

# Difficultés de mise en place et enjeux institutionnels de la formation continue des médecins libéraux

*Difficulties with implementation and institutional stakes for continuing education for private practice doctors*

**J. Pascal** <sup>(1)</sup>, **F. Riou** <sup>(1)</sup>, **J. Chaperon** <sup>(1)</sup>

**Résumé :** À partir de l'analyse des différentes étapes de la mise en place de la politique de Formation Médicale Continue (FMC) des médecins libéraux en France définie par les ordonnances d'avril 1996, nous avons essayé de comprendre les difficultés de mise en œuvre de cette politique. Pour ce faire, le point de vue de groupes d'acteurs a été recueilli à travers des entretiens semi-directifs. Tous ont été concernés par le sujet : les professionnels, les organismes de protection sociale, les pouvoirs publics et les entreprises de santé. L'analyse de leurs perceptions du dispositif et de ses enjeux a été complétée par celle des données de l'histoire et de la littérature. Ces difficultés concernent, avant tout, les interactions entre les groupes d'acteurs : le « jeu » des syndicats médicaux libéraux, entre eux, vis-à-vis des caisses et des pouvoirs publics ; le défaut de représentation de la profession accentué par ses divisions et le clivage entre médecins généralistes et spécialistes ; l'indécision des pouvoirs publics qui met les acteurs en position d'attente ; le « jeu » des caisses, qui font comme si le principe de la mutualisation des fonds de la FMC pouvait être contourné. Autour de l'objet FMC se sont « cristallisés » les conflits d'intérêts entre les différents groupes d'acteurs de santé et à l'intérieur même du corps médical, relatifs, notamment, à l'élaboration de la convention et à la définition des relations avec l'industrie pharmaceutique.

**Summary :** *The Formation Médicale Continue (FMC) is a continuing education programme for private practice doctors (generalists and specialists), and was established in the legislation of April 1996. In analysing the stages of the policy's introduction, an attempt was made to understand the difficulties encountered in its implementation. Using a semi-directive questionnaire, the opinions concerning the*

(1) Université de Rennes 1, Faculté de médecine, Département de Santé Publique, 2, av. du P<sup>r</sup> Léon Bernard, CS 34317, 35043 Rennes.

*policy were collected from the different actors in the process: professionals, social welfare organisations, government agencies and health organisations. The analysis of their perceptions was complemented by an analysis of historical data and a review of the literature. The greatest difficulties with implementation related to the interactions among the stakeholders: the « game » of the medical unions, among themselves and with social security and government agencies; the under-representation of the medical profession, exacerbated by its divisions and the split between generalists and specialists; the indecision of government agencies, leaving the stakeholders waiting; the « game » of the social security funds, which act as if the principle of « mutualisation » of FMC funds can be by-passed. Conflicts of interest regarding the FMC have « crystallised » among the different stakeholders, as well as within the medical corpus. These conflicts relate in particular to the creation of the memorandum agreement and to the definition of the relationship with the pharmaceutical industry.*

*Mots-clés :* organisation - réforme - décideur - pouvoir - politique - négociation - convention.  
*Key words :* organization - reform - decision maker - power - policy - negotiation - agreement.

## Introduction

Les ordonnances du 24 avril 96 tendent à introduire de nouvelles règles de fonctionnement du système de soins français. Ces règles posent des problèmes théoriques et pratiques aux professionnels du secteur. En particulier, elles impliquent des transformations de leur pratique par la priorisation des actions [19], la restructuration de l'offre de soins, la recherche de l'efficacité économique et une meilleure prise en compte des besoins et attentes des usagers. C'est dans ce cadre que le législateur a fixé les règles d'une Formation Médicale Continue obligatoire pour tous, basée sur une organisation spécifique à ce corps professionnel [15].

Par Formation Médicale Continue (FMC), nous entendons toute action entreprise par un médecin diplômé, visant à l'acquisition ou au rappel de connaissances théoriques, de savoir-faire ou de savoir-être lui permettant d'améliorer sa pratique professionnelle, ou de réorienter son activité [20].

La FMC peut être considérée [6-8-15-20-21], soit comme un élément moteur de l'adaptation des pratiques des professionnels du soin aux nou-

velles modalités de régulation du système de soins, soit comme un effet « d'annonce » permettant de faire accepter la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé, soit comme un « garde-fou » permettant de maintenir la qualité des soins dans un univers économique contraignant et permettant de faire accepter par la profession les outils d'une maîtrise de l'évolution des dépenses. Les enjeux de pouvoir et les enjeux financiers du secteur de la santé ont placé la FMC au centre du débat, sur la réflexion et l'organisation de la profession.

Nous avons essayé de comprendre les décalages [7], qui pouvaient être apparus depuis 1996, entre la politique prévue par les ordonnances en matière de FMC et sa mise en œuvre, afin d'avancer des explications et de dégager des axes d'évolutions possibles. Celles-ci concernent, avant tout, les interactions entre les groupes d'acteurs : le « jeu » des syndicats médicaux libéraux, entre eux et vis-à-vis des caisses et des pouvoirs publics, notamment, en ce qui concerne leur recherche permanente de financement ; le défaut de représentation de la profession accentué par des divisions en interne et le cli-

vage entre médecins généralistes et spécialistes ; l'indécision des pouvoirs publics qui met les acteurs en position d'attente ; le « jeu » de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés, agissant comme si le principe de la mutualisation des fonds pouvait être contourné. Si les difficultés rencontrées interrogent sur le choix fait par le législateur de l'obligation de formation et des mécanismes de contrôle et de sanction qui en découlent, sur la place de chacun des partenaires dans l'organisation et le financement du dispositif, sur l'articulation des missions entre les instances de décision, et sur l'indépendance et la transparence des formations, il nous semble que la question dépasse le cadre *stricto sensu* de la FMC. En effet, autour de l'objet FMC se sont « cristallisés » les conflits d'intérêts entre les différents groupes d'acteurs de santé et à l'intérieur même du corps médical. Ainsi, cette mise en place de la FMC obligatoire des médecins libéraux vient interagir avec d'autres enjeux, en particulier l'élaboration de la convention et la définition des relations avec l'industrie pharmaceutique.

## Méthode

La recherche bibliographique nous a permis de : connaître l'organisation du dispositif de la FMC (avant et après les ordonnances d'avril 1996) ; formaliser la problématique et les objectifs de l'étude ; identifier nos interlocuteurs nationaux et régionaux poten-

tiels ; mettre en place la technique et la grille d'entretien ; dégager les axes de l'analyse.

Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs. Ces entretiens nous ont permis d'enrichir notre analyse, en apportant des éclairages sur des éléments particuliers de la mise en œuvre (notamment le moment où les acteurs politiques décident de légiférer sur la FMC) et des explications sur les difficultés perçues depuis maintenant plus de trois ans.

Tous les entretiens ont été enregistrés sur magnétophone et retranscrits littéralement afin d'en permettre l'analyse.

## Population concernée

Le premier contact a concerné le responsable, directeur ou président, d'un des organismes nationaux ou régionaux de chacun des quatre groupes d'acteurs : pouvoirs publics, professionnels, entreprises de santé, organismes de protection sociale et complémentaire, impliqués dans la mise en œuvre de la Formation Continue des médecins libéraux. La structure identifiée était libre de nous proposer la personne qui lui semblait la plus appropriée pour nous répondre. Nous avons interviewé 17 personnes : 6 médecins, 4 acteurs des organismes de protection sociale et complémentaire, 4 personnalités des pouvoirs publics, 3 représentants des entreprises de santé. Ces personnes assu-

### **Le dispositif de FMC mis en place en 1996 pour les médecins libéraux [15-16]**

La FMC a été rendue obligatoire. Une attestation est délivrée tous les 5 ans aux médecins pour justifier de ce respect. Les manquements sont passibles de sanctions par le Conseil de l'Ordre. Des structures nouvelles ont été créées. L'organisation relève des Conseils National et Régionaux de la FMC (composés essentiellement de professionnels, ils sont, notamment, chargés d'élaborer la politique de formation et de valider les projets). La gestion du financement relève du Fonds d'Assurance Formation des médecins libéraux (géré par les syndicats de médecins libéraux).

ment ou assumaient des fonctions nationales, régionales ou locales au sein du dispositif de la FMC ; elles ont, ou ont eu, en charge le dossier de la FMC ; elles sont proches des décisions politiques.

### **Cadrement de l'analyse**

L'analyse a notamment porté sur : la phase d'élaboration par les pouvoirs publics, entre 1995 et 1996, des articles des ordonnances se rapportant à la FMC obligatoire des médecins (motivations, mécanismes de la négociation, fondements des accords, oppositions des conceptions) ; la description du fonctionnement de la FMC à partir des textes réglementaires fixés par les pouvoirs publics depuis 1996, tout en tenant compte des données de l'histoire ; les facteurs qui expliquent les difficultés rencontrées dans la mise en place de la politique par rapport au calendrier prévu (conceptions affichées, nature des interactions produites à l'intérieur et entre chacun de ces quatre groupes, explications et solutions proposées).

## **Résultats de l'analyse**

### **Un mouvement associatif incontournable mais fragile**

Le mouvement associatif a pris en main la Formation Continue des médecins libéraux à la fin des années 60. Ainsi, la FMC libérale repose aujourd'hui sur un réseau dense d'associations (leur nombre est évalué entre 1 200 et 1 500) locales (cantonales), départementales ou régionales, de taille très variable [9]. Informelles ou régies par la loi de 1901, ces associations sont, le plus souvent, « *autonomes et jalouses de leur autonomie* » [6-7]. Ces associations dites a-syndicales se sont structurées en entités fédératives régionales. La

majorité d'entre elles est représentée à l'échelon national par l'Union nationale des associations de FMC (Unafomec). La mission d'origine des associations a-syndicales était la formation des médecins généralistes. Peu à peu, elle s'est élargie à celle des spécialistes.

Ces associations locales sont un des moyens privilégiés d'adhésion des médecins libéraux, notamment des généralistes, à des plans de formation. Le tissu associatif bénéficie d'une assise locale forte qui constitue un réseau de proximité propice à leur participation. Le plus souvent, ces associations sont sous le « contrôle » ou animées par des médecins libéraux dont la participation relève plus du bénévolat que de la logique d'entreprise privée. Cet encadrement par des pairs les rend légitimes aux yeux des médecins. Tout en faisant participer les universitaires, les thématiques abordées sont au plus près des besoins « exprimés ou ressentis » des praticiens libéraux, si elles ne sont pas, comme c'est parfois le cas, élaborées en concertation avec eux. Cependant, les activités des associations sont mal connues et non répertoriées (leur recensement par les Conseils National et Régionaux de la FMC a débuté en 1997).

Les associations de spécialistes sont moins nombreuses. Elles sont organisées par spécialité, en particulier sous la forme de sociétés, de collèges... Elles s'adressent principalement au « monde » des spécialistes du secteur privé comme du secteur public. Elles sont le plus souvent structurées à l'échelon national et se sont rassemblées pour créer des fédérations [2].

Aujourd'hui la FMC est indissociable de ce tissu associatif. Mais ces associations pèchent par leur manque

de moyens, notamment financiers. Les réunions qu'elles organisent reçoivent souvent un soutien important des laboratoires, quand elles ne sont pas totalement organisées par eux [9]. De fait, certaines de ces associations cherchent à établir d'autres partenariats pour pouvoir pérenniser leur structure et leurs actions, et gagner en indépendance par rapport à l'industrie.

**Les syndicats : des enjeux de pouvoir et de financement de leur structure**

*Le positionnement des syndicats des années 70 à nos jours*

Au début des années 70, les syndicats de médecins libéraux, la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) et la Fédération des Médecins de France (FMF), décident d'investir le champ de la Formation Continue [6-7]. Diverses associations d'obédiences syndicales, principalement structurées à l'échelon national, se mettront progressivement en place, (l'ACFM, l'AFFM...). Leur histoire est émaillée de conflits avec les associations a-syndicales.

Le début des années 90 est marqué par de grands bouleversements dans le dispositif (signature de la convention de 1990 augmentant les moyens mis à disposition de la FMC) et par la rupture d'un équilibre déjà très fragile, entre associations locales a-syndicales et structures syndicales. Notamment, un nouveau syndicat de médecins généralistes apparaît : la fédération française des médecins généralistes (MG-France). Celui-ci va créer sa propre association de formation : MG-Form. La nature des formations proposées correspond à la pratique des médecins généralistes (champ jusqu'alors « réservé » aux associations a-syndicales). Si MG-France

semble avoir été à l'origine de l'accentuation du clivage entre les associations locales a-syndicales et nationales d'obéissance syndicale, elle a surtout joué un rôle de catalyseur. Ainsi, les associations syndicales de formation (ACFM, AFFM...) vont progressivement élargir leur domaine de compétence à l'ensemble de la FMC des médecins libéraux, mettant en place la FMC polyvalente. L'objectif affiché par les syndicats médicaux, à travers leur participation à la FMC des médecins, est le suivant : « *Centré sur les professionnels, visant à promouvoir la profession, ses diverses composantes, ses individualités, à travers la qualité de leur exercice et les responsabilités exercées dans la profession* » [6].

*Enjeux et mécanismes de financement durant la même période*

Pour les personnes interviewées, les difficultés rencontrées dans la mise en place de la formation continue des médecins libéraux sont la conséquence d'enjeux de pouvoir entre les syndicats, dans lesquels interfèrent notamment les besoins de formation des cadres syndicaux. Mais le « nœud » du problème serait le financement des syndicats médicaux libéraux. Ce besoin de financement expliquerait un investissement progressif des syndicats dans les différents niveaux d'organisation politique et financier de la Formation Continue des médecins.

En effet, les syndicats revendiquent la création d'un Fonds d'Assurance Formation (FAF), comme le prévoyait la loi Delors de 1971 relative aux modalités de financement de la formation professionnelle. C'est en 1974 qu'est créé le FAF de la Profession Médicale (FAF-PM) dont la gestion relève des seuls syndicats. Il a pour objet de mobiliser et gérer les res-

sources financières au service des actions de Formation Continue, de réorientation et de reconversion des médecins, et de financer les frais de fonctionnement des stages ainsi que la formation des cadres de la Formation Continue [7]. Les syndicats participent à son développement en faisant inscrire dans la convention nationale médicale le principe de la participation des caisses au financement de la FMC. Mais, progressivement, les fonds du FAF-PM sont orientés majoritairement vers la formation « conventionnelle », au détriment de la formation associative a-syndicale. Les rivalités syndicales créent une situation de blocage. Est alors créée l'Association pour la Gestion de la Contribution Conventionnelle des Médecins (l'AGECOMED), suite à un protocole d'accord conclu entre les deux syndicats signataires de la convention de 1993 (la CSMF et le Syndicat des Médecins Libéraux (SML)) et les Caisses Nationales d'Assurance Maladie. Cette association est destinée à recevoir et gérer les financements conventionnels [4]. Elle finance, notamment, les frais des stagiaires. Seules les organisations syndicales représentatives et signataires des conventions peuvent y adhérer.

En 1996, le gouvernement Juppé remet en cause cette organisation. L'ordonnance va instituer un seul fonds de financement de la FMC des médecins libéraux : le FAF des médecins exerçant à titre libéral (FAF-mel) [15]. Sa création repose sur le principe de la mutualisation des fonds. De fait, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1997, le FAF-PM et l'AGECOMED doivent mutualiser

leurs fonds, consacrés à la FMC, au sein de ce nouvel organisme. Par ailleurs tout organisme, notamment privé, peut y verser des subventions [16].

Cependant, depuis 1997, ce fonds unique de financement de la FMC obligatoire n'a jamais « fonctionné », empêchant la mise en route du processus [7]. Ce blocage est la conséquence de désaccords entre les syndicats signataires de la convention de 1997 (MG-France, Union Collégiale des Chirurgiens et de Spécialistes Français (UCCSF)) et les syndicats non signataires (CSMF, SML, FMF). Et aussi, de la création [12] au sein du FAF-mel d'une gestion séparée et directe des fonds du « complément conventionnel »<sup>(2)</sup> par les syndicats représentatifs.

En fondant le FAF-mel sur le principe d'une unicité de décision et d'une mutualisation de l'ensemble des fonds de la formation continue des médecins libéraux, les politiques ont voulu limiter le clivage entre médecins spécialistes et généralistes. Certes, nos interlocuteurs s'accordent à dire que les besoins de formation entre généralistes et spécialistes ne seraient pas les mêmes. Cependant, exercer un contrôle sur les fonds de la formation continue, permet un droit de regard sur l'orientation de la FMC des médecins en France, notamment sur certains des choix concernant le contenu et les prestataires de formation. À partir du moment où le volet financement a été bloqué par les syndicats, les pouvoirs publics se sont retrouvés dans l'incapacité de gérer la situation. Au-delà des résistances au sein du FAF-

---

(2) Cette disposition est liée à la création, par les conventions de 1997 [17], d'un complément conventionnel à la contribution obligatoire des caisses d'assurance maladie au financement de la FMC, géré par les seuls syndicats signataires. Ainsi au sein du FAF-mel ont été créées trois instances de gestion autonomes : le conseil de gestion du FAF-mel proprement dit et deux instances dédiées à la gestion des contributions complémentaires des généralistes et des spécialistes [12].

mel, les difficultés de la mise en place de la FMC obligatoire renvoient à la question de la responsabilité de l'État dans l'établissement de règles précises sur le financement de la FMC, et de sa capacité à les faire respecter.

**La formation continue,  
outil de négociation entre  
partenaires conventionnels**

La convention médicale de 1990 a fait de la formation continue des médecins libéraux une priorité pour les caisses « *en ce qu'elle participe à la valorisation de la profession, au bon usage des soins et donc à la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé* » [14]. Elle a institué la FMC conventionnelle qui repose sur les trois piliers suivants : la définition de thèmes de formation ; la sélection d'actions de formation à financer sur des critères scientifiques, pédagogiques et financiers ; le financement par les caisses de ces formations (c'est la contribution conventionnelle). Les caisses peuvent, selon certains critères, indemniser les médecins libéraux participants. Depuis cette date, la contribution de la sécurité sociale comprend donc 2 volets : la contribution conventionnelle et l'indemnisation des médecins [6-7].

La formation continue conventionnelle apparaît plus pour les caisses comme un outil de négociation que de promotion de la qualité des soins. La CNAMTS a su utiliser ces financements comme instrument de négociation avec les syndicats médicaux. La nécessité de la mise en place d'un cadre conventionnel pousse les caisses à accepter certains des besoins exprimés par les syndicats. Cependant, la mise en oeuvre de la convention n'est pas du seul fait des caisses. C'est un jeu complexe qui doit tenir compte des volontés de

deux autres partenaires : les syndicats et les pouvoirs publics.

L'intervention des caisses nationales d'assurance maladie a profondément transformé le paysage de la FMC des médecins [7]. La mise en place de ce dispositif a en partie remis en cause le monopole de l'UNAFORMEC sur la FMC, d'une part, et a eu pour conséquence la prise en charge, par les caisses nationales, de formations destinées aux cadres des syndicats médicaux, d'autre part. Ce qui fait dire à Lenglet et Topuz qu'il existe : « *une primauté des syndicats sur les fonds conventionnels affectés à la formation continue des médecins libéraux* » [9]. Il s'agit en fait d'un moyen de financement indirect des structures syndicales. Pour les personnes interviewées, les financements de la formation continue par les caisses apparaissent à beaucoup, comme une prime à la signature et un moyen de financement des syndicats médicaux et non comme un outil au service d'une politique d'amélioration de la qualité des soins [1-7].

Mais dans les ordonnances de 1996, les pouvoirs publics ont voulu faire « *table rase* » de ce dispositif conventionnel. Les organismes d'assurance maladie sont pratiquement exclus des décisions concernant la FMC obligatoire. Ils doivent verser une contribution annuelle obligatoire au FAF-mel, dont le montant est fixé par les négociations conventionnelles ou, à défaut, par les pouvoirs publics [16]. De fait, les caisses n'y trouvent guère de contrepartie car rien n'a été prévu dans les ordonnances concernant la formation conventionnelle.

Dans un premier temps, la CNAMTS a joué le jeu des ordonnances. Mais elle a fait le constat du blocage du système du fait, notamment, de l'entrave du seul organisme gestionnaire,

le FAF-mel, habilité à recevoir ces sommes, donc à financer les actions de formation et à indemniser les médecins participants. Les personnes de la CNAMTS interviewées estiment que ces résistances font suite aux désaccords entre politiques et syndicats. Par ailleurs, elles considèrent qu'elles doivent pouvoir faire leurs propres choix sur ce qu'elles financent. Dans un article du Quotidien du Médecin, C. Dupuis écrit : « *Refusant le principe de la mutualisation des ressources, la CNAMTS a finalement renoncé à verser cette somme au FAF-MEL comme le texte initial le prévoyait pour en confier la gestion au FAF-PM afin que les signataires puissent effectivement en avoir la gestion* » [3]. Devant les freins à la mise en œuvre du programme Juppé, la CNAMTS, à partir de son analyse de la situation et de celle de ses partenaires conventionnels, a développé sa propre stratégie.

### **Une nouvelle organisation pour sortir de l'impasse**

La volonté affichée par les partenaires conventionnels en 1997 [17], comme en 1998 [13], est d'essayer de se détacher de ces problèmes politiques et financiers pour constituer un dispositif qui puisse fonctionner, et qui soit quasiment autonome ou du moins indépendant du dispositif de FMC obligatoire. Pour ce faire, il s'agit de créer des instances distinctes, et notamment un organisme gestionnaire des ressources financières. Les caisses et leurs partenaires s'adaptent, en contournant le cadre législatif et réglementaire. De nouvelles dispositions sont promulguées par la convention nationale des médecins généralistes de 1997 et avalisées par la tutelle [17]. C'est ainsi qu'apparaît la notion de « contribution complémentaire » au financement de la FMC. Elle

va constituer un soutien à la vie conventionnelle. Elle vient s'ajouter à la contribution annuelle obligatoire. Ainsi se met en place un cadre pour la « Formation Professionnelle Conventionnelle ». Pour ce faire, la convention médicale de 1998 a créé des instances chargées de gérer ces fonds : les comités paritaires nationaux et régionaux de la FMC et un organisme gestionnaire conventionnel des ressources financières [13]. Dans l'intervalle, les syndicats signataires de la convention, en particulier MG-France, ont usé de leur influence auprès des pouvoirs publics, notamment des députés, pour obtenir un cadre législatif à ce qu'ils ont nommé la « Formation Professionnelle Continue » [11].

### **Une participation négociée pour les universités**

Les médecins libéraux se sont, petit à petit, dégagés de « l'emprise » de l'université [6]. Celle-ci est associée à la décision (elle participe au dispositif institutionnel : Conseil National et Conseils Régionaux de la FMC), mais dans un esprit de concertation plus que de responsabilité. Le plus souvent, il lui est conféré un rôle d'expertise technique, pédagogique et scientifique.

L'organisation récente de la formation continue, au sein de chaque faculté de médecine, autour de Départements de Formation Médicale Continue (DFMC) peut constituer un moyen pour l'université de développer une véritable politique de FMC en direction des libéraux [2-4]. Ces départements devraient constituer des interfaces d'échanges entre le monde hospitalier et ambulatoire, porte ouverte à des partenariats sur une politique de FMC de demain. L'industrie pharmaceutique établit déjà des contacts, et des plans de formation sont mis en place.

### **Des relations « ambigües » avec les entreprises de santé**

Les entreprises de santé sont des acteurs incontournables de l'organisation de la FMC. En effet, jusqu'à présent, la FMC relève, pour une grande part des moyens, notamment financiers, développés par l'industrie pharmaceutique [4-6-7-8-20]. Depuis l'après-guerre, ces entreprises de santé développent à travers la FMC leur politique de promotion qui a un indéniable impact sur les comportements médicaux [10]. En participant à l'organisation de la formation continue, elles participent à l'orientation des pratiques des professionnels. Ces relations avec la profession médicale posent un problème de fond, celui de l'indépendance de la FMC [6-18]. C'est en effet, en premier lieu, l'aspect commercial qui pousse les industries pharmaceutiques à s'intéresser à la FMC [6]. Vendre leurs produits est leur objectif essentiel afin qu'elles continuent, à faire de la recherche et à produire. Toute action en matière de FMC doit permettre à l'entreprise un retour sur investissement, en particulier d'image ou financier [22]. Si nous dépassons ce premier niveau, nous pouvons dire que l'industrie pharmaceutique, pour la recherche, le développement et la promotion d'un médicament a aussi besoin d'experts pour la conseiller et d'investigateurs pour réaliser les essais cliniques. Elle s'appuie alors largement sur les praticiens. Dans une économie de marché, une certaine participation de l'industrie à la FMC n'est pas en soi illégitime [6]. Les informations recueillies auprès des professionnels sont nécessaires au développement d'une activité utile au plan économique, mais aussi de la santé publique. Les entreprises participent à la formation des médecins en matière de thérapeutique et pour une meilleure connaissance des patholo-

gies, notamment si les formations concourent au bon usage des médicaments et si les praticiens mettent en pratique de nouvelles connaissances. L'industrie souhaite avoir un impact sur les pratiques, son objet final est d'arriver à les modifier. Mais qu'en est-il de la notion de l'amélioration des compétences professionnelles ? Elle reposerait sur le postulat qu'il doit exister une aptitude du médecin à l'analyse critique dont dépendra cette mise en pratique. Le problème est de connaître la limite entre ce qui relève de la promotion, de l'information et de la formation. Sous ces différents vocables se cachent de multiples activités.

À travers les réunions de FMC, les laboratoires cherchent à avoir un contact élargi, permettant de toucher, en un lieu et dans un espace de temps court, un nombre important de médecins. Ces séances de FMC, constituent parfois le premier niveau d'approche des prescripteurs. Il permettra par la suite l'établissement de nouveaux contacts lors des visites ultérieures notamment au cabinet ou dans le service du praticien. Ainsi se crée une relation entre les informations apportées par la formation et les produits correspondants du laboratoire [6].

S'il s'agit de promouvoir l'image de marque du laboratoire, la FMC est un moyen simple. Elle peut être au bénéfice du praticien si la mise en œuvre est sans rapport direct avec le produit commercialisé. Mais le plus souvent c'est la promotion directe des produits qui est principalement recherchée. Ainsi les laboratoires organisent des séances complètes de formation, bâties autour de leurs produits, sous forme par exemple, de soirées thématiques ; ou, contribuent à la réalisation d'actions de formation en proposant, par exemple, des experts, des

moyens pédagogiques, ou des rémunérations pour certains intervenants. Enfin, ils peuvent être simplement présents à une séance de FMC qui porte sur une pathologie donnée pour laquelle ils vendent des produits, sans avoir participé à son organisation. Le mode de présence le plus utilisé est la mise en place de stands, l'édition des supports de formation, etc. Il est difficile, dans ce contexte, de parler d'objectivité de l'information [6].

Pour certains, il est inacceptable que l'industrie dispense de la formation car elle ne peut pas être objective. Pour d'autres au contraire, il faut savoir composer avec elle, car son potentiel économique permet la mise en place de la formation des médecins [5]. Or, jusqu'à aujourd'hui, les professionnels utilisent, autant que faire ce peu, les ressources de ce secteur. Et, l'industrie pharmaceutique reste le principal financeur de la formation continue des médecins [8-20]. L'industrie pallie donc en partie à une carence.

L'investissement massif de l'industrie pharmaceutique dans la formation des médecins a-t-il motivé en 1996 le législateur dans sa démarche ? Si cette participation a toujours prêté à polémique, il ne semble pas que cette question ait été au centre des discussions au sein du gouvernement Juppé et rien n'est précisé sur le sujet dans les ordonnances et dans les textes réglementaires qui suivront.

Les relations ont toujours été très ambiguës entre l'industrie et les autres acteurs, particulièrement les professionnels et les pouvoirs publics. Aujourd'hui la majorité des personnes interviewées, notamment les médecins et le représentant du Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique (SNIP), renvoient en partie la gestion du problème aux pouvoir

publics. Ils lui demandent d'en fixer les règles du jeu, en particulier en termes de financement.

Il semble difficile d'envisager la mise en place de mesures unilatérales, notamment en termes de financement, que ce soit de la part des pouvoirs publics, par la mise en place de nouveaux prélèvements obligatoires, ou que ce soit de la part des professionnels, par la mise en place d'une organisation de la participation des industriels à la FMC. Ce d'autant, que ces deux acteurs n'envisagent pas d'augmenter leur propre participation financière tout en continuant d'imaginer utiliser *ad libitum* les moyens des entreprises. Dans tous les cas, les entreprises ont les moyens de continuer à participer et à infléchir la politique de formation continue des médecins, en dehors d'une part de l'obligation et d'autre part de tout cadre réglementaire. Pour ce faire, ces entreprises peuvent mettre en place une structure de labellisation interne des formations, à proposer aux professionnels, tout en tenant compte des critères de validité fixés par eux.

### **Une participation limitée des pouvoirs publics**

C'est à partir de 1995 qu'il y a, de la part des pouvoirs publics, une véritable prise en compte de la formation continue des médecins à travers l'élaboration par le gouvernement Juppé des ordonnances. Auparavant, aucun gouvernement n'avait légiféré sur la question de la formation professionnelle continue des médecins [20].

La réforme s'engageant, par les ordonnances, dans une restructuration globale du système des soins, le gouvernement ne pouvait omettre le chapitre FMC, d'autant qu'il s'agissait pour les acteurs politiques, à travers l'obligation de formation des méde-

cins, de mettre en avant la notion de l'amélioration de la qualité des soins. Au cours de la phase d'élaboration, l'administration centrale (la Direction Générale de la Santé) a été l'interlocuteur privilégié sur la question de la FMC. Le choix d'instituer une obligation de formation entraînait la mise en place de toute une procédure de contrôle et de sanction juridiquement « recevable ». Ce sont donc avant tout les compétences techniques de la DGS qui ont été utilisées par le gouvernement Juppé, même si ses représentants ont été des partenaires dans la phase politique des négociations. L'avis des représentants de l'Ordre, de l'Université, des syndicats médicaux de médecins et des associations nationales de formation a été sollicité au début de l'élaboration des ordonnances. Il semblerait que ni la CNAMTS, ni l'industrie pharmaceutique, à travers notamment son principal représentant : le SNIP, n'aient été consultées par le gouvernement sur la question.

L'ordonnance du 24 avril 1996, réformant notamment la médecine de ville, rend la FMC obligatoire et en fixe les modalités d'organisation et de financement [15]. On passe d'une obligation déontologique à une obligation légale. Telle qu'elle a été codifiée, l'obligation de FMC s'applique aussi bien aux médecins qui exercent à titre libéral qu'à ceux qui travaillent dans un établissement public de santé ou participant au service public. En termes d'organisation et de financement, la mise en place de dispositifs propres à chaque secteur, sans être articulés entre eux, pose question.

### **L'élaboration d'un nouveau projet**

À partir de 1997, le changement de ligne politique met les acteurs en situation d'attente. En juin 1997, le gouvernement Juppé démissionne.

Lorsque le nouvel exécutif se met en place, dès sa prise de fonction, le nouveau secrétaire d'État affiche son opposition aux ordonnances Juppé. Il paraît alors difficile, dans un contexte politique d'alternance, de les abroger. Par contre, certains de leurs chapitres peuvent être modifiés. Pour les personnes interviewées le nouveau secrétaire d'État à la Santé a clairement annoncé qu'il souhaitait mettre en place, « dans les meilleurs délais », un projet de loi réformant la FMC des médecins. Ce projet a alors été complètement pris en charge par son cabinet. Ainsi, les représentants de la DGS n'interviennent plus que ponctuellement sur le dossier FMC, surtout pour apporter leur expertise technique sur les différents projets qui leur sont présentés par le cabinet.

L'expression par les pouvoirs publics de leur opposition au plan Juppé se traduit en premier lieu par le blocage de la mise en place du Conseil national et des Conseils régionaux de la FMC (CNFMC et CRFMC) prévue par ce programme [7]. Par ailleurs, l'indécision des pouvoirs publics et le fait d'avoir voulu faire resurgir le cadre conventionnel de la formation continue dans la FMC obligatoire ont mis en situation d'attente ces ressources financières.

Depuis trois ans, plusieurs projets auraient été élaborés par le cabinet du secrétaire d'État, mais à ce jour aucun n'a été soumis au vote des assemblées. Le gouvernement, et en particulier son Ministre de tutelle, a d'autres priorités : l'élaboration de la convention de 1997, puis de 1998 et l'élaboration de la loi sur la Couverture Maladie Universelle [11]. Par ailleurs, il semble que la complexité du dossier FMC, rende difficile toute décision en la matière par les pouvoirs publics. Tout se passe comme si le fait d'avoir introduit dans la loi le caractère obli-

gatoire de la FMC rendait difficile toute décision ultérieure des pouvoirs publics.

### **Une formation organisée par la profession**

Nous pouvons faire le constat que le champ de la formation continue des médecins libéraux a été peu investi par des organismes dispensateurs de formation autres que ceux animés ou encadrés par les professionnels, en dehors de ceux relevant du champ de l'industrie de santé (notamment des laboratoires pharmaceutiques) [21].

L'essentiel de la décision a été confié aux professionnels, même si la réforme tend à renforcer l'intervention de l'État dans le secteur [7-15]. Nous rappellerons que la reconnaissance des activités formatrices est de la responsabilité des structures professionnelles quadripartites nationales et régionales comprenant : Ordre, université, associations de FMC et Unions Régionales des Médecins exerçant à titre libéral. Ces structures « politiques » CNFMC et CRFMC, sont notamment chargées de définir les critères de qualité des actions de formation, de valider les programmes et de délivrer des attestations [16]. Leurs missions semblent complexes, et les niveaux de responsabilité se chevauchent et ne sont pas toujours clairement définis. Le principe retenu pour la gestion reposant sur un modèle de représentation égalitaire quadripartite fait consensus parmi les personnes concernées pour chacun des groupes interviewés. Nous pouvons remarquer que la représentation syndicale libérale des anciennes instances a été remplacée par celle des Unions Régionales de Médecins Libéraux (URML). Pourtant, les pouvoirs publics et les caisses n'ont qu'une place consultative dans le dispositif, ces dernières n'y trouvant pas nécessaire-

ment leur compte. Par ailleurs, les représentants du secteur « entreprises de santé » n'ont pas été intégrés au dispositif, alors que ce secteur représente le principal financeur de la Formation Continue des médecins.

### **Conclusion**

La Formation Continue des médecins libéraux est aujourd'hui multiforme et fragile ; ses potentialités actuelles d'évolution sont très ouvertes. La tentative d'unification et d'harmonisation de l'organisation de la Formation Continue ayant avorté, plusieurs types de formation continuent de coexister sans dispositif de régulation : séances de formation organisées localement, le plus souvent avec le soutien financier de laboratoires pharmaceutiques, assorti ou non de contreparties promotionnelles directes ; séances de formation organisées par les universitaires, à titre individuel ou via les Départements de FMC créés au sein des facultés de médecine ; programmes de formation structurés par des organismes issus de fédérations régionales de FMC, tel le Collège des Hautes Études en Médecine Générale fondé en Bretagne il y a une dizaine d'années ; programmes proposés dans le cadre de la Formation Continue conventionnelle, financés par l'assurance maladie, définis par les signataires de la convention et permettant une indemnisation des médecins ; diversité de la presse médicale, allant de la « publipression » à l'indépendance totale vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique ... La plus ou moins grande indépendance des formations organisées, vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique ou vis-à-vis des caisses d'assurance maladie (sur le plan financier, ou en tous cas contractuel), en influence bien évidemment le contenu et le type de qualité des pratiques recherchées.

## REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient la Fondation de l'Avenir pour la Recherche Médicale Appliquée et l'Ecole Nationale de la Santé Publique qui ont participé au financement de cette étude.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Bezat JM. La FMC obligatoire des médecins est paralysée par les querelles syndicales. *Le Monde* 25 juillet 1998.
  2. Conférence des Doyens des Facultés de Médecine. Les Facultés de Médecine et la formation médicale continue. Nancy : CDFM, 1997 : 112 p.
  3. Dupuis C. Financement de la FMC : un appel aux ministres. *Quotidien Med* 1997 ; 6085 : 3.
  4. Fédération des Départements de Formation Médicale Continue de l'Ouest, École Nationale de la Santé Publique. Forum 98 - Bretagne et Pays de Loire - Formation Médicale Continue et Santé Publique. Rennes : Université Rennes 1- Département de Formation Médicale Continue, 1998 : 244 p.
  5. Gallois P. À chacun son rôle. *Prescrire* 1991 ; 106 (11) : 169.
  6. Gallois P. La formation médicale continue : principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation. Paris : Flammarion Médecine - Sciences, 1997 : 280 p.
  7. Gauzere M, Rousseau-Giral AC, Bocquet PY *et al.* *Formation Médicale Continue*. Paris : Inspection Générale des Affaires Sociales, 1998. Rapport n° 98037 : 116 p.
  8. Josseran L. La formation médicale continue : un nouveau paradigme ? [DEA Méthodes d'Analyse des Systèmes de Santé]. Rennes : Université Rennes I - Département de Santé Publique, 1998 : 110 p.
  9. Lenglet R, Topuz B. Des lobbies contre la santé. Paris : La Découverte, Syros, 1998 : 288 p.
  10. Lexchin J. Interaction between physicians and the pharmaceutical industry : what does the literature say? *Can Med Assoc J* 1993 ; 149 : 1401-7.
  11. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle. *JO* 1999 ; 172 : 11229.
  12. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Décret n° 97-933 du 13 octobre 1997 modifiant le décret n° 96-1050 du 5 décembre 1996 relatif à la formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral. *JO* 1997 ; 240 : 14955-6.
  13. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Arrêté du 4 décembre 1998 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes. *JO* 1998 ; 282 : 18329-59.
  14. Ministère du Travail et des Affaires Sociales. Arrêté du 27 mars 1990 portant approbation de la convention nationale des médecins. *JO* 30 mars 1990 : 38852-95.
  15. Ministère du Travail et des Affaires Sociales. Ordonnances n° 96.345 du 24 Avril 1996, relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. *JO* 1996 ; 98 (128) : 6311-20.
  16. Ministère du Travail et des Affaires Sociales. Décret n° 96-1050 du 5 décembre 1996 relatif à la formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral. *JO* 1996 ; 284 : 17767-77.
  17. Ministère du Travail et des Affaires Sociales. Arrêté du 28 mars 1997 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes. *JO* 1997 ; 75 : 4897-4922.
  18. Ordre National des Médecins. Recommandations à propos des relations médecin-industrie pour l'application de l'article L.365-1 du code de la Santé Publique. Paris : Ordre National des Médecins, 1995 : 60 p.
  19. Pascal J. Les Conférences Régionales de la Santé – L'appropriation de la démarche par des médecins bretons. [Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine]. Rennes : Université Rennes 1- Faculté de Médecine, 1998 : 180 p.
  20. Pascal J. Mise en place d'une politique : la Formation Médicale Continue des médecins. [DEA Méthodes d'Analyse des Systèmes de Santé]. Rennes : Université Rennes 1 - Département de Santé Publique, 1999 : 178 p.
  21. Pascal J. Formation Continue des médecins libéraux : difficulté de mise en place et enjeux institutionnels ; participation à l'évolution des pratiques ; leçons pour la mise en place de collaborations Rennes : Faculté de Médecine - Département de Santé Publique - Groupe de Recherche et d'Intervention dans le Secteur Santé, 2000 : 83 p.
  22. Seve L. Santé éthique et finance(ment) : quelques interrogations. *Rev Econ financière* ; 34 : 395-409.
-