

Stop and go : la formation continue des médecins français redémarre

Dans ces mêmes colonnes, en 2002, Raymond Colin évoquait l'hypothèse d'apercevoir enfin le « bout du tunnel » de la formation médicale continue (FMC) en France. Il aura fallu attendre deux années supplémentaires, après, déjà, deux lustres de blocages, pour que cette FMC française semble effectivement redémarrer. Le gouvernement vient de nommer de nouveaux conseillers nationaux chargés de la mettre en place.

Une lourde responsabilité leur incombe. Ils ont ainsi l'opportunité de créer de novo les conditions d'une formation continue innovante, qui bénéficie pleinement des récents acquis conceptuels concernant la formation des professionnels. C'est l'occasion de faire un rapide bilan avant de se remettre au travail.

Des acquis importants

En France, c'est juste après la guerre que le Professeur Louis Justin Besançon développa à Paris les « Entretiens de Bichat », du nom de l'hôpital parisien éponyme, qui furent les premiers enseignements post-universitaires (EPU) d'envergure. A la fin des années soixante, sous l'impulsion de précurseurs visionnaires, parmi lesquels Pierre Gallois, Pierre Ageorge, Guy Scharf et Albert Hercek, pour ne citer qu'eux, une véritable réforme pédagogique allait bouleverser cet EPU traditionnel.

Ce courant s'appuyait d'une part, sur le cadre conceptuel pédagogique disponible à l'époque et intégrait, notamment, les apports de la pédagogie d'adultes, de l'interactivité et de la dynamique de groupes, de la pédagogie par objectifs. Il énonçait aussi avec force l'idée que la formation des médecins ne devait pas se limiter à diffuser les savoirs médicaux nouveaux, codifiés

essentiellement par des spécialistes hospitaliers de premier plan, mais qu'elle devait surtout aider chaque médecin à devenir plus compétent face aux problèmes de santé réels qu'il avait à résoudre. Un mouvement associatif riche et foisonnant se développait hors de l'Université, qui démontrait par son action la justesse de ses analyses. Le gouvernement incitait à la fédération de ces initiatives, acceptait de les financer, rejointe en cela par les caisses d'assurance maladie au nom du bon usage des soins.

Le Docteur Armogathe, président de l'Union nationale des associations de formation médicale continue (UNAFORMEC), publiait un livre blanc sur le besoin de coupler la formation à l'évaluation des soins. Il soulignait la nécessité de définir ce que sont les soins de qualité et préconisait la création de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM). Au début des années 1990, toutes les conditions semblaient ainsi réunies pour une institutionnalisation rapide et performante de la FMC.

Un blocage institutionnel

Pendant plus de dix ans, rien ne s'est fait. Il n'est pas de notre propos d'analyser ici la longue liste des causes de cet échec. Les historiens diront la prétention et l'aveuglement des uns, l'incurie et les incompétences des autres. Peu importe aujourd'hui. De fausses promesses en espoirs déçus, les médecins français se sont démobilisés. Des actions de formation ont pourtant été organisées, ici ou là, au hasard d'initiatives individuelles ou d'opportunités sectorielles de financements. Un peu d'argent a été mobilisé. Aucune politique ambitieuse de FMC n'a pu se construire malgré des conventions, signées avec les caisses

d'assurance maladie, cassées et dénoncées sitôt leur signature, malgré plusieurs lois aussi inappliquées les unes que les autres. Dix ans ont passé. Cela peut n'être pas en pure perte si l'on sait en tirer des enseignements. Cela peut l'être si l'on cherche aujourd'hui à refaire ce qui a échoué hier.

Une nouvelle donne, de nouveaux enjeux, de nouvelles perspectives

Ce nouvel essor de la FMC française se fait dans un contexte qui a évolué. Des modes de financement et d'organisation ont été testés et évalués, dont il convient de tirer les enseignements. La réflexion sur la pédagogie et sur les enjeux de la FMC s'est enrichie.

La « démarche qualité »

Il était donc acquis que la FMC ne pouvait se résumer à un apport de nouvelles informations. Il est de plus en plus clair qu'elle ne constitue pas un but en soi, mais un outil, complémentaire d'autres, pour l'évolution d'un système de soins plus cohérent, plus performant, plus efficient. Cette démarche qualité, pour reprendre des termes utilisés dans l'industrie, est d'abord une exigence de la société. Les caisses de sécurité sociale souhaitent à juste titre utiliser au mieux les moyens financiers dont ils disposent. L'UNAFORMEC avait inscrit dès 1989 l'aspect économique comme un des critères de la qualité des soins. Les sommes consacrées à un système de santé de plus en plus complexe sont de plus en plus importantes et justifient pour le moins l'assurance de la qualité des soins prodigués aux patients. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES, <http://www.anaes.fr>), qui a succédé à l'ANDEM, nous fournit des moyens de réfléchir à ce que sont les bonnes pratiques dans un contexte professionnel donné. La réflexion sur la décision médicale, développée en France par Grenier² à la suite de Sackett, a créé les outils conceptuels qui permettent d'utiliser au mieux les îlots de certitude que nous avons dans l'océan d'incertitudes que constitue l'exercice médical, confronté par essence à des situations complexes, chaque fois uniques et souvent floues. Les mutuelles d'assurance en responsabilité médi-

cale développent de leur côté une politique de gestion du risque³.

Celle-ci peut consister à identifier les médecins qui présentent un risque particulièrement élevé. Elle peut également consister à prendre des mesures visant à diminuer le risque au sein de la population des médecins assurés. La formation continue a ici toute sa place pour éviter la répétition des erreurs les plus graves ou les plus communes.

Il convient donc de développer une politique globale de formation continue des médecins qui s'inscrive résolument dans une logique générale d'amélioration de la qualité des soins, aux côtés des réformes réglementaires, de l'accréditation des structures de soins, de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Il ne peut plus être question d'orienter une telle politique pour financer des structures syndicales ou associatives en difficulté financière ou comme monnaie d'échange, au sein de négociations conventionnelles entre médecins et caisses d'assurance-maladie, dont les logiques sont totalement différentes.

Une formation centrée sur l'apprenant

La réflexion pédagogique a bénéficié ces dernières années des avancées des sciences cognitives et de l'éclairage qu'elles ont apporté à la compréhension des mécanismes de l'apprentissage et des caractéristiques de l'expertise professionnelle⁴. Elles ont mis en exergue une évidence trop souvent oubliée : l'apprentissage est finalement l'action personnelle du professionnel apprenant. C'est lui qui entre dans un processus de formation, c'est lui qui traite activement l'information, remet en cause la viabilité de ses connaissances antérieures, élabore activement de nouvelles représentations cognitives et de nouveaux schémas opératoires, articulés sur les acquis de son expérience. C'est lui qui, in fine, dans le cadre d'une pratique réflexive, développera de nouvelles stratégies et optimisera ses pratiques professionnelles. Cela a des implications en terme d'organisation et de pédagogie.

Un crédit-formation pour chaque médecin

Le médecin doit pouvoir établir, à partir de règles

générales et de standards professionnels de haut niveau, définis préalablement de manière collégiale, le curriculum de formation qui lui convient le mieux. Il doit pouvoir en conserver la maîtrise.

Jusqu'à maintenant, l'organisation de la FMC reposait sur le financement des diverses structures qui souhaitaient proposer des actions collectives de formation. Nous en avons constaté les dérives, les limites, voire les effets pervers. C'est pour cette raison qu'il a été proposé récemment de diriger le financement de la FMC sur le médecin lui-même (en lui ouvrant un crédit-formation personnalisé qu'il puisse utiliser en fonction de ses propres besoins) et non plus vers les structures qui veulent s'y investir.

Lorsque l'on aura ainsi redonné au médecin les moyens d'élaboration et de contrôle de sa formation, on pourra envisager de lui offrir les moyens d'organiser son curriculum en lui proposant de bénéficier de bilans personnalisés de compétence.

Un apprentissage contextualisé centré sur le développement continu de l'expertise professionnelle

L'apprentissage est d'autant plus efficace qu'il s'exerce en lien avec le contexte professionnel authentique. L'expertise professionnelle, niveau le plus achevé de la compétence professionnelle, est garantie par la collégialité des pairs. Elle nécessite une parfaite compréhension de la diversité des situations, des problèmes, des modes de résolution qui sont en jeu. Elle implique que l'expert ait un haut degré d'analyse des processus de raisonnement clinique, de planification diagnostique et thérapeutique ainsi qu'une parfaite connaissance de ses limites de compétence. Plusieurs expériences se développent à partir de cette idée.

Des groupes de pairs ou des groupes « qualité », conçus comme des espaces de confrontation et de partage d'expertises complémentaires, sont à cet égard des expériences importantes. Ils se situent à l'exact opposé de cours magistraux déconnectés de la réalité professionnelle. Il convient sans doute de prendre en compte et de favoriser le développement de telles démarches. Il faut toutefois veiller à

ce que ces expériences soient conduites avec rigueur et professionnalisme.

Conclusions

Il faut ainsi développer UNE politique de FMC dans laquelle les structures organisatrices d'action de formation, les pouvoirs publics et les médecins concernés puissent se retrouver. Il faut arrêter de développer des actions concurrentes et contradictoires, au gré des envies des uns ou des autres parmi les acteurs du système de soins.

Si les nouveaux conseillers de la FMC française acceptent de prendre la distance nécessaire, s'ils savent prendre toute la mesure des avancées récentes de la réflexion pédagogique et professionnelle de ces dernières années, alors ces dix ans de stagnation se transmueraient en réflexion et en maturation. Tous les espoirs seront à nouveau permis.

Charles HONNORAT

mailto:charles.honnorat@univ-rennes1.fr

Références

1. Colin R. La formation médicale continue en France : le bout du tunnel ? Pédagogie médicale 2002 ; 3 : 69.
2. Lorette G, Grenier B. La lecture critique d'articles médicaux. Paris : Doin, 2002.
3. Sicot C. Une politique de gestion des risques : pourquoi ? Responsabilité 2003 ; n° 11 : 3-5.
4. Jouquan J, Hivon R, Pennec Y-L, Boles J-M. Fondements pédagogiques conceptuels de la formation des professionnels. Perspectives actuelles en formation médicale continue. In : P. Gallois, La Formation Médicale Continue. Principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 1997 : 110-113.