

1.

Mémemorandum à l'usage des acteurs de la Formation Médicale Continue



Collection « **EQUINOXE** »

Sommaire

Préambule

Qu'est-ce qu'« Equinoxe » ?	4
Historique.....	4
Légitimité	5
Objectif opérationnel général.....	5
Pourquoi ?.....	5
Comment ?.....	5
Les journées Equinoxe 2006	6
« Intervenants-auteurs du mémorandum Equinoxe ».....	7

Chapitre I

Quelle est la justification et quels sont les objectifs de la FMC ?

A. Quel est l'objectif général d'une FMC ?.....	8
B. Que dire sur la situation de la FMC en France en 2006 ?	9

Chapitre 2

Définitions, concepts et méthodes

A. La clé du processus est désormais le référentiel	10
B. La bataille de l'audience.....	10
C. Qu'est-ce qu'un opérateur de FMC ?	11
D. L'incontournable qualité.....	12
E. La nécessité d'identifier les besoins	15

F. Un problème : la faible participation	16
G. Les opérateurs de FMC dans ce nouveau contexte.....	17
H. Les partenaires.....	20

Chapitre 3

Les outils

A. Comment gérer les divers conflits d'intérêts ?.....	23
B. Base de connaissances pertinentes	24
C. Le rôle et la place de l'expert.....	25

Chapitre 4

La recherche

Pourquoi la recherche en FMC ?	26
Etat des lieux	26
Comment ?	27
Promouvoir la recherche en FMC	28

Annexes

Annexe 1.....	29
Journées Equinoxe mai 2006	
Annexe 2.....	31
Charte de qualité UNAFORMEC Rhône-Alpes	
Annexe 3.....	32
Charte de qualité de l'expert en FMC	
Annexe 4.....	34
Cercle d'ajustement des pratiques professionnelles dans la douleur de l'enfant	

Préambule

Qu'est-ce qu'« Equinoxe » ?

Equinoxe est un groupe de réflexion de médecins, tous expérimentés dans le domaine de la Formation Médicale Continue (FMC), réunis pour conduire une réflexion conceptuelle et opérationnelle sur ce que peut être la « nouvelle » FMC, à laquelle est désormais couplée l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).

Equinoxe est un groupe de réflexion appliquée à la FMC - EPP

Historique

Dès l'hiver 2000-2001, c'est au sein de la fédération UNAFORMEC Rhône-Alpes (RA) et à l'initiative de son président, Jean STAGNARA, qu'est apparue la nécessité d'une réflexion en FMC partagée avec les acteurs.

Par la suite, un partenariat s'est instauré avec l'université Claude Bernard Lyon I pour créer une attestation d'études universitaires de pédagogie et d'expertise appliquées à la FMC¹. La première commission pédagogique a réuni à l'automne 2003 la plupart des acteurs locaux de la FMC : outre UNAFORMEC-RA et l'université LYON I, des membres des URML-RA, du collège des généralistes enseignants.

En 2003, une relation privilégiée a été établie avec la fédération UREMEC puis avec les fédérations voisines du sud-est de la France (Corse et Languedoc-Roussillon) conduisant à la création d'UiGS (Union inter-régionale Grand Sud), organisme désormais agréé pour la réalisation et la validation des actions d'EPP.

Au fil des ans, s'est développé le concept « EQUINOXE » : équilibre entre le jour et la nuit, entre la FMC et la FMI, la ville et l'hôpital, les généralistes et les spécialistes, les zones urbaines et les zones rurales... pour la mise en place d'un groupe de recherche.

Enfin, au printemps 2005, le projet EQUINOXE s'est concrétisé. Après la mise en place

¹. Stagnara J, Boissel JP. Une attestation d'études universitaires d'expertise et de pédagogie appliquées à la FMC. *Médecine*, Vol 1 ; n°2 ; nov 2005;1:93.

d'un réseau de communication « Grand Sud », un travail par groupes a permis la mise au point du programme.

Le séminaire résidentiel, qui s'est déroulé à Marseille du 25 au 28 mai 2006, a réuni une trentaine de participants. La réflexion s'est alors concentrée sur la rédaction du texte fondateur ci-dessous dont la diffusion sera progressive.

Légitimité

La légitimité du groupe Equinoxe repose sur l'expérience de ses membres dans le domaine de la FMC : pédagogie appliquée, gestion des associations, participation aux instances institutionnelles et fédératives de FMC, formation des formateurs, etc. La réflexion Equinoxe est la traduction de cette expérience.

Objectif opérationnel général

Equinoxe, par sa réflexion et par ses réalisations, se propose d'aider les responsables des opérateurs associatifs de FMC à se positionner et à agir dans le cadre de la FMC dans son nouveau contexte.

Equinoxe : un groupe de réflexion au service des opérateurs de FMC - EPP

Pourquoi ?

La FMC est en pleine mutation et ses différents acteurs sont perplexes.

Le questionnement porte moins sur la pédagogie que sur des remises en question plus fondamentales, comme si un cycle s'achevait et qu'un autre devait commencer.

La perception de ces changements à venir a créé le besoin de cette réflexion.

Comment ?

La méthode de travail du groupe est dialectique : des échanges non structurés naissent des questions qui sont ensuite formulées par consensus ; en cours de réunion le groupe cherche à apporter des réponses ou des pistes de réponses à partir de documents bibliographiques et de l'« expertise » de ses membres ; les réponses (ou les pistes) sont soumises à l'analyse critique du groupe au cours de réunions plénières. L'avis d'un plus large panel de spécialistes de la FMC est ensuite sollicité, pour aboutir à une synthèse.

Ce document

Ce document est le produit d'une première phase de réflexion selon la méthodologie mentionnée ci-dessus. La plénière s'est tenue à Marseille (« les journées Equinoxe 2006 », voir le programme en annexe 1, pages 29-30).

Les étapes préalables (identification des questions, formulation, etc.) se sont déroulées à Lyon entre janvier et juin 2006 lors de réunions de petits groupes et de nombreux échanges par messagerie électronique.

Les journées Equinoxe 2006

Objectif opérationnel :

- concevoir et éditer un mémorandum ;
- en commençant par un argumentaire, produit de cette première phase de la réflexion ;
- diffuser et tester cet « argumentaire » auprès des responsables des associations de FMC adhérentes et de toute personne intéressée.

Méthode de rédaction

- thèmes et items de discussion (les questions) proposés par le groupe organisateur ;
- ateliers de 6 à 12 participants ;
- un animateur et un rapporteur par atelier ;
- rapport préliminaire des ateliers et discussion en plénière (*liste des participants, page 7*) ;
- rapport général établi en plénière en fin de journée sous forme de « minutes » ;
- rédaction préliminaire par un secrétaire de rédaction professionnel ;
- relecture et enrichissement de la rédaction préliminaire par 3 relecteurs ;
- rédaction définitive et « bon à tirer » délivré par le groupe organisateur.

Financement des journées et indemnisation des participants :

- indemnisation des participants sur la base des tarifs de la FPC ;
- coûts de réception pris en charge par les 4 fédérations.

**Objectif des premières journées Equinoxe :
éditer un « argumentaire » destiné en premier lieu aux acteurs de FMC**

« Intervenants - auteurs » du mémorandum Equinoxe 2006

Emmanuel AMSALLEM	VILLARS
Pierre ARCHIMBAUD	MONTPELLIER
Carole BELTRAN	MONTPELLIER
Jean-Pierre BOISSEL	TASSIN LA DEMI LUNE
Jean-Paul CALISTRI	AREGNO
Nicole CARLOTTI	PROPRIANO
Gérard CHEKLY	GRENOBLE
Jean-Noël COEROLI	MARSEILLE
Patricia DEVEYT	ROCHE DE GLUN
Gérard DONGRADI	LEVALLOIS-PERRET
Patrick FROGER	SAINT JEAN DE MUZOLS
Pierre GALLOIS	MÂCON
Laurence GABRIELLI	BASTIA
Michel JANNIN	CALUIRE
Joël LEVY	MARSEILLE
Daniel LIVON	MARSEILLE
Bruno MEYRAND	ST GALMIER
Michel MELTZ	LYON
James PALANDJIAN	MARSEILLE
Henri-Michel PORTE	MARSEILLE
Reinold RIGOLI	VIENNE
Odile RIONDET	LYON
Jean STAGNARA	LYON
Pierre WOLF	LYON

Organisation

Dominique LECERF	MARSEILLE
Catherine MELTZ	LYON

Chapitre I

Quelle est la justification et quels sont les objectifs de la FMC ?

Objectifs, justification, état des lieux actuel des développements en FMC.

A. Quel est l'objectif général d'une FMC ?

- La FMC est complémentaire de la FMI ; elle s'adresse à des médecins ayant une compétence établie, une certaine « expertise » dans leur domaine d'exercice. La FMC est une formation professionnelle « particulière » ; elle est supportée par une démarche éthique : la justification première de la FMC est l'amélioration de la qualité du service rendu aux patients... et non pas l'amélioration des conditions d'exercice du médecin. La démarche FMC est donc « par essence » différente d'une démarche syndicale ou corporatiste, différence peut-être pas toujours comprise par tous ; cependant et à l'évidence, la qualité des conditions d'exercice et la satisfaction des médecins restent des conditions de la qualité du service rendu aux patients.
- L'objectif final de la FMC étant l'amélioration du service rendu aux patients, un objectif intermédiaire est l'amélioration des compétences ; l'amélioration des connaissances ou de l'accès aux connaissances étant une des conditions parmi d'autres de l'amélioration des compétences. Bien sûr ce postulat pourrait être discuté. Une méthode générale de l'amélioration des compétences peut être celle d'un ajustement des pratiques en situation réelle en fonction d'un référentiel validé aux plans scientifique et professionnel.

L'objectif final et éthique de toute action de FMC est l'amélioration de la qualité des soins et donc celle de la qualité du service rendu aux patients

B. Que dire sur la situation de la FMC en France en 2006 ?

Où sommes-nous ? Où allons-nous ?

- Depuis près de 40 ans, malgré l'instauration du concept « FMC » en lieu et place de celui d'EPU, la FMC manque d'organisation générale : participation faible et aléatoire des praticiens, nombre limité de programmes structurés, structurants et adaptés d'ampleur nationale qui permettraient une stratégie d'évaluation ; absence de connaissances sur les « besoins » réels et même perçus des médecins... et plus encore des patients (besoins, attentes, interrogations...).
- Ces lacunes contrastent avec d'une part les souhaits de la société qui désire des médecins au plus haut niveau et d'autre part les décisions des pouvoirs publics visant à encadrer toujours plus la formation continue des médecins.
- Un des impératifs est de répondre aux « besoins du médecin » au quotidien, patient par patient, sur la base des Données Actuelles de la Science (DAS) qu'il est nécessaire d'intégrer à la pratique. La place de la Médecine Factuelle (EBM : *Evidence Based Medicine*) sera largement abordée plus loin. Les données de la science étant cependant insuffisantes, et de loin, pour répondre à tous les problèmes posés en pratique, elles doivent être complétées par le Savoir Issu de la Pratique (SIP).
- L'annonce « comme si c'était fait » d'un nécessaire couplage FMC-EPP contraste grandement avec la confusion et les incertitudes actuelles quant à l'organisation de la FMC d'une part et celle de l'EPP d'autre part.

En terme de FMC tout a été fait... et tout reste à faire

Chapitre 2

Définitions, concepts et méthodes

Quels concepts et méthodes adopter pour faire intégrer par **les opérateurs** de FMC :

- la « démarche qualité » du professionnel ?
- la gestion des connaissances ?
- l'évaluation des procédures de la FMC ?
- l'évaluation des pratiques professionnelles ?

A. La clé du processus est désormais le référentiel

La nouvelle FMC, couplée ou non à l'EPP, s'articulera autour d'un référentiel.

Celui-ci :

- contiendra les informations, concepts, savoir-faire, etc. à transmettre pour répondre aux besoins ;
- sera bâti à partir des données actuelles de la science (DAS) qui seront complétées par le savoir issu de la pratique ;
- servira de base à l'évaluation [de la formation, des médecins (dans le cadre de l'EPP)] ;
- pourra être audité.

Le seul fait qu'il doit être conforme aux données actuelles de la science rend son élaboration longue et coûteuse. Ce ne peut plus être le produit d'un expert, ni même de quelques experts. La recherche exhaustive des DAS, leur analyse critique pour les hiérarchiser en fonction de leur niveau de preuve, leur synthèse réglée, sont l'affaire de professionnels et échappent aux moyens et compétences des praticiens. Ce simple constat change la donne de la FMC/EPP. Les référentiels viendront donc d'ailleurs.

La seule exception et encore non totale, est le courtage des connaissances qui permet d'intégrer les formés ou au moins l'opérateur associatif dans l'élaboration du référentiel. Dans ces conditions, le professionnel du courtage n'assure que les opérations les plus spécifiques (recherche DAS, analyse critique, synthèse).

Sa formulation sera faite par les professionnels.

Son appropriation sera d'autant plus efficace qu'il sera adapté à la pratique du médecin.

B. La bataille de l'audience

La bataille pour l'obtention des financements entre les organismes agréés sera aussi la bataille de l'audience : comme au cinéma la meilleure production ne vaut que par sa distribution...

Un programme de FMC-EPP étant bien conçu et réalisé, édité en toute indépendance, c'est l'audience qui intéresse les partenaires financiers. Pour les institutionnels, les résultats sur la(es) pratique(s) deviennent un critère important. C'est ainsi que, pour 2007, l'Organisme de Gestion Conventionnel (OGC) s'intéresse plus particulièrement aux mesures d'impact des modifications de pratiques des formations agréées.

Il appartient donc au mouvement associatif de développer et de protéger son audience face aux opérateurs commerciaux.

Dans la concurrence que vont se livrer les opérateurs associatifs et les « marchands de formation » auprès du praticien, l'opérateur associatif part avec l'avantage de pouvoir garantir un certain accès privilégié à ses adhérents, à lui de savoir préserver cet avantage et développer ses liens associatifs... à condition qu'il se donne les moyens d'une production de qualité ! (Pour toutes ses formations au même titre que celles produites dans le cadre de l'agrément OGC).

En conclusion, on voit les impératifs stratégiques d'un OA national/régional :

- proposer aux associations adhérentes une production de qualité ;
- étendre et défendre ardemment sa zone d'influence auprès des médecins ;
- avoir une taille critique suffisante pour intéresser les partenaires financiers.

Dans la bataille de l'audience, élément clé du succès des programmes de FMC-EPP, les fédérations associatives ont des armes spécifiques face aux opérateurs commerciaux, à elles de savoir les utiliser

C. Qu'est-ce qu'un opérateur de FMC ?

Un opérateur de FMC est une structure capable d'organiser et/ou de proposer une action de FMC et ce à au moins un des trois niveaux de sa réalisation effective :

- *production du programme (de l'action) de FMC*
 - conception pédagogique ;
 - rédaction - édition des référentiels (propose le contenu et/ou le contenant de la FMC) ;
 - édition du matériel pédagogique adapté éventuellement à plusieurs modes de diffusion (en ateliers/en situation réelle ; imprimé/e-formation, etc.).
- *diffusion du programme*
 - invitation/adhésion des participants ;
 - organisation matérielle des réunions (et/ou des autres modes de diffusion ++)
 - animation et encadrement pédagogiques.
- *évaluation du programme (cf. plus loin)*

En fait cette évaluation ne devrait pas être réalisée par l'opérateur lui-même mais par une structure extérieure qui ne serait pas « juge et partie ».

**Un opérateur de FMC devrait pouvoir agir à deux niveaux : d'une part la production, d'autre part la diffusion de ses programmes
Les moyens à mettre en œuvre et les budgets consacrés à ces 2 étapes sont de nature essentiellement différentes
Certains opérateurs se limitent à la diffusion de programmes édités par d'autres structures**

D. L'incontournable qualité

I. Critères de qualité d'un programme de FMC

a. La production

L'opérateur de FMC aura à traiter divers aspects de la production d'un programme :

- Délimitation du thème et définition des objectifs afin de répondre au mieux aux besoins réels des participants (pénétration de l'EPP dans la FMC comme vecteur des besoins réels et non ressentis, pour laquelle existent quelques expériences, mais ce processus est lourd et coûteux).
- Choix de la technique d'animation pédagogique et de son support.
- La pédagogie adaptée à la FMC a été beaucoup travaillée depuis près de 40 ans.

1) Élaboration du référentiel

- Identification et sélection des DAS... pertinentes pour la pratique des participants [(cf. plus loin « comment constituer une base de connaissances ») exhaustivité ; traçabilité ; synthèse ; représentation ; niveau de preuves ; transposabilité] ;
- Identification et sélection du SIP (savoir issu des pratiques) (avis consensuels, expertises individuelles, etc.).

2) Exemple d'organisation de la rédaction d'un référentiel

- Choix du thème ;
- Constitution et réunion d'un groupe de rédaction « indépendant » ;
- Rédaction première par un secrétaire de rédaction professionnel ;
- Relecture de pertinence par un groupe expert professionnel *ad hoc* (tout ce qui est écrit et vrai doit être « utile » ; tout ce qui est écrit doit être « vrai ») ;
- Relecture scientifique par un groupe expert *ad hoc* ;
- « Bon à tirer » (BAT) délivré par le groupe de rédaction.

3) Courtage des connaissances

Le courtage des connaissances est un concept nouveau en médecine mais déjà ancien dans d'autres domaines comme l'activité industrielle, l'ingénierie. Il consiste à mettre en opération le tryptique : besoin, éléments de connaissance disponibles, réponse au besoin. Il fait intervenir un courtier (un technicien spécialement formé).

Plus spécifiquement le déroulement est :

- identification par le groupe des professionnels (une association) d'un problème pour lequel il n'y a pas de solution apparente ou bien pour lequel il y a de grandes divergences de pratique ;
- formulation de ce problème en une série de questions ;
- recherche des connaissances disponibles ;
- analyse critique de ces connaissances ;
- synthèse ;
- rédaction d'un mémorandum ;
- mise en pratique par les professionnels du groupe.

4) Couplage à l'EPP

L'élaboration du référentiel doit être pensée d'emblée en prenant en compte l'évaluation future : définition initiale des futurs « indicateurs » de l'EPP. Un groupe doit pouvoir à partir d'un référentiel s'approprier tous ou certains critères (indicateurs) pour l'évaluation de ses pratiques dans une démarche de culture de l'évaluation.

5) Évaluation de la production

- Evaluation interne : respect des procédures, charte de qualité² (*chartes de qualité : Rhône-Alpes, voir annexe 2, page 31, Uremec, grille...*).
- Evaluation externe :
 - de la méthode pédagogique ;
 - de la rigueur scientifique du référentiel ;
 - de la pertinence professionnelle du référentiel ;
 - de la qualité éthique et de l'indépendance du référentiel ;
 - de la méthode d'EPP envisagée d'emblée, etc.

L'élaboration des outils pédagogiques et référentiels d'un programme de FMC-EPP par un opérateur associatif nécessite un partenariat professionnel *ad hoc*

b. La diffusion

L'opérateur de FMC aura à traiter divers aspects de la diffusion d'un programme :

1) Promotion/Invitation/Adhésion des participants

Ce point est crucial pour la réussite du programme, celle-ci étant avant tout mesurée par son audience et ensuite seulement par la satisfaction des participants : pour apprécier un bon programme encore faut-il y avoir accès !

2. Jannin M, Stagnara J, Vallée JP, Boissel JP. Auto-évaluation des associations et démarche qualité en FMC. Médecine ; Vol 2 ; n°5 ; Mai 2006;229-33.

2) *Organisation matérielle des réunions (et autres méthodes de diffusion)*

3) *Charte de qualité de l'animation*

- technique d'animation de groupe (groupe d'analyse de pratiques/participation d'un expert référent) ;
- méthode pédagogique facilitant le transfert des connaissances ;
- qualité de l'animateur ;
- qualité de l'expert référent et modalités de son intervention ;
- modalités du recours au référentiel ;
- charte de l'organisateur – animateur.

4) *Indépendance des intervenants*

(animateur et expert référent) vis-à-vis d'éventuels partenaires financiers ou autres groupes de pression possibles. D'où l'intérêt d'une charte de l'expert (voir annexe 3, pages 32-33).

5) *Évaluation*

- interne : respect de la procédure de diffusion
- externe : respect de la procédure pédagogique, des acquisitions immédiates des connaissances, de la satisfaction des participants, etc.

La diffusion d'un programme de FMC-EPP s'appuie sur le réseau des associations locales ; l'opérateur passe un accord avec ces associations

c. Une efficacité mesurable

- L'opérateur de FMC aura à traiter la question de l'efficacité de son action, problème qui peut se résumer en une seule interrogation :
 - l'action de FMC est-elle en mesure de modifier les pratiques ?
- Rappelons que l'objectif final de toute FMC est l'amélioration de la qualité du service rendu au patient :
 - service médical rendu en termes de quantité et de qualité de vie :
 - augmentation du rapport bénéfices/risques iatrogéniques ;
 - information/conseil/éducation/accompagnement du patient (et de ses aidants familiaux) pour la prise en compte de ses préférences et de ses « choix éclairés », le patient étant désormais un acteur à part entière de sa santé ;
 - Des études randomisées pour évaluer une action de formation sont quasi impossibles à réaliser dans ce domaine ; on se contente habituellement :
 - de mesurer l'acquisition des connaissances par test avant/immédiatement après/à distance de l'action de FMC ;

- de faire une auto-mesure déclarative par le médecin d'un changement de son comportement à partir d'indicateurs signifiants, simples et limités en nombre portant, par exemple, sur :
 - la pratique technique, diagnostique et thérapeutique ;
 - la capacité à écouter le patient ;
 - la capacité à transmettre une information personnalisée.
- Une mesure de l'évolution des pratiques pourrait se faire au mieux par une étude en situation réelle à propos de quelques patients types (cf. le programme Cercle d'Ajustement des Pratiques Professionnelles - Douleur Enfant, voir annexe 4, page 34).
- La culture de l'évaluation reste à développer.

2. Des moyens et des indicateurs pour assurer la qualité

Les considérations ci-dessus se traduiront pour les associations par une série de moyens et d'indicateurs signifiants destinés à assurer la qualité dans le cadre d'une approche cohérente. On trouvera donc des chartes (concernant par exemple les conflits d'intérêts), des procédures constamment mises à jour et dont l'application sera vérifiée par la valorisation d'indicateurs, dont les valeurs permettront à chaque association de démontrer la qualité de sa gestion, de ses actions, etc.

L'évaluation de l'ajustement des pratiques après une action de FMC-EPP n'est pas simple

E. La nécessité d'identifier les besoins

Quels concepts et méthodes adopter pour permettre **aux participants** d'identifier leurs besoins et de s'impliquer dans la démarche :

- la démarche qualité du professionnel ?
- la gestion des connaissances ?
- l'évaluation des procédures de la FMC ?
- l'évaluation des pratiques professionnelles ?

I. Typologie des besoins

- Les besoins perçus de formation, qui sont les plus faciles à identifier, ne sont pas toujours les besoins réels. La mise en évidence de ceux-ci requiert des méthodes et techniques particulières qui ne sont pas forcément bien connues des responsables des associations. Les besoins réels ne sont pas forcément très motivants pour les formés. Il faudra en tenir compte dans la définition des modalités de fonctionnement des associations.

2. Besoins des médecins « participants - utilisateurs »

- A la très grande diversité des modes d'exercice (généralistes/spécialistes ; libéraux/hospitaliers/scolaires ; ville/campagne ; jeunes et informatisés/seniors expérimentés et non informatisés ; etc.) correspond nécessairement la diversité des participants, des besoins et des formes de FMC.
- De manière générale, les besoins des praticiens peuvent être regroupés en *besoins organisationnels* et *besoins de connaissances*.
- Les besoins peuvent aussi être classés en *besoins ressentis* par le médecin lui-même, *besoins observés* et proposés par ses pairs et ses correspondants, besoins issus des consensus de la communauté médicale scientifique et professionnelle.
- Une nouvelle catégorie paraît être celle des *besoins proposés par les patients eux-mêmes*, visant à obtenir une meilleure organisation et qualité de leur vie quotidienne, une participation aux décisions et au suivi thérapeutique, etc.
- La participation aux congrès, à l'enseignement, à la recherche clinique sont autant de moyens de FMC, de même la lecture de la presse médicale.
- Ainsi dans le cadre de la FMC « validante », les médecins se verront proposer par l'ensemble des organismes agréés (OA) une multitude de possibilités pour se former... et « gagner » les crédits nécessaires à la validation.
- Quant à l'EPP, la réticence « *a priori* » des praticiens recouvre de multiples raisons, vraies ou fausses, mais ressenties, constituant autant de freins à la mise en place de la culture de l'évaluation :
 - caractère obligatoire et sanctionnant ;
 - difficulté à se remettre en question ;
 - manque de temps ;
 - crainte et désagrément d'être jugé ;
 - sentiment d'inutilité de l'EPP ;
 - méconnaissance de la procédure et de la finalité de l'EPP ;
 - absence de référentiels adaptés à la pratique (*voir l'échec de l'implémentation des recommandations, des DAS*) ;
 - méconnaissance de la médecine factuelle ;
 - réticence à son utilisation.
- La mise en place de l'EPP devra lever tous ces freins, certes par son caractère imposé obligatoire et sanctionnant, mais surtout par la démonstration du bien-fondé et de la faisabilité des objectifs proposés, par le recours à des outils adaptés à la pratique, enfin par la garantie de l'autogestion de l'EPP par les médecins eux-mêmes !

F. Un problème : la faible participation

- le pourcentage des médecins participants à au moins une session présentielle de FMC par an (répondant à des critères de qualité) serait faible selon le rapport de l'IGAS sur la FMC datant de 2006, mais aucune mesure n'est disponible, et ce malgré le caractère obligatoire de la formation continue ;

- l'acceptabilité d'une FMC par le praticien implique de nombreux paramètres :
 - temps disponible ;
 - acceptation d'une remise en question de ses pratiques ;
 - bénéfice immédiatement appréciable ;
 - etc.
- les contraintes liées à la diffusion de la FMC et les préférences personnelles du médecin nécessitent une multiplicité de l'offre : certes des réunions de proximité (en soirée ou durant une journée) mais aussi des réunions virtuelles (« e-formation »), elles-mêmes couplées ou non à une émission radio, à une conférence téléphonique, etc. (cf. les nouveaux moyens de FMC).
- Pour un opérateur de FMC-EPP, un objectif majeur sera celui de sa capacité à recruter les utilisateurs de son programme ; l'audience de ses programmes sera l'argument principal pour obtenir les financements.

Pour l'opérateur, le recrutement des praticiens utilisateurs de ses programmes sera un problème crucial

G. Les opérateurs de FMC dans ce nouveau contexte

I. Quels sont les opérateurs de FMC aujourd'hui ?

Les structures potentiellement opératrices de FMC, reconnues par leurs pairs mais aussi par les partenaires institutionnels (légitimité) ou officiellement agréées demain pour la FMC validante, seront très diverses dans leur organisation, leurs compétences pédagogiques, leur fonctionnement éthique, etc. Cet état de fait se confirme au vu des structures agréées EPP par la HAS.

- Structures du mouvement associatif :
 - Associations locales (de proximité) essentielles à une bonne diffusion des programmes en raison de leurs vertus spécifiques dont en particulier la convivialité.
 - Associations régionales/nationales, seules en mesure par leur masse critique de créer et de produire des programmes structurants. Ces structures associatives sont indépendantes [Unaformec ; Collège des Hautes Etudes en Médecine ; Union Interrégionale Grand Sud (UiGS)] ou adossées à une entité syndicale (MGForm, ACFM, AFML, AFFM, etc.), voire demain suscitées par des organisations à but lucratif (*voir plus loin*).
 - Sociétés savantes et associations professionnelles des diverses disciplines comme celles des Sociétés françaises de pédiatrie, de cardiologie, de médecine générale, etc.
 - Fédérations regroupant tous les spécialistes, hospitaliers et libéraux (Association française d'urologie, Fédération française de neurologie, etc.).
- Départements de FMC des universités.
- Sociétés commerciales diverses.

- Firmes pharmaceutiques ou plus généralement de dispositifs de soins, agissant directement ou indirectement par des agences ou demain avec des Organismes Agréés partenaires, avec pour objectif d'améliorer leurs relations avec les praticiens et l'image de marque de leurs médicaments.
- Agences de publicité agissant pour le compte de firmes pharmaceutiques.
- Sociétés d'audit et de conseil visant le nouveau marché de l'EPP.
- Presse médicale spécialisée dans la FMC (Groupe Huveaux autour de la Revue du Praticien (lequel a obtenu l'agrément EPP-HAS).
- Autres...

Les opérateurs de FMC sont associatifs ou commerciaux (« vendeurs de formation »), ils s'appuient en terme de financement sur les Institutions et/ou les industriels de la santé

2. Quel rôle pour les opérateurs associatifs nationaux ?

Il appartient aux opérateurs associatifs nationaux/régionaux (Unaformec ; CNGE ; Collège des Hautes Études en Médecine ; Grand Sud) de mettre en place des programmes structurants et pérennes d'une certaine ampleur.

Pour ce faire ces opérateurs devront se structurer en s'appuyant sur les compétences extérieures *ad hoc* pour créer, éditer, diffuser les programmes ; trouver les financements, et ce, en concurrence avec les opérateurs commerciaux.

La diffusion s'appuiera sur l'avantage décisif apporté par les associations adhérentes.

Rappelons que le financement sera obtenu auprès des partenaires *au prorata* de la diffusion.

Pour exemple : la création/édition d'un programme d'ampleur nationale ou multirégionale de l'ordre de 100000 € sera « justifiée » économiquement par une diffusion auprès de 2000 médecins (coût par médecin 50 €).

La CNAM trouvera efficace un programme susceptible de modifier les attitudes de 2000 médecins.

Un laboratoire pharmaceutique trouvera efficace d'établir un contact avec 2 000 médecins, il acceptera de financer la production du programme et aidera à sa diffusion auprès des associations locales alliées à l'opérateur et auprès d'autres médecins sollicités par le laboratoire et qui pourront adhérer aux associations locales.

Les opérateurs associatifs nationaux / régionaux seront les éditeurs - diffuseurs des programmes de FMC ; ils devront avoir une masse critique suffisante pour trouver les financements nécessaires à leur action et lutter ainsi à armes égales avec les opérateurs commerciaux

3. Quelle place pour les associations de proximité ?

Indépendantes, adhérentes et/ou alliées à un OA national/régional fédérateur, les associations de proximité sont essentielles à une diffusion efficace des programmes !

Les avantages spécifiques de la FMC de proximité sont réels : motivation par la convivialité, échanges professionnels et de pratiques entre pairs, solidarité de proximité, communauté des besoins locaux, identification plus directe des besoins perçus spécifiques du groupe, confiance réciproque des participants, etc.

La force d'une association de FMC locale auprès d'un financeur... et d'un OA national/régional allié réside dans l'audience quasi obligatoire qu'elle apporte au programme.

La première faiblesse de l'association de FMC locale est qu'elle n'aura jamais les moyens (compétences, finances) de concevoir/éditer/évaluer un programme un tant soit peu structuré et structurant.

Elle devra faire appel à un ou plusieurs opérateurs plutôt associatifs (mutualisation des programmes au sein de région voire d'interrégion) ou commerciaux qui fournissent des programmes « *clé en main* » en échange de l'audience qu'elle apporte.

La seconde faiblesse est qu'elle ne regroupe pas tous les médecins de son emprise géographique.

Sa troisième faiblesse tient à la lourdeur d'une gestion conforme à la loi eu égard au temps disponible et aux compétences en la matière des bénévoles qui la composent.

Dans une perspective associative volontariste, l'opérateur national/régional sollicitera les animateurs de FMC locale pour participer à l'élaboration des programmes (appropriation, pertinence, légitimités professionnelles).

Il appartient aux opérateurs associatifs de rendre complémentaires et de faire agir en harmonie les structures éditrices, agissant à un niveau régional/national, et les structures locales, maîtresses de la diffusion

4. Existe-t-il une place pour les structures de taille intermédiaire : exemple de l'Union Interrégionale Grand Sud ?

Oui, elle peut être un acteur de poids par la masse critique qui est la sienne en termes d'audience potentielle (légitimité opérationnelle vis-à-vis des institutions et légitimité économique vis-à-vis des opérateurs privés).

Non, si elle reste sur un modèle organisationnel purement associatif sans les savoir-faire professionnels complémentaires aux plans de la production et de la diffusion des programmes, lui donnant la « crédibilité » nécessaire face aux financeurs nationaux (en particulier l'industrie pharmaceutique).

Oui, si tout en conservant les prérogatives, les avantages et l'éthique de sa raison d'être associative, elle délègue à des partenaires et/ou prestataires l'exécution, sous son contrôle, des fonctions professionnelles nécessaires. Ce qui implique qu'elle se donne les compétences d'un contrôle efficace.

Ainsi, par exemple, les fonctions de direction de la rédaction, rédaction en chef sont réservées à l'association ; les fonctions de secrétariat et de rédaction médicale (par des professionnels expérimentés) et de réalisation sont déléguées à un éditeur ; la signature des contrats avec les financeurs est faite par l'association, mais la préparation des contrats est faite par un partenaire expérimenté ; le développement du réseau associatif et de l'audience est confié à une équipe professionnelle expérimentée, etc.

Oui, si elle sait rester en contact étroit avec les structures associatives nationales pour mieux peser sur les décisions de politique générale (comme le choix des thèmes des programmes nationaux, l'expérimentation des méthodes pédagogiques).

Tout en restant « propriétaires », les opérateurs de FMC s'appuieront sur des professionnels pour produire leurs programmes et les diffuser à un niveau économiquement viable

H. Les partenaires

Quels concepts et méthodes adopter pour permettre aux partenaires d'identifier leurs besoins et de s'impliquer dans la démarche :

- la démarche qualité du professionnel ?
- la gestion des connaissances ?
- l'évaluation des procédures de la FMC ?
- l'évaluation des pratiques professionnelles ?

I. Les catégories de partenaires

En simplifiant, les « partenaires » d'un opérateur de FMC appartiennent à deux catégories différentes :

a. les partenaires scientifiques et/ou associatifs

Ils amènent leurs forces propres au niveau de la production d'un programme et/ou de sa distribution par l'intermédiaire de leurs adhérents.

Exemples :

La Société Française de Pédiatrie, par sa commission scientifique, peut être le partenaire scientifique d'un programme de FMC destiné à des généralistes (urgences pédiatriques ; dermatologie pédiatrique ; douleur chez l'enfant ; etc.).

Un opérateur national pourra rechercher des partenariats associatifs, en particulier pour améliorer l'audience de ses programmes : c'est ainsi que les associations locales seront largement sollicitées !

b. les partenaires financiers

Ils amènent à l'opérateur les moyens substantiels de son action.

Exemples :

La CNAM par la Formation Professionnelle Conventionnelle (FPC) et le FAQSV ; l'industrie pharmaceutique.

Le partenaire financier agit en fonction d'un intérêt facile à identifier d'autant qu'il est aisément annoncé :

- contrôle des dépenses de santé par un ajustement des pratiques en fonction des DAS pour la CNAM ;
- relationnel avec ses médecins prescripteurs et image de marque de la firme pour le laboratoire pharmaceutique (la promotion des médicaments étant bien réglementée).

Les partenaires financiers ne cherchent pas à intervenir sur la production, c'est-à-dire sur le contenu des programmes, hormis dans le choix des thèmes (la CNAM ne financera pas un thème abordant une maladie orpheline ; un laboratoire ne financera pas un thème thérapeutique qui serait sans rapport avec sa gamme de médicaments, etc.)

Mais il ne faut pas se leurrer : celui qui a l'argent a le pouvoir. Par ailleurs, il sera le seul à posséder les moyens de financer les référentiels. Son catalogue sera déterminé par ses objectifs, même si on peut obtenir une garantie d'impartialité pour les référentiels (modalités de contrôle à établir) :

- comment une association pourra-t-elle évaluer un programme qu'on lui offre ?
- comment aider une association à évaluer la qualité de ce programme ?

2. Que penser de la nécessité des partenariats financiers ?

Les médecins étant individuellement incapables de financer leur propre FMC, les partenariats financiers de la FMC sont indispensables à un niveau national.

Pourtant une solution pourrait être envisagée : les pouvoirs publics pourraient donner un crédit d'impôt pour une formation équivalente par exemple à une journée par mois, au médecin d'utiliser ce crédit à sa guise pour organiser et choisir sa propre FMC au sein

d'une offre faite par des organismes agréés associatifs et/ou commerciaux dont les produits seraient côtés par un comité national indépendant, compétent et sans conflits d'intérêts.

**Les partenaires financiers agissent dans leur propre intérêt ;
ils favorisent les opérateurs qui montreront une audience significative
de leurs programmes**
**Un comité national indépendant, compétent et sans conflits d'intérêts
valide les programmes**

Chapitre 3

Les outils

La mise en œuvre de la FMC requiert quelques outils spécifiques.

A. Comment gérer les divers conflits d'intérêts ?

On peut définir le terme « conflit d'intérêts » au sens large comme l'ensemble des interventions, pas seulement financières, pouvant influencer de manière non souhaitable la transmission de l'information au cours des actions de FMC.

Identifier les conflits d'intérêts c'est identifier les « facteurs de distorsion du transfert des connaissances factuelles ».

Exemples :

Un laboratoire financeur peut vouloir discrètement influencer le contenu d'un référentiel en insistant sur les seules études scientifiques qui vont dans le sens de la prescription de ses médicaments ou encore en orientant le choix des membres du comité scientifique vers des experts appointés par lui.

Un « expert » référent d'un atelier peut être sous contrat avec un laboratoire pharmaceutique (et ne pas en faire état), mais il peut aussi biaiser sans le vouloir une vérité scientifique en raison de ses propres objectifs professionnels (promouvoir sa technique, accroître sa clientèle, etc.).

Il n'y a ainsi pas de solution de continuité entre les conflits d'intérêts classiques qui peuvent relever d'une sanction juridique ou déontologique, l'action des groupes de pression dans un intérêt corporatiste, les convictions individuelles et la subjectivité d'un expert référent.

Le conflit d'intérêts peut intervenir à tous les niveaux de la mise en œuvre d'un programme de FMC : choix du thème et des items, définition des objectifs pédagogiques, rédaction du référentiel, ciblage de la diffusion, encadrement des ateliers, voire au niveau de l'évaluation. Un évaluateur ne doit pas être l'opérateur, ou le « directeur de la rédaction » du référentiel ou le « directeur de la diffusion » mais un intervenant extérieur qui ne sera pas « juge et partie ».

L'important est de savoir que les conflits d'intérêts dans une action de FMC sont inévitables, qu'il faut savoir les reconnaître, les évaluer et les supprimer ou bien les admettre et les gérer au mieux.

Pour exemple :

- Si la discussion est centrée sur des données issues de la science (DAS), il convient de fournir aux participants les DAS et de préciser le rôle et le degré de liberté de l'expert.
- Si la discussion est centrée sur des savoirs issus de la pratique (SIP), il convient de présenter les SIP les plus consensuels, et de s'appuyer éventuellement sur 2 experts référents n'ayant pas le même avis sur tous les points.

De manière générale, la gestion des conflits d'intérêts dans un programme de FMC pourra se faire par l'établissement d'une charte des intervenants, un questionnaire d'identification des conflits possibles, la fourniture des DAS quand elles existent à propos du thème abordé, l'accès à une bibliographie, le référencement scientifique, quand il existe, des données du référentiel, etc.

**Les conflits d'intérêts peuvent intervenir tant dans la production
que dans la diffusion d'un programme de FMC
L'identification et la gestion des conflits d'intérêts sont
des éléments de la qualité éthique du programme**

B. Base de connaissances pertinentes

La base de connaissances est nécessaire à l'élaboration d'un référentiel.

I. Qu'est-ce qu'une base de connaissances ?

Une base de connaissances réunit les connaissances dans un certain domaine sous une forme facilement accessible par l'utilisateur.

Dans le cas de la FMC-EPP, trois types de bases de connaissances sont à considérer :

- les DAS ;
- les pratiques dans les cas où il n'existe pas de DAS de niveau de preuve suffisant ;
- les référentiels.

Aucune de ces bases n'existe aujourd'hui. Il faudra les créer si on souhaite vraiment que la FMC-EPP fonctionne correctement.

Le courtage des connaissances pallie, dans une certaine mesure, l'absence de base de connaissances.

Il s'agit en effet de trouver les connaissances disponibles relatives au problème posé et de les présenter en temps réel au groupe de professionnels concerné. Il s'agit donc d'une base de connaissances temporaire et spécifique.

2. Comment constituer une base de connaissances pertinentes pour un groupe de professionnels ?

La seule approche est le courtage qui implique le recours à un technicien du transfert de connaissance.

C. Le rôle et la place de l'expert

Dans la FMC « classique », l'expert est le véhicule de la connaissance. Pour différentes raisons bien identifiées, il transmet rarement une connaissance non biaisée. Plus souvent, il fonde son propos sur son expérience personnelle et quelques lectures sélectionnées.

Le transfert de connaissance est désormais assuré par le référentiel fondé sur les données actuelles de la science (*voir plus haut*). Le rôle de l'expert change : il propose une interprétation du référentiel pour la pratique selon son point de vue personnel. Il émet donc des opinions qui sont prises comme telles.

Son intervention doit être intercalée entre l'exposé du référentiel et le débat participatif. Dans les cas où le référentiel factuel n'existe pas, faute de données actuelles de la science de niveau de preuve suffisant, le rôle de l'expert est plus crucial. Mais le fond ne change pas : il délivrera son opinion, c'est-à-dire sa pratique. Il est alors souhaitable de solliciter un deuxième, voire un troisième expert si le sujet est controversé (c'est-à-dire les pratiques diverses sans que les DAS, inexistantes, ne puissent les séparer en bonnes et moins bonnes).

Il faut donc retenir que l'intervention de l'expert s' imagine en fonction du référentiel. Les organisateurs doivent bien le connaître et surtout savoir en valoriser le niveau de preuve.

Chapitre 4 Recherche

Pourquoi la recherche en FMC ?

Le temps de chaque acteur de la FMC est précieux. Les modifications attendues des pratiques – ou leur absence – ont potentiellement des conséquences pour les patients (c'est l'objectif). L'argent de la communauté utilisé pour soutenir des activités peut être utile ailleurs. Or, qu'elle concerne les méthodes ou les procédures pratiques, une idée même fondée sur un raisonnement apparemment imparable n'a de valeur qu'après sa validation empirique. Celle-ci ne s'obtient que dans des conditions de rigueur scientifique. Les raisons pour s'intéresser à la recherche en FMC sont donc multiples mais toutes procèdent de deux principes : l'éthique de l'objectif de la FMC et l'imprévisibilité des effets des bonnes idées.

Soulignons que les financeurs, surtout les pouvoirs publics (car l'industrie pharmaceutique poursuit d'autres buts en soutenant la FMC), demandent de plus en plus des garanties d'efficacité avant de décider de soutenir un projet.

Ajoutons que participer à une action de recherche ou analyser les résultats publiés aiguise l'esprit critique nécessaire à toute bonne formation. La recherche forme. La nouvelle FMC doit donc se pencher sur la recherche.

État des lieux

Malgré l'importance de cette démarche, la recherche en FMC en France est inexistante ou presque. Un témoin de cette lacune est l'absence de publications de niveau international. Et pourtant, qu'il s'agisse de l'efficacité de la FMC à modifier les comportements et les pratiques, de la pédagogie optimale, de la méthode d'identification des besoins, tout est flou, faute d'une activité de recherche de bon niveau qualitatif et quantitatif. En France, le financement de cette recherche n'existe pas. Elle n'est pas structurée à cause de l'absence de financement dédié. Sa méthodologie est mal connue, voire inconnue, des formateurs.

Le goût pour cette recherche est peu répandu. Les médecins libéraux qui se sont intéressés aux problèmes de FMC et qui ont dû inventer n'ont pas pu être aidés par des méthodologistes (mais ils n'ont pas demandé d'aide).

Les outils pédagogiques utilisés couramment ont été puisés ailleurs (exemple : pédagogie par objectifs). Cette adaptation s'est certes appuyée sur une phase de réflexion et a imposé la reconstruction d'outils. Il y a eu aussi des innovations (PERAM, méthodologie transfert du savoir, groupes de pairs, etc.) mais jamais de véritable expérimentation et

d'évaluation comparative. Enfin, il n'y a pas eu au sein des groupes intéressés par la FMC de réflexion méthodologique spécifique.

Comment ?

La recherche en FMC concerne les méthodes, les outils, l'organisation et l'attractivité. Elle se déroule en 5 phases : réflexion, conception, construction, expérimentation et évaluation. Elle doit aboutir à l'amélioration de l'efficacité de la FMC (amélioration des pratiques).

Ce n'est pas l'objet de ce document de définir des axes de recherche. En revanche, le travail du groupe EQUINOXE a permis de faire ressortir quelques idées forces qui doivent présider à l'élaboration d'un programme de recherche et à sa mise en œuvre.

- La FMC se limite principalement dans son contenu à des sujets à traiter en « priorité » (impératifs de Santé Publique, d'actualisation de connaissances pour des pathologies « fréquentes » en pratique d'où des champs oubliés). Ce qui incite d'une part à travailler sur les méthodes permettant d'atteindre ces objectifs et d'autre part à imaginer et tester des méthodes d'identifications des besoins perçus comme des besoins réels.
- Les méthodes de travail en FMC se doivent d'intégrer une pédagogie adaptée, de développer la compétence des formateurs, d'intégrer des méthodes permettant d'aborder la réception du contenu de la formation, il doit s'agir de méthodes applicables par les associations locales. Il y a donc là un autre champ de recherche.
- S'intéresser à la recherche, quel que soit le domaine, c'est d'abord s'intéresser à ce que les autres font. La recherche en formation médicale initiale ou continue est assez vivace dans le monde anglo-saxon. Il faut donc que les acteurs français de terrain développent une curiosité suffisante pour que les résultats obtenus ailleurs soient répertoriés, analysés, interprétés et diffusés.
- Il faut enfin lancer une réflexion de tous sur ce sujet. Le point d'ancrage pourrait être une vaste séance de remue-méninges sur les axes de recherche en partant des questions sans réponse pour le moment :
 - Quels sont les freins à la participation à la FMC ?
 - Quel est le « marché » de la FMC ? (*la description de ce qui se fait en FMC³ nécessiterait en fait un travail de thèse*).
 - Quels sont les thèmes et disciplines fréquents ?
 - Quel(s) en sont le(s) partenaire(s) ? Nécessité d'un « choix réfléchi » ?
 - Quels sont les réseaux d'associations de FMC⁴ ?
 - Qu'est-ce qui se fait en FMC dans le monde ? Quelles sont les autres façons de faire de la FMC que celles que nous connaissons ou pratiquons...
 - Comment améliorer ce qui se fait aujourd'hui ?
- Quelle que soit la manière d'initier la démarche, elle doit rester articulée avec la réalité du terrain.

3. Mémoire de Marie-Paule Vincent et Thierry Prieur pour l'AEU 2006

4. Mémoire de Marie-Hélène Thierry pour l'AEU 2006

**Un réseau structuré des opérateurs de FMC est pour la recherche
un terrain propice et opérationnel**

Promouvoir la recherche en FMC

Il faut convaincre les organismes de formation de s'impliquer dans la recherche. Il faut convaincre les pouvoirs publics et les organismes parapublics de l'importance d'un programme national de recherche en FMC.

ANNEXE I

EQUINOXE

(Marseille, 25 au 28 mai 2006)

DÉFINITIONS

- Quelle est la justification et quels sont les objectifs de la FMC ?

Jean-Paul CALISTRİ, Jean STAGNARA

- 4 ÉLÉMENTS DE RÉPONSE :
- La démarche qualité du professionnel
 - La gestion des connaissances
 - L'évaluation de la FMC
 - L'évaluation des pratiques professionnelles

RÔLE DES DIFFÉRENTS PROTAGONISTES DANS LA DÉMARCHÉ

- Quels concepts et méthodes adopter pour faire intégrer par les **OPÉRATEURS** de FMC dans leurs productions ?

- La démarche qualité du professionnel
- La gestion des connaissances
- L'évaluation de la FMC
- L'évaluation des pratiques professionnelles

Patricia DEVEYT, Gérard CHEKLY, Carole BELTRAN, Michel JANNIN, Reinold RIGOLI

- Quels concepts et méthodes adopter pour permettre aux **PARTICIPANTS** d'identifier leurs besoins et de s'impliquer dans la démarche ?

- La démarche qualité du professionnel
- La gestion des connaissances
- L'évaluation de la FMC
- L'évaluation des pratiques professionnelles

Jean-Paul CALISTRİ, Reinold RIGOLI

- Quels concepts et méthodes adopter pour déterminer le rôle des **PARTENAIRES** (patients, réseaux, tutelles, financeurs, etc.) ?

- La démarche qualité du professionnel
- La gestion des connaissances
- L'évaluation de la FMC
- L'évaluation des pratiques professionnelles

Michel MELTZ, Patrick FROGER



RECHERCHE

- Comment définir les axes de la recherche en FMC ?
Henri-Michel PORTE, Emmanuel AMSALLEM, Bruno MEYRAND, Jean STAGNARA
- Quels concepts et méthodes adopter pour promouvoir la recherche en FMC ?
Jean-Pierre BOISSEL, Emmanuel AMSALLEM, Henri-Michel PORTE, Gérard CHEKLY
- Comment créer « l'évaluation formative » ?
Daniel LIVON, Joël LEVY, Bruno MEYRAND, Reinold RIGOLI

OUTILS

- Comment gérer les divers conflits d'intérêts ?
Jean-Pierre BOISSEL, Michel MELTZ
- Comment constituer une base de connaissances pertinentes ?
Jean-Paul CALISTRU, Jean-Pierre BOISSEL

PROSPECTIVE

- Quelle organisation pour l'EPP et la FMC en France ?
Patrick FROGER, Michel JANNIN, Emmanuel AMSALLEM, Reinold RIGOLI
- Quelle place pour les associations de terrain ?
Pierre GALLOIS, Michel JANNIN, Henri-Michel PORTE, Dominique LECERF, Daniel LIVON, Reinold RIGOLI
- Quelle nouvelle dénomination pour la FMC ?
Patrick FROGER

ANNEXE 2

CHARTRE DE QUALITÉ UNIFORMEC RHÔNE-ALPES

Les associations adhérentes à la Fédération s'engagent à respecter les critères suivants :

CRITÈRES GÉNÉRAUX

- 1- Adhésion et participation à la vie de la Fédération
- 2- Indépendance de fonctionnement :
choix des sujets et des experts établis par l'association après identification des besoins et indépendamment de la recherche du financement
- 3- L'ensemble du programme annuel d'une association doit être le reflet de sa cohérence et de son indépendance
- 4- Réaliser quatre actions en soirée au minimum par an ou un séminaire d'au moins une journée
- 5- Financement :
le partenariat avec l'industrie pharmaceutique est possible dans le respect de l'indépendance associative. Il ne doit pas être exclusif, l'association contribuant selon ses possibilités à la réalisation des actions

CRITÈRES SPÉCIFIQUES POUR CHAQUE ACTION DE FMC

- 1- Etablir un projet-type préalable
- 2- Etablir une liste d'émargement signée
- 3- Délivrance d'attestations de présence
- 4- S'il existe un partenariat avec l'industrie : au cours de l'action de FMC, pas d'exposé à l'initiative du laboratoire pharmaceutique. L'espace d'exposition sera séparé des salles de conférence
- 5- Evaluation des qualités de l'action et de l'acquisition des connaissances
- 6- Evaluation des pratiques

ANNEXE 3

CHARTRE DE QUALITÉ DE L'EXPERT EN FMC

Dans le cadre d'une action de FMC en partenariat avec la Fédération UNAFORMEC-RA, il est convenu du respect des engagements suivants :

ENGAGEMENTS DE LA FÉDÉRATION UNAFORMEC-RA

A- ENGAGEMENTS MATÉRIELS

- Respect du lieu et des horaires convenus avec l'expert
- Mise à disposition des locaux et des moyens techniques négociés
- Assistance technique au cours de la formation

B- ENGAGEMENTS PÉDAGOGIQUES

- Contacts précoces et réguliers avec l'expert, explicites dans les demandes de participation
- Préciser le sujet (titre et contenu) et les méthodes pédagogiques
- Prise en charge de l'organisation et de l'animation, de manière à faciliter et valoriser les interventions de l'expert

C- ENGAGEMENTS ADMINISTRATIFS ET FINANCIERS

- Délivrance d'une attestation d'expertise
- Prise en charge des frais de déplacement
- Rémunération éventuelle selon circonstances et accord préalable (CDD)
- Rapidité du règlement financier

ENGAGEMENTS DE L'EXPERT

A- LORS DE LA PRÉPARATION

- Rencontre avec l'organisateur et/ou l'animateur (ou contact préalable)
- Remise éventuelle de son CV
- Participation à l'élaboration des documents de travail (pré et post-tests, cas cliniques, etc.)

B- REMISE DES DOCUMENTS SUIVANTS 10 JOURS AVANT LA DATE DE LA FORMATION

- Texte exploitable des communications
- Références (auteur, date, objectifs, conclusions, édition) des études utilisées dans les présentations (EBM) de sorte que les organisateurs et/ou les participants puissent s'y référer et les retrouver
- Bibliographie référentielle adaptée au sujet et aux participants

C- LORS DE SES INTERVENTIONS

- Respect du lieu et des horaires convenus avec les organisateurs
- Accord avec les méthodes pédagogiques et d'animation des organisateurs
- Adéquation avec la demande de l'association
- Indépendance scientifique et financière vis-à-vis de toute structure
- Utilisation des DCI avec « traduction » à la demande

*Contributeurs : P. Froger, G. Granet, M. Jannin, M. Meltz, B. Meyrand, R. Rigoli, J. Stagnara, M. Till
Version du 12 décembre 2005*

ANNEXE 4



Cercle d'Ajustement des Pratiques Professionnelles dans la Douleur de l'Enfant



SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PÉDIATRIE

Sous l'égide de l'**Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA)** et de la **Société Française de Pédiatrie (SFP)**, avec le financement du FAQSV national, est mis en place un programme de 3 ans, interprofessionnel (pédiatres, médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes).

Objectif général

Induire et faciliter une amélioration des pratiques (*un ajustement des pratiques*) dans la prévention et la prise en charge des diverses situations et des diverses pathologies associées à la douleur chez l'enfant en médecine ambulatoire.

Concepts

Une communauté de professionnels *élabore elle-même* ses propres textes de référence puis les fait évoluer en permanence en fonction de la réalité des besoins *observés par elle-même* en situation réelle.

La communauté des « auteurs-utilisateurs » se constitue en « Cercle d'Ajustement des Pratiques Professionnelles ».

Objectifs : appropriation, pertinence, légitimité.

Organisation exécutive

Une Association (Association Vigilance Douleur Enfant), émanation de la **SFP** et de l'**AFPA**, propriétaire intellectuel des contenus éditoriaux ; *un Comité de pilotage* (deux pédiatres, un généraliste et une infirmière) ;

un Comité éditorial, progressivement constitué en 3 ans de 63 pédiatres, 32 généralistes et 15 infirmières, rapporteurs-animateurs de séminaires de rédaction régionaux ;

les **GERMEs** (Groupes Editoriaux Régionaux en Médecine de l'Enfant) ;

un Comité de rédacteurs et d'experts en charge de la rédaction et de la validation scientifique des textes de référence ;

un éditeur exécutif (Editions Acalis).

Outils

Une écriture situationniste : « la médecine telle qu'elle se fait » présentée sous la forme d'un Thesaurus de situations et de problèmes types. *Une édition du Thesaurus utilisable en situation réelle*, disponible sur Internet.

Mise en œuvre (2003-2005)

A. Elaboration évolutive et communautaire du Thesaurus des situations et des problèmes

Chaque année, 10 séminaires de rédaction régionaux réunissant, autour d'un GERME, 20 participants ; soit au total quelque 700 participants en 3 ans.

B. Utilisation en situation réelle

Confrontation des données du Thesaurus à la réalité des besoins professionnels.

A l'issue des 3 ans en 2006

un Thesaurus Internet [www.cappde.net] propriété de l'**AFPA** et de la **SFP** :

- significatif (60 situations types et 226 problèmes attendants) ;
- validé au plan de la pertinence par plus de 700 professionnels ;
- validé au plan scientifique par les rédacteurs-experts des situations et des problèmes ;
- ouvert à tous les professionnels de santé pour une aide à un ajustement des pratiques professionnelles ;
- évolutif en permanence, avec les avancées scientifiques et avec les besoins des professionnels... des enfants et des parents.

Pour tous renseignements :

Jean-Louis BERNARD (Marseille)

jean-louis.bernard@mail.ap-hm.fr

Jean STAGNARA (Lyon)

jeanstagnara@wanadoo.fr

Secrétariat général CAPPDE - Editions ACALIS

Tél. : 01 47 30 77 60 - cappde@acalis.fr

Si vous souhaitez avoir accès au thésaurus CAPPDE et l'utiliser, merci d'adresser votre demande au secrétariat général CAPPDE afin d'obtenir vos codes d'accès

Couverture : création de Sandra Rigoli
Réalisation technique : Acalis
Imprimé en France par Fabrègue
en avril 2007



Fédération
Rhône-Alpes



Fédération
Corse



Fédération
Languedoc-Roussillon



Fédération
Provence-Alpes
Côte d'Azur

Collection EQUINOXE

Editeur : Union interrégionale Grand Sud (UiGS)
43 avenue Robert Schuman - 13002 Marseille
Tél. : 04 91 91 59 90
Courriel : grandsud@club.fr

A PARAÎTRE

II. GLOSSAIRE

III. GUIDE PRATIQUE

avec le soutien de  **sanofi aventis**
L'essentiel c'est la santé.

Collection "EQUINOXE"