date à laquelle il a été informé par lettre recommandée avec avis de réception pour présenter ses observations.

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.

Article R4133-5

Les conseils transmettent au comité de coordination la liste des organismes de formation agréés et leurs programmes de formation.

Article R4133-6

Après avis de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, les conseils agréent pour cinq ans les organismes aptes à effectuer les procédures d'évaluation mentionnées à l'article L. 4133-1 qui en font la demande. L'agrément est délivré sur la base d'un cahier des charges, élaboré par chacun des conseils et précisant les conditions à remplir. Le cahier des charges prend en compte les critères suivants :

- 1° Qualité des procédures d'évaluation ;
- 2° Transparence des financements ;
- 3° Engagement relatif à l'absence de promotion en faveur d'un produit de santé ;
- 4° Acceptation du principe d'une évaluation externe du fonctionnement de l'organisme et de la qualité des procédures d'évaluation.

Article R4133-7

L'agrément de l'organisme qui effectue des évaluations est renouvelable, à la demande de l'organisme et selon les mêmes critères. Le renouvellement est subordonné à la transmission annuelle au conseil national compétent d'un rapport dressant un bilan de l'activité d'évaluation et de l'équilibre financier de l'organisme agréé. Ce bilan comporte notamment des indications sur le nombre d'évaluations réalisées et sur les résultats de ces évaluations.

Article R4133-8

L'agrément peut être retiré ou suspendu par le conseil lorsque l'organisme cesse de satisfaire aux conditions prévues à l'article R. 4133-6 ou n'a pas transmis le bilan mentionné à l'article R. 4133-7. Lorsque le conseil envisage de suspendre ou de retirer l'agrément, il informe l'organisme de son intention par lettre recommandée avec avis de réception en indiquant les motifs de la décision envisagée. L'organisme dispose d'un délai d'un mois à compter de la date à laquelle il a été informé pour présenter ses observations.

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.

Article R4133-9

Les conseils transmettent au comité de coordination la liste des organismes agréés pour mettre en oeuvre les procédures d'évaluation.

Article R4133-10

Les conseils font une évaluation de la mise en oeuvre du dispositif de formation médicale continue au regard des orientations nationales et des programmes de formation, notamment au regard de leur capacité à développer la qualité et la coordination des soins et des actes médicaux, à assurer la sécurité et le respect des droits des patients, et à réduire les risques

pour la santé du patient ou la santé publique.

Article R4133-11

Les conseils établissent un rapport annuel. Le rapport précise notamment la durée réservée chaque année à la formation médicale continue, le nombre de médecins ayant suivi des formations, le volume annuel d'heures de formations suivies dans l'année, la typologie de ces formations, les supports pédagogiques utilisés, les modalités de validation de l'obligation de formation choisies par les professionnels ainsi que le nombre de validations effectuées. Il fait une synthèse de l'évaluation prévue par l'article R. 4133-10.

Ce rapport est adressé au ministre chargé de la santé et au comité de coordination de la formation médicale continue avant le 15 mai de l'année suivant celle qui fait l'objet du rapport.

Sous-section 2 : Composition

Article R4133-12

Le Conseil national de la formation médicale continue des médecins libéraux est composé de :

1° Deux représentants de l'ordre des médecins nommés sur proposition du Conseil national de l'ordre ;

2° Cinq représentants enseignants des unités de formation et de recherche médicale, dont au moins deux enseignants de médecine générale, nommés sur proposition des directeurs des unités de formation et de recherche médicale après avis des présidents des universités concernées ;

3° Quatre représentants des médecins généralistes sur proposition des organisations syndicales représentatives au plan national ;

4° Quatre représentants des médecins spécialistes sur proposition des organisations syndicales représentatives au plan national ;

5° Cinq représentants des organismes de formation sur proposition des organismes de formation ;

6° Trois personnalités qualifiées, compétentes notamment dans le domaine de l'évaluation des pratiques médicales professionnelles, de la santé publique ou représentant les usagers du système de soins.

Le directeur général de la santé ou son représentant siège avec voix consultative au conseil national.

Article R4133-13

Le Conseil national de la formation médicale continue des médecins salariés non hospitaliers est composé de :

1° Deux représentants de l'ordre des médecins nommés sur proposition du Conseil national de l'ordre ;

2° Quatre représentants enseignants des unités de formation et de recherche médicale, dont au moins un enseignant de médecine générale et un enseignant de santé publique, nommés sur proposition des directeurs des unités de formation et de recherche médicale après avis des présidents des universités concernées ;

3° Six représentants des médecins salariés non hospitaliers sur proposition des organisations syndicales représentatives au plan national ;

4° Deux représentants des organismes de formation sur proposition des organismes de formation ;

5° Deux personnalités qualifiées.

Le directeur général de la santé ou son représentant siège avec voix consultative au conseil national.

Article R4133-14

Le Conseil national de la formation médicale continue des médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens exerçant dans les établissements publics de santé et dans les établissements de santé privés participant au service public hospitalier est composé de :

1° Trois représentants des conseils nationaux des ordres des médecins, des chirurgiens-dentistes et des pharmaciens, nommés sur proposition des conseils nationaux de ces ordres ;

2° Quatre représentants enseignants des unités de formation et de recherche médicale, odontologique et pharmaceutique, nommés sur proposition des directeurs des unités de formation et de recherche médicale après avis des présidents des universités concernées ;

3° Treize représentants des organisations syndicales représentatives au plan national des médecins, biologistes, pharmaciens, odontologistes des établissements publics de santé et des établissements privés participant au service public hospitalier ;

4° Six représentants des conférences nationales des présidents de commission médicale d'établissements publics de santé, à raison de deux représentants par conférence, désignés par chacune d'elles, et deux représentants de la conférence nationale des présidents de commission médicale des établissements privés participant au service public hospitalier, désignés par cette conférence ;

5° Un représentant des organismes de formation sur proposition des organismes de formation ;

6° Trois personnalités qualifiées.

Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ou son représentant siège avec voix consultative au conseil national.

Article R4133-15

Les membres des conseils ainsi que le président de chaque conseil sont désignés pour une durée de cinq ans par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article R4133-16

Les propositions pour la désignation des membres des conseils nationaux de la formation médicale continue sont adressées au ministre chargé de la santé par les personnes mentionnées aux articles R. 4133-12 à R. 4133-14 selon des modalités fixées par arrêté de ce même ministre.

Sous-section 3 : Organisation et fonctionnement

Article R4133-17

Lors de leur première réunion, les conseils élisent en leur sein trois vice-présidents qui, avec le président, composent le bureau.

Le président désigne son suppléant parmi les vice-présidents.

Les conseils siègent valablement si au moins la moitié de leurs membres est présente. Le quorum est apprécié en début de séance. Toutefois, quand le quorum n'est pas atteint après une convocation régulièrement faite, le conseil délibère valablement sur les points inscrits à l'ordre du jour de la première réunion lors d'une seconde réunion qui doit avoir lieu dans un délai de huit à quinze jours. Les décisions des conseils sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

Chaque conseil adopte un règlement intérieur précisant ses modalités de fonctionnement, qui est transmis au comité de coordination de la formation médicale continue.

Les conseils peuvent entendre des personnalités extérieures.

Article R4133-18

Les fonctions des membres des conseils sont exercées à titre gratuit.

Le montant de l'indemnité forfaitaire destinée à compenser la perte de ressources liée à la réduction de l'activité professionnelle entraînée par ces fonctions, dans la limite d'un montant égal, par demi-journée, à dix fois la valeur de la consultation du médecin généraliste telle qu'elle résulte de l'application des articles L. 162-5 ou L. 162-38 du code de la sécurité sociale est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Section 2 : Comité de coordination de la formation médicale continue

Article R4133-19

Le Comité de coordination de la formation médicale continue a pour mission :

- de formuler à l'attention des conseils nationaux tous avis et propositions susceptibles d'améliorer l'efficacité des actions menées et d'harmoniser leur fonctionnement ainsi que la cohérence des procédures et des critères d'agrément ;
- de procéder aux études et travaux que les conseils nationaux décident de lui confier.

Le comité peut demander aux conseils nationaux la communication des documents qui peuvent lui être utiles pour l'exercice de ses missions.

Article R4133-20

Le comité est composé de représentants désignés par chacun des conseils nationaux de formation médicale continue, à raison de :

1° Quatre représentants du Conseil national de la formation médicale continue des médecins libéraux, dont un membre du Conseil de l'ordre national des médecins, nommés sur proposition de ce conseil ;

2° Quatre représentants du Conseil national de la formation médicale continue des médecins salariés non hospitaliers, dont un représente les unités de formation et de recherche médicales, nommés sur proposition de ce conseil ;

3° Quatre représentants du Conseil national de la formation médicale continue des personnels mentionnés à l'article L. 6155-1, dont un représente les commissions médicales d'établissement, nommés sur proposition de ce conseil ;

4° Trois représentants du ministre chargé de la santé.

Article R4133-21

Le comité élit parmi ses membres un président et un vice-président qui supplée le président en cas d'empêchement.

Il se réunit au moins trois fois par an, sur convocation de son président.

Il siège valablement si au moins la moitié de ses membres est présente. Le quorum est apprécié en début de séance. Toutefois, quand le quorum n'est pas atteint après une convocation régulièrement faite, le comité délibère valablement sur les points inscrits à l'ordre du jour de la première réunion lors d'une seconde réunion qui doit avoir lieu dans un délai de huit à quinze jours. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

Il adopte un règlement intérieur précisant ses modalités de fonctionnement.

Il peut entendre des personnalités extérieures.

Section 3 : Dispositions communes aux conseils et au comité

Article R4133-22

Les frais de déplacements des membres des conseils nationaux et du comité de coordination sont remboursés dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur applicable aux fonctionnaires de l'Etat.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

(Nouvelle partie Réglementaire)

Section 3 : Evaluation des pratiques professionnelles

Article D1414-53

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.

Article D1414-54

L'évaluation individuelle des pratiques d'un médecin est réalisée à la demande de ce médecin.

Article D1414-55

L'évaluation est réalisée par un ou plusieurs médecins habilités. Pour être habilité un médecin doit assurer une activité médicale depuis au moins cinq ans.

L'habilitation à exercer l'évaluation des pratiques est prononcée par le directeur de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé dans des conditions et selon des modalités définies par l'assemblée plénière du conseil scientifique de cette agence.

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé assure la formation des médecins habilités.

L'habilitation est prononcée pour une durée de cinq ans. L'habilitation ne peut être renouvelée que si la pratique du médecin a été évaluée dans les conditions prévues au présent décret au cours de cette période. Les résultats de cette évaluation sont transmis par le médecin concerné au directeur de l'agence en vue du renouvellement de l'habilitation.

Les modalités d'application de ces dispositions aux médecins n'exerçant pas d'activité médicale à titre libéral sont fixées par le directeur de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé dans des conditions et selon des modalités définies par l'assemblée plénière du conseil scientifique de ladite agence.

La liste des médecins habilités est transmise par le directeur de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé aux sections constituant les unions des médecins

exerçant à titre libéral.

Article D1414-56

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 des pratiques professionnelles prend en compte les recommandations de bonne pratique, les référentiels de pratique et les références médicales, mentionnées à l'article L. 1414-2 et à l'article L. 162-12-15 du code de la sécurité sociale, de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Les sections constituant les unions assurent la diffusion des guides d'évaluation auprès des médecins concernés relevant de leur compétence.

Article D1414-57

L'évaluation des pratiques professionnelles est organisée localement par les sections constituant les unions, qui reçoivent les demandes des médecins intéressés et font appel aux médecins figurant sur la liste mentionnée à l'article D. 1414-55. La récusation d'un médecin habilité ne peut être motivée par le médecin demandeur d'une évaluation de sa pratique professionnelle qu'au motif d'un conflit d'intérêt. Elle est formulée auprès du président de la section constituant l'union.

Article D1414-58

L'évaluation individuelle est réalisée au lieu d'exercice du médecin dans le respect du secret professionnel. Le ou les médecins habilités peuvent consulter, sur leur demande, les dossiers ou documents médicaux rendus anonymes.

Le ou les médecins habilités procèdent au nombre de visites d'évaluation qu'ils estiment nécessaires.

Après ces visites d'évaluation et à l'issue d'une phase contradictoire, ils formulent par écrit au médecin concerné leurs conclusions, des recommandations visant à l'amélioration de la pratique du médecin évalué et, le cas échéant, des réserves.

A l'issue des visites d'évaluation, le ou les médecins habilités informent la section constituant l'union de l'achèvement du cycle d'évaluation. Cette dernière informe le conseil départemental de l'ordre des médecins au tableau duquel le médecin évalué est inscrit que le médecin a suivi un cycle d'évaluation de sa pratique. Lorsque le médecin a satisfait sans réserve à l'évaluation de sa pratique professionnelle, la section constituant l'union adresse au médecin évalué et au conseil départemental une attestation. Le médecin peut, dans ce même cas, en faire mention selon les dispositions prévues à l'article 79 du code de déontologie médicale en précisant la date de délivrance de l'attestation.

Lorsque au cours de l'évaluation sont constatés des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients, le ou les médecins habilités le signalent au médecin concerné, qui peut leur formuler ses observations. Le ou les médecins évaluateurs proposent au médecin concerné les mesures correctrices à mettre en oeuvre et assurent le suivi. En cas de refus par le médecin concerné de ces mesures ou si le suivi fait apparaître la persistance des faits ou manquements de même nature, le ou les médecins habilités sont tenus de transmettre immédiatement leur constat circonstancié au conseil départemental de l'ordre des médecins.

Article D1414-59

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.

Article D1414-60

L'évaluation collective des pratiques est organisée par les sections constituant les unions. Elle peut notamment prendre la forme de réunions associant des médecins d'activité similaire en vue de l'analyse de cas cliniques relevant de la pratique de ces médecins rendus anonymes vis-à-vis des patients et des écarts entre l'activité de ces médecins et les référentiels de pratique.

Article D1414-61

Les actions concourant à l'évaluation collective des pratiques sont conduites par des médecins habilités dans les conditions prévues à l'article D. 1414-55.

Article D1414-62

Les médecins habilités perçoivent au titre de ces fonctions le remboursement des frais de déplacement par les sections constituant les unions dans des conditions fixées par le règlement intérieur desdites sections.

Ce règlement prévoit l'attribution par la section constituant l'union d'une indemnité forfaitaire destinée à compenser la réduction de l'activité professionnelle entraînée par ces fonctions dans la limite d'un montant égal :

1° Pour l'évaluation individuelle des pratiques d'un médecin, par réunion d'une demi-journée, à douze fois la valeur de la consultation du médecin généraliste ;

2° Pour l'évaluation collective des pratiques, par heure, à trois fois la valeur de la consultation du médecin généraliste.

La valeur de la consultation du médecin généraliste est celle qui résulte de l'application des articles L. 162-5-2, L. 162-5-9 ou L. 162-38 du code de la sécurité sociale.

Article D1414-63

L'analyse de l'évolution des dépenses est réalisée trimestriellement par les sections constituant les unions de médecins exerçant à titre libéral. Les unions régionales de caisses d'assurance maladie transmettent, au plus tard dans un délai de deux mois à l'issue de chaque trimestre civil, les données nécessaires aux sections pour qu'elles puissent procéder à cette analyse. L'analyse de l'évolution des dépenses consiste en une présentation de l'activité des médecins ainsi que de leurs prescriptions au niveau régional et départemental. Cette présentation distingue les diverses spécialités. Elle comporte une comparaison entre les données départementales, régionales et nationales. Cette analyse est transmise au plus tard dans un délai de trois mois à l'issue de chaque trimestre civil au préfet de région. L'Etat assure la diffusion par voie électronique des analyses réalisées par les unions de médecins.

Article D1414-64

Les médecins habilités sont soumis aux obligations énoncées à l'article R. 1414-43.

Article D1414-65

Les médecins habilités établissent chaque année, dans le respect de l'anonymat dû aux médecins évalués, un rapport retraçant leur activité d'évaluation qu'ils transmettent aux sections constituant les unions. Les sections constituant les unions transmettent annuellement à l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé un rapport d'activité sur l'évaluation présentant l'ensemble des actions qu'elles ont menées et proposant toute mesure visant à l'amélioration des pratiques professionnelles, en particulier en ce qui concerne la formation médicale continue.

ORDRES DU JOUR DES REUNIONS DU CN FMCH

▪ **Séance du 10 février 2004 : installation du CN FMCH**

1) Election des 3 vices présidents du CN FMCH et des 4 représentants du Conseil au sein du Comité de coordination de la FMC :

Vices présidents : Dr Bocher, Dr Bussone, Pr Robert

Suppléant aux 3 vices présidents : Dr Eschemann

Représentants au Comité de coordination : Pr Barrier, Pr Bertrand, Dr Degos, Dr Skurnik

2) Calendrier des prochaines réunions : 19 mars, 9 avril, 30 avril, 28 mai, 18 juin

▪ **Séance du 19 mars 2004**

1) Bilan de la Commission FMC précédente (Dr Domergue)

2) Proposition de règlement intérieur (Mme Menger) et validation

3) Création des sous-groupes de travail et répartition des membres dans les sous-groupes

4) Présentation du fonctionnement du Conseil (Mme Menger)

▪ **Séance du 9 avril 2004**

1) Approbation du compte-rendu de la réunion du 19 mars

2) Point sur le sous-groupe de travail « glossaire-définitions » (Pr Barrier)

3) Répartition des membres dans les sous-groupes de travail

4) Liste des thèmes à traiter par les sous-groupes de travail

5) Evocation de trois modalités de fonctionnement d'organisation de la FMC : l'AFMAH (Dr Rymer), le service FCM de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (Pr Bertrand), les sociétés savantes (Pr Barrier)

▪ **Séance du 30 avril 2004**

1) Approbation du compte-rendu de la réunion du 9 avril

2) Point sur l'avancée du glossaire (Pr Barrier)

3) Recensement de « l'existant » dans les différents types d'établissements

4) Présentation du questionnaire individuel (Pr Bertrand) pour 200 PH tirés au sort par la DHOS

5) Compte-rendu de la première réunion du sous-groupe 2

6) Modification de la composition des sous-groupes de travail

7) Financement de la FMC des médecins dans la loi de santé publique (point non inscrit à l'ordre du jour évoqué par le Dr Bocher)

▪ **Séance du 28 mai 2004**

1) Approbation du compte-rendu de la réunion du 30 avril

2) Comparaisons internationales et problématiques de la FMC (Dr Maisonneuve)

3) Discussion sur le glossaire

4) Présentations des résultats de l'enquête relative à la FMC dans les établissements spécialisés en psychiatrie (Drs Alezrah, Frutoso)

5) Comptes-rendus des sous-groupes 1, 2 et 3 et du Comité de coordination

6) Point sur le questionnaire individuel (Pr Bertrand)

7) Présentation de M. Matisse, chargé de mission au CN FMCH

▪ **Séance du 18 juin 2004**

- 1) Approbation du compte-rendu de la réunion du 28 mai
- 2) Distribution du glossaire et discussion
- 3) Distribution du questionnaire individuel pour validation
- 4) Distribution des compte-rendus des sous-groupes de travail
- 5) Calendrier des prochaines réunions : 10 septembre, 8 octobre, 19 novembre, 17 décembre

▪ **Séance du 10 septembre 2004**

- 1) Etat du glossaire du CN FMCH et validation : 141 définitions dans le champ de la FMC (Pr Barrier, Pr Bertrand)
- 2) Projet de rapport du CN FMCH (Pr Bertrand)
- 3) Point sur le remboursement des frais de transport des membres du Conseil (Pr Bertrand, Mme Menger)
- 4) Présentation des évolutions législatives dans le champ de la FMC (Pr Bertrand)
- 5) Proposition pour intégrer l'EPP au dispositif de FMC (Pr Bertrand)
- 6) Synthèse des premiers résultats du questionnaire individuel (Pr Bertrand, M. Matisse)

▪ **Séance du 8 octobre 2004**

- 1) Approbation du compte-rendu de la réunion du 10 septembre
- 2) Actualités de la FMC (Pr Bertrand)
- 3) Point sur la réunion du Comité de coordination du 14 septembre 2004 (Dr Domergue, Dr Skurnik)
- 4) Présentations et corrections des travaux des sous-groupes de travail
- 5) Proposition de barème pour la validation de l'obligation de FMC-EPP (Pr Bertrand)

▪ **Séance du 19 novembre 2004 : commune aux 3 CN FMC, sous l'égide du Comité de coordination**

- 1) Intervention de M. Brunelle, conseiller technique du ministre de la Santé et de la Protection sociale
- 2) Exposé des méthodes de travail des trois CN FMC par les trois présidents (Dr Beaupin, Pr Bertrand, Dr Ortolan)
- 3) Exposé du président du Comité de coordination sur l'harmonisation des travaux des trois Conseils (Pr Roland)
- 4) Présentation non terminale des travaux de chaque Conseil avec synthèse comparative
- 5) Discussion sur les travaux des trois Conseils
- 6) Présentation des questions restant en suspens : les relations avec la Haute autorité de santé (Pr Bertrand), le décret sur les CR FMC (Pr Roland), les décrets sur l'évaluation des pratiques professionnelles et l'accréditation (Dr Beaupin), le financement de la FMC (Dr Ortolan)

▪ **Séance du 17 décembre 2004**

- 1) Validation du barème FMC
- 2) Discussion sur le lien FMC-EPP
- 3) Présentation des résultats du questionnaire individuel

- 4) Validation de l'activité du CN FMCH pour 2004
- 5) Fixation du calendrier des réunions pour 2005

- **Séances des 21 et 28 janvier 2005**

Validation finale du rapport du CN FMCH

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL DU CN FMCH SUR LA FMC

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL :
LA FORMATION MEDICALE CONTINUE
(Merci de nous le renvoyer pour le 10 septembre 2004)

PRESENTATION DU QUESTIONNAIRE

I - SON OBJECTIF :

Permettre d'identifier « les zones » de formation continue telles que vous les envisagez.

Cela peut concerner :

- l'acquisition ou l'amélioration des connaissances médicales (stratégies diagnostiques, thérapeutiques, ...), des aides sociales mises en place, ... ;
- l'acquisition des connaissances pour adaptation à l'emploi : changement d'activités, charges administratives, ... ;
- la confrontation de pratiques professionnelles (entre pairs par exemple) ;
- l'apprentissage d'outils de communication, ...

II - LA METHODOLOGIE :

1) La période retenue est 2003 (année complète) et 2004 (le premier semestre uniquement, c'est-à-dire du 1^{er} janvier au 30 juin 2004).

2) Comment retrouver les formations que vous avez effectuées :

- la mémoire ;
- l'agenda ;
- les documents preuves : attestations, inscriptions ;
- les participations financières ou les aides obtenues, ...

III - LES MODALITES POUR RENSEIGNER LE QUESTIONNAIRE :

1) Le questionnaire balaie la plupart des modes de formation continue mais il laisse la possibilité de compléter, dans des espaces rédactionnels, des éléments que vous souhaitez apporter en plus des questions fermées.

2) Parmi les thèmes retenus, l'ensemble des questions doit être renseigné. Merci de vous reporter aux indications figurant en italiques, notamment pour le décompte du temps (n'hésitez pas à indiquer en clair dans la dernière page les difficultés auxquelles vous avez été confrontés pour répondre aux questions).

L'année 2003 est retenue dans sa totalité ; l'année 2004 est retenue pour le premier semestre.

3) Afin de faciliter l'exploitation de ce questionnaire, merci de bien vouloir le remplir avec un stylo à bille noir.

1) MODES DE FORMATION

	Temps consacré (voir chaque rubrique)	
	2003	2004
1.1 SEANCES/SEMINAIRES		
Organisé(es) par un tiers (indiquer le <u>nombre de jours</u> dans les 2 colonnes de droite)		
Durée des séances et séminaires suivis :		
! 1 journée continue ou plus	\$\$	\$\$
! $\frac{1}{2}$ journée	\$\$	\$\$
! soirée	\$\$	\$\$
! autres durées	\$\$	\$\$
1.2 CONGRES		
(indiquer le <u>nombre de jours</u> dans les 2 colonnes de droite, en ne tenant compte que des jours de présence effective)		
! Internationaux	\$\$	\$\$
! Nationaux	\$\$	\$\$
! Régionaux	\$\$	\$\$
1.3 GROUPE D'ETUDES		
(indiquer le <u>nombre de jours</u> dans les 2 colonnes de droite)		
Pratiques professionnelles ou recommandations organisées par :		
! Un groupe disciplinaire (même hôpital)	\$\$	\$\$
! Des associations de formation continue	\$\$	\$\$
! Des sociétés savantes	\$\$	\$\$
! L'industrie pharmaceutique	\$\$	\$\$
! D'autres organismes de formation	\$\$	\$\$
1.4 FORMATIONS ORGANISEES PAR L'ETABLISSEMENT OU LA CME		
(indiquer le <u>nombre de jours</u> dans les 2 colonnes de droite)	\$\$	\$\$
Intitulé des formations suivies :		

1.5 DIPLOME UNIVERSITAIRE

! oui ! non

FORMATION UNIVERSITAIRE NON DIPLOMANTE

! oui ! non

Intitulé des diplômes préparés et/ou des formations suivies :

1.6 DOCUMENTATION SCIENTIFIQUE, LECTURE
D'ARTICLES OU DE LIVRES

Lecture d'articles de vulgarisation ou d'information générale

! oui ! non

Lecture d'articles scientifiques (de votre discipline ou d'autres disciplines)

! oui ! non

A titre indicatif, pouvez-vous indiquer le nombre d'heures que vous consacrez chaque mois à la lecture de ces articles : \$\$

	2003	2004
		136

1.7 ANIMATION DE FORMATION CONTINUE/
PARTICIPATION A L'ENSEIGNEMENT

(indiquer le nombre d'heures dans les 2 colonnes de droite) \$\$ \$\$

1.8 PRODUCTION D'ARTICLES OU DE
COMMUNICATIONS, DE POSTERS

(indiquer le nombre total dans les 2 colonnes de droite)

! Articles avec comité de lecture	\$\$	\$\$
! Articles sans comité de lecture	\$\$	\$\$
! Communications avec comité de lecture	\$\$	\$\$
! Communications sans comité de lecture	\$\$	\$\$
! Posters	\$\$	\$\$
! Autres	\$\$	\$\$

Préciser les articles de revue publiés et les circonstances
des communications :

1.9 PARTICIPATION A DES STAFFS DE :

- service
! oui ! non
- interservices sur une prise en charge
! oui ! non
- durée mensuelle moyenne de staff
(établie en heures par mois)

2003	2004
------	------

\$\$	\$\$
------	------

	2003	2004
1.10 PARTICIPATION A DES RECHERCHES CLINIQUES : <i>(indiquer le <u>nombre de jours</u> consacrés à cette activité)</i>	\$\$	\$\$
1.11 SITES INTERNET : CONSULTATIONS ET FORMATION EN LIGNE		
Nombre de connexions mensuel	\$\$	\$\$
Durée mensuelle de connexion <i>(indiquer le <u>nombre d'heures</u>)</i>	\$\$	\$\$

Quels sites internet consultez-vous ?

2) THEMATIQUES DES FORMATIONS

Avec évaluation des domaines en nombre de jours (sur la base de : un jour = 8 heures)

Pour chaque item, reprendre les consignes du 1) mais en le formalisant sous une forme thématique.

	2003	2004
2.1 MEDICAL		
(diagnostic, ex complémentaires, TT, social)		
prévention		
! De votre spécialité d'exercice	\$\$	\$\$
! De votre sous spécialité	\$\$	\$\$
! Des disciplines connexes	\$\$	\$\$
! Autres (préciser) :	\$\$	\$\$
2.2 ENVIRONNEMENT HOSPITALIER		
! Gestion et administration de l'hôpital	\$\$	\$\$
! Qualité, sécurité sanitaire	\$\$	\$\$
! Santé publique	\$\$	\$\$
! Administration et économie du système de santé	\$\$	\$\$
! Autres (préciser) :	\$\$	\$\$
2.3 DEVELOPPEMENT DE PROTOCOLES		
! Participation à la mise au point de protocole pour votre service	\$\$	\$\$
! Acquisition d'outils de validation	\$\$	\$\$
! Protocolisation	\$\$	\$\$
2.4 DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL ET PERSONNEL		
! Bureautique, informatique	\$\$	\$\$
! Langues (anglais,...)	\$\$	\$\$
! Techniques de communication (relationnel, pédagogie, savoir négocier...)	\$\$	\$\$
! Autres Préciser :	\$\$	\$\$

2.5 FORMATION D'INITIATION A LA RECHERCHE

\$\$ \$\$

3) FINANCEMENT

Il est possible que certains coûts vous soient inconnus, car pris en charge directement par un tiers. Dans ce cas, remplissez les coûts qui vous sont connus, en précisant qu'il s'agit d'un « coût partiel » (si ce coût est important).

	2003	2004
3.1 CONGRES-SEMINAIRES		
Quel est le montant total en euros ?	\$\$\$\$	\$\$\$\$
Coût partiel ? ! oui ! non		
<i>Estimer au mieux la prise en charge financière (en pourcentage) :</i>		
! vous-même	\$\$	
! l'hôpital	\$\$	
! industrie pharmaceutique	\$\$	
! association loi 1901	\$\$	
! autre	\$\$	
3.2 SEJOURS LONGS (stages à l'extérieur de votre établissement, à l'étranger, acquisition de pratiques professionnelles...)		
Quel est le montant total en euros ?	\$\$\$\$	\$\$\$\$
Coût partiel ? ! oui ! non		
<i>Estimer au mieux la prise en charge financière (en pourcentage) :</i>		
! vous-même	\$\$	
! l'hôpital	\$\$	
! industrie pharmaceutique	\$\$	
! association loi 1901	\$\$	
! autre	\$\$	

2003

2004

3.3 FORMATIONS UNIVERSITAIRES

DIPLOMANTE :

Intitulé :

Coût global en euros

\$\$\$\$ \$\$\$\$

Prise en charge financière (en pourcentage) :

! vous-même \$\$

! l'hôpital \$\$

! industrie pharmaceutique \$\$

! association loi 1901 \$\$

! autre \$\$

NON DIPLOMANTE :

Coût en euros

\$\$\$\$ \$\$\$\$

Prise en charge financière (en pourcentage) :

! vous-même \$\$

! l'hôpital \$\$

! industrie pharmaceutique \$\$

! association loi 1901 \$\$

! autre \$\$

3.4 AUTRES ACTIONS DE FORMATION

Préciser :

3.5 ADHESION-ABONNEMENTS

Coût global en euros

2003

2004

! Abonnements	\$\$\$\$	\$ \$ \$ \$
! Livres	\$\$\$\$	\$ \$ \$ \$
! Inscription sociétés savantes	\$\$\$\$	\$ \$ \$ \$
! Informatique	\$\$\$\$	\$ \$ \$ \$
! ADSL-Internet	\$\$\$\$	\$ \$ \$ \$

A titre informatif, pouvez-vous donner la liste des abonnements que vous payez personnellement :

4.4 BIBLIOTHEQUE MEDICALE

En existe-t-il une dans l'établissement ? ! oui ! non

4.5 REVUES MEDICALES ET INTERNET

Bénéficiez-vous d'un accès internet dans votre établissement pour consulter les revues médicales en ligne ? ! oui ! non

5) MODES D'EVALUATION DE CES FORMATIONS

L'évaluation des formations que vous avez suivies a-t-elle été faite ?

! oui ! non

L'acquisition de vos connaissances et/ou de vos pratiques a-t-elle été contrôlée par l'organisation ?

! oui ! non

6) VOTRE IDENTITE

NOM :	<i>Merci de ne rien inscrire dans les 2 cases ci-dessous</i>
PRENOM :	
ETABLISSEMENT :	
SPECIALITE D'EXERCICE :	
ANNEE D'OBTENTION DU DOCTORAT : \$\$\$\$	
NOMBRE DE PRATICIENS DE LA MEME SPECIALITE DANS VOTRE ETABLISSEMENT : \$\$	

\$\$
\$\$

COMMENTAIRES/OBSERVATIONS :

Nous vous remercions d'avoir répondu à ces questions sur vos pratiques de formation continue.

Ce questionnaire est à renvoyer à l'adresse suivante :

Hôpital Fernand Widal
Service de santé publique - CN FMCH
A l'attention de François MATISSE
200, rue du Fbg Saint-Denis
75 475 PARIS Cedex 10