



Société de Formation
Thérapeutique du Généraliste
233 bis rue de Tolbiac – 75013 Paris
tél : 01 45 81 09 63
www.sftg.net

Première Journée
des

Etats Généraux

de la

Formation Médicale Continue

Indépendante

Paris, le vendredi 22 octobre 2004

Compte-rendu

Journée organisée par :

Isabelle de Beco
Jacques Bonnin
Anne-Marie Magnier
François Baumann
Philippe Regard
Patrick Ouvrard
Henry Naccache

membres du bureau de la SFTG

Avec la participation de :

Gérard Wormser – Professeur de philosophie
Albert Hercek - Unaformec
Bernard Ortolan – Président du CN FMC des médecins libéraux
Didier Vignon – Président du FAF-PM
Vincent Renard – Vice-président de l'OGC
Michel Roland – Médecin généraliste à Bruxelles
Jacques Julliard – Association Mieux Prescrire
Jean-Pierre Dupont – Association Mieux Prescrire
Philippe Foucras – fondateur du Formindep
Marie Kayser – Présidente du Syndicat de la Médecine Générale
Omar Brixi – Mutualité Française
Alexandre Biauxse-Duplan – UFC Que Choisir
Sandrine Buscail - Syndicat National des jeunes Médecins Généralistes

Compte-rendu coordonné par :

Luc Beaumadier

secrétaire général de la SFTG

Table des matières

Introduction

Isabelle de Beco, Présidente de la SFTG	page 4
Gérard Wormser, philosophe	page 6

Etat des lieux de la formation médicale continue en France

Albert Hercek, histoire de la FMC	page 11
François Baumann, la SFTG	page 15
Bernard Ortolan, Président du CNFMC des libéraux	page 16
Didier Vignon, Président du FAF-PM	page 18
Vincent Renard, Vice-président de l'OGC	page 19
Débat	page 20

Ailleurs

Michel Roland, la FMC en Belgique	page 21
François Baumann, la FMC au Québec	page 25

La volonté de l'indépendance

Jean-Pierre Dupont, Jacques Julliard, Association Mieux Prescrire	page 26
Philippe Foucras, le Formindep	page 30
Marie Kayser, Syndicat de la Médecine Générale, revue Pratiques	page 33
Anne-Marie Magnier, le FOPIM	page 37
Débat	page 39

Ateliers

Atelier 1 : conditions de la qualité de la FMC	page 40
Atelier 2 : attentes des usagers et santé publique, UFC Que Choisir	page 43
Atelier 3 : DCI déconditionnement des prescripteurs	page 47

Ethique

François Baumann, nécessaire indépendance de la FMC	page 50
Débat	page 52

Construisons une charte	page 54
--------------------------------	---------

Annexes

Annexe 1 : déclaration de Dublin / Funchal	page 56
Annexe 2 : indépendance et intégrisme	page 58
Annexe 3 : DCI et FMC indépendante	page 59
Annexe 4 : rapport de la Cour des Comptes	page 61

Introduction

Isabelle de Beco – Présidente de la SFTG

Il y a un an, la SFTG organisait dans ce même lieu un colloque sur la prescription des médicaments en Dénomination Commune. Nous amorçons un cycle annuel de réflexion et de confrontation sur la santé publique et la thérapeutique, ouvert à tous les professionnels de santé et aux citoyens concernés.

Le thème de cette année n'est pas une grande surprise. En effet depuis de nombreux mois, tous les acteurs de la formation médicale sont en effervescence autour des lois qui ont abouti en août 2004 : celle relative à la politique de Santé Publique qui relance l'obligation de Formation pour tous les médecins (libéraux, salariés, hospitaliers) et celle relative à la réforme de l'assurance maladie rendant obligatoire et sanctionnante l'évaluation des pratiques professionnelles.

La forme de notre action d'aujourd'hui est peut être un peu plus surprenante : des États Généraux ? oui car nous en appelons au « peuple » parce que la santé est l'affaire de tous ! et parce que nous avons le devoir d'exiger publiquement une formation initiale et continue qui soit :

- d'abord objective dans son contenu scientifique,
- mais éclairée par les sciences humaines et sociales,
- et surtout indépendante de toute influence commerciale dans sa mise en place, son contenu, son évaluation et ses financements.

Dans l'apprentissage de notre art, dès l'enfance, tournoient autour de nous les représentants des firmes qui comme des hochets nous offrent petits bibelots et autres stylos billes toujours brillants du nom de leur marque qui deviendront au cours du temps plus volumineux et attractifs : repas, agendas, publications, congrès et choux gras pour « soutenir la science » et faire oublier les douleurs morales et physiques de notre dur labeur (c'est vrai que c'est dur parfois, et souvent).

De quelle innocence s'agit-il quand on feint de croire qu'il est possible de recevoir sans rien donner en échange ? Bien souvent, ce n'est pas auprès des maîtres, qu'en formation initiale on trouvera distance critique et capacité à enseigner l'art de soigner qui suppose, selon Gilles Bardelay, directeur de la Revue Prescrire « l'analyse attentive des incertitudes et des risques, le souci de protéger les patients , le recours à des sources d'information indépendantes et fiables ». Fin de citation extraite de son article paru dans le Monde à l'occasion du retrait du Vioxx. Que dire aussi de la prescription des anti-inflammatoires chez les enfants, du vaccin contre l'Hépatite B, de la sinistre histoire de l'Isoméride ? Toujours le même scénario d'aveuglement qui va se répétant et devrait cependant finir par alerter les consciences endormies par cette « mise sous influence » poursuivie par les firmes. Eloignons –nous en et entretenons en permanence notre esprit critique.

Quand la Société de Formation Thérapeutique du médecin Généraliste s'est organisée il y a plus de 25 ans , c'était pour mettre en place la formation médicale continue, condition indispensable de notre exercice professionnel et de la qualité des soins que nous dispensons. L'indépendance de son organisation et de son contenu est notre exigence fondamentale. Nous refusons que l'industrie pharmaceutique puisse modifier notre manière de pratiquer et même de penser notre discipline. Si notre système social transforme tout en marchandise, si la morale de notre société libérale est la concurrence, refusons d'être les pions de cette guerre entre firmes pharmaceutiques; le rôle des professionnels de santé , dans d'autres guerres aussi, a toujours été d'être au-dessus des conflits et d'agir dans un autre lieu qui ne peut être qu'éthique.

Si notre déontologie actuelle n'est pas suffisante pour nous protéger contre ces dérives, alors, comme nous vous le proposons aujourd'hui, écrivons notre charte éthique de la formation médicale indépendante. Cette première journée d'Etats Généraux doit permettre la rencontre et le rassemblement des associations de professionnels et des mouvements de citoyens qui partagent ces exigences: les signataires de l'appel du Formindep, la revue Prescrire qui œuvre depuis toujours dans ce sens, la Revue Pratiques et du S.M.G., la Revue Que Choisir et de bien d'autres présents aujourd'hui dont nous avons souhaité partager l'expérience et le point de vue pour construire ensemble cette charte éthique.

Sans votre mobilisation cette journée n'aurait pas de sens et nous vous en remercions. Après la parution des décrets d'application des lois récentes et les diverses nominations, de nouvelles institutions vont se mettre en place, nous espérons que notre travail de ce jour permettra de nous y faire entendre. En attendant, nous avons souhaité entendre quelques éléments qui nous ont paru importants dans l'organisation actuelle de la formation médicale continue ici et dans d'autres pays francophones. Avant de nous lancer dans cette grande aventure, comme souvent à la SFTG, nous ferons appel pour éclairer notre chemin aux lumières du philosophe, et j'en remercie Gérard Wormser à qui je passe la parole.

Texte original d'Isabelle de Beco

SFTG : société de formation thérapeutique du généraliste, association nationale de fmc créée en 1977.

SMG : syndicat de la médecine générale

Formindep : voir page 30

Le point de vue de Gérard Wormser

Professeur de philosophie, Université de Lyon

Après les phrases fortes prononcées par Isabelle de Beco, qui sonnent comme une revendication, et prennent à coeur le sens même de ces Etats Généraux comme appel à réformer les abus et à fonder une orientation et un cadre juridique équitable et juste pour les pratiques qui doivent appuyer l'intérêt général, au lieu de l'invoquer pour en détourner le sens, je n'aurai évidemment guère de mal à **proposer l'indépendance d'esprit comme horizon de toute formation de valeur**, d'autant que je le vois bien battu en brèche dans le cadre des rapports nouveaux qui s'établissent dans la recherche scientifique (et qui font l'objet des Etats Généraux de la recherche à Grenoble).

En effet il n'est rien de plus sujet à captation que les formations, et ceci pour des raisons de fond. En effet, **une formation est comme une promesse** : ses effets seront d'autant plus aisément atteints que l'assentiment et la connivence de celui qui la reçoit vient conforter la position de parole de celui qui l'effectue. De plus, la formation entretient une relation « magique » à la pratique : peut-on faire des choses avec des mots ? C'est ce que semble souvent effectuer la formation, et c'est ce qui fonde le plus souvent les prises de position à son égard : elle induit des convictions qui ne sont pas toutes, loin de là, étayées par une pratique validée. Le thème de la journée, rien moins que paisible, focalise des enjeux essentiels pour l'évolution des pratiques médicales.

Il y a donc un intérêt véritable pour le chercheur et philosophe que je suis à démasquer les jeux équivoques où se joue finalement une partie essentielle de notre relation aux autres. En effet, le propre de la formation est de reposer sur la relation à autrui, et dans le cas de formations à finalité professionnelle, cet aspect de la relation à autrui est à la fois central et masqué : central parce qu'il devient parfois un thème explicite (la relation au client, au malade, etc.) mais aussi bien masqué par un jargon positiviste qui indique les procédures comme horizon d'application de la formation. Or, non seulement les procédures sont loin d'épuiser le sens et la fonction de la formation, mais nous pouvons dire qu'elles ne prennent leur signification spécifique que sur fond d'un horizon de sens lié effectivement à la relation à autrui. Finalement, nous touchons ici aux significations éthiques de la formation, qui relèvent de la préparation à la rencontre d'autrui : préserver les formations des ingérences inappropriées n'est finalement qu'avoir un peu d'égard pour ceux que nous allons rencontrer et qui sont les destinataires indirects de ces formations. Et nous le savons, dans toute relation, le sens implicite affecte autant le cours des choses que ce qui se dit explicitement : apprendre quelque chose, c'est toujours aussi apprendre des « bonnes manières », car **tout apprentissage emporte avec lui la signification d'inciter à reproduire avec d'autres le type de relations qui se seront instituées lors de cet apprentissage** – c'est vrai dès la première enfance, et, en tous nos actes, nous ne sommes jamais que des personnes de chair et de sang.

Ajoutons cependant que cette éthique de la formation court de réels risques de se voir objecter une « nécessité » incontournable, comme on le voit déjà dans nombre de secteurs de l'économie et

dans la recherche, où les évolutions sont préoccupantes. Peut-on systématiser le développement de centres de recherche sur le modèle de chaînes de compétences industrielles ? Rien n'empêchera que chaque unité ne pourra fonctionner que si s'établissent en elle des relations humaines pas trop vicieuses – et c'est là une tension qu'il faut gérer... par des formations spécifiques. On pourrait donc dire que **les formations doivent en permanence délivrer un mode d'emploi de la socialisation des connaissances qu'elles transfèrent : cet horizon de réemploi dans un autre contexte impose que les formations soient dotées d'une orientation éthique suffisante**, sous peine de ne pas atteindre leur but essentiel. Si les formations doivent répondre à une éthique, ce n'est donc pas pour répondre à des influences externes ou à un effet de mode, mais bien de manière fonctionnelle.

On pourrait donc établir le slogan suivant : la formation continue ne peut pas être une déformation continue ! Or, les pratiques quotidiennes sont fatalement sous la pression de multiples informations faiblement validées, soit parce qu'elles ont un but essentiellement promotionnel (publications diverses), soit qu'elles relèvent de rumeurs assez vaguement fondées sur le hit-parade des pratiques en vogue, soit qu'elles répondent à des habitudes que la formation « suspend » par définition durant le temps de formation – même au cas où elles seraient à la fin tenues pour bonnes dans leur contenu.

Voici donc quelques orientations pour engager vos travaux, à partir de termes controversés :

Influence : la formation doit permettre de les confronter et de les objectiver. Elles existent, mais doivent être exhibées en commun lors de formations, ce qui exige des formations libres des facteurs d'influence qu'elles devront s'attacher à décrire. Les bonnes pratiques sont rarement associées à une seule modalité de prescription, et renvoient davantage à un spectre d'indications. L'esprit comparatiste est l'essentiel : il ne s'agit pas de les nier, mais de savoir en jouer. Comparons avec le journalisme !! Actuellement « sous influence », les médias français comptent pour très peu dans les facteurs d'évolution du pays, et leur influence propre est réduite d'autant : la captation de la presse par des groupes financiers, politiques et industriels réduit très vite la capacité d'action des médias, et atteint même leur capacité à parvenir à l'équilibre économique ! **L'influence que l'on peut avoir est donc en grande partie fonction de sa capacité à récuser les influences que l'on subit** ou pour le moins de tirer au clair les enjeux qu'elles représentent. C'est là une fonction centrale de la pensée critique.

Dépendance : elle existe antérieurement à la formation, la pire des dépendance étant liée à des ignorances. Il importe donc de faire de l'ignorance et du doute le cœur des pratiques de formation. Si ce doute est maintenu, la pluralité des hypothèses cliniques est plus aisément présente à l'esprit de chacun. Si chacun mesure ses propres ignorances, il lui est plus facile de se poser les bonnes questions. De plus, il est essentiel de favoriser la confrontation des pratiques et des protocoles de

soin. La difficulté ici, c'est qu'il est difficile de « vendre » des formations qui placeraient l'ignorance au centre de leur approche. C'est pourtant ce que fait la philosophie depuis Socrate et Platon, ce qu'a retrouvé la psychanalyse, et ce qu'ont aussi formulé les religions. Paradoxalement, on peut dire que les religions ont créé des sagesses et des règles éthiques à partir de la prise en compte des ignorances fondamentales des hommes relativement à leur destin. A rebours, **les stratégies de communication contemporaines, axées sur la notion du contrôle que les procédures exerceraient à chaque instant sur le réel fragilisent les formations** elles-mêmes, qui perdent sur le plan de l'ouverture au questionnement ce qu'elles semblent gagner en capacité d'affirmation. Il est donc vital pour les formations de préserver cette suspension de la certitude, ce doute indispensable à toute pratique normée, et qui constitue le cœur d'une professionnalité véritable.

Intérêt : il est donc légitime de préciser les intérêts en jeu. La consommation médicale est un indicateur souvent mis en avant pour mesurer la dépendance relative de nos sociétés vieillissantes relativement aux demandes des patients et des industries. Dès lors, le médecin a pour fonction, entre autres choses, d'éclairer les patients sur les protocoles adaptés à son cas, et qui ne passent pas systématiquement par la multiplication des examens et des prescriptions. La réforme prévue des modalités de consultation du médecin traitant ou du médecin référent rend cette fonction pédagogique d'autant plus essentielle que la confiance entre le patient et son médecin sera toujours plus centrale. Ici, nous sommes renvoyés à l'intuition de Kant, géniale : loin de nier la fonction que peut revêtir l'intérêt pour penser les engagements de chacun dans le monde, il tente de **prendre au sérieux la notion d'intérêt désintéressé**, et trouve au moins deux exemples qui semblent attester de cette possibilité.

1. Le jugement de goût : dans ce cas, mon intérêt subjectif me pousse à imaginer qu'autrui peut bien avoir la même opinion que moi, mais il ne sert à rien de tenter de convaincre autrui, par des raisons, qu'il devrait changer d'avis au cas où il n'est pas réceptif aux mêmes choses que moi : tout ce que je peux faire, c'est exposer les motifs de mon propre intérêt pour cette création....
2. La moralité : il s'agit à chaque fois de cas singuliers, mais la règle qui permet de juger et d'agir se présente comme une règle générale : le critère trouvé par Kant est de se dire que je juge bien dans mon intérêt supérieur si je parviens à établir une règle qui vaudrait de la même manière pour d'autres que moi et dans d'autres situations : c'est la notion d'intérêt de la raison, proche de celle d'intérêt général ou de volonté générale.

La question est donc de savoir si la formation continue peut devenir un troisième exemple de situation où domine l'intérêt désintéressé : ce ne serait plus une question de subjectivité comme dans l'esthétique (des goûts et des couleurs...) ni une question d'universalité comme dans la moralité (rendre à chacun ce qui lui est dû...), mais une question d'intersubjectivité : comment prendre en compte l'intérêt des tiers que sont le patient, la société, les caisses de sécurité sociale, les jeunes médecins en formation initiale, etc., dans les actes de diagnostic et de prescription qui forment le

coeur de nos métiers. Cette orientation revient à **restaurer la place centrale du jugement dans la détermination de notre professionnalité.**

Conflit d'intérêt : Là où le bât blesse, c'est s'il y a collusion du médecin avec les laboratoires qui financent certains de ses frais ou de ses dépenses à des titres divers. Si le refus systématique est avant tout une question personnelle, il reste essentiel de maintenir la formation indemne autant que possible. La crédibilité de la formation dépend en fin de compte de la possibilité de proposer de manière récurrente des sessions dont les programmes dépendent moins du plus ou moins grand soutien de la part de l'industrie, mais bien de celui de la formation elle-même. Or celle-ci n'a pas systématiquement, loin de là, pour conséquence un surcroît de prescription, ou la prescription à base de traitements nouveaux, etc. La finalité de la formation est donc en grande partie liée aux intérêts croisés de ceux qui la proposent et rien ne fera qu'il n'y ait pas d'intérêts en jeu. Encore faut-il que ceux-ci ne remettent pas en question l'objectivité du projet de formation.

Conservons l'exemple des médias, et du lien des journaux à leurs annonceurs. Sans aller jusqu'aux « aveux » de Patrick Le Lay ("TF1 vend du temps de cerveau disponible à ses annonceurs"), il va de soi que la presse et les médias sont très dépendants de leurs annonceurs. Quel sont les moyens d'échapper à ces dilemmes ? Le premier, le plus fort, c'est la compétence intrinsèque, dont on peut dire qu'elle est le moteur de toute indépendance, le vecteur de son affirmation : c'est vrai dans tous les cas. Le savoir seul peut résister à la manipulation intéressée : « *Eppur, si muove* » disait Galilée, signifiant que l'autorité n'avait pas prise sur le savoir. L'autre parade, c'est l'introduction d'une dimension réflexive et d'objectivité dans le travail. C'est la fonction des sciences sociales comme théories du soupçon. Et c'est dans cet esprit que j'ai créé « *Sens Public* » www.sens-public.org pour publier des textes originaux en ligne. Autant vous dire qu'il faut là faire preuve de beaucoup d'énergie pour aller au bout d'une création quelle qu'elle soit, et **l'indépendance des formations continues est forcément un combat.**

Aussi, la discussion qui s'engage entre vous sur la question du lien entre "l'information sur le médicament" et la "formation médicale continue" est centrale : si l'information prend immédiatement le sens du matraquage promotionnel, le message implicite est celui de la soumission et de l'allégeance des médecins à une chaîne de commandement orientée par l'industrie : les généralistes deviennent des représentants. Vous vous confrontez donc à la question, fondamentale, de la relation aux institutions dans la "professionnalisation" des médecins : la notion de "construction des professions" est une détermination récente de la sociologie des organisations : elle s'appuie sur les procédures définissant les critères d'entrée, de légitimation et d'évolution dans une pratique sociale. Et **la formation est sans doute l'un des mode essentiel pour déterminer la professionnalité** : c'est notamment par la formation continue que se réalisent des échanges de pratiques de nature à entretenir ou à créer le sens d'appartenance à une communauté de travail. Si Véronique Batardy a pu se plaindre du manque d'apprentissage de la lecture critique durant la

formation initiale, il va de soi que c'est à la profession elle-même, notamment dans des sessions comme la vôtre, à imaginer des modes d'accès à ce bien "immatériel" que représente la capacité critique. La réponse institutionnelle sera bien évidemment que la Sécurité sociale ne peut pas tout payer (en acceptant les tarifs des firmes pharmaceutiques qui distribuent une grande partie des financements de formation). Mais des mécanismes pourraient allouer aux formations indépendantes une part déterminée des dépenses consenties volontairement par les laboratoires au titre de la promotion des médicaments et de la formation. C'est ici que je vous rends la parole.

L'histoire de la formation médicale continue

Docteur Albert Hercek – Unaformec

Loin est le temps où le médecin prétendait tout connaître, tout savoir. «Le médecin du 17^e siècle pouvait prétendre tout connaître des sciences de la médecine, de l'art et des lettres. Il savait même tailler la barbe. Celui du 18^{ème} siècle pouvait prétendre tout connaître de la médecine dans sa totalité. Celui de 1950 le pouvait pour une branche de la médecine, et celui de 1980 ne prétend tout connaître que d'un seul chapitre d'une branche. "(L.Senghor).

Le rôle des professionnels de santé a donc évolué. La médecine, en 50 ans, s'est profondément modifiée. De clinique, elle est devenue de plus en plus clinique et technique, voire technique essentiellement pour certains de ses aspects. Les thérapeutiques sont de plus en plus efficaces. Des pathologies ont disparu, d'autres se sont modifiées, d'autres apparaissent. La pratique médicale s'est transformée. A côté de la médecine générale, les spécialités d'organe se sont développées.

D'autres professions de santé sont apparues, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, psychomotriciens. Chacun agissant pour son propre compte, le patient s'est trouvé, souvent ballotté. Les coûts de la santé se sont envolés. Les retombées socioprofessionnelles et socioéconomiques sont actuellement au coeur des décisions que nous vivons et qui sont prises par les politiques dans beaucoup de pays de l'Union Européenne

La demande de santé des patients s'est modifiée. De diagnostique et curative, elle est devenue de bonne santé, voire prédictive. Maintenant, et c'est un phénomène européen, il faut envisager une prise en charge globale de l'individu dans son environnement familial, socioprofessionnel et socio-économique bien défini. Prise en charge par le médecin généraliste, médecin de famille, maillon essentiel des systèmes de santé, aidé certes par la technique spécialisée, mais aussi et de plus en plus, dans une collaboration étroite, avec les spécialistes et les autres intervenants professionnels de santé.

C'est cette prise en charge collective de la santé, des individus et de la population qui s'avérerait la plus efficace pour un coût le mieux adapté dans une démarche de recherche de qualité des soins.

C'est dans ce schéma que s'insère en France le dispositif de la formation médicale continue dont nous avons été un des fondateurs dès 1972. Il est évident aujourd'hui que la formation médicale continue s'impose à tout médecin. Plus de 30 ans après, il me paraît opportun de rappeler que la formation continue des médecins a pour objectif essentiel la qualité des soins, nécessité de santé publique. La formation médicale continue est donc un instrument majeur de régulation du système de santé.

C'est dans cet esprit qu'ont été précisées par la profession en 1981 **les finalités** de la formation médicale continue:

- entretenir, actualiser, développer les connaissances et surtout les comportements;
- permettre l'adaptation des praticiens à tout objectif nouveau du système de santé;
- participer à l'élaboration et à l'évaluation des connaissances, méthodes et filières de soins;
- former le praticien à l'exercice de ses responsabilités, individuelles et collectives.

Les **principes de fonctionnement** d'une formation continue adaptée aux praticiens étaient:

- volontariat
- organisation par les professionnels concernés, donc responsabilisation de ces professionnels
- décentralisation
- continuité et crédibilité
- personnalisation par des méthodes pédagogiques interactives
- promotion enfin

La démarche pédagogique proposée s'appuyait sur la démarche du médecin dans son exercice quotidien:

- analyse des tâches professionnelles
- identification des besoins de formation individuels et collectifs de santé publique
- détermination des objectifs de formation tant cognitifs que techniques et comportementaux
- action participative
- autoévaluation formative et non sanctionnante.

Ainsi prenait naissance une nouvelle organisation de la formation professionnelle axée sur la vie associative.

Le **mouvement associatif** (local, régional, national) né dans les années 70, allait se généraliser dans les années suivantes et devenir une quatrième force professionnelle à côté de l'Ordre national des médecins, de l'Université et des Syndicats représentatifs. Ce quadripartisme allait se retrouver dès 1982, dans le 1er Comité national de formation médicale continue, puis dans les CNFMC successifs et dans les CRFMC.

C'est dans ces principes de fonctionnement, dans ces finalités de la formation médicale continue et dans cette organisation que réside l'originalité du système mis en place en France: la responsabilité individuelle de chaque médecin dans le cadre du libre choix des méthodes de formation et la responsabilité collective de la profession au plan de la mise en oeuvre des conditions

d'exercice de cette liberté individuelle. Malheureusement bien que la formation médicale continue soit maintenant institutionnalisée, que des masses financières de plus en plus importantes depuis 1990 lui aient donné un essor considérable, nous avons assisté à un spectacle souvent désolant, à des appétences de pouvoir, des polémiques, des conflits aigus qui ont stérilisé complètement toute possibilité de mise en place d'une politique à moyen et long terme de la formation médicale continue. Si bien qu'il est tout à fait justifié de se poser la question : quelle est l'efficacité réelle de cette formation médicale continue quant au changement souhaité des comportements des médecins? La formation médicale continue est **obligatoire** depuis le 1er Janvier 1997.

Passera-t-on d'une obligation de moyens...à une obligation de résultats ?

Il m'apparaît que nous en prenons le chemin.

La loi portant sur l'Evaluation des Pratiques Professionnelles est une pièce importante du puzzle qui se construit. Voilà annoncé le temps des sanctions, négatives ? Positives ? Je ne voudrais pas être de mauvais augure.

Qui contrôlera cette formation médicale continue obligatoire?

Quels seront les rôles respectifs des CNFMC, des CRFMC, et de la Haute Autorité de Santé ? Alors, tous dans un même moule ?

Nouvelle usine à gaz?

A-t-on fait une étude objective sur les modifications comportementales des médecins et sur l'efficacité réelle en terme de santé publique dans les pays où la formation médicale continue est obligatoire? Quid du financement ?

Quid de l'indépendance de la formation médicale continue ? Quid de l'autonomie des Associations ?

La profession ne va-t-elle pas laisser échapper cet outil de grande qualité, qu'elle a forgé ?

En 1976, lors du 1er colloque européen de formation médicale continue, que j'avais organisé à Paris, un pédagogue, nous avait rappelé "qu'on peut mener un cheval à l'abreuvoir, mais qu'on ne peut le forcer à boire s'il n'a pas soif ». Et comme nous sommes des hommes, en principe doués de pensée...cela dépend aussi de ce que l'on met dans l'abreuvoir et de la façon dont on accommode l'ensemble. **Pédagogie avez-vous dit ?**

CNFMC : conseil national de la fmc

CRFMC : conseils régionaux de la fmc

J'ajoute quelques prises lors de l'exposé de Albert Hercek.

Il a notamment déclaré :

En préambule, je dirais que rien n'a changé depuis 30 ans. En effet, au cours de ces 30 ans, des textes se sont ajoutés en strates , avec remise en cause de l'indépendance de la formation médicale continue de façon régulière.

En 1972, ce fut le début de la coordination de la formation médicale continue associative, avec l'invention de la différence entre formation médicale continue et EPU (enseignement post-universitaire).

Il s'agissait de quitter le magistral, pour intégrer les sciences humaines, les questions comportementales et relationnelles.

En 1973, une première charte de la formation médicale continue est rédigée, avec comme points fondamentaux :

- la formation médicale continue doit être adaptée au praticien
- sur la base du volontariat
- organisée par les professionnels concernés et sous leur responsabilité
- indépendante
- décentralisée
- avec une pédagogie interactive
- permettre la promotion professionnelle.

En 1981, il y eut actualisation de ces principes, et adaptation à la santé publique.

Puis des divergences sont apparues quand on a parlé d'argent. Depuis 15 ans. les appétences de pouvoir ont provoqué des conflits aigus, avec risque de stérilisation à moyen et long terme de la formation médicale continue.

La loi sur l'évaluation des pratiques professionnelles ajoute une nouvelle strate, qui contrôlera ?

Notes : Luc Beaumadier

François Baumann – La FMC et la SFTG

Nous avons voulu ces Etats Généraux parce qu'il faut pouvoir s'exprimer, la formation médicale continue en ce moment, ça ne marche pas comme on voudrait.

L'idée de la SFTG depuis 1977 ne s'est pas éteinte. Les valeurs de sa Charte sont toujours d'actualité (indépendance, créativité, santé publique). Ces valeurs sont simples, vraies, justes, elles expriment un désir commun d'indépendance et d'éthique. Ce sont des idées qui ne vieillissent pas.

Elles sont justes par la recherche de la vérité scientifique, de l'objectivité. Elles s'inscrivent dans l'interdépendance, opposée à la dépendance. Et aussi dans le changement et l'impermanence.

La formation médicale continue bouge, c'est un être biologique.

La SFTG veut faire de la formation « durable », pour le plaisir, la rencontre, la créativité, et avec rigueur.

Notes : Luc Beaumadier

Intervention du Dr Bernard Ortolan – Président du Conseil National de la Formation Médicale Continue des médecins libéraux

La loi Kouchner de mars 2002 rend la formation médicale continue obligatoire, avec sanctions.

Le décret Mattéi de novembre 2003 rend la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles incitatives sans sanctions, et installe le CNFMC.

La loi de santé publique d'août 2004 met en place les Conseils Régionaux de formation médicale continue.

Puis toujours en août 2004 la loi de réforme de l'Assurance Maladie crée l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles.

L'évaluation et la formation médicale continue sont 2 dispositifs d'un même ensemble, avec sanctions; sanctions au tribunal de sécurité sociale (section des affaires sociales).

Le ministre de la Santé Philippe Douste-Blazy pense que évaluation des pratiques professionnelles et formation médicale continue sont deux dispositifs complémentaires d'une seule et même obligation.

Le CNFMC des libéraux agréé pour 5 ans les organismes qui délivrent les actions de formation médicale continue, il agréé les organismes aptes à effectuer des procédures d'évaluation après avis de la Haute Autorité de Santé, il fixe les règles que suivent les CRFMC pour valider le respect de l'obligation.

Les CRFMC évaluent chaque praticien tous les 5 ans, et leur rappellent leurs obligations avant sanction.

La Haute Autorité de Santé établit et met en oeuvre en particulier :

- les procédures d'évaluation,
- les guides de bon usage des soins,
- et certifie les logiciels et sites de santé.

L'agrément d'une structure apte à faire de l'évaluation nécessite 4 conditions :

- la méthode est connue et validée,
- la procédure utilise une comparaison avec des données validées,
- il existe des intervenants accompagnant des utilisateurs,
- il existe une évaluation externe.

Conclusions de ces dispositions légales :

formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles sont un tout d'une même obligation qui ont pour objectif l'amélioration de la qualité des pratiques

Le CNFMC	Agrée les organismes
La HAS	Agrée les procédures
Les CRFMC	Valident l'obligation
L'Ordre	Applique les sanctions positives et négatives
Les URML	Organisent l'offre et participent à l'évaluation du dispositif.

Le décret est clair : il interdit toute publicité « produits » dans les formations médicales continues.

Le CNFMC travaille depuis 10 mois bien qu'il n'ait aucun moyen, il travaille par e-mail, téléphone. Il a travaillé sur les critères d'agrément des organismes de la formation médicale continue, l'immense majorité des organismes connus seront agréés sans difficulté. Il a mis en place une commission du barème pour chaque praticien et une commission financement de la formation médicale continue.

Ceci pose un problème : comment protéger tout ce tissu associatif, qui vaut zéro selon les critères actuels, parce qu'il est accompagné par l'industrie pharmaceutique, mais ceci s'est construit comme ça, et je ne ferai pas d'intégrisme.

Il faut fonder des droits et des devoirs

Bercy dit qu'actuellement les médecins déclarent fiscalement 60.000.000 € de dépenses de formation.

Nous avons décidé 40h par an, ce qui coûtera 345.000.000 €.

Il faudra financer l'évaluation des pratiques professionnelles : 1.000 € par médecin en moyenne = 115.000.000 €.

Le prix de l'indépendance est donc de 1.000 à 2.000 € par praticien par an : sont-ils prêts à payer ?

Il n'y a pas de grande différence entre l'argent de l'industrie pharmaceutique, de la sécurité sociale, de l'Etat.

Si tout est dans les mains d'une tutelle, on risque l'obligation de résultat.

Que laisser à l'industrie pharmaceutique : les espaces Congrès au moins.

Je suis prêt à intégrer à la réflexion du CNFMC votre charte, nous devons rendre notre rapport le 19 novembre, je l'attends rapidement !

Notes : Luc Beaumadier

Didier Vignon : président du FAF-PM

Le FAF-PM recueille 4.900.000 €, fruit de la cotisation des médecins. C'est peu par rapport au 350 millions nécessaires, signalons que le rapport Laurent avait évalué la mise de l'industrie pharmaceutique à 200.000.000 €.

Le FAF-PM a été créé en 1971, et agréé en 1994 pour recevoir la cotisation des médecins, il n'est géré que par des libéraux.

Un décret récent transforme le conseil de gestion du FAF-PM en conseil d'administration.

Le FAF-PM ne finance que des associations de formation médicale continue de libéraux. La formation exclut l'information, sinon l'organisme risque de perdre son numéro d'agrément de formation

On doit signaler les relations (les conventions) avec des prestataires, ou de co-financement, le FAF-PM va faire des visites sur site.

Selon un récent décret, le FAF-PM pourrait financer les frais d'hébergement et de déplacement.

FAF-PM : fonds d'assurance formation de la profession médicale, alimenté par une cotisation obligatoire prélevée par l'Urssaf auprès des médecins libéraux.

Notes : Luc Beaumadier

Vincent Renard FPC, vice-président de l'OGC

Les réflexions sur la formation médicale continue ont aidé à conceptualiser la médecine générale.

La FPC se caractérise par sa rigueur, sa transparence, l'indépendance au cours de la réflexion, et des critères explicites.

Le cahier des charges donne un cadre clair.

La FPC est active depuis 4 ans, un quart à un tiers des médecins généralistes est passé par la FPC.

Un appel d'offres est sorti sur l'évaluation des pratiques professionnelles avant même l'obligation légale.

Le financement collectif (par l'assurance maladie) n'a pas la même signification que l'argent de l'industrie pharmaceutique.

Ce financement se fait surtout à travers des critères explicites, ce qui n'est pas du tout le cas du financement de l'industrie pharmaceutique.

Notes : Luc Beaumadier.

OGC : organisme de gestion conventionnel, qui gère l'argent attribué à la formation médicale continue par la convention médicale, donc issu de l'assurance maladie.

FPC : formation professionnelle conventionnelle, financée par l'OGC.

DEBAT

Pascal Charbonnel de FMC-Action (association de FMC)

Ca ne va pas si mal.

Parlons d'autonomie plutôt que d'indépendance.

Je vois un risque que l'évaluation conduise à un ennui mortel, où sera la place de l'imagination ?, des « grains de folie » ?

Anne-Marie Prinnet, de la SFTG des Mauges Rurales

L'exigence d'indépendance ou d'autonomie n'est pas du tout de l'intégrisme, le dire est TRES choquant.

Richard Bouton, ancien président du syndicat MG-France

Il y a de bons séminaires financés par l'industrie pharmaceutique, pas tous.

Mais c'est surtout sur l'information sur le médicament que la profession est en position de faiblesse, le défi est là.

Vincent Renard

Tout ne va pas si bien que ça, sinon le législateur n'empilerait pas autant de textes.

Comment concilier « grain de folie » et démocratie ?, la FPC est un cadre possible, il faut des procédures pour garantir l'indépendance.

Didier Vignon

Je doute de l'indépendance de la FPC actuelle, le FAF-PM prend contact avec le LEEM (syndicat de l'industrie pharmaceutique) pour obtenir des financements sans image de marque, avec l'idée d'une fondation, c'est difficile.

Véronique Batardy (SNJMG : syndicat national des jeunes médecins généralistes)

Le syndicat est indépendant de l'industrie pharmaceutique.

Pendant la formation médicale initiale, il faudrait apprendre la lecture critique.

Michel Roland, médecin généraliste à Bruxelles

La FMC en Belgique

Je suis médecin généraliste à Bruxelles depuis plus de 30 ans en maison médicale adhérente à la fédération des maisons médicales, et enseignant à l'ULB (Université libre de Bruxelles : statut public).

La situation institutionnelle est complexe. La Belgique est un état fédéral, avec 3 communautés (francophone, néerlandophone et germanophone), et 3 régions (bruxelloise, wallone et flamande).

Les premier et deuxième cycles des études médicales se déroulaient de façon ex-cathedra classique, avec cours dispensés par des spécialistes, sans véritable troisième cycle. Jusqu'il y a 3 ans, il n'y avait pas de département de formation académique à la médecine générale, c'était en fait pris en charge jusque là par des ASBL (association sans but lucratif).

Puis un audit de la Communauté Européenne sur les facultés de médecine a mis en évidence un enseignement trop théorique, pas assez interactif, pas assez centré sur la médecine générale et les aspects communautaires (dont l'enseignement commence trop tard).

En conséquence :

- le CUMG (Centre Universitaire de Médecine Générale) devient DMG, département académique intra-facultaire,
- le 3e cycle devient un DES en médecine générale,
- et mise sur pied d'un Conseil Supérieur des Médecins Spécialistes et des Médecins Généralistes et d'une Commission d'Agréation pour chacune des spécialités médicales (dont médecine générale) qui reconnaît et confirme les médecins généralistes agréés.

La formation médicale continue, jusque dans les années nonante n'avait aucune obligation ni reconnaissance, ni critères.

La quasi totalité est sponsorisée par l'industrie pharmaceutique

Cette formation médicale continue a été réformée dans les années 90, avec accréditation :

- des structures
- du matériel (logiciel médical)
- des personnes.

Le médecin est maintenant accrédité.

Principe de base : développement de la compétence professionnelle donc de la qualité des soins, via un système d'accréditation. Le médecin est reconnu accrédité pour une période de 2 ans, par le Groupe de Direction de l'Accréditation si :

- il a suivi un programme de formation continue reconnu : 200 unités par an, dont au moins 30 d'éthique et d'économie de la santé (spécialité belge de les mettre ensemble),
- il tient un dossier médical par patient, et échange avec tout autre médecin consulté par le patient et/ou qui le soigne, tous les éléments de ce dossier, qui sont utiles à l'établissement du diagnostic et du traitement,
- il a obtenu la reconnaissance du médecin agréé après avoir suivi la formation à cet effet (3^e cycle),
- il exerce une activité principale en tant que médecin généraliste et assure une continuité effective des soins,
- il possède un seuil d'activité d'au moins 5 contacts par jour ouvrable en moyenne (consultations et visites) c'est-à-dire 1.250 par an,
- il n'a pas fait l'objet de remarques répétées sur base des constatations de la commission compétente pour l'évaluation des profils médicaux. Ces constatations concernent la prescription et l'exécution de prestations diagnostiques et thérapeutiques selon les critères fixés par la commission,
- il prête son concours à des initiatives d'évaluation de la qualité organisées par les pairs, peer review, (participation à un GLEM « groupe local d'évaluation médicale », à raison d'au moins 2 réunions de 2 heures par an).

Les structures de l'accréditation (nommées par arrêté royal) sont :

- La Commission Nationale Médico-Mutuelliste (CNMM), de l'Institut National Assurance Maladie Invalidité (INAMI),
- Le Conseil National de la Promotion de la Qualité des Soins (CNPQ),
- Le Groupe de Direction de l'Accréditation (GDA),
- Le Conseil Technique de l'Accréditation (CTA),
- Un Comité Paritaire propre à chaque discipline médicale,
- La Commission d'Appel.

La CNMM est un organe consultatif constitué moitié-moitié de représentants du corps médical (élections syndicales) et des organismes assureurs (Mutuelles, qui en Belgique ont grosso

modo la fonction des CPAM en France).

- Mission: proposer au Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique les tarifs de la convention.
- Véritable lieu de décision de la « politique » de santé aboutissant à un « non system system ».

Le CNPQ.

Sa Composition: (NB: existence d'un groupe « médecine générale »)

- Banc médical: 6 médecins généralistes et 6 spécialistes,
 - Banc scientifique: 7 représentants des universités, 7 des sociétés scientifiques,
 - Banc mutualiste: 12 représentants (tous médecins),
 - Banc politique représentant les Ministres de la Santé Publique (3) et des Affaires Sociales (3).
- Missions:
- Gérer le système d'évaluation par peer review,
 - Veiller à l'utilisation correcte du DMG,
 - Promouvoir le travail en équipe,
 - Définir standards et guidelines,
 - Recommander aux GLEMs des thèmes prioritaires.

Le GDA

Sa composition : exclusivement des médecins représentant en nombre égal

- les organisations professionnelles du corps médical,
 - les organismes assureurs,
 - complétés par experts avec rôle consultatif (universités et associations scientifiques).
- Missions :
- Agréer les programmes de formation continue soumis par les Comités Paritaires,
 - Déterminer les conditions minimales auxquelles ils doivent répondre,
 - Accréditer les médecins demandeurs qui répondent aux conditions exigées.

Noter encore qu'on couple aussi formation médicale continue et évaluation en Belgique.

Toutes les sociétés savantes sont financées par l'industrie pharmaceutique, y compris l'université, mais à l'exception notable de la Fédération des Maisons Médicales.

Les thèmes de formation sont donc déterminés par les CNPQ et GDA.

On a constaté une diminution des prescriptions d'antibiotiques depuis la mise en place de ce système.

L'OMS définit le système de santé belge comme un « non-system system », c'est-à-dire un système sans système.

Une future convention est en discussion

Notes : Luc Beaumadier

François Baumann nous présente la FMC au Québec

Histoire d'une prise de conscience

La situation au Canada est très différente : loi anti-cadeaux, FMC obligatoire. Le pays a 18.000 médecins généralistes. C'est un laboratoires d'idées.

Il existe un Code d'éthique des intervenants en FMC.

En 1995, le CEMCQ (Conseil d'éducation médicale continue du Québec) publie le « Guide d'éthique sur les relations entre les organismes médicaux et les sociétés commerciales relativement à l'EMC ».

En janvier 2003, le CEMCQ et l'industrie pharmaceutique (compagnies de recherche pharmaceutiques canadiennes) publient conjointement le « code d'éthique des intervenants en EMC » pour clarifier les relations médecins – laboratoires. Pas de nouvelles règles, mais volonté de règles communes spécifiant les mécanismes d'application.

Voici donc ces règles d'éthique :

- maintenir à jour ses compétences et connaissances,
- rester maître d'oeuvre du perfectionnement professionnel,
- bénéficier de l'alliance EMC/industrie pharmaceutique dans un cadre de partenariat bien défini pour éviter les conflits (choix des thèmes, des conférenciers...)
- subventions à des fins éducatives, sans versements individuels
- sanctions possibles après plaintes, avec pénalités...
- diffusion du Code à 18.000 médecins québécois.

Sources : Journal le Collège, site : www.cemcq.qc.ca

Voici l'article 80 du Code de déontologie du Collège des Médecins :

Le médecin ne doit adhérer à aucune entente ni accepter aucun bénéfice susceptible de compromettre son indépendance professionnelle, notamment dans le cadre des activités d'EMC.

Quelques commentaires et interrogations :

- les médecins veulent rester maîtres de l'EMC,
- volonté d'identifier les conflits d'intérêt, de ne pas les nier
- pourquoi faire intervenir l'industrie pharmaceutique dans le code d'éthique ?
- quelle est la réalité des sanctions ?

Notes : Luc Beaumadier

**Intervention de l'Association Mieux Prescrire (A.M.P.) :
Jean-Pierre Dupont et Jacques Juillard**

QUELLE DÉPENDANCE POUR LA FORMATION MÉDICALE ?

Ce qui compte c'est l'absence d'influences incompatibles avec l'objectif : en l'occurrence la formation de professionnels de santé, une formation de qualité jusque dans le détail, sans tromperie ni omission, pour des soins de qualité.

L'indépendance existe-t-elle : non, dès qu'il y a des besoins matériels ou financiers. Ce qui existe, c'est la recherche du meilleur compromis possible et acceptable pour répondre aux objectifs, c'est une lutte permanente contre les compromissions. C'est une volonté assortie d'actions. La notion de "revendication" plusieurs fois entendue ce matin ne suffit pas à motiver notre réunion d'aujourd'hui.

LA DÉPENDANCE FINANCIÈRE DES FIRMES ET DES INSTITUTIONS AVEC CONFLITS D'INTÉRÊTS : SELON LES CAS, LA REFUSER OU TOUT FAIRE POUR EN SORTIR

Les firmes intervenant dans le domaine de la santé n'ont rien à faire dans le financement de la formation médicale (nous y reviendrons ci-dessous pour expliquer pourquoi).

Le rapport bénéfice/risque est à peser soigneusement dans le cas d'institutions à conflits d'intérêts potentiels (industries hors domaines de la santé, assurances dont l'assurance maladie, pouvoirs publics, etc.).

Une dépendance partielle (par exemple à 49 %, à 20 %) est-elle plus acceptable ou moins dangereuse qu'une dépendance totale ? Non, au moins sur le plan de la dépendance intellectuelle.

Il faut penser au risque de trop dépendre (quantitativement) de trop peu de sources, qui peuvent soudain se tarir.

Il faut penser aux solutions :

- faire moins (dans de nombreux cas, ce peut aussi être faire mieux) ;
- faire moins cher (formation médicale n'est pas synonyme d'hôtellerie) et cesser la mendicité d'aides accessoires ou non strictement indispensables ;
- ne pas mettre la charrue avant les bœufs : il faut chercher des financements pour répondre à des besoins ou à des projets construits, et non construire des projets autour des subventions qui se présentent.

Toute subvention n'a d'intérêt que si on a l'objectif constant de s'en passer (et si on met en œuvre l'action qui s'impose pour y parvenir).

**La TRANSPARENCE est différente de l'INDÉPENDANCE
DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS n'équivaut pas à DÉCLARATION
D'ABSENCE DE CONFLITS D'INTÉRÊTS**

Certaines idées régulièrement entendues, et reprises par exemple dans le Code d'éthique des intervenants en éducation médicale continue du Conseil de l'éducation médicale continue du Québec ne sont pas acceptables.

Dire (et écrire) que ce sont les enseignants, une fois prévenus de certains conflits d'intérêts, qui doivent être vigilants au contenu des formations, c'est se moquer du monde.

(« Les participants à une activité ou à un programme d'éducation médicale continue (EMC) doivent exercer leur jugement critique vis à vis des présentations et du matériel didactique mis à leur disposition en ce qui concerne, notamment, le contenu (objectivité et équilibre) et la discussion d'hypothèses ou de points de vue autres que ceux de la société commerciale qui soutient l'activité ou le programme. Ils doivent également être à l'affût des possibilités de conflit d'intérêts de la part des organismes ou des personnes-ressources engagés dans une activité ou un programme d'EMC. »)

INDÉPENDANCE INTELLECTUELLE ET DÉPENDANCE FINANCIÈRE ?

L'indépendance intellectuelle peut-elle vivre séparément de l'indépendance financière ou matérielle ?

Non car les méthodes des sponsors pour nous influencer font appel à d'autres mécanismes que le raisonnement, et à d'autres procédés de communication que la publicité directe ou la transmission d'un contenu informatif :

- Le conditionnement des réflexes de prescription
- La répétition des noms de marques mais aussi des noms de firmes
- La promotion d'image de marque
- La flatterie
- L'encerclement
- Les avantages en nature ou subventions offerts pour créer un ressenti de dette ("un bienfait n'est jamais perdu")
- L'autocensure
- Etc.

Ne soyons pas en retard sur cette prise de conscience

LA PRISE DE CONSCIENCE EST EN ROUTE

Un mouvement international se développe, conscient des risques que font peser les dépendances financières vis à vis de tiers industriels ou institutionnels, sur les attitudes de soins des professionnels de santé. Ce mouvement défend les notions de dignité professionnelle, d'honnêteté par rapport aux patients.

- No free lunch (USA) www.nofreelunch.org
- Healthy Skepticism (Australie) www.healthyskepticism.org
- Drug Promotion Database (OMS) www.drugpromo.info
- Grazie, pago io (Italie)

Ce mouvement est le nôtre, renforçons le.

L'AMP, DES CHOIX DE DÉPENDANCES, UN LONG CHEMIN D'EFFORTS CONTINUS

La revue *Prescrire* et l'Association Mieux Prescrire défendent des principes fondamentaux sur la question de l'indépendance :

. toute formation de qualité a un coût, un coût intellectuel essentiellement, notre gestion est serrée, sans gaspillages en dépenses inutiles ou inutilement somptuaires ;

. tout coût doit être financé : quelle dépendance financière garantit la meilleure indépendance intellectuelle ? Nous avons choisi de ne dépendre que de nos abonnés individuels, et tous nos efforts vont vers l'amélioration du service que nous pouvons leur rendre.

C'est une forme de sécurité en échange d'une garantie de travail bien fait ; ce n'est pas un choix de facilité.

. extrait de l'éditorial du numéro 237 de la revue *Prescrire* :

« À la fin des années 1970, les fondateurs de la revue ont fait de l'indépendance la condition sine qua non de leur projet.

L'indépendance financière vis-à-vis des firmes pharmaceutiques fut intégrale dès le premier jour. Il a fallu 12 ans de travail (de 1980 à 1991) pour conquérir l'indépendance financière totale ; c'est-à-dire pouvoir se passer de la subvention de lancement accordée par l'État, et ne dépendre que de l'apport des abonnés. Depuis cette date (1992), il a fallu encore beaucoup de travail pour préserver cette indépendance totale, comme en témoignent les budgets successifs présentés chaque année dans la revue.

L'indépendance, c'est une question de principe, de conception du rôle des professions de santé dans la société, d'un certain sens de la responsabilité et de la dignité individuelle et collective.

C'est aussi le seul moyen d'être crédible. Le seul moyen de rester maître de ses objectifs et de ses décisions, sans conflit d'intérêts. La condition pour parvenir à la plus grande qualité de service rendu. »

L'Association Mieux Prescrire est une association loi de 1901 à but non lucratif.

La nécessaire indépendance des membres de la Rédaction et des membres du Conseil d'administration, c'est à dire l'absence de conflit d'intérêts personnel, intellectuel ou financier, sera traduite dans nos Statuts modifiés (aboutissement en décembre 2004) dont nous vous donnons le projet d'article 1 :

« *ARTICLE 1 – BUTS*

Œuvrer, en toute indépendance, pour des soins de qualité, dans l'intérêt des patients, par la diffusion de la connaissance et par la formation des soignants.

À cet effet, l'Association pourra prendre toute initiative et entreprendre toute action à des fins de sensibilisation, d'information et de formation à caractère médical et/ou pharmaceutique. »

Une Charte "Non merci...", sera bientôt signée par les membres adhérents de l'Association Mieux Prescrire, elle permettra de diffuser ce qui nous paraît l'engagement minimal des professionnels de santé qui recherchent l'indépendance pour des soins respectueux des patients.

QUELLES DÉPENDANCES SONT ACCEPTABLES ? C'EST TOUT L'OBJET DE LA CHARTE QUE LA SFTG NOUS INVITE À CONSTRUIRE

Finalement, quelles dépendances sont acceptables ? Quelles volontés d'indépendance peuvent réunir différents partenaires autour d'une Charte commune ?

En France, la formation médicale, initiale et permanente n'est pas à la pointe de l'indépendance (c'est un euphémisme).

Il y a possibilité de progresser avec toutes les personnes de bonne volonté, dont l'intention d'indépendance est affichée, qui prennent des décisions et agissent en conséquence.

L'objectif n'est pas forcément de réunir le maximum de signataires, mais de diffuser des valeurs susceptibles de faire évoluer positivement et efficacement la situation.

Ceux qui acceptent des dépendances inacceptables ou en sont inconscients pourront faire partie du train suivant, si nous parvenons à les convaincre.

Texte écrit par les intervenants

Intervention de Philippe Foucras, fondateur du Formindep.

C'est des hommes et des femmes, c'est un état d'esprit, c'est des actions.

Le Formindep c'est des hommes et des femmes

C'est avant tout un **collectif de professionnels de santé et de patients** préoccupés par **le seul intérêt, individuel et collectif, des patients**, et qui **connaissent le lien étroit qu'il y a d'une part entre qualité des soins et de la formation médicale, et d'autre part transparence et indépendance de la formation médicale.**

Le Formindep c'est un état d'esprit

Plus que d'un rassemblement, on pourrait parler d'un **état d'esprit Formindep.**

Etat d'esprit que je voudrais illustrer par **deux exemples** :

L'état d'esprit de cette résidente, en colère, qui m'amène un matin son cours de rhumatologie de sixième année fait par un professeur leader d'opinion, (dealer d'opinion dirait Gilles Bardelay) qui explique qu'il n'est pas éthique de ne pas prescrire des coxibs considérant le service rendu, et qui découvre qu'elle a été trompée pendant ces études, et qu'elle a perdu son temps.

L'état d'esprit de cet enseignant de médecine, révolté par le silence et l'approbation des confrères, des propos scientifiquement faux et mensongers d'un directeur régional d'une firme, leur expliquant, trois jours après son retrait du marché, comment substituer le vioxx par son produit, pourtant tout autant potentiellement nuisible;

révolté par les attitudes, indignes de soignants et d'humains, de cadres de la profession, prêts à faire le meilleur accueil, et on sait ce que ça veut dire, dans leur cabinet aux visiteurs médicaux qui prononceront un mot code, pour pouvoir continuer à toucher la subvention pour se réunir gratuitement une fois par an dans le restau chic de la région, comme la chienne de Pavlov qui salivait en entendant la clochette.

Cet enseignant qui a démissionné le lendemain de toutes les responsabilités qu'il occupait au sein de cette faculté depuis plusieurs années.

Esprit de responsabilité et d'éthique,

Esprit de lucidité, de compétence et d'humilité, car nous ne pensons pas, comme beaucoup de nos confrères, que le simple état de médecin, nous rend, comme par miracle, imperméable et à toute tentative de manipulation et de propagande.

Esprit de choix et d'engagement, de capacité à dire non.

Le Formindep c'est des actions, en cours et à venir

C'est des actions en cours,

parmi lesquelles **l'appel du Formindep** lancé fin mars 2004 qui a recueilli près de 500 signatures,

- qui a eu pour **résultat la naissance du Formindep**, rassemblement de professionnels qui ne se trouvent plus seuls, espoir pour des patients.

- qui a eu pour résultat, qu'après le CN FMC des salariés, **le CN FMC des libéraux présidé par le Dr Ortolan, a accepté la déclaration de conflits d'intérêts de ces membres**. Le Dr Ortolan, qui a bien compris ce qu'est réellement **la déclaration de conflits d'intérêts, c'est à dire un outil de transparence et pas des stigmatisation ou de sanction**.

Dans ce contexte, on ne peut que s'étonner, mais faut-il s'en étonner vraiment, tant l'Université est empêtrée dans des conflits d'intérêts parfois majeurs, du silence gêné du CN FMC des hospitaliers, eux qui prétendent pourtant détenir le savoir médical et l'enseigner.

L'action, c'est de poursuivre l'appel aujourd'hui même en demandant solennellement à cette tribune que la déclaration préalable de conflits d'intérêts des organisateurs et des intervenants d'actions de formation médicale continue soit un critère d'accréditation de ces actions de formation médicale continue obligatoire,

et que de même qu'il en a été récemment décidé par les NIH américains, certains conflits d'intérêts soient déclarés incompatibles pour l'organisation ou l'intervention aux formation médicale continue obligatoires.

C'est enfin des actions à venir, car la pression d'intérêts autres que ceux des patients, suivez mon regard, acculés par la nécessité de maintenir leur chiffre d'affaires, tout en ayant de moins en moins de produits utiles et efficaces à vendre, (Pignarre, le grand secret de l'industrie pharmaceutique) va ne faire que s'accroître dans les mois et les années à venir, à la fois vis à vis des professionnels de santé et des patients.

Je citerai la dernière en date, cette campagne orchestrée de façon quasi militaire par le Leem, avec la complicité de nombreuses organisations de professionnels de santé, sur **la iatrogénicité chez la personne âgée**. Cette campagne qui montre de nouveau l'absence scandaleuse des autorités publiques en terme de communication et de santé publique.

Cette campagne, **particulièrement surréaliste et indécente**, alors que l'affaire du retrait du Vioxx nous a encore récemment confirmé, que, **s'il fallait développer une campagne sur la iatrogénicité**, elle devrait porter en premier lieu sur la **iatrogénicité de l'information diffusée par les firmes pharmaceutiques, et de ceux qui s'en font les relais, parfois intéressés ou complaisants**.

Des actions à venir donc, car cette augmentation du risque de la iatrogénicité dûe à la propagande commerciale accrue des firmes ne peut que **renforcer la détermination des professionnels de santé responsables et des patients**, comme ceux qui se retrouvent dans le Formindep et son état d'esprit.

Merci.

Texte écrit par Philippe Foucras

La volonté de l'indépendance.

Merci à la SFTG d'avoir invité le SMG et sa revue Pratiques à intervenir au cours de ces Etats généraux de la formation médicale continue indépendante.

En tant que SMG, nous étions tout à fait partants pour cette journée d'autant plus que nous avons été très en colère de l'exclusion de la SFTG du Conseil National de Formation Médicale Continue, la SFTG étant pour nous un symbole de la formation médicale continue indépendante.

I. Historique

Philippe Regard a interpellé Pratiques et le SMG sur notre combat depuis 30 ans sur ce sujet. Je n'ai pas fait partie des pères et mères fondateurs, et me suis donc replongée dans les premiers Pratiques.

La charte du SMG a été adoptée au congrès de Besançon en 1975 ; parmi les cinq points fondamentaux deux concernent directement la notion d'indépendance de la formation :

le point 2 : imposer une formation adaptée à nos besoins : *« la formation et la recherche doivent faire partie intégrante de l'activité du médecin généraliste. La formation doit être rémunérée, adaptée à la pratique quotidienne, obligatoirement intégrée à la journée de travail, et être l'occasion d'un travail collectif enrichissant.*

Par ailleurs il est inconcevable que l'on puisse prescrire sous la pression des laboratoires pharmaceutiques. Toute forme de publicité médicale doit être interdite ; il est urgent d'exercer un contrôle réel et indépendant sur l'information scientifique des médecins »;

le point 3 vient en corollaire : transformer les conditions de travail : *« la pratique du médecin généraliste a jusqu'à présent été réduite à une seule activité rémunérée : les soins. Or, son travail doit comprendre nécessairement trois volets principaux (le tiers temps) qui sont :*

- l'activité curative*
- la prévention*
- la formation permanente et la recherche.....*

La rémunération du médecin généraliste doit cesser d'être uniquement celle de ses activités curatives. Toute son activité doit être prise en compte. Il faut donc le rémunérer A LA FONCTION ».

Et le point 1 qui stipule : lutter contre les véritables causes des maladies suppose interrogation et formation sur ces causes.

Dès sa création le SMG a appelé au boycott de la visite médicale et a diffusé une lettre à remettre aux visiteurs médicaux, il a également rencontré le syndicat des visiteurs médicaux.

Dans Pratiques, ont très rapidement vu le jour la rubrique : « du côté de l'industrie pharmaceutique » (1) : faisant le point sur les nouveaux médicaments ainsi que des articles d'échanges de pratiques et de réflexion sur la prise en charge des pathologies rencontrées en médecine générale.

II. 30 ans après

Au vu de cet historique, les membres du SMG de l'époque faisaient partie des précurseurs dans cette volonté d'indépendance.

Je ne sais pas s'il y a de quoi en être fier car 30 ans après s'il y a eu des avancées dont les Etats généraux d'aujourd'hui entre autres témoignent, la situation globale de l'information médicale est loin d'être vraiment satisfaisante. Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie reconnaissait en janvier 2004 que l'information médicale sur les prescriptions médicamenteuses restait massivement dominée par l'industrie pharmaceutique : plus de 20.000 euros par praticien et par an consacrés par l'industrie pharmaceutique à la promotion du médicament auprès des médecins.

Il y a eu des avancées notables avec la prise en main de leur formation médicale continue par les généralistes à travers leurs associations et la mise en place de la Formation Professionnelle Continue rémunérée sous la forme des séminaires de 2 jours partant des problématiques du généraliste et utilisant des méthodes de formation inter-actives, sous la forme de soirées rémunérées (par ex sur la prescription des antibiotiques) Avancée considérable aussi avec la naissance de la Revue Prescrire. Avancée avec la création du Formindep.

III. L'indépendance de la formation aujourd'hui me semble pouvoir être déclinée sur plusieurs points :

1) Indépendance primordiale face à l'industrie pharmaceutique, ce qui suppose :

- le refus de la visite médicale
- la recherche d'autres sources d'information thérapeutique indépendantes (Prescrire, Pratiques..)
- l'importance de poser la question des conflits d'intérêt
- mais aussi s'intéresser à la législation sur le médicament : c'est le combat du Collectif Europe et

Médicament, dont Prescrire a été un pilier, au moment de l'adoption par le parlement européen de la législation sur le médicament fin 2003 ; comment nous former de façon indépendante si la législation permet que la pharmacovigilance reste opaque ? comment prescrire de façon éclairée quand les lobbys pharmaceutiques ont réussi à repousser les amendements déposés par le collectif demandant qu'un nouveau médicament soit obligatoirement évalué par rapport aux anciens actifs utilisés dans la même indication ? Ce combat est loin d'être terminé.

2) Indépendance de la formation face :

- aux spécialistes et aux universitaires qui sont eux-mêmes loin d'être indépendants de l'industrie pharmaceutique
- aux syndicats médicaux tant en ce qui concerne l'indépendance de contenu que l'indépendance financière
 - à l'université
 - à l'Ordre des médecins
- aux organismes financeurs de l'Assurance Maladie ce qui ne veut pas dire qu'il n'y ait pas de compte à rendre.

3) Indépendance très importante aussi face à un modèle dominant bio-médical :

- Bien sûr le savoir scientifique est important : savoir ce que l'on sait mais aussi là où s'arrête ce savoir. Se former à partager doutes et erreurs.
- Mais aussi réfléchir à ce qui est le propre de notre exercice de généraliste : médecine de premier recours et de prise en charge globale : nécessaire formation à l'écoute et à la relation médecin-malade, reconnaissance du savoir du patient.
- L'indépendance c'est aussi rejeter le modèle réducteur qui dit que soin = santé, c'est considérer le patient dans sa globalité de sujet et dans son cadre de vie et de travail, ce qui signifie une formation qui s'intéresse aux répercussions de l'environnement et du travail sur la santé : si nous savons qu'un ouvrier sur 4 dans la période 92-96 est décédé avant 65 ans cela ne va-t-il pas modifier notre pratique ? la SFTG et MG-Form ont mis cette année aux programmes de leurs séminaires le thème de la santé au travail et des maladies professionnelles.

4) L'indépendance dans la formation se décline aussi par rapport à un modèle qui a été celui de nos études : celui du médecin isolé perfectionnant son savoir :

- Se former c'est réfléchir sur nos pratiques avec l'aide d'autres regards : regards d'autres soignants, d'autres professionnels, de citoyens, c'est ce que nous essayons de faire dans Pratiques : par exemple dossier sur « Alimentation, médecine et société », dossier « L'exil et l'accueil en médecine »
- C'est participer à des formations trans-disciplinaires (c'est ce qui se passe au sein des réseaux), ce pourrait être faire des stages dans différentes structures, des stages chez des pairs...

5) L'indépendance ce serait reconnaître et rémunérer des parcours diversifiés : journées de Formation Professionnelle Continue, mais aussi souplesse dans la mise en place d'actions de formation reconnues et rémunérées (actions actuellement difficiles à mettre en place pour les petites structures même dans le cadre de la FPC).

En conclusion

L'indépendance de la formation se décline donc sur tous ces points, elle nécessite que notre formation soit rémunérée comme faisant partie intégrante de notre travail, elle nécessite aussi que nous ayons le temps pour nous former, nous sommes là au cœur d'une revendication du SMG vieille de 30 ans mais plus que jamais d'actualité : que les médecins qui le désirent puissent sortir du paiement à l'acte et être rémunérés à la fonction.

Texte écrit par Marie Kayser

(1) : Gilles Bardelay, qui devint plus tard un des fondateurs de Prescrire, écrivait dans cette rubrique des premiers numéros de Pratiques, a indiqué oralement Marie Kayser.

Oralement elle a aussi précisé que le SMG participe au collectif Europe et Médicaments lancé par Prescrire, que la FMC doit se faire en lien avec les associations de patients.

Le Fopim – Anne-Marie Magnier
Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique

Disons d'emblée qu'il s'agit d'une expérience non réussie.

Il a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale de 2001 (article 47),
son budget : 10% de la taxe sur la publicité sur le médicament, soit près de 20 millions d'euros par
an.

Mis en place par décret d'application le 19 novembre 2001

son but : délivrer une information objective aux professionnels de santé

sa composition : Comité d'Orientation, Groupe Confraternel et l'équipe du FOPIM

L'été dernier son champ d'action a été étendu au grand public.

C'est une bonne idée.

Le COMITE D'ORIENTATION se compose de 3 personnalités qualifiées : Philippe Bonnet,
Richard Bouton, Martine Allain-Regnault, et d'institutionnels : DGS, DSS, DHOS, CNAM,
CANAM, MSA, AFSSAPS.

DGS : direction générale de la santé

DSS : direction de la solidarité et de la santé

DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

CNAM : caisse nationale d'assurance maladie

CANAM : caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes

MSA : mutualité sociale agricole

AFSSAPS : agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

Le GROUPE CONFRATERNEL comprend 12 médecins pharmaciens libéraux et non
libéraux, Anne-Marie Magnier le préside jusqu'au 31 décembre 2004 (date de disparition du Fopim),
sa première réunion s'est tenue en juillet 2002.

L'EQUIPE de TRAVAIL comprend les rédacteurs et les chefs de projets (avec l'Afssaps).

Le premier but est de diversifier l'information, l'information de l'agence du médicament
(AFSSAPS) est trop difficile à comprendre.

Un premier projet a été lancé : Un bulletin d'information de 4 pages mensuelles sur le
médicament, les stratégies, les aspects réglementaires, les aspects Santé Publique.

Premiers numéros : Fièvre chez l'enfant, Traitement Hormonal Substitutif de la ménopause, Les
anticox 2 (Celebrex, Vioxx,...); les 4 ou 5 premiers numéros étaient faits.

Tout a été annulé.

Le deuxième projet était la rédaction de fiches médicaments : Maquette de 4 pages maximum, le message fort, le point de vue du groupe confraternel. 4 à 6 fiches médicaments étaient prêtes, on aurait du les avoir en juillet (la 1e : Ketek, la 2e Prevenar, la 3e Crestor).

Tout a été annulé.

Le troisième projet avait pour objectif de réaliser une banque médicamenteuse informatique indépendante, ce besoin est réel, ressenti même comme urgent par bon nombre de professionnels. ceux qui ont travaillé n'ont jamais été payés !

Un premier appel d'offres a été lancé en novembre 2002 pour soutenir financièrement des revues indépendantes. Sur 22 candidatures, 3 revues retenues : Pratiques ou les cahiers de la médecine utopique, EBM Journal, Espace médical Européen.

Qui a reçu les financements ??

Deuxième appel d'offres en juillet 2003: appel à projets d'initiative indépendante dans le domaine de l'information médicale sur les produits de santé. Sur 71 projets : 6 ont été retenus. Les conventions signées en septembre 04.

Le Fopim s'est rapproché de la commission de la transparence (novembre 2003), afin de « *donner au Fond, l'instance de validation scientifique* ».

L'argent n'arrive pas, le Fopim n'a quasiment rien dépensé du budget qui lui était alloué. Or des gens ont travaillé, rien n'a abouti.

Plusieurs questions :

Y a-t-il un pilote ?

Quel est-il ?

Pourquoi les circuits de validation sont-ils si longs ?

Qui a peur de quoi ?

Comment une bonne idée pourrait-elle aboutir sans une volonté politique forte ?

Notes : Luc Beaumadier

DEBAT

Philippe Masquelier – Formindep (Lille)

L'interdiction de distribuer en maternité des substituts du lait maternel, est un des rares exemples réussis où l'action des mouvements de patients a été efficace.

Autre exemple : les solutions de réhydratation orale (diarrhées), les comportements sont longs à changer malgré les études scientifiques.

Richard Bouton

Le Fopim a rencontré des obstacles structurels, en effet il est géré par 3 instances :

- le comité d'orientation
- le groupe confraternel
- l'Afssaps (1000 membres), elle devait en être l'effecteur, mettre en oeuvre les actions, en fait elle les a ralenties.

La deuxième cause des difficultés est l'industrie pharmaceutique, les médicaments sont 25% des dépenses d'assurance maladie, les enjeux sont considérables. Le blocage a agi là où il fallait bloquer.

Comment les syndicats ont agi pour créer un contre-blocage ? En fait il a manqué l'appui de la profession au Fopim.

Jean-Claude Salomon (Attac)

Le travail du Fopim peut être réutilisé, ce dont je me méfie le plus, c'est quand ils se mettent à être vertueux : en retirant le Vioxx par exemple, ils veulent « racheter » une image publique positive.

Anne-Marie Magnier

Le fonds est transféré à la Haute Autorité de santé, l'Afssaps récupère les travaux du Fopim.

Notes : Luc Beaumadier

La journée s'est poursuivie par 3 ateliers thématiques.

Atelier 1 : « Les conditions de la qualité de la formation médicale continue »

Modérateurs : docteurs Patrick OUVRARD et Jérôme LURCEL.

Participants : JUILLARD Jacques (Prescrire) BARREAU Dominique, BATARDY Véronique, PARQUER Yvonne, PRINET Anne Marie, WILMART Franck, HANNOTEAU Véronique, EKELUND Olivia, SIARY Alain, GILBERG Serge, CHENIQUE Jean-Benoît, DORMART Catherine, BAUMANN François, BENADERETTE Serge, PFISTER Pascal, BUSCAIL Sandrine, HENRY Ghislaine.

Les participants sont invités à qualifier le terme « conditions » dans la phrase « Les conditions de la qualité de la formation médicale continue ». Après regroupement des différents mots par thèmes : les termes suivants sont sélectionnés :

- . Indépendance : lisibilité financière, honnêteté.
- . Dynamisme, échange, interaction, convivialité.
- . Ouverture, critique, ouverture des experts, esprit critique, curiosité, étonnement, pertinence, articulation avec la pratique quotidienne, EBM, objectivité, ouverture à de nouveaux sujets, science humaine.
- . Sérieux de la préparation : recherche documentaire, réponses aux besoins, contenu validé, expérience pédagogique, EBM, références scientifiques.
- . Evaluation de la formation : modification des pratiques (évaluation), évaluation scientifique (des pratiques).
- . Qualité de la formation médicale continue individuelle : test de lecture, évaluation des pratiques.

En se présentant, chaque participant est invité à défendre les mots qu'il a proposés. Un certain nombre de propositions sont formulées :

- . Le mot honnêteté revient régulièrement, avec la notion d'objectivité, de la qualité de la recherche documentaire, de lieu d'échanges d'idées, de référencement scientifique, de renouvellement des sujets.
- . La notion « le payeur est le donneur d'ordre » est soulevée à plusieurs reprises.
- . La curiosité, l'étonnement sont le moteur du métier. La formation fait partie intégrante de du métier. Cela doit rester un plaisir.
- . L'impact sur la pratique et la qualité des soins est souligné : les critères de qualité doivent répondre aux besoins.
- . La formation médicale initiale n'est pas oubliée : c'est un temps de formation où les notions de niveau de preuves, d'apprentissages validés, de sciences humaines sont enseignées. La formation médicale initiale est le début d'un continuum. La formation sera permanente tout au long de la vie professionnelle.

. La convivialité, l'interactivité sont importantes. L'ouverture des experts doit permettre d'apporter autre chose que ce qui est appris à la faculté.

. La curiosité est enrichissante, sans limite.

. La préparation des séances doit être sérieuse. La formation doit être en cohérence avec le sujet proposé.

Un rappel du déterminant du choix des thèmes de la FPC est fait : sujets de santé publique, sujets innovants (maladies professionnelles suite à un rapport sur l'amiante), formation de formateurs. La structure doit être pérenne. Un certain nombre de questions se posent : pourquoi un organisme de formation choisit-il un thème ? A qui cela profite-t-il ?

. Le temps de formation pose problème : à quel moment de la journée ? Sur le temps de travail ou celui de loisirs ? La féminisation de la profession est rappelée modifiant les modes d'exercice. Il est important d'intégrer le temps de formation à l'exercice et la vie privée. Il est important d'éviter l'épuisement, le « burn out ». La notion de qualité de vie est importante. C'est un lieu d'échanges, un moment agréable humainement.

. Dans les groupes locaux, le choix des thèmes est fait par les généralistes, pour des généralistes, en adéquation avec les besoins des patients soignés. Le contenu doit être évalué, avec rigueur scientifique. L'esprit critique doit être en éveil en permanence. La validité des sources est un critère de qualité. Il est important de gérer l'incertitude.

. La notion de relation patient/médecin ne doit pas être oubliée.

. C'est un moment en articulation entre la pratique et l'approche critique des connaissances : l'EBM, la lecture critique.

. Les sujets « bateaux » peuvent être traités sous un éclairage différent. L'expertise généraliste est indispensable. Le médecin vieillit avec ses patients, avec apparition de maladies dures, difficiles à gérer, lourdes à porter. Il est nécessaire de confronter les pratiques aux recommandations, à l'EBM. L'aide des collègues permet d'aborder l'incertitude.

. La notion d'indépendance, de validité des apports, de lecture critique revient tout au long de la discussion. Indépendance vis à vis de l'industrie pharmaceutique et l'industrie « médicale », la CNAM, les différents donneurs d'ordre.

. Il est regretté par les remplaçants la difficulté d'accessibilité aux séances de FPC : comment connaître les propositions des différentes associations de formation ?

. Il existe d'autres modèles de formation que les séminaires de 48 heures de FPC : cercles de qualité, test de lecture, groupe de pairs...

. Il faut apprendre à critiquer les méthodes d'enseignement. L'évaluation n'a pas été mise en place en formation médicale initiale. Un mimétisme existe au moment de la formation médicale initiale pour l'acquisition des relations avec l'industrie pharmaceutique.

Après un échange riche, animé, pondéré, passionnant et passionné, il a été difficile de ne retenir que quelques phrases.

Voici donc les propositions de l'atelier :

. L'indépendance est une manière de gérer de façon autonome les contraintes impliquées par le financeur.

. Choix éclairé de sa dépendance, vers une indépendance scientifique et pédagogique.

. Indépendance totale vis à vis des industries de la santé.

. Formation médicale continue ouverte critique et interdisciplinaire.

. Formation médicale continue en adéquation avec les besoins et les attentes.

. Formation médicale continue accessible et intégrée dans le temps de travail, sans perte de revenu.

. Formation médicale initiale liée de la formation médicale continue.

EBM : evidence based medicine, en français médecine fondée sur des preuves, on dit aussi médecine factuelle.

Notes : Ghislaine Henry

Atelier 2

Les attentes des usagers et de la santé publique

modérateurs : Anne-Marie Magnier et Henry Naccache

L'intervention notable de cet atelier a été celle de M. Alexandre Biosse Duplan, chargé de mission santé à l'UFC-Que Choisir (Union Fédérale des Consommateurs)

Voici son texte :

Formation médicale continue indépendante : les attentes des usagers

Pour quels enjeux ?

A titre d'exemple, le médicament représente à lui seul 22 milliards d'€ et 30,5 % des dépenses remboursées¹. Un point de départ pour positionner la question du coût et donc de la qualité des prescriptions. La même Cour des comptes rappelle qu'un bon usage du médicament dépend de la diffusion d'une information indépendante. Le même rapport rappelle que la mission d'information des professionnels de santé relève de la commission de transparence.

Les usagers s'investissent contraints et forcés dans l'enjeu de la FMC.

Rappelons les attentes simples des usagers :

Des soins de qualité : cela implique une confiance quasi-aveugle fondée tant sur l'expertise personnelle du soignant que sur la qualité intrinsèque de la prescription qui en découle.

Du temps

Un bon usage des ressources consacrées par la collectivité à la santé. Pour mémoire, les usagers – que sont également les professionnels de santé – cumulent les rôles de bénéficiaires, le seul que beaucoup d'interlocuteurs leur reconnaisse, et de financeurs sur la base de leurs cotisations et impôts.

L'histoire médicale récente qui intègre la circulation de l'information comme jamais jusqu'alors suppose une meilleure connaissance :

Des nouveaux risques (alimentaires, listéria, tours aéro-réfrigérantes...) et l'incapacité du système de soins à répondre instantanément à ces nouvelles demandes.

¹ Source : rapport de la cour des comptes, rapport sur la sécurité sociale, septembre 2004.

La divulgation locale, nationale des impairs liés aux soins

Cette circulation d'information est une donnée contextuelle et donc non-négociable. Inconfortable pour le soignant comme pour l'utilisateur qui ne peut plus faire semblant de ne pas savoir.

Formation médicale continue, facteur de qualité des soins reçus

Conséquence de ce nouveau contexte, les usagers s'informent auprès de bonnes, comme de moins bonnes, sources des possibilités de soins. Et sont parfois en mesure de cerner des incohérences dans les prescriptions : cumul de molécules aux effets identiques ou quasi-identiques, risques d'interaction entre plusieurs traitements portant sur une ou plusieurs pathologies....

Et c'est là qu'aux yeux de l'UFC-Que Choisir, la demande de qualité de prescription augmente et qu'intervient la formation médicale continue comme facteur de garantie de la qualité des soins.

Autre enjeu, la qualité de l'information que donne le professionnel à l'utilisateur : le code déontologique, dont certains aspects sont vécus par les usagers comme désuets interdit au professionnel de se prévaloir de sa formation médicale continue pour ne pas faire concurrence à son « confrère ». Cet argument est, aux yeux des usagers, inopérant, inefficace et désormais malhonnête. Qui contesterait aujourd'hui à l'utilisateur atteint d'une pathologie (hypercholestérolémie...) de savoir de plein droit que son médecin devenu référent a récemment actualisé sa formation sur ce qui le concerne au premier chef ?

L'obligation faite à l'utilisateur de choisir un médecin traitant a pour corollaire d'augmenter ses attentes vis-à-vis de cette même personne. Le nomadisme médical que l'UFC-Que Choisir ne soutient pas, avait-il aussi pour fonction de sélectionner les compétences ? Sur la base du savoir de l'utilisateur sur ses pathologies, lui reconnaissait-on l'intuition de se faire soigner certains maux chez un médecin et certains autres ailleurs ? Ce qui est certain, c'est qu'abonné au même médecin, les attentes de l'utilisateur n'en seront que plus fortes...

Formation médicale continue, le droit de savoir de l'utilisateur

Formation médicale continue et diffusion de la formation médicale continue vont de pair. Ou pour le dire autrement, se former et informer sa clientèle que l'on s'informe.

Indépendance de cette formation médicale continue

C'est l'autre enjeu sur lequel les usagers néophytes sont contraints de s'intéresser en profondeur. Si mon médecin me passe depuis le mois de juin 2004 du Mopral® à l'Inexium®, de Xyzall® à

Zyrtec®, c'est qu'il sait ce qu'il fait et que cette nouvelle molécule m'apporte, à moi usager, une valeur ajoutée thérapeutique. Cette valeur ajoutée, je vais en percevoir les effets rapidement...A moins que la substitution ne repose sur d'autres pressions ?

Je suis usager et ma santé m'intéresse au premier chef. Je ne suis plus à la quête de la molécule miracle, par définition la plus récente pour soigner mes troubles. Au contraire, j'ai peur :

- Qu'une sur-prescription quantitative irresponsable ne conduise le système de financement sur lequel repose ma confiance en l'avenir à la faillite ;
- Qu'une sur-prescription qualitativement aveugle me conduise à développer des résistances aux traitements tels que, pour une simple angine, je me retrouve hospitalisé, sous perfusion d'antibiotiques avec rien en seconde ligne.

Les usagers attendent donc d'un professionnel qu'il résiste à des pressions déplacées : « Docteur, mon voisin, ma cousine vient de se faire prescrire ceci et dit que c'est très bien. » Derrière cet exemple caricatural une idée essentielle : que les prescripteurs cessent, une fois pour toutes, de se prévaloir de pressions des patients pour appliquer une politique du laisser-faire en prescription des soins.

On peut discuter des responsabilités respectives des usagers et prescripteurs. Mais l'UFC-Que Choisir est extrêmement ferme sur ce point : chacun sa place une fois la discussion terminée. Le prescripteur demeure celui qui conçoit les soins et en conséquence signe l'ordonnance. C'est lui qui, à partir de la réforme, va distinguer ce qui relève de l'ALD et des soins courants. C'est lui qui ajoutera la motion Non-remboursable sur une ligne de médicament de confort.

Conclusion

L'importance de ces enjeux pour les usagers les conduit à s'investir dans la qualité des prescriptions dont ils sont les bénéficiaires. Et, clairement, savoir que les prescripteurs et administrateurs de soins s'informent de façon objective sur l'adéquation des soins constitue une demande, pour ne pas dire plus, vers une relation de confiance rénovée. En clair :

Indépendance de la formation médicale continue

Information des usagers de la formation médicale continue que le soignant fait le choix de suivre

Une labellisation de la formation médicale continue en tant que telle pour la distinguer d'un congrès médical sous climat ensoleillé. Il s'agit seulement de positionner les sources : pas question de rejeter l'information issue de congrès internationaux où l'information scientifique de pointe circule. Mais de donner à l'usager les moyens d'apprécier les sources utilisées par son prescripteur.

L'exercice et le renforcement, conformément aux conclusions de la Cour des comptes, par la commission de transparence de ses prérogatives en matière d'information des praticiens.

Enfin quelques propositions :

Pourquoi, à l'image de ce que fait l'interassociatif du milieu VIH (TRT-5), ne pas recevoir les laboratoires plutôt que d'être reçus par eux ? Comme jouer sur son terrain est plus favorable qu'à l'extérieur ?

A été évoqué pendant cette manifestation le « blanchiment d'argent » que peut représenter le financement de la formation médicale continue. La loi de santé publique instaurant la taxe sur les premix et la taxe sur la publicité des boissons sucrées : l'industrie agroalimentaire a proposé que le produit de ces taxes soient reversé à un fond dont elle aurait le contrôle ! De là à écrire que des analogies entre branches industrielles se distingueraient... Clairement, l'argent à prélever auprès des laboratoires pour financer la formation médicale continue doit être mutualisé au sein d'un fonds pour être pertinemment utilisé.

Autre analogie, la campagne d'affichage pour la prévention de l'alcoolisme financée par les bistrotiers et autres gargotiers représentant le visuel d'un bistrot bien sympathique, terrasse ensoleillée sous les arbres où l'on s'installerait bien quelques instants pour prendre un verre. Sans excès, bien entendu, bien que ce message ne ressorte pas expressément du visuel...

L'indépendance de la formation médicale continue des laboratoires passe par une indépendance financière : ne pas oublier que l'argent consacré par les industriels ne fait que passer. Collecté à l'occasion de la vente des médicaments et services, il est issu de la collectivité, de ses charges sociales et impôts. A l'évidence, moins de pudeur s'impose !

Atelier 3

DCI, où en est le déconditionnement des prescripteurs ?

Modérateur : Philippe Regard

(DCI : dénomination commune internationale des médicaments, autrement dit le nom scientifique de la molécule, identique dans tous les pays, et non le nom de fantaisie de la marque)

Beaucoup de participants essayent de prescrire en DCI, mais observent que c'est compliqué.

L'étiquetage des boîtes de médicaments n'est pas clair, ceci est particulièrement gênant pour les personnes étrangères peu à l'aise avec le français, ou les personnes âgées, certains médecins présents refusent toute prescription en DCI pour leurs patients âgés à cause du trop grand risque de double prise de médicament par exemple. Puisque le même produit peut avoir plusieurs noms différents, ou la boîte changera de couleur selon le laboratoire de générique, et que la pharmacien d'un mois à l'autre ne donnera pas toujours la même présentation au même patient. Les gens confondent nom de laboratoires fabricant et DCI, ils veulent du « Biogaran » par exemple. Dans une gamme générique certains boîtages se ressemblent tellement que le risque de confusion est très grand.

Il y a aussi confusion entre générique et DCI. Et donc c'est compliqué de prescrire en DCI un médicament qui n'a pas de générique. Les gens n'ont pas le même nom sur l'ordonnance et la boîte. Les représentations mentales des patients interfèrent, combien de patients nous disent que tel produit les soulage beaucoup mieux que son générique, c'est la question de l'effet placebo.

On note aussi qu'il n'y a pratiquement pas de produits pédiatriques génériques, vendus en nom de DCI donc.

L'informatique peut être limitante pour certains praticiens, mais une aide précieuse pour d'autres à la prescription en DCI, en fait plusieurs participants ont observé que certains logiciels de gestion de dossier médical et les banques de données commerciales sont plutôt en train de revenir en arrière sur ce plan. Au point que certains praticiens refusent d'utiliser l'informatique. D'autres pensent au contraire qu'il est très dommage de se priver du supplément d'aide et de sécurité que procurent ces nouveaux outils, et se tournent vers des logiciels comme comme le logiciel d'aide à la prescription en DCI de l'Apima (association informatique du syndicat MG-France d'Alsace), ou le logiciel associatif éO-Médecin développé à la SFTG, qui permet de façon très facile d'utiliser à la fois une banque médicamenteuse externe, et la banque interne que l'on se constitue peu à peu, en DCI donc si on le veut, et qui s'interface très facilement grâce au codes CIP avec toute la banque Claude

Bernard par exemple, donc sans perte de l'information sur toutes les interactions médicamenteuses, même en utilisant la base interne que l'on s'est constituée.

Les RCP (résumé des caractéristiques des produits) et AMM (autorisation de mise sur le marché, qui contient les indications autorisées) ne sont jamais rédigés pour une DCI, mais pour une marque précise, ce qui complique la réalisation d'une banque en DCI. Autrement dit, le même produit, mais vendu par 2 laboratoires différents peut avoir un RCP ou une AMM avec des différences !

Une proposition : sur la boîte, le nom du laboratoire générique ne doit pas être sur le même plan que le nom de la molécule.

Dr Omar Brixi (Mutualité française)

Il a exercé en Algérie, et là-bas malheureusement dans le système de santé public, la tentative de mise en place de la prescription généralisée en DCI a été un échec. Une des raisons est le trop grand nombre de médicaments. Il pense que pour une prescription en DCI efficace, il faut contracter la liste et se concentrer sur les médicaments essentiels.

Le médicament représente le 2e poste de dépense de la Mutualité.

Lorsque la Mutualité édite des documents sur les 100 médicaments où on peut faire des économies, il ne s'agit pas des 100 produits les plus utiles, mais les 100 les plus prescrits.

Même à l'intérieur de la Mutualité il est difficile de faire avancer l'idée de la prescription en DCI, pour de nombreux administrateurs, les représentations mentales du médicament vont au-delà de la substance.

Il faudrait donc établir une nomenclature contractée des médicaments utiles et nécessaires.

Et il faudrait que l'enseignement des étudiants en médecine soit en DCI.

Dr Philippe Foucras (Formindep)

Tout est fait pour décourager la prescription en DCI.

Il y a des limites au niveau de la dispensation en officine.

La DCI permet de se recentrer sur son cœur de métier de médecin, et de rendre au pharmacien une vraie consultation de dispensation.

Il est plus facile de contrôler l'information sur le médicament en DCI.

L'utilisation de la DCI est plus facile pour l'internationalisation (rencontre avec des patients étrangers, lecture d'articles en anglais).

Tout ceci pose la question de la place de la visite médicale en nom de marque.

Qui nous aide à prescrire en DCI ?

Dr Jean-Pierre Dupont (association Mieux Prescrire)

On ne peut pas prescrire en DCI sans concertation et coordination avec les pharmaciens, par exemple il pourraient surligner sur les boites la DCI pour éviter la confusion chez les patients.

Dr Marie Kayser (SMG)

La prescription en DCI n'est qu'un élément de l'ordonnance, or tout le reste est important dans la relation avec le patient (les effets attendus, les effets secondaires).

Dr Omar Brixi (Mutualité française)

Inscrire la prescription en DCI dans une perspective plus large (sinon c'est perdu), travailler de concert avec les pharmaciens, qui sont encore plus sous contrainte de l'industrie pharmaceutique que les médecins, pour eux, autant en formation médicale initiale qu'en officine l'industrie pharmaceutique dicte tout, y compris dans les pharmacies mutualistes, « ils vous disposent le magasin », les remises sont à ce prix.

Le droit de substitution pour les pharmaciens était le droit de redevenir autre chose qu'un commercial, on a raté cette substitution.

Il y a en ce moment une fenêtre d'opportunité : le médicament commence à être désacralisé, le SMR (service médical rendu) y a contribué, ainsi que les scandales de ces dernières années.

propositions de l'atelier :

- la formation médicale initiale et la formation médicale continue doivent être faites en DCI
- nous devons avoir une banque de données indépendantes en DCI, papier, et informatique, avec 2 niveaux : les médicaments essentiels, et la liste exhaustive, avec accès au SMR
- obligation d'une réglementation sur le boitage : afficher la DCI de façon très claire
- la relation entre les professionnels de santé doit être réhabilitée, avec les pharmaciens en particulier
- utiliser la DCI pour l'amélioration de la qualité des soins, et pas seulement pour des raisons économiques
- réaliser les jonctions utiles avec les usagers.

Notes : Luc Beaumadier

Ethique, la nécessaire indépendance de la FMC : François Baumann

Penser éthiquement la FMC c'est la penser indépendante, créative, adaptée et vivante.

Qu'est-ce que la FMC sans l'éthique ? Une FMC dépendante et manipulante, dépendante vis-à-vis :

- du commerce (impact des cadeaux sur la prescription, « un cadeau n'est-il toujours qu'un cadeau » ?),
- de la science traditionnelle (absence de remise en cause, absence de curiosité, acceptation sans critique, méconnaître « la bonne distance »...)
- de la politique (syndicalisme militant...)
- de soi (méconnaître ses propres insuffisances, mettre ses intérêts avant ceux des patients, ne pas connaître les conflits d'intérêt...)

et tout mélanger : scientifique/relationnel, social/commercial...

Qu'est-ce qu'une FMC dans laquelle l'éthique est présente ? une FMC qui accepte :

- les conflits d'intérêts
- la prise de distance
- la critique pour exercer un choix
- la remise en cause de son savoir et de son savoir être
- la responsabilisation

Et qu'est-ce que l'indépendance pour la FMC ? c'est :

- accepter l'interdépendance
- accepter le changement
- reconnaître les conflits d'intérêts, en évaluer les risques, les résoudre par la responsabilisation plus que par la prohibition
- mettre l'intérêt du patient en avant, supérieur à tous les autres
- éviter les « influences »
- dissocier FMC et marketing, savoir que tout contact avec l'industrie pharmaceutique a un impact direct sur la pratique des médecins...
- dissocier FMC et activités sociales
- se former à la pharmacologie (regard critique, priorité dans le cursus...)
- respecter « les règles de l'art »
- payer le prix de l'indépendance professionnelle
- ne jamais risquer de mettre en cause la crédibilité des médecins généralistes aux yeux de la

population et des élus

- se fixer des règles d'éthique que l'on respecte, appliquer et respecter un code...
- se poser 2 questions :
 - ai-je les connaissances requises pour prendre ta meilleur décision clinique ?
 - un élément externe influe-t-il sur ma façon de les utiliser ? quand la responsabilité primaire (soigner) risque d'être assujettie à un intérêt secondaire (commerce).

Cette réflexion devrait commencer dès le début de la carrière. Le problème est le moment où le compromis devient compromission, où le compromis devient gênant avec risque de dépendance. Et enfin se demander si cette position change quelque chose pour la qualité des soins.

L'Ethique médicale AIDE à mettre en place les conditions requises
pour qu'aucune interférence ne s'interpose entre notre pratique et le bien-être de nos patients,
afin de donner sens et valeur à son métier...

Notes : Luc Beaumadier

DEBAT

Pourquoi la CNAM a du mal à venir à un tel colloque ? Tout doucement on évolue vers un système d'assurance privée, avec évolution vers une société de contrat, ce qui sera beaucoup plus contraignant : les assurances privées seront moins généreuses que la sécurité sociale, et beaucoup plus coercitives.

Le médecin conseil invité nous dit qu'il y a beaucoup d'incertitudes en ce moment à la CNAM.

Omar Brixi (Mutualité) : l'indépendance est nécessaire pour survivre et se renouveler, la Mutualité est bâtie sur la solidarité, l'évolution sociétale tend à la réduire à une assurance complémentaire où les valeurs de solidarité diminuent, elle deviendrait lucrative si les professionnels indépendants disparaissaient.

Sandrine Buscail (SNJMG) : le syndicat est indépendant;

nous faisons des études scientifiques, mais en formation médicale initiale il y a peu de remises en cause, l'étudiant a un comportement de mimétisme par peur d'être marginalisé, on attend toujours l'indépendance lors de la formation

Jean-Claude Salomon (Attac) : répond en 3 points

- parce qu'un autre monde est possible
- si on est pas nombreux, on peut au moins être indépendants
- le complexe médico-industriel des industries de produits de santé à une emprise sur l'ensemble de la santé, ce complexe médico-industriel est largement fissuré, il est remis en cause par les investisseurs, en effet il n'y a plus de block-busters, ils partent mettre leur argent ailleurs, ce complexe médico-industriel est capable de résister de façon frontale, mais aussi de s'adapter, à nous de choisir les terrains les moins favorables pour eux, là où on les sent les plus faibles

Françoise Augé (Collège Français de la Médecine générale, présidente de la société médicale Balint)

Le CFMG va lancer une publication indépendante de l'industrie pharmaceutique à l'intention des patients (et des médecins), et a d'autres projets.

Elle exprime sa grande satisfaction de participer à cette journée sur l'indépendance de la formation médicale continue.

On lit le communiqué du Pr Jacques Roland – Président du Conseil National de la FMC

Monsieur le Président, chers amis

Permettez moi de vous exprimer tous mes regrets de ne pouvoir être avec vous aujourd'hui.

Hélas le TGV-Est n'est pas encore en service ! Je voudrais cependant grâce à l'amitié de François Baumann vous donner quelques informations sur le dossier FMC, tout au moins de la FMC « officielle ». Les nouvelles ne sont pas bonnes.

Le décret sur la mise en place des Conseils Régionaux n'est pas encore prévu, comment pourrait-on envisager le début du processus au 1er janvier sans que les Conseils Régionaux soient installés, eux qui sont un maillon indispensable du système ?

La loi « assurance maladie » du 13 août rend l'évaluation des pratiques professionnelles obligatoire; cette obligation s'ajoute à celle de la FMC de la loi « santé publique » du 9 août. Nous avons suggéré de faire valider ces deux obligations par les CRFMC, pour en faire un tout supportable par les médecins et marquer le caractère complémentaire de la formation et de l'évaluation; pour l'instant nous ne sommes pas entendus, mais nous maintenons la pression.

Les fonds normalement attribués à la mise en place des structures officielles de FMC ne sont pas encore disponibles, malgré des apaisements itératifs non suivis d'effets, de notre tutelle ministérielle; ce n'est pas une très bonne façon d'assurer notre indépendance !

Nous ne devons pas baisser les bras, car nous croyons encore à une FMC pertinente, à un dispositif équitable et à des efforts bien supportés. La confiance était revenue avec trois conseils nationaux qui s'étaient mis au travail avec énergie et une énorme bonne volonté; a nous d'en persuader les conseillers ministériels.

Merci de me pardonner mon absence et de me faire part de vos réflexions.

Yves Gervais

Il est dommage que la profession médicale se refuse à clarifier son contrat avec la société qui a besoin d'elle. Veillons aussi à ne pas refermer la profession sur elle-même, en contraction vers l'indépendance absolue.

Philippe Masquelier

Nous devons être au service des patients, donc adapter notre formation médicale continue aux profils des patients qui consultent le médecin (selon les lieux d'exercice par exemple).

Anne-Marie Prinnet

Pensons à repositionner nos responsabilités de technicien de santé, donc à en rendre compte à la société.

Construisons une charte de la FMC indépendante

A l'issue de cette journée d'échanges, émergent ces propositions, issues des débats des ateliers en particulier.

Choix éclairé de sa dépendance, vers une indépendance scientifique et pédagogique. Stimuler l'esprit critique.

Indépendance totale vis à vis des industries de la santé et déclaration des conflits d'intérêts. Un financeur commercial n'est pas identique à un financeur mutualisé, la sécurité sociale est la représentante de l'intérêt des patients, à condition qu'elle le fasse bien et réellement.

FMC ouverte critique et interdisciplinaire. FMC en adéquation avec les besoins et les attentes.

Replacer la formation médicale continue dans son contexte sociétal.

Replacer le patient dans la formation médicale initiale.

La formation médicale continue doit trier entre ce qui est utile, nécessaire, et futile.

FMC accessible et intégrée dans le temps de travail sans perte de revenu, formation médicale continue intégrée dans le temps de travail, et rémunérée, par des fonds mutualisés

Formation médicale initiale lit de la FMC.

Les formations médicales initiale, comme continue, ne doivent se réaliser qu'en DCI. L'un des critères d'intervention d'un formateur devrait être qu'il intervienne en DCI.

Avoir une banque de données indépendante en DCI imprimée, et informatique. Et une banque de donnée qui ne porterait que sur les médicaments essentiels.

Obligation réglementaires concernant le boîtage des médicaments: sur-lignage des DCI, encadrement et taille des DCI.

Améliorer les partenariats médecin/pharmacien (individuel ou institutionnel). Elargir l'espace de travail du pharmacien. Notion d'une consultation de dispensation. Possibilité de substituer un produit en fonction de son SMR.

Puis un premier communiqué de synthèse en 6 points a été rédigé.

La Formation Médicale Continue doit avoir une indépendance totale vis-à-vis de toutes les industries de santé.

Les intervenants en Formation Médicale Continue doivent systématiquement déclarer leurs conflits d'intérêts.

La Formation Médicale Continue doit être replacée dans son contexte sociétal, donc être en adéquation avec les besoins et attentes des patients.

La Formation Médicale Continue (comme la formation médicale initiale d'ailleurs) doit parler des médicaments en dénomination commune internationale, et il faudrait disposer d'une banque d'information sur les médicaments indépendante.

La Formation Médicale Continue doit s'intégrer dans le temps de travail, et être rémunérée, par des fonds mutualisés.

La Formation Médicale Continue doit être critique et interdisciplinaire.

ANNEXE 1

Le Dr Vignon a demandé de joindre ce texte à son intervention :

Commission européenne – Réunion de travail sur la formation médicale continue : Déclaration de Dublin (26-27 novembre 1982) amendée par la réunion du 24 avril 1993 à Funchal (Portugal)

La Formation médicale continue relève du devoir éthique (et professionnel) et de la responsabilité individuelle de tout praticien et ce, tout au long de sa vie professionnelle.

Son but final vise à promouvoir, au plus haut niveau possible et toujours davantage, les normes des soins médicaux (destinés au public) dispensés à la population.

Elle se compose du renouvellement, du développement et de l'actualisation continus des connaissances scientifiques et des compétences nécessaires au maintien des normes professionnelles les plus élevées.

Etant donné que c'est dans l'intérêt du patient, tout médecin peut prétendre à la formation médicale continue et devrait être encouragé et aidé dans l'exercice de ce droit.

Il ne s'agit pas d'un concept nouveau issu de la décennie mais bien d'une tradition de longue date qui connaissait déjà son plein essor à l'époque d'Hippocrate.

Bon nombre de techniques concernant la formation continue sont déjà bien établies sous forme de livres, de réunions de sociétés médicales de tout genre, de discussions au chevet du malade, etc... réunions sur le contrôle de qualité, l'étude individuelle réalisée à l'aide de supports audio-visuels, des programmes d'auto-évaluation et des nouvelles formes d'organisation.

Le stimulus visant à s'engager dans la voie de la formation médicale continue trouve son origine dans la confrontation au jour le jour avec la réalité et c'est précisément cette expérience qui déterminera le contenu de la formation.

Le contenu général, tout comme les aspects plus détaillés de la formation médicale continue, doivent répondre aux besoins réels et seront, par conséquent, déterminés par les praticiens.

A l'échelon de la qualification acquise, la formation continue provient généralement de l'interaction entre les esprits informés et formés et de la réalité extérieurs. Le rôle des cours ex cathedra est mineur en l'occurrence. Les discussions entre petits groupes de collègues, qu'il y ait ou non des

experts extérieurs, qui viennent s'ajouter aux activités traditionnelles énumérés ci-avant, constitue les principales méthodes.

L'acceptation de la nécessité éthique de la formation médicale continue et le désir de s'y engager doivent être inculqués aux tout début de la formation des étudiants en médecin. Il revient à chaque médecin de choisir librement la forme et le contenu de cette formation.

Par conséquent, la formation médicale continue ne sera pas mis en place par des sanctions telles que la contrainte, les pénalités ou la remise en cause de l'octroi du diplôme. Ces moyens, tout en assurant la participation, ne fournissent aucune garantie quant au bénéfice escompté et constituent également un fardeau inacceptable dans la vie professionnelle.

Le besoin de s'engager dans l'enseignement est une sérieuse incitation à l'apprentissage. L'enthousiasme pour la formation médicale continue sera d'autant plus grand que les possibilités d'enseigner aux étudiants en médecine et aux stagiaires seront nombreux.

Tous les médecins doivent bénéficier d'une remise d'impôts pour les dépenses concernant la formation médicale continue et les contrats des médecins salariés doivent permettre la prise en charge adéquate de congrès d'étude.

Des dispositions satisfaisantes ont déjà été élaborées à un stade d'avancement considérable dans un bon nombre de pays. Il convient de les développer davantage, tout en maintenant le rôle dirigeant des praticiens, l'indépendance de la profession dans la détermination de la forme et du contenu de la formation médicale continue et le principe du libre choix.

ANNEXE 2

Indépendance et intégrisme.

L'intégrisme, c'est le contraire de l'indépendance.

L'intégrisme, c'est l'hyperdépendance à un dogme que l'on ne remet jamais en cause, et qui a même plus de force que la loi !

L'intégrisme, c'est croire, sans même se poser la question, que l'on a besoin des laboratoires pharmaceutiques partout et pour tout.

L'indépendance, en particulier dans le domaine scientifique, c'est ce qui donne la liberté de penser, de créer, d'analyser, et remettre en cause tous les dogmes. La médecine occidentale a commencé à faire de sérieux progrès quand elle n'a plus accepté les dogmes catholiques. L'indépendance, c'est l'opposé total de l'intégrisme. Associer intégrisme et indépendance est une injure à la pensée scientifique et à la philosophie.

Le président du conseil National de FMC des médecins libéraux, a dit dans son intervention :

« Le prix de l'indépendance est donc de 1.000 à 2.000 € par praticien par an : sont-ils prêts à payer ? » (page 17).

Est-ce un objectif impossible à atteindre ? Réfléchissons à un cadre légal, souple naturellement, mais à l'éthique sans faille, pour y parvenir. A titre personnel, je pense qu'une amélioration du statut moral comme financier du médecin généraliste devrait le permettre.

Luc Beaumadier – 26 octobre 2004.

ANNEXE 3

Philippe FOUCRAS, 22 octobre 04.

Etats Généraux de la FMC, Paris

Comment la prescription en DCI peut s'inscrire dans une formation médicale indépendante (intervention lors de l'atelier 3).

L'intérêt des patients : Un défi dans un environnement professionnel hostile où tout est fait pour décourager cette prescription.

- Inadaptation délibérée des outils de la prescription : logiciels
- Désinformation provoquée ou entretenue des firmes auprès des professionnels ou des patients, pour les génériques: ça marche moins bien, ils sont trafiqués, moins purs, moins chers donc moins bons.
- Conditionnements médicamenteux entretenant la confusion.
- Mesures non incitatives ou faussement incitatives des dispensateurs.

Plutôt que d'un terrain dégagé pour avancer on a l'impression d'une jungle hostile où il faut tracer son chemin au coupe-coupe.

Donc prudence et évaluation car le danger peut survenir de toute part. Donc charge de travail et engagement supplémentaire spécifique pour les professionnels.

Exemple du patient Dupont : furosémide pour son HTA et son insuffisance cardiaque. 3 par jour. Le patient âgé et illettré ne se fie qu'à la couleur de boîte et aux indications de posologie marquées dessus par le pharmacien. Le pharmacien change de référencement, car il a obtenu sans doute une meilleure marge sur un autre générique. Le patient se retrouve avec une boîte rouge où il y a marqué trois par jours, et une boîte verte où il y a marqué trois par jours. Résultat : 6 par jour : il a vite pissé ses oedèmes... et son potassium.

Pourtant les avantages pour l'indépendance et la qualité des soins sont évidents :

- ✓ permet à chaque professionnel de santé de retrouver son rôle et de se recentrer sur son métier, de travailler en réelle synergie, et au patient d'y voir plus clair : au prescripteur la molécule, au dispensateur la galénique adaptée au patient
- ✓ évite les risques de manipulation ou de biais de l'information
- ✓ permet l'internationalisation de la prescription, de l'information et donc limite les risques de dérapage de l'info.

Pour le Formindep, il s'agit donc de rentrer dans une vraie culture de la prescription en DCI, donc de faire que les professionnels, s'ils acquièrent par leur formation initiale et continue l'habitude de la DCI, modifient de fait l'environnement.

Propositions du Formindep :

- Que toutes les formations initiales et continues se fassent en DCI, critère d'accréditation de la FMC.
- Réflexions sur la visite médicale, outil principal de l'information médicamenteuse des médecins hélas. Pose la question de la suppression de la visite médicale, en tout cas du refus de recevoir la visite médicale, pose la question de la création de la visite médicale officielle...
- Qu'il soit créé une base médicamenteuse informatique en DCI
- Qu'en attendant, chaque médecin, par une formation médicamenteuse appropriée et indépendante (Prescrire par exemple), soit incité à se créer sa propre base de médicaments essentiels. Il n'est pas utile de connaître 1000 médicaments pour bien soigner. Cela ouvrirait peut-être la possibilité d'appel au boycott des bases médicamenteuses non en DCI.

ANNEXE 4

Ce texte est lié à l'intervention de M. Biosse Duplan (UFC Que Choisir) page 43 : rapport de la cour des comptes, rapport sur la sécurité sociale, septembre 2004.

L'évaluation : Propos issus du rapport de la cour des comptes sur les URML (p 296)

3 – Une action peu convaincante des URML

Dans le cadre de leur contribution à la maîtrise médicalisée des dépenses, les URML devaient désigner¹⁷⁷ auprès des comités médicaux paritaires locaux les médecins dont le comportement ne respectait pas les engagements pris par les organisations syndicales dans le cadre de plans locaux de maîtrise des dépenses de santé. Ainsi, une structure professionnelle élective était chargée d'engager la procédure conduisant à sanctionner financièrement certains de ses mandants, ce qui était peu réaliste.

Compte tenu de l'opposition des organisations syndicales, le dispositif a rapidement cessé d'être appliqué. De ce fait, les URML n'ont jamais eu à exercer la mission pour laquelle elles avaient été créées. Par la suite, elles sont demeurées, par choix ou prudence, à l'écart de la négociation et de l'application des accords conventionnels nationaux et locaux avec l'assurance maladie.

Plusieurs évolutions ultérieures tendent certes à créer les conditions de l'exercice par les URML d'une fonction de régulation des actes effectués ou prescrits par les praticiens libéraux : un décret du 28 décembre 1999 a prévu qu'elles effectuent une analyse trimestrielle de l'évolution des dépenses de médecine de ville à partir des données transmises par les URCAM ; pris dix ans après une loi de 1994 qui en posait le principe, un décret du 18 février 2004 a fixé les conditions générales de la transmission aux URML, sous une forme anonyme pour le patient et le médecin, des informations issues du codage des actes médicaux. Les modalités pratiques de réception et d'exploitation des données disponibles par les URML ne sont toutefois pas arrêtées à ce jour. En outre, quand les données seront effectivement transmises, il restera à assurer les conditions de leur réelle utilisation. Les URML devront se doter des moyens, y compris humains, nécessaires. Elles devront aussi se concerter avec l'assurance maladie, ce qu'elles ne font généralement pas aujourd'hui, sur les facteurs qui pourraient expliquer l'évolution constatée des dépenses. Il faut enfin être conscient que, compte tenu des limites des systèmes d'information de l'assurance maladie, et notamment de l'absence de codage des pathologies, les données qui seront transmises aux unions ne leur permettront pas, dans bien des cas, de porter une appréciation sur le bien-fondé des pratiques suivies au regard des pathologies prises en charge.

Autre mission confiée aux URML, l'évaluation des pratiques professionnelles est, jusqu'ici, montée lentement en charge : fin janvier 2004, pour la France entière, 482 médecins seulement avaient fait l'objet d'une évaluation (231 médecins habilités en vue d'évaluer leurs confrères et 251 médecins évalués). L'objectif récemment annoncé par l'ANAES et la conférence des présidents d'URML d'engager l'évaluation de 10 000 médecins à fin 2005 est manifestement irréaliste et ne pourra être atteint en l'état actuel du dispositif.

Enfin, le choix de confier aux URML la mission d'évaluation des pratiques professionnelles trouve sa justification dans le fait qu'elle ne concerne que les médecins libéraux. Toutefois ce choix rend leur champ de compétence mitoyen de celui de l'ordre. Si l'évaluation devait être étendue à l'ensemble des médecins (y compris hospitaliers), les rôles respectifs des URML et de l'ordre comme l'organisation de leurs relations auraient vocation à être réexaminés, d'autant que l'ordre intervient désormais dans l'organisation des soins, sujets proche du domaine des URML.