



HAL
open science

La formation continue des médecins généralistes en 2001 : situation actuelle en Lorraine, perspectives d'avenir

Claudio Baccaro

► **To cite this version:**

Claudio Baccaro. La formation continue des médecins généralistes en 2001 : situation actuelle en Lorraine, perspectives d'avenir. Sciences du Vivant [q-bio]. 2001. hal-01739185

HAL Id: hal-01739185

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01739185>

Submitted on 20 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

T H E S E

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Claudio BACCARO

Le 14 décembre 2001



LA FORMATION CONTINUE DES MEDECINS
GENERALISTES EN 2001.
SITUATION ACTUELLE EN LORRAINE.
PERSPECTIVES D'AVENIR.

Examineurs de la thèse :

M. J.D. De KORWIN	Professeur	}	Président		
M. G. THIBAUT	Professeur		}		
M. P. KAMINSKY	Professeur			}	Juges
M. L. FRANCO	Docteur				
M. J.M. HEID	Docteur				

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY I

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Jacques ROLAND

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Hervé VESPIGNANI

Assesseurs

du 1er Cycle :

du 2ème Cycle :

du 3ème Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mme le Professeur Michèle KESSLER

Mr le Professeur Jacques POUREL

Mr le Professeur Philippe HARTEMANN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON – Professeur François STREIFF

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Étienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Pierre ARNOULD – Roger BENICHOUX – Marcel RIBON

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY – François STREIFF – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Jean GROSDIDIER – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Pierre BERNADAC – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur François PLENAT

Professeur Jean-Michel VIGNAUD - Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Alain BERTRAND - Professeur Gilles KARCHER - Professeur Pierre-Yves MARIE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Jean-Claude HOEFFEL - Professeur Luc PICARD - Professeur Denis REGENT

Professeur Michel CLAUDON - Professeur Serge BRACARD - Professeur Alain BLUM

Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (Biologie cellulaire)

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Philippe CANTON – Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur Bernard LEGRAS - Professeur François KOHLER

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT - Professeur Thomas LECOMPTE - Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN - Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN - Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE - Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Marie-Claire LAXENAIRE – Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS

Professeur Hervé BOUAZIZ

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER - Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Michel WEBER - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Henri HEPNER - Professeur Jean-Claude MARCHAL - Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Jean-Marie POLU - Professeur Yves MARTINET

Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Gérard FIEVE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Francis PENIN

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean DE KORWIN KROKOWSKI – Professeur Pierre KAMINSKY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

**54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1ère sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Paul VERT – Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Pierre MONIN – Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER

2ème sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL

3ème sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : (*Endocrinologie et maladies métaboliques*)

Professeur Pierre DROUIN – Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN

5ème sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Professeur Hubert GERARD

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Claude SIMON - Professeur Roger JANKOWSKI

2ème sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Antoine RASPILLER - Professeur Jean-Luc GEORGE

3ème sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Michel STRICKER - Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

27ème section : INFORMATIQUE

Professeur Jean-Pierre MUSSE

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeur Tan XIAODONG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

2ème sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI - Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Yves GRIGNON - Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS - Docteur Jean-Claude MAYER
Docteur Pierre THOUVENOT - Docteur Jean-Marie ESCANYE - Docteur Amar NAOUN

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Xavier HERBEUVAL - Docteur Jean STRACZEK
Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN - Dr Bernard NAMOUR

2ème sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Gérard ETHEVENOT - Docteur Nicole LEMAU de TALANCE - Christian BEYAERT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : (*Bactériologie - Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY - Docteur Michèle WEBER - Docteur Christine LION
Docteur Michèle DAILLOUX - Docteur Alain LOZNIIEWSKI - Docteur Véronique VENARD

2ème sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Marie-France BIAVA - Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Mickaël KRAMER

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur Jean-Claude HUMBERT - Docteur François SCHOONEMAN

3ème sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4ème sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1ère sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Jacqueline HELMER - Docteur Gérard AUDIBERT

3ème sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE - Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

**54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5ème sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19ème section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN .

32ème section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Odile PERRIN - Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS - Monsieur Pierre TANKOSIC - Monsieur Hervé MEMBRE

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68ème section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE

Docteur Louis FRANCO

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON
Professeur Michel BOULANGE - Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel DUC
Professeur Michel WAYOFF - Professeur Daniel ANTHOINE – Professeur Claude HURIET
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur René-Jean ROYER
Professeur Pierre GAUCHER

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972) <i>Université de Stanford, Californie (U.S.A)</i>	Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) <i>Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)</i>
Professeur Paul MICHIELSEN (1979) <i>Université Catholique, Louvain (Belgique)</i>	Professeur Ralph GRÄSBECK (1996) <i>Université d'Helsinki (FINLANDE)</i>
Professeur Charles A. BERRY (1982) <i>Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)</i>	Professeur James STEICHEN (1997) <i>Université d'Indianapolis (U.S.A)</i>
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) <i>Brown University, Providence (U.S.A)</i>	Professeur Duong Quang TRUNG (1997) <i>Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)</i>
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982) <i>Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)</i>	
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982) <i>Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)</i>	
Professeur Harry J. BUNCKE (1989) <i>Université de Californie, San Francisco (U.S.A)</i>	
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989) <i>Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)</i>	
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996) <i>Université de Pennsylvanie (U.S.A)</i>	

A notre Président de jury :

*Monsieur le Professeur **Jean Dominique DE KORWIN**,
Professeur de Médecine Interne,*

*Vous nous avez fait le grand honneur d'accepter de présider notre Jury.
Votre contact au lit du malade restera un exemple de compétence et de
pédagogie.*

*Vous nous montrez avec simplicité toutes les qualités d'un « expert
universitaire ».*

*Vous êtes l'exemple même de la réussite d'un partenariat entre
universitaires et médecins généralistes.*

*Veillez trouver ici, l'expression de notre respectueuse gratitude et de
notre profonde estime.*

A notre jury de thèse :

*Monsieur le Professeur **Gilbert THIBAUT**
Professeur de Médecine Interne*

*Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de nous juger.
Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre profond respect.*

*Monsieur le Professeur **Pierre KAMINSKY**
Professeur de Médecine Interne*

*Nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail.
Nous vous témoignons notre respect et notre admiration.*

*Monsieur le Docteur **Louis FRANCO**
Docteur en Médecine*

*Vous nous faites le grand honneur d'accepter de juger notre travail sur un sujet que vous maîtrisez parfaitement.
Veuillez trouver ici, l'expression de notre sincère reconnaissance*

*Monsieur le Docteur **Jean-Marie HEID**
Docteur en médecine. Attaché d'enseignement à la Faculté.*

*Vous êtes à l'origine de cette thèse.
A travers vous, nous prenons plaisir à se former, car vous savez, et ce en toute simplicité, nous faire partager vos passions et votre bonne humeur.
Votre constante disponibilité et vos précieux conseils ont été une grande aide dans l'élaboration de cette thèse.*

Je remercie également vivement :

*Monsieur le Docteur **J-M MARTY***

Pour son hospitalité et sa gentillesse ainsi que son aide à l'élaboration de ce travail.

*Monsieur le Docteur **P. FLORENTIN***

Pour ses précieux conseils lors de l'élaboration de ce travail.

*Mademoiselle **Caroline ROHMER***

Pour sa gentillesse et sa disponibilité.

A mes parents,

Qu'ils trouvent dans cette thèse le fruit de leurs efforts et le témoignage de ma reconnaissance et de toute mon affection..

A Ernestine, Catherine et Carole, mes sœurs,

A Rachel, ma fiancée,

Qui, de par sa présence et son amour a su me donner la force nécessaire. Son aide précieuse m'a été d'une très grande utilité à la réalisation de ce travail.

A Martine et Gabriel,

A mes amis.

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

JOURNAL OFFICIEL

DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

ÉDITION COMPLÈTE

Paris et Départements : Un an, 40 fr. ; 6 mois, 20 fr. ; 3 mois, 10 fr.
Union postale : Un an, 50 fr. ; 6 mois, 25 fr. ; 3 mois, 12 fr.

ÉDITION PARTIELLE

Paris et Départements : Un an, 10 fr. ; 6 mois, 5 fr. ; 3 mois, 2 fr.
Union postale : Un an, 12 fr. ; 6 mois, 6 fr. ; 3 mois, 3 fr.

L'édition complète comprend : 1° le Journal, officiel, proprement dit ; 2° le Compte rendu in extenso des séances du Sénat ; 3° les Annuaire du Sénat ; 4° le Compte rendu in extenso des séances de la Chambre ; 5° les Annuaire de la Chambre ; 6° les Tables chronologiques dérivées gratuitement aux abonnés d'un an. — L'édition partielle comprend : 1° le Journal, officiel, proprement dit ; 2° le Compte rendu in extenso des séances du Sénat ; 3° le Compte rendu in extenso des séances de la Chambre.

Les abonnements partent des 1^{er} et 15 de chaque mois. — Envoyer le montant net en un mandat-poste à l'Administration.

JOINDRE LA DERNIÈRE BARRÉ
aux réapprovisionnements et réclamations

DIRECTION, RÉDACTION ET ADMINISTRATION
à PARIS, 4041, VOLTAIRE, N° 21

POUR LES CHANGEMENTS D'ADRESSE
RÉCLAMER JOINTEMENT CERTAINES

SOMMAIRE DU 2 JUILLET

PARTIE OFFICIELLE

- Lois.**
- Loi relative au contrat d'association. — Arrêté portant indication des places à remplir par les congrégations qui demandent l'autorisation (page 4025).
- Intégration des villes de Bezançon (Doubs), d'Armenières, de Sédral, d'Alainville, d'Archevêque, de Marolles-sous-Lignol, de Saigneville et de Saigneville (Doubs), à l'arrondissement de Besançon et à l'arrondissement de Besançon et à l'arrondissement de Besançon et à l'arrondissement de Besançon (page 4025).
- Ministère de l'instruction publique et des beaux-arts.
- Arrêté instituant des agrégés près diverses facultés de médecine (page 4025).
- Ministère des travaux publics.
- Décret portant nomination dans la Légion d'honneur (page 4025).
- Ministère du commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes.
- Décret nommant un directeur des postes (page 4025).
- Arrêté autorisant la création de recettes des postes (page 4025).
- Ministère de la guerre.
- Décrets portant promotions et nominations dans la Légion d'honneur (page 4025).
- portant nomination dans l'état-major général (page 4025).
- Décret portant mutations dans l'infanterie (page 4025).
- Liste des jours de départ de l'infanterie et de l'artillerie coloniales (page 4025).
- Ministère de la marine.
- Décrets portant mutations (officiers de marine, corps de santé) (page 4025).
- portant nominations dans les adjudants principaux et les pilotes-majors (page 4025).
- Liste d'embarquement (commissionnaire) (page 4025).

PARTIE NON OFFICIELLE

- Télégrammes et correspondances (page 4025).
- Sénat. — Ordre du jour. — Convocation de commissions (page 4025).
- Chambre des députés. — Bulletin des séances du lundi 1^{er} juillet. — Ordre du jour. — Convocation de commissions (page 4025).
- Avès et communications. — Avis relatif au service des colis postaux avec la Turquie (page 4025).
- États des surveillants techniques et des candidats de la marine admis à prendre part au concours pour le grade d'ingénieur de 2^e classe (page 4025).
- Adjudications administratives et insertions obligatoires. — Décrets et arrêtés. — Actes divers.
- CHAMBRES
- Chambre des députés. — Compte rendu in extenso des débats (page 4025 à 457).

PARTIE OFFICIELLE

Loi relative au contrat d'association.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté.

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit.

TITRE I^{er}

Art. 1^{er}. — L'association est la convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun d'une façon permanente leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices. Elle est régie, quant à sa validité, par les principes généraux du droit applicables aux contrats et obligations.

Art. 2. — Les associations de personnes peuvent se former librement sans autorisation ni déclaration préalable, mais elles ne jouissent de la capacité juridique que si elles se sont conformées aux dispositions de l'article 5.

Art. 3. — Toute association fondée sur une cause ou en vue d'un objet illicite,

contraire aux lois, aux bonnes mœurs, ou qui aurait pour but de porter atteinte à l'indépendance territoriale, nationale et à la forme républicaine du Gouvernement, est nulle et de nul effet.

Art. 4. — Tout membre d'une association qui n'est pas formée pour un temps déterminé peut s'en retirer en tout temps, sans paiement des cotisations échues et de l'année courante, nonobstant toute clause contraire.

Art. 5. — Toute association qui voudra obtenir la capacité juridique prévue par l'article 6 devra être rendue publique par les soins de ses fondateurs.

La déclaration préalable en sera faite à la préfecture du département ou à la sous-préfecture de l'arrondissement où l'association aura son siège social. Elle fera connaître le titre et l'objet de l'association, le siège de ses établissements et les noms, professions et domiciles de ceux qui, à un titre quelconque, sont chargés de son administration ou de sa direction. Il en sera dressé récépissé.

Deux exemplaires des statuts seront joints à la déclaration.

Les associations sont tenues de faire connaître, dans les trois mois, tous les changements survenus dans leur administration ou direction, ainsi que toutes les modifications apportées à leurs statuts.

Ces modifications et changements ne sont opposables aux tiers qu'à partir du jour où ils auront été déclarés.

Les modifications et changements seront en outre consignés sur un registre spécial qui devra être présenté aux autorités administratives ou judiciaires chaque fois qu'elles en feront la demande.

Art. 6. — Toute association régulièrement déclarée peut, sans aucune autorisation spéciale, ester en justice, acquiescer à titre onéreux, posséder et administrer, en dehors des subventions de l'Etat, des départements et des communes :

- 1° Les cotisations de ses membres ou les sommes au moyen desquelles ces cotisations ont été réalisées, ces sommes ne pouvant être supérieures à cinq cent francs (500 fr.) ;
- 2° Le local destiné à l'administration de

" L'homme ne peut rien faire en bien ou en mal qu'en s'associant. Il n'y a pas d'armure plus solide contre l'oppression, ni d'outils plus merveilleux pour les grandes œuvres ".

Pierre Waldeck-Rousseau



SOMMAIRE

SOMMAIRE	14
TABLE DES ANNEXES	15
TABLE DES ILLUSTRATIONS	17
SIGLES DE LA FORMATION CONTINUE	18
INTRODUCTION	20
CHAPITRE I : SITUATION ACTUELLE DE LA FORMATION MEDICALE CONTINUE	
ASSOCIATIVE.	23
1. <i>HISTORIQUE DE LA FMC ASSOCIATIVE</i>	24
2. <i>LES STRUCTURES ACTUELLES.</i>	49
3. <i>LES ARTICULATIONS</i>	73
4. <i>LES ENGAGEMENTS DES FIRMES PHARMACEUTIQUES DANS LA FMC.</i>	86
CHAPITRE II : LES AUTRES FORMES DE FMC	92
1. <i>FMC UNIVERSITAIRE.</i>	93
2. <i>LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONVENTIONNELLE. (FPC)</i>	107
3. <i>LES SOCIETES SAVANTES DE MEDECINE GENERALE</i>	115
4. <i>FMC ET AUTO-FORMATION</i>	123
CHAPITRE III : ENQUETE REALISEE EN LORRAINE AUPRES DES CADRES	
ORGANISATEURS	139
1. <i>OBJECTIFS</i>	140
2. <i>MATERIELS ET METHODES (QUESTIONNAIRE)</i>	141
3. <i>RESULTATS GLOBAUX</i>	148
4. <i>ANALYSE DES RESULTATS ET COMMENTAIRES.</i>	149
CHAPITRE IV : PERSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT DE LA FMC.	168
1. <i>UN NOUVEAU CONTEXTE : UNE NOUVELLE FMC</i>	169
2. <i>LA FMC DANS LES AUTRES PAYS.</i>	171
3. <i>PERSPECTIVES EN FRANCE POUR LA FMC.</i>	179
CONCLUSION GENERALE	190
BIBLIOGRAPHIE	192
TABLE DES MATIERES	195
ANNEXES	199



TABLE DES ANNEXES

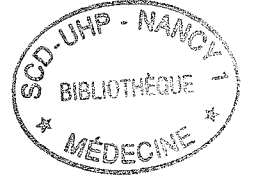
<u>ANNEXE 1</u> : LOI DU 1ER JUILLET 1901 RELATIVE AU CONTRAT D'ASSOCIATION (JOURNAL OFFICIEL DU 2 JUILLET 1901)	200
<u>ANNEXE 2</u> : QUI EST PIERRE WALDECK-ROUSSEAU ?	203
<u>ANNEXE 3</u> : LOI N° 71-575 DU 16 JUILLET 1971 PORTANT ORGANISATION DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE DANS LE CADRE DE L'EDUCATION PERMANENTE.	204
<u>ANNEXE 4</u> : COMMUNIQUE DU COMITE DE LIAISON, ASFORMED-GOFIMEC	211
<u>ANNEXE 5</u> : CHARTE DE QUALITE DE L'UNAFORMEC	212
<u>ANNEXE 6</u> : LOI 91-1405 DU 31 DECEMBRE 1991 213, LOI RELATIVE A LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET A L'EMPLOI. ENTREE EN VIGUEUR LE 04 JANVIER 1992	213
<u>ANNEXE 7</u> : ORDONNANCES DU 24 AVRIL 1996	215
<u>ANNEXE 8</u> : DECRET NUMERO 96-1050 DU 5 DECEMBRE 1996 RELATIF A LA FORMATION MEDICALE CONTINUE DES MEDECINS EXERÇANT A TITRE LIBERAL	218
<u>ANNEXE 9</u> : Arrêté du 12 décembre 1996 RELATIF A LA LISTE DES ASSOCIATIONS MENTIONNEES A L'ARTICLE 2 DU DECRET NUMERO 96-1050 DU 5 DECEMBRE 1996 RELATIF A LA FORMATION CONTINUE DES MEDECINS EXERÇANT A TITRE LIBERAL	223
<u>ANNEXE 10</u> : Décret No 97-933 du 13 octobre 1997 MODIFIANT LE DECRET NO 96-1050 DU 5 DECEMBRE 1996 RELATIF A LA FORMATION MEDICALE CONTINUE DES MEDECINS EXERÇANT A TITRE LIBERAL	224
<u>ANNEXE 11</u> : PROJET DE LOI RELATIF AUX DROITS DES MALADES ET A LA QUALITE DU SYSTEME DE SANTE.	225
<u>ANNEXE 12</u> : CONVENTION MEDICALE ET FMC	228
<u>ANNEXE 13</u> : Loi numéro 93-8 du 4 janvier 1993 RELATIVE AUX RELATIONS ENTRE LES PROFESSIONS DE SANTE ET L'ASSURANCE MALADIE.	230
<u>ANNEXE 13BIS</u> : DECRET 93-1302 DU 14 DECEMBRE 1993 , DECRET RELATIF AUX UNIONS REGIONALES DES MEDECINS EXERÇANT A TITRE LIBERAL.	231
<u>ANNEXE 14</u> : LOI N° 93 121 DU 27/01/1993 ART 47 DITE "LOI ANTI-CADEAUX"	240

<u>ANNEXE 15</u> : STATUTS DE L'ASSOCIATION NATIONALE DES RESPONSABLES UNIVERSITAIRES DE F.M.C. (ANRU-FMC UNIVERSITE)	241
<u>ANNEXE 16</u> : ARRETE DU 4 DECEMBRE 1998 PORTANT APPROBATION DE LA CONVENTION NATIONALE DES MEDECINS GENERALISTES	243
<u>ANNEXE 17</u> : DECRET NO 99-940 DU 12 NOVEMBRE 1999 RELATIF AU FONDS D'AIDE A LA QUALITE DES SOINS DE VILLE	244
<u>ANNEXE 18</u> : DECRET NO 99-1130 DU 28 DECEMBRE 1999 RELATIF A L'EVALUATION DES PRACTIQUES PROFESSIONNELLES ET A L'ANALYSE DE L'EVOLUTION DES DEPENSES MEDICALES	248
<u>ANNEXE 19</u> : L'ORGANISME GESTIONNAIRE CONVENTIONNEL PREVU PAR L'ARTICLE L.162-5-12 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE	251
<u>ANNEXE 20</u> : DECRET NO 2000-803 DU 25 AOUT 2000 PORTANT STATUT ET RELATIF AU FONCTIONNEMENT DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE CONVENTIONNEL ET MODIFIANT LE CODE DE LA SECURITE SOCIALE (TROISIEME PARTIE : DECRETS)	252
<u>ANNEXE 21</u> : AVENANT A LA CONVENTION NATIONALE DES MEDECINS GENERALISTES DU 26 NOVEMBRE 1998 RELATIF A LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONVENTIONNELLE	254
<u>ANNEXE 22</u> : SHEMA DE LA NOUVELLE FPC, 2001	261
<u>ANNEXE 23</u> : ATTESTATION DE PARTICIPATION	262
<u>ANNEXE 24</u> : CHARTE DE LA SFTG	263
<u>ANNEXE 25</u> : ENQUETE DEPARTEMENTALE DE L'AMVPPU	264
<u>ANNEXE 26</u> : LISTE DES SITES CONSULTES	271



TABLE DES ILLUSTRATIONS

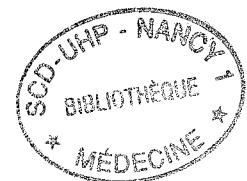
□	Reproduction de la 1 ^{ère} page du Journal Officiel du 02 juillet 1901 ,	13
□	Reproduction de l'article de la "Tribune Médicale": "Les Praticiens prennent l'initiative", le 23 novembre 1972 ,	30
□	Reproduction du texte du Comité rédigé le 8 avril 1973 , précisant les objectifs et les principes de fonctionnement de la FMC et création du GOFIMEC	31
□	Reproduction de la lettre adressée au Préfet, donnant acte de la création de l'UNAFORMEC le 27 février 1978 ,	34
□	Les fédérations régionales à travers la France,	54
□	Démographie médicale et FMC en Lorraine,	58
□	Quatre associations en Lorraine, situation géographique,	59
□	Brochure AMPPU 54,	61
□	Fascicule de l'AMMPPU 57	64
□	EPU 88, magazine de l'AMVPPU 88,	66
□	Articulations des différentes associations en Lorraines, schéma,	73
□	La Semaine Médicale de lorraine, Affiche,	101
□	La Semaine Médicale de lorraine et ses partenaires,	102
□	Le Comité d'organisation de la Semaine médicale de Lorraine,	103
□	Les J.A.T., le programme provisoire,	105
□	Top 15 des sites médicaux les plus visités,	131



SIGLES DE LA FORMATION CONTINUE

- **ACFM** Association Confédérale pour la Formation des Médecins (affiliée CSMF)
- **AFML** Association pour la Formation des Médecins Libéraux (provenant du SML)
- **AFORSPE** Association Nationale de Coordination des actions de Formation Continue et d'évaluation en médecine spécialisée
- **AGECOMED** Association pour la Gestion de la Contribution Conventionnelle des Médecins à la Formation Continue
- **AMGERL** Association des Médecins généralistes Enseignants de la Région lorraine
- **AMIFORM** Association médicale indépendante de formation
- **AMMFC 55** Association Médicale Meusienne De Formation Médicale Continue
- **AMMPPU 57** Association Médicale Mosellane de Perfectionnement post-Universitaire
- **AMPPU 54** Association Médicale de Perfectionnement Post-Universitaire de la Région sanitaire de Nancy
- **AMVPPU** Association Médicale Vosgienne de Perfectionnement Post-Universitaire
- **ANAES** Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
- **ANRU FMC** Association Nationale des Responsables Universitaires de F.M.C.
- **CNFMC** Conseil National de la Formation Médicale Continue
- **CPN FPC** Comité Paritaire National de la FPC
- **CRN FPC** Comité Paritaire Régional de la FPC
- **CRE** Comité Régional d'Experts
- **CRFMC** Conseil Régional de Formation Médicale Continue
- **CSMF** Confédération des Syndicats Médicaux Français
- **CSN** Conseil scientifique National
- **CSR** Conseil scientifique Régional
- **DFP** Département de Formation Permanente (de la Faculté de Médecine)
- **DMG** Département de Médecine Générale
- **DR FAF** Délégation Régionale du Fonds d'Assurance Formation
- **EBM** Evidence Based Medicine
- **EPU** Enseignement post-universitaire

- **FAF MEL** nouveau Fonds d'Assurance Formation de la Profession Médicale
- **FAF PM** ancien Fonds d'Assurance Formation de la Profession Médicale
- **FMC** Formation Médicale Continue
- **FMC Université** nouveau sigle de **l'ANRU FMC**
- **FMF** Fédération des Médecins de France
- **FORCOMED** Association de formation des collaborateurs des cabinets médicaux
- **FORMUNOF** Association de formation et d'évaluation des médecins de famille (Syndicat C.S.M.F.)
- **FPC** Formation Professionnelle Conventionnelle
- **FSNSM** Fédération des sociétés nationales des spécialités médicales
- **GLAM** Groupe Lorrain d'Audits Médicaux
- **LORFORMEC** Fédération Lorraine de Formation Médicale Continue
- **MG FORM** Association de formation des médecins généralistes (syndicat MG)
- **MG France** Syndicat des Médecins Généralistes
- **OGC** Organisme Gestionnaire Conventionnelle
- **OMS** Organisation Mondiale de la Santé
- **PPU** Perfectionnement post-universitaire
- **REL** Réseau Epidémiologique Lorrain
- **SFMG** Société française de médecine générale
- **SFTG** Société de formation thérapeutique des généralistes
- **SML** Syndicat des Médecins Libéraux
- **UME SPE** Union des Médecins Spécialistes Confédérés
- **UNAFORMEC** Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue
- **UP** Unions professionnelles
- **URML** Union Régionale des Médecins Libéraux de Lorrain





INTRODUCTION

La Formation Médicale Continue évolue, notamment en France. Les acteurs de cette FMC évoluent, les outils utilisés pour la FMC évoluent, les mentalités des praticiens aussi évoluent. Depuis 1996, seule la Loi n'a pas évolué, une loi qui rendait la FMC obligatoire sans pour autant lui donner les moyens de pouvoir la contrôler. Les successions de réformes, les irrégularités d'un système ont fini par décourager certains praticiens.

Néanmoins, sur le terrain, les associations locales n'ont cessé de promouvoir les idées originelles de la FMC avec un investissement en temps, de plus en plus accru de la part des organisateurs, qui devient là aussi, un obstacle.

La Lorraine, berceau initial de la FMC associative, emportée par son chef de file, Guy **SCHARF**, est l'une des régions les plus proliférantes et les plus innovantes en matière de FMC, ce, en **grand partenariat** avec la Faculté de médecine et son département de Formation Permanente.

Il était donc intéressant de voir, à une période éprise aux doutes, à une période charnière pour la FMC, ce que pensaient les organisateurs de la FMC en Lorraine, leurs craintes mais aussi leurs désirs. Ont-ils le temps nécessaire à l'organisation ? Ont-ils suffisamment de moyens financiers à leur disposition ? Sont-ils satisfaits de leurs actions ? Tant de questions que nous analyserons dans la troisième partie. (chapitre III)

Mais avant cela, **dans une première partie** (chapitre I), nous présenterons un historique de la FMC en France, depuis ses balbutiements jusqu'à la création, en 1978, de l'UNAFORMEC et des différentes fédérations régionales, dont LORFORMEC, puis départementales où nous essaierons de

faire le point sur chacune des quatre associations en Lorraine (AMMPPU 57, AMPPU 54, AMVPPU et AMMFC) Un historique des différentes législations sera parallèlement dressé avec, entre autre, la loi sur les associations de 1901, dont nous fêtons cette année son centenaire mais aussi et surtout, les différentes lois qui régissent, ou qui essaient de le faire, la FMC en France. Enfin, nous évoquerons les différents liens, historiques et actuels de la FMC avec principalement l'Université et les autres intervenants dans la FMC.(l'Ordre des Médecins, les syndicats médicaux, les caisses d'assurance maladie, les Unions Professionnelles ainsi que l'industrie pharmaceutique)

Dans une deuxième partie (chapitre II), nous détaillerons les différentes formes de FMC, de façon générale et plus particulièrement, pour certaines, en Lorraine. La FMC Universitaire, véritable partenaire incontournable ; la Formation Professionnelle Conventionnelle ou FPC, de ses débuts difficiles à sa réactualisation ; les sociétés savantes et leur véritable essor ces dernières années et enfin l'auto-formation dans la FMC où nous aborderons, outre la presse médicale, les nouveaux outils d'information comme le multimédia et surtout Internet, véritable vitrine pour les associations.

Avant d'ouvrir la discussion sur la FMC, la troisième partie (chapitre III), exposera l'enquête réalisée en Lorraine, auprès des cadres organisateurs de la FMC. Le pourquoi d'une telle enquête, comment a t-elle été réalisée et surtout les résultats et analyses. Véritable baromètre de la situation de la FMC en Lorraine, vu par ses organisateurs.

La quatrième partie (chapitre IV), plus ouverte, essaiera de dresser le bilan et de voir les perspectives de développement pour la FMC en France. Basé sur la situation actuelle, les modifications récentes ou à venir sur le plan

législatif et sur l'analyse de l'enquête, nous essaierons de voir sous quelle autre forme la FMC est envisageable en France : Recertification, rémunération...

Mais avant cela, nous ferons un petit tour d'horizon, pour regarder comment font nos voisins en matière de FMC avec plus en détail le cas de la Belgique, la Grande Bretagne et les Pays-Bas pour l'Europe, et le cas des Etats-Unis, plus succinctement.

Enfin, une conclusion viendra clôturer ce travail, pour peu qu'on puisse conclure sur un sujet si évolutif que la FMC...

**CHAPITRE I : SITUATION ACTUELLE DE LA
FORMATION MEDICALE CONTINUE
ASSOCIATIVE.**

1. HISTORIQUE DE LA FMC ASSOCIATIVE

Il y a en France environs **900 000 associations**¹.

60 000 sont créées chaque année.

30 millions de Français sont adhérents.

Et 1,3 millions d'entre eux en sont salariés. En juillet 1999, le Premier ministre a créé une mission chargée d'organiser la célébration du centenaire de **la loi du 1^{er} juillet 1901 (Annexe 1)** qui a instauré en France la liberté d'association.

Cette année, de nombreuses manifestations ont été réalisées et d'autres sont encore à venir pour rendre hommage au monde associatif.

Avant d'aborder l'historique de la FMC, il paraissait utile, en cette date anniversaire, d'évoquer la naissance de cette loi.

La FMC, sous sa forme associative (la plus importante en nombre d'actions et d'adhérents, plus de 1400 associations locales en France pour la FMC) **n'aurait pu survivre sans un support solide, ce support: une loi, datant de 1901...**

1.1. Loi du 1er JUILLET 1901 relative au contrat d'association (Journal officiel du 2 juillet 1901).Loi Waldeck-Rousseau.(Annexe 1)

Proclamée solennellement par l'Assemblée constituante en 1790, la liberté d'association fut rapidement remise en cause en raison des craintes

¹ Il existe environ **880 000 associations** en France .Le chiffre exact est impossible à connaître, car on manque de données statistiques complètes et exploitables sur le monde associatif, très mouvant et diversifié. De plus, si les associations font enregistrer en préfecture leur déclaration de création, elles ne sont pas tenues de déclarer leur disparition. URL :<http://www.vie-associative.gouv.fr/>

suscitées par l'activité des clubs et des sociétés populaires ou par la perspective d'une reconstitution des anciennes corporations.

À partir du Premier Empire, la constitution d'associations comptant plus de vingt membres est soumise à une autorisation administrative préalable et les animateurs d'associations non autorisés encourent de lourdes condamnations.

Tout au long du XIX^e siècle, la liberté d'association a connu une histoire mouvementée en fonction des aléas politiques et a donné lieu à un riche débat d'idées, nourri par l'émergence de préoccupations sociales nouvelles (formation des syndicats ouvriers, apparition du mouvement mutualiste, etc.).

Ce n'est que près de trente ans après l'instauration de la Troisième République que ces débats ont abouti à **l'adoption de la loi du 1er juillet 1901**, grâce à la ténacité du président du Conseil de l'époque, **Pierre Waldeck-Rousseau. (Annexe 2)**

La loi du 1er juillet 1901 **prend ainsi place parmi les grandes lois de la III^{ème} République**, ces lois fondatrices des institutions et libertés républicaines de la France contemporaine : la **gratuité de l'instruction primaire** (16 juin 1881), la **liberté de la presse** (29 juillet 1881), **l'instruction primaire obligatoire et la laïcité de l'enseignement** (28 mars 1882), **le droit au divorce** (27 juillet 1882), **la liberté syndicale** (21 mars 1884).

La loi du 1er juillet 1901 **garantit une des plus grandes libertés républicaines**. Désormais, tout citoyen dispose du droit de s'associer, sans autorisation préalable. La loi 1901 fonde le droit d'association sur des bases entièrement nouvelles. Elle préserve la liberté et les droits des individus tout en permettant leur action collective.(42)(45)

1.2. Des E.P.U aux P.P.U, naissance de l'UNAFORMEC

L'évolution de la FMC est passée par une série d'étapes qui illustre bien les potentialités que recèle une authentique démarche pédagogique. Les plus lointaines origines de la Formation Médicale Continue sont **Universitaires**. Elles remontent aux années 1930 avec la création de l'Association d'Enseignement des Hôpitaux de Paris, et celle des "Assises de Médecine" par **Henri Godlewski**. C'est surtout après 1945 que de nouvelles initiatives se succèdent : en **1947**, les premiers "Entretiens de Bichat" sont créés par le Professeur Justin **Besançon** et on voit éclore des cycles de conférences de mise au point clinique et thérapeutique à Toulouse dès **1948**, puis à Lille, Nantes, Nancy, Mâcon, Lyon, Tours : c'est le début de **l'Enseignement Post-Universitaire (l'E.P.U.)...**

Les EPU se sont généralisés sur un plan national. Des années **1940** aux années **1970**, les initiatives d'EPU furent le fait des facultés de Médecine ou des sociétés médicales départementales, parfois d'hôpitaux de province. Toutes proposaient, dans les villes universitaires ou les chefs lieux de province, des suites de conférences ayant pour but d'informer le public médical des nouvelles acquisitions en médecine ou de réactualiser les notions anciennes. Malgré des efforts considérables de la part des promoteurs et des informateurs, ces initiatives se sont soldées par un échec : à peine 10% des médecins généralistes concernés assistaient à ces conférences. Cela ne devait pas échapper au Comité Interministériel de Robert **Debré** qui demanda un rapport à la "Commission Jean Bernard" en **1965**, premier signe d'une réflexion nationale. Ce rapport décrit, cela n'étonnera personne, une situation anarchique, des besoins en enseignement mal définis et des moyens insuffisants ou mal précisés.

Trois erreurs furent constatées:

- Erreur quant à la **topographie**, les manifestations d'EPU étant éloignées de 50 à 100 Km du domicile des médecins généralistes concernés.
- Erreur quant au **rythme**, l'EPU fonctionnant selon un rythme irrégulier et à une fréquence trop lente (maximum de six réunions par an).
- Erreur quant à la **pédagogie**, l'EPU étant un enseignement :
 - ⇒ **incomplet**, diffusant le "savoir" mais négligeant le "savoir-faire" et le "savoir être",
 - ⇒ **inadapté** aux enseignés, persistant à croire que l'on enseigne à des médecins en activité comme on enseigne à des étudiants,
 - ⇒ **de masse**, considérant que tous les participants étaient du même niveau et avaient les mêmes besoins de FMC.(12)

Ces critiques de l'EPU étaient formulées par de nombreux groupes de médecins généralistes à travers la France. Des mouvements de généralistes et de syndicalistes se forment pour décentraliser l'E.P.U., le "déscolariser" : c'est l'avènement du **P.P.U. (Perfectionnement Post-Universitaire)**. "Le P.P.U. ne doit plus apparaître comme les bonnes œuvres de l'Université". Les médecins souhaitent prendre en main leur propre recyclage, en association avec les facultés. Ce PPU se voulait décentralisé, vraiment continu (durant toute l'année universitaire et adapté aux conditions locales), et pédagogiquement adapté (pédagogie pour adultes).

Pour la petite histoire, la révolution pédagogique de la FMC a des origines américaines. En 1942, après la destruction de la moitié de leur flotte à Pearl Harbor, les Etats Unis d'Amérique entraient dans la seconde guerre mondiale. Après un rapide bilan, la machine de guerre américaine se révélait

être très insuffisante pour aller se battre à l'autre bout du monde. En une semaine, les USA ont dû établir un plan pour réorienter très rapidement toute la production industrielle américaine sur l'effort de guerre. Comment s'y prendre pour faire produire cet armement, en si peu de temps, à des gens qui n'avaient pas le savoir faire (les USA n'avaient pas notre vieille tradition guerrière...)?

Les Américains ont dû faire, en quelques semaines, un énorme effort de formation de personnel. Ils ont fait appel aux meilleurs spécialistes de psychologie, sociologie, anthropologie... pour concevoir des programmes éducatifs pour les adultes. Ces programmes devaient leur permettre, en un minimum de temps, d'acquérir les apprentissages qui leur permettraient de reconvertir leur production...La pédagogie moderne pour adultes était née.(33)

En **1973**, au cours d'un séjour aux USA, le **Dr PEZE**, médecin généraliste français, découvrit ces nouvelles méthodes pédagogiques et décida de les appliquer à la FMC. De retour en France, il initia les premiers cadres généralistes de la FMC dans des groupes de travail créés par la **Société Française de Médecine Générale (SFMG)**.

Ce fut le mérite de **Guy SCHARF** de concrétiser ces méthodes. Médecin généraliste avant-gardiste, ouvert aux nouveautés, homme de terrain, homme de contact, **Guy SCHARF** s'est battu pour donner à la FMC crédibilité et identité, parce qu'il savait que la promotion de la Médecine Générale passait par là. Dans son "**Manuel pratique de la Formation Continue du médecin**" (1977), il explique les problèmes posés par l'organisation de la FMC, propose des solutions et expose les nouvelles méthodes pédagogiques. « La pédagogie médicale, dit-il, est l'ensemble des règles dont l'application concourt à l'enseignement mais aussi à l'apprentissage des connaissances, des techniques et des attitudes. Elle concerne le savoir, le savoir-faire et le savoir être de l'exercice de la médecine (...) La pédagogie doit revêtir des aspects différents selon qu'elle

s'applique à l'enseignement des étudiants ou au perfectionnement des médecins installés. Nous avons donc été amenés à concevoir puis à populariser le concept de Pédagogie pour Adultes. » (32)

Ainsi prenait naissance une nouvelle organisation de la formation professionnelle axée sur **la vie associative**. La floraison d'organisations de PPU partout en France a soulevé un autre problème : ces associations n'avaient entre elles ni lien organique, ni lien informel. La vie associative était si décentralisée que chacun ignorait ce que faisait l'autre ; la nécessité d'une concertation s'imposait ; **les Entretiens de Bichat d'Octobre 1972** en furent le catalyseur.

Ces Entretiens révélèrent en effet le désaccord, quant à l'organisation de la FMC, entre les participants universitaires européens de la table ronde et les praticiens présents dans l'auditoire, animateurs d'associations locales organisatrices de cycles de PPU (Dr André **CHOLAL**, Albert **HERCEK**, Romain **ENTEN** et Guy **SCHARF**). (33)(40)

Au décours de ces entretiens, le **23 Novembre 1972**, huit associations de FMC lancèrent un appel au regroupement des associations à l'échelon national, par voie de presse : C'est l'article de **la Tribune Médicale** « les praticiens prennent l'initiative »⁽³³⁾:

Les praticiens prennent l'initiative

L'« E.P.U. » traditionnel est un échec.

Depuis plusieurs années, le fait est observé par les hospitaliers qui s'étaient dévoués à l'entreprise et par les praticiens qui y participaient.

En même temps, et dans toutes les régions de France, des médecins se sont réunis pour prendre en charge leur information et leur formation continue.

Ils en ont fixé le contenu et déterminé les méthodes, souvent en harmonie avec leurs confrères hospitalo-universitaires, mais toujours à partir de leur initiative propre.

De nombreuses expériences isolées se sont ainsi développées sous la forme d'associations, de groupements, d'organismes extrêmement adaptés aux objectifs, aux situations, aux tempéraments.

Aujourd'hui, nombreux sont ceux qui souhaitent échanger le fruit de leurs travaux, perfectionner leurs méthodes et approfondir leurs objectifs.

En outre, la menace existe de voir le perfectionnement postuniversitaire rendu obligatoire à l'intérieur de structures imposées.

Il est donc temps de faire le point sur l'acquis et de préparer l'avenir, en gardant l'initiative.

Nous lançons donc un appel à toutes les associations se consacrant à l'information ou à la formation médicale continue pour qu'elles se fassent connaître, afin que soit envisagée la possibilité d'une confrontation.

Ecrire à TRIBUNE MÉDICALE qui collectera les réponses.

- Amicale des médecins d'ASNIÈRES.
- Syndicat médical de CALAIS et des environs.
- Association médicale postuniversitaire de l'ETANG DE BERRE.
- Association médicale d'enseignement postuniversitaire de LYON.
- Association pour l'information permanente des praticiens de MARSEILLE.
- Association médicale Lorraine de perfectionnement postuniversitaire (section MOSELLE).
- Section locale de l'Association médicale rurale, Neuville-aux-Bois (LOIRET).
- Centre d'étude pour la promotion de la recherche et de l'information médicale.

A la suite de cet appel, douze praticiens responsables d'associations locales se réunirent le **25 Février 1973** et décidèrent de créer un Comité National d'Initiative des praticiens pour leur FC. Ce Comité rédigea un texte, le **8 avril 1973**, précisant les objectifs et les principes de fonctionnement de la FMC. Le **7 mai 1973**, le Comité National d'Initiative était transformé en **Groupe des Organismes de Formation et d'Information Médicale Continue (GOFIMEC)**, avec pour président le Dr **HERCEK (27)(33)** :

COMITÉ NATIONAL D'INITIATIVE DES PRATICIENS POUR LEUR FORMATION CONTINUE

OBJECTIFS ET PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT DE LA FORMATION MÉDICALE CONTINUE DES PRATICIENS

(Texte rédigé par les participants à la réunion
du 5 avril 1973, à partir du rapport de la
Commission "Doctrines").

La formation médicale continue a pour objectifs la promotion individuelle et collective des praticiens, gaze du maintien de la qualité des soins dispensés à la population. Les praticiens décident donc de promouvoir leur formation continue à partir des principes suivants :

- 1) Volontarisme et organisation : les praticiens ont l'initiative et la responsabilité de l'organisation de leur perfectionnement, selon les modalités qui leur semblent les meilleures. Il s'agit donc d'une véritable "Formation Médicale Continue" (F.M.C.), cette expression englobant la totalité de la formation du praticien, compte-tenu des modalités spécifiques de son exercice.
- 2) Décentralisation : la formation médicale continue est décentralisée ; son lieu, qui n'est pas nécessairement le C.H.U., sera déterminé par les associations, en fonction des nécessités.
- 3) Continuité et crédibilité : la formation doit être réellement continue et donc crédible. A cet égard, un rythme de 50 heures par an (raisonnablement étalées tout au long de l'année) donne sa crédibilité à l'entreprise.
- 4) Personnalisation : la formation continue est personnalisée et non pas exclusivement enseignement de masse. Elle doit rester l'initiative et être le fruit de l'imagination des associations, chacune bénéficiant de l'expérience de toutes.

Par exemple, de petits groupes (stages), des groupes plus importants (séminaires), consacrés à l'initiation ou au perfectionnement nécessaires au généraliste dans

chaque spécialité pendant un cycle de plusieurs semaines (par exemple en cardiologie, gynécologie clinique, psychologie médicale, diabétologie, etc...) laissent toute possibilité au dialogue indispensable à la formation d'adultes... Ces stages (4 à 6 participants), séminaires (10 participants au maximum), conférences magistrales, etc... peuvent constituer le cadre de base de la formation médicale continue.

5) Promotion

Pour ceux qui le désirent, une promotion exprimée moralement et matériellement doit être possible, en raison des efforts consentis (temps consacré au perfectionnement, perte de clientèle, perturbation de la vie familiale, etc...) et de l'amélioration des soins dispensés à la population.

Les objectifs et les principes de fonctionnement ainsi définis, qui aboutissent en outre à une meilleure économie du système de distribution des soins, permettent de financer la F.M.C. dans le cadre de la Loi du 16 juillet 1971 sur la formation professionnelle des adultes.

**Création du GOFIMEC, le 07
mai 1973.**

Le rassemblement d'associations de médecins en un organisme national autre que les structures traditionnelles entraîna **une riposte immédiate des syndicats médicaux (CSMF et FMF)**. Depuis la publication de la loi du **16 Juillet 1971** sur la Formation Professionnelle (**Annexe 3**), la CSMF étudiait la possibilité d'application de cette loi aux professions libérales. **La création du GOFIMEC hâta la décision de la CSMF** de mettre en place une structure adaptée à cette loi.

Le 23 Mai 1973, au cours des Assises Nationales de la FMC organisées par les deux syndicats et réunissant syndicalistes et représentants d'Associations, la décision fut prise de créer un second organisme national de FMC : L'ASSociation nationale pour la **FOR**mation continue des **ME**Decins (**ASFORMED**) était née; son président était le **Dr. Gallois**; son but, dans le cadre de la loi du 16 Juillet 1971 (**Annexe 3**), était d'organiser, de promouvoir et de coordonner les actions de FMC.

Des discussions sont engagées entre l'ASFORMED, le Conseil National de l'Ordre, et les Présidents d'Université, en vue de créer une structure susceptible de recevoir, d'administrer et de distribuer les crédits obtenus par l'application de la loi "Fonds d'Assurance Formation".

La création simultanée de deux organismes nationaux de FMC divisa la Profession. GOFIMEC et ASFORMED eurent chacun leurs partisans qui s'affrontèrent dans la presse professionnelle pendant deux années. Les divergences étaient vives, mais de toutes parts les associations faisaient pression en faveur d'une entente entre les deux organismes.

Par ailleurs :

- les dirigeants de l'ASFORMED et du GOFIMEC s'estimaient, avaient sensiblement les mêmes objectifs quant à la FMC et se réunissaient souvent pour des rencontres informelles.
- les divergences s'atténuaient avec le temps car le FAF existait, était reconnu officiellement mais n'était alimenté par aucune source de financement. les syndicats étaient prépondérants au comité directeur de l'ASFORMED mais les responsables d'associations au sein de ce comité étaient les véritables dirigeants de l'ASFORMED.

La première rencontre officielle ASFORMED-GOFIMEC eut lieu le **4 Avril 1976** et aboutit à la constitution d'un Comité de liaison, qui publia un communiqué fixant les points d'entente.(**Annexe 4**).

En **décembre 1976**, un autre communiqué précisait "certains principes quant aux responsabilités respectives des associations de praticiens, des hospitalo-universitaires, de l'Ordre des médecins et des syndicats". Le Comité de liaison se réunit régulièrement jusqu'en Octobre 1977, date à laquelle les Entretiens de Bichat allaient faire prendre un tournant aux acteurs de la FMC. Lors de ces Entretiens, **le Président de la République M. Giscard d'Estaing**, inspiré par **le Ministre de la Santé Mme Veil** à la suite d'un rapport sur la FMC fait par la Commission Ordonneau, souligna "le niveau insuffisant de la FMC en quantité et en qualité" et fit la proposition suivante : "l'Etat et les organismes de Sécurité Sociale seraient prêts à apporter leur aide si la Profession en faisait la demande." (??)

Après quelques mois de discussion entre les conseillers du Président de la République et du Ministre de la Santé, les dirigeants du GOFIMEC et de

l'ASFORMED, les responsables ordinaires et syndicaux, Mme Veil fit savoir que l'Etat accorderait à la Profession, par voie de convention, des subventions pour des objectifs précis, à la condition qu'il n'existe qu'une seule association de FMC.

Le 21 Décembre 1977, au cours d'une Conférence de presse, l'ASFORMED et le GOFIMEC annonçaient la création d'une fédération nationale de leurs associations, et d'un Comité national pour la FMC.

Le 27 Février 1978, l'Union Nationale des Associations de FORMation Médicale Continue (UNAFORMEC) était née ; il s'agissait du regroupement des deux organisations nationales de FMC, qui restaient également ouvertes à l'ensemble des organisations de praticiens. Régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 sur les associations.(Annexe 1)

Paris, le 28 Février 1978

PREFECTURE DE POLICE
9, Boulevard du Palais
Escalier I - 4ème Etage - Bureau 48.30. -
75004 PARIS

Monsieur le Préfet,

En ma qualité de Secrétaire Général de l'UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS DE FORMATION MEDICALE CONTINUE, j'ai l'honneur de faire la déclaration de cette association, conformément à l'article 5 de la Loi du 1^{er} Juillet 1901.

Cette Union d'Associations a pour objet de :

- 1) promouvoir et coordonner la formation médicale continue en fonction des caractéristiques spécifiques de la F.M.C. française :
 - associations décentralisées créées à l'initiative des groupes professionnels,
 - responsabilité des associations dans l'organisation et la gestion de leurs actions de F.M.C.,
 - fonctionnement fondé sur une pédagogie adaptée à l'exercice professionnel.
- 2) Aider les associations dans leur fonctionnement.
- 3) Permettre la concertation des organisations de F.M.C. avec l'Université, les Organismes Professionnels (Ordre et Syndicats), et toute organisation ayant à connaître de la F.M.C.
- 4) Représenter les associations de F.M.C. auprès des Pouvoirs Publics.
- 5) Légitimer, et garantir la crédibilité de la F.M.C.
- 6) Entreprendre toute recherche et toute action sur les problèmes qui se posent ou viendront à se poser en matière de F.M.C.

Le siège social est à Paris.

Les personnes chargées de l'administration sont :

<u>Présidents :</u>	Dr. Pierre GALLOIS Centre Hospitalier 71000 NACON	Dr. Albert HERCEK 18, rue Mala Korf 92600 ANNIERES
<u>Vice-Présidents :</u>	Dr. Guy SCHARF 65, rue de Metz 57140 QUIFFY	Dr. René KNOCKAERT 4, Place Lemaire 59230 ARMENTIERES
	Dr. Daniel BASY 8, avenue F. Faure 75015 PARIS	

La fusion des deux associations, l'ASFORMED et le GOFIMEC, a permis de fédérer plusieurs centaines d'associations de F.M.C. de médecins du secteur ambulatoire. Le ministère de la Santé de l'époque, prenant acte de cette fusion, a décidé de mettre à sa disposition une dotation annuelle afin de coordonner et réaliser cette formation continue non-universitaire et extrahospitalière : 1 MF en 1979, 3 MF en 1980, et le mouvement s'enclenche.

En 1989 : l'origine du financement passe du Ministère de la Santé à un accord contractuel entre les syndicats médicaux qui créent alors des associations de formation et les caisses d'Assurance Maladie. La masse financière mise à la disposition des médecins est multipliée par 30, certaines actions de formation donnent alors lieu à une indemnisation des participants. L'UNAFORMEC n'est plus seul et le paysage de la F.M.C. en France s'agrémente d'une certaine concurrence entre les diverses associations.

L'UNAFORMEC a vu une partie de son influence diminuer, du fait des contraintes fiscales pesant sur les associations et de la concurrence sur le terrain des associations d'obédience syndicale.

En 1991, l'UNAFORMEC se démarque par une forte volonté politique ; la cohérence de la formation de l'UNAFORMEC s'appuie désormais sur une **Charte de Qualité (Annexe 5)**. L'un des buts de l'UNAFORMEC étant de réaliser la F.M.C. pour le plus grand nombre de médecins, et avec **une qualité optimale.**(¹⁴)

L'Université, le Conseil de l'Ordre, les syndicats médicaux et l'industrie pharmaceutique sont tous des acteurs de cette formation, mais c'est le mouvement associatif qui en premier s'est donné la F.M.C comme une priorité naturelle, et tous ces acteurs travaillent aujourd'hui ensemble et en **partenariat**

pour contribuer à une meilleure qualité des soins, ce qui est le but ultime de toute action de formation médicale continue.

L'UNAFORMEC a su garder sa place de lieu de rencontre, de réflexion et de créativité pédagogique en dehors de tout esprit partisan. Depuis les années 1990, les collaborations avec l'université et l'industrie pharmaceutique se sont multipliées, tout en continuant les actions de F.M.C. « classiques » dans le cadre du F.A.F. (Fonds d'Assurance Formation).

1.3. Mise en place de la législation, de 1996 à aujourd'hui²

1.3.1. la FMC rendue obligatoire par l'Ordonnance du 24 avril 1996, l'Ordonnance "Juppé"...

L'Ordonnance fixe les règles relatives à la Formation Médicale Continue dans un chapitre sur "formation des médecins et adaptation de l'offre de soins de ville" lui-même inséré dans les "mesures relatives à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé".

Avant l'Ordonnance de 1996, la Formation Médicale Continue était régie uniquement par le code de déontologie médicale, article 11 : "Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles." et par la **loi du 31 décembre 1991, relative à la formation professionnelle et à l'emploi (Annexe 6)**, lesquels respectivement posaient un simple devoir déontologique pour tout médecin d'entretenir et de

² Tout les textes de lois cités, pour la totalité de la thèse proviennent de deux sites:

- LEGIFRANCE, URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/>
- LEXBASE, URL : <http://www4.lexbase.fr>

perfectionner ses connaissances, et reconnaissaient un droit, pour les membres des professions libérales, à la formation professionnelle continue.

En plus du code de déontologie médicale et de la loi du 31 décembre 1991, **la Formation Médicale Continue est régie, depuis 1996, par l'article 3-II de l'Ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses.**(Annexe 7). Cette Ordonnance de 1996 a marqué un tournant dans la réglementation applicable jusqu'ici à la formation médicale continue : elle a imposé à tous les médecins, à compter du 1er janvier 1997, une obligation légale de Formation Médicale Continue dont la méconnaissance peut être sanctionnée par le Conseil de l'Ordre. Selon l'Ordonnance du 24 avril 1996, l'entretien et le perfectionnement de ses connaissances constituent pour chaque médecin un devoir professionnel.

L'Ordonnance de 1996 impose donc une obligation de FMC à tous les médecins, quel que soit leur mode d'exercice, c'est-à-dire, qu'ils exercent à titre libéral, à titre salarié ou dans un établissement de santé public ou privé participant au service public hospitalier.

L'Ordonnance a **institué** une structure, qui existait déjà auparavant sous un statut d'association, **le Conseil National de la Formation Médicale Continue (CNFMC)**, des **Conseils Régionaux de la Formation Médicale Continue (CRFMC)** et un **fonds d'assurance formation (FAF MEL)**, chargés respectivement d'élaborer une politique nationale de FMC, de contrôler le respect par les médecins de l'obligation de FMC et de financer certaines actions de FMC.

1.3.2. Mise en application de la loi : le décret du 05 décembre 1996

(Annexe 8)

Dorénavant la FMC sera réglementée par deux textes :

- **Le Code de la Santé Publique** : Livre IV, Titre 1er , Chapitre 1er, Section II, Paragraphe 3 comportant les articles L. 367-1 à L. 367-11 et intitulé " Règles relatives à la Formation Médicale Continue ". Il s'agit là, en fait, d'un nouveau paragraphe inséré dans le code de la santé publique par l'Ordonnance elle-même. Il a valeur de loi.
- Et **Le décret n° 96-1050**, en date du **5 décembre 1996**, relatif à la formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral, fixant les modalités d'application de cette obligation de FMC. (**Annexe 8**)

Le décret définit exactement la mise en pratique du CNFMC des CRFMC et du FAF. Par ailleurs, il va définir les associations reconnues dans l'organisation de la FMC :

"...sur proposition des associations ou fédérations d'associations figurant sur une liste que ce ministre établit en tenant compte de leur activité et de leur expérience en matière de formation médicale continue..."

C'est le décret du 12 décembre 1996 qui définira ces associations.(Annexe 9)

1. Association Confédérale pour la Formation Médicale (**A.C.F.M.**) ;
2. Association pour la Formation des Médecins Libéraux (**A.F.M.L.**) ;
3. Association Nationale de coordination des actions de Formation Médicale continue et d'évaluation en médecine Spécialisée (**AFORSPE**)
4. Association Médicale Indépendante de FORmation (**AMIFORM**)
5. Association Nationale des Responsables Universitaires de Formation Médicale Continue (**A.N.R.U.F.M.C.**) ;
6. Association de FORmation des COLlaborateurs des cabinets MEDicaux (**FORCOMED**)
7. Fédération des sociétés nationales de spécialité médicale ;

8. Association nationale de FORmation et d'évaluation des Médecins de famille (**FORMUNOF**) ;
9. Générale (**S.F.M.G.**) ;
10. Société de Formation Thérapeutique de Généralistes (**S.F.T.G.**) ;
11. Union Nationale de Formation Continue et d'évaluation en médecine Cardiovasculaire (**U.F.C.V.**) ;
12. Union Interrégionale de formation médicale continue du Bassin parisien (**U.I.B.**)
13. Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue (**UNAFORMEC**).

1.3.3. Le Conseil National et Régional de Formation Continue, le FAF.

La FMC a pour objectifs la qualité des soins et l'adaptation permanente des professionnels. Elle est, de ce fait, un des éléments régulateurs essentiels du système de soins et son organisation ne peut laisser indifférents tous ceux qui ont une responsabilité dans ce domaine. C'est dire que la FMC ne peut dépendre des seules associations et que, dans le cadre professionnel, l'Ordre des Médecins et les Syndicats sont également concernés : l'Ordre, parce que la qualité de l'exercice est un des éléments majeurs de la déontologie professionnelle ; les Syndicats, parce que dans le cadre juridique français, ils sont l'organe représentatif de la Profession.

Pour la mise en œuvre d'une politique cohérente, un organisme commun devait être créé... Il s'agit du **Comité National pour la Formation Continue du médecin, constitué en 1982** entre les FMC. Les Conseils Régionaux devaient tenir la même place au sein de chaque région. A noter simplement les modalités différentes de création du Comité National (Syndicats et UNAFORMEC) et des Conseils Régionaux (Universitaires et UNAFORMEC).

Jusqu'en 1996, Comité National et Conseils Régionaux réunissaient, et à égalité dans leurs instances, les quatre composantes de la profession, à savoir :

- l'Ordre des médecins,
- les syndicats représentatifs,
- les associations de FMC,
- l'Université.

En 1996, le Comité National devient le **Conseil National**. Les Ordonnances du **24 avril 1996** ont créé le CNFMC. **L'Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses** a provoqué un séisme, en matière de formation médicale continue.(**Annexe 7**)

Le décret du **5 décembre 1996** en a précisé les dispositions.(**Annexe 8**) Elle instaure en outre une nouvelle forme de quadripartie pour le CNFMC et les CRFMC :

- l'Ordre des médecins,
- les associations de FMC,
- l'Université,
- **les Unions professionnelles.** (Remplaçant les syndicats de médecins)

En quelques mots, les compositions et rôles respectifs du CNFMC, des CRFMC et du FAF , pour les médecins libéraux.

➤ Le CNFMC

⇒ Composition

La composition du CN de FMC (médecins libéraux) a une structure quadripartite de 40 membres délibératifs :

- Pour les bénéficiaires :
 - 10 représentants de l'Ordre des médecins (5 spécialistes, 5 généralistes)
 - 10 représentants des unions de médecins (5 spécialistes, 5 généralistes).

- Pour les prestataires :
 - 10 représentants des UFR de médecins ;
 - 10 représentants des associations ou fédérations d'associations de FMC.

L'arrêté du 12 décembre 1996 fixe les associations représentatives dont le nombre de sièges sera fixé à l'occasion de la nomination des membres du CNFMC par le ministère.(**Annexe 9**)

- Assistent à titre consultatif :
 - 1 représentant du ministre chargé de la Santé ;
 - 1 représentant du ministre chargé de l'Enseignement supérieur ;
 - 3 représentants des trois caisses d'Assurance maladie ;
 - 1 représentant du FAF.

⇒ Missions

Pour les médecins libéraux, le Conseil doit :

- élaborer la liste annuelle des thèmes prioritaires de formation médicale continue ;
- recenser les moyens nationaux de formation médicale continue disponibles, apprécier leur valeur scientifique et pédagogique, en fonction de critères réunis dans une grille d'évaluation ;
- établir un barème définissant la part respective des différentes actions et moyens de formation médicale continue qui permettent à chaque médecin de se conformer à cette obligation, barème approuvé par arrêté ministériel ;
- établir un rapport quinquennal et le transmettre au ministère de la Santé.

Les textes prévoient aussi trois commissions au sein du CNFMC :

- Une commission des thèmes chargée de sélectionner les thèmes prioritaires de FMC.
- Une commission des moyens dont la tâche est de recenser les organismes de formation et les actions proposées.
- Une commission du barème chargée de déterminer les conditions nécessaires à la validation de la FMC de chaque médecin.

⇒ **Financement**

Le financement du fonctionnement du CNFMC est assuré par une contribution annuelle versée par le FAF-MEL. (FAF des Médecins à Exercice Libéral)

➤ **Les CRFMC**

⇒ **Composition**

La nomination est prononcée par le préfet de région sur proposition des listes présentées par chacune des quatre composantes.

Le conseil régional de FMC des médecins libéraux comprend 32 médecins.

- Pour les bénéficiaires :
 - 8 représentants de l'Ordre (4 spécialistes, 4 généralistes) ;
 - 8 représentants des unions de médecins (4 spécialistes, 4 généralistes).
- Pour les prestataires :
 - 8 représentants des UFR de médecins ;
 - 8 représentants des associations ou fédérations de FMC avec la participation du préfet de région et de 3 médecins représentant les trois caisses d'assurance régionales.

⇒ Missions

Au niveau régional, le conseil doit :

- recenser l'ensemble des moyens de formation à caractère régional ;
- délivrer pour chaque médecin l'attestation de formation médicale continue, au vu d'un dossier constitué par les relevés des séances suivies, accompagné de documents justificatifs, que le médecin doit produire obligatoirement chaque année. Le refus de délivrance d'attestation par le Conseil national de formation médicale continue doit être motivé ;
- établir chaque année, en liaison avec les unions des médecins pour le CN de FMC un rapport tenant compte de la mise en œuvre dans la région de la politique de FMC et se prononcer sur la qualité de la formation dispensée.

Le Conseil Régional de Formation Médicale Continue de Lorraine a été mis en place le 06/10/1997. Le président actuel : Le Dr Louis FRANCO.

➤ Le FAF MEL

L'Histoire commence en 1971 avec la Loi Delors sur la formation permanente.(Loi du 16 juillet 1971, **Annexe 3**)

Cette loi donne droit à la formation permanente à tous les salariés et obligation d'une cotisation de la part de employeurs.

Des organismes sont alors créés pour la gestion de ces cotisations ce sont les Fonds d'Assurance Formation (FAF), subdivisés par branches professionnelles.

Pour les médecins libéraux, la gestion de ce droit est confiée par la loi à un organisme agréé et unique : le FAF de la profession libérale. Créé à l'initiative des organisations syndicales représentatives (CSMF et FMF),le FAF est agréé en 1974 par les Pouvoirs Publics.

Le FAF prend véritablement son essor à partir de 1990 avec la signature de la Convention médicale, instaurant un nouveau dispositif de financement de la FMC et d'indemnisation des participants, et avec l'adhésion d'une troisième organisation syndicale représentative (MGFrance).

Le 23 novembre 1993, paraît au Journal Officiel la nouvelle Convention signée entre les trois Caisses d'Assurance Maladie et deux Syndicats (la CSMF et le SML).

Cette convention, **dans son article 26 (Titre VI)** du financement de la FMC, stipule que "La contribution conventionnelle des médecins est gérée exclusivement par les Syndicats médicaux signataires, le FAF-PM (FAF de la Profession Médicale) étant maître d'œuvre." Par ailleurs, le FAF-PM est géré paritairement (à égalité de voix et de pouvoirs) par les quatre Syndicats représentatifs (CSMF, SML, FMF et MGFrance); Toute décision du conseil de gestion ne peut être prise qu'à la majorité des 2/3.

A la fin de l'année 1993, alors que la nouvelle convention vient d'être signée par les trois Caisses d'Assurance Maladie et deux syndicats (CSMF et SML), la profession se trouve face à un sérieux problème Le FAF-PM est alors géré paritairement par les quatre syndicats représentatifs dont deux (FMF et MGFrance) sont farouchement opposés à la nouvelle convention. Toute décision du conseil de gestion du FAF-PM ne pouvant être prise qu'à la majorité des 2/3 (introuvable à l'époque), le financement de la FMC se retrouve bloqué. De 1993 à 1996, le FAF-PM est le terrain d'une guerre syndicale sans merci.

Le FAF maître d'œuvre bloque les travaux. Les Syndicats signataires (CSMF et SML) maîtres d'ouvrage sont impuissants, et l'argent rendu disponible grâce à leurs signatures reste inutilisable.

La FMC est en panne; l'exercice 1994 prend plus de six mois de retard Sur les 120 millions de francs de la contribution conventionnelle, environ 14 millions sont affectés à la formation des représentants à la vie conventionnelle. La CSMF et le SML confient donc les sommes qui leur sont dues à leurs associations de

formation (ACFM et ACFL); celles-ci organisent des réunions de formation et d'information à destination des cadres syndicaux et des militants départementaux qui siègent dans les différentes commissions.

En janvier 1995, les Syndicats signataires (CSMF et SML) créent l'Association de GEstion de la Contribution conventionnelle des MEDecins (**AGECOMED**).

En février 1995, les parties signataires de la convention décident, par avenant, de dessaisir le FAF-PM de la maîtrise d'œuvre et de la gestion de la contribution conventionnelle l'avenant n°5 paraît au Journal Officiel le 7 mars 1995);

Les 120 millions de francs sont dorénavant gérés par l'AGECOMED.

De polémiques en polémiques, les attaques et les plaintes vont se succéder pour savoir à qui revient la gestion des fonds de la FMC...

En février 1996, les Ordonnances du 24 avril 1996(**Annexe 7**) mettent fin aux polémiques... Le FAF-PM retrouve son monopole de gestion de l'appel d'offres et des fonds de la FMC conventionnelle, de la cotisation obligatoire et de "toutes autres ressources". L'AGECOMED est morte. A compter du 1er janvier 1997 elle devra verser au FAF-PM les fonds qu'elle gèrait. Le FAF-PM est toutefois mis sous haute surveillance de l'Etat.(2°)

Les **Ordonnances du 24 avril 1996** (**Annexe 7**) créent un seul fonds d'assurance formation des médecins libéraux (FAF-MEL).

Le financement est assuré en partie pour la FMC par le FAF. L'origine des fonds est diverse (cotisation obligatoire, subvention ministérielle, subvention des caisses d'Assurance maladie, autres financements...) ; les ressources du FAF font l'objet d'une mutualisation immédiate. (Décret du 13 octobre 1997 modifiant le Décret du 5 décembre 1996, **Annexe 10**)

Compte tenu du nombre d'actions et du volume du budget FAF, le financement est nettement insuffisant. D'autres moyens doivent être recherchés par les maîtres d'ouvrage des actions de formation.

Le FAF MEL de la région Lorraine a été créé le 20 mai 1983.

1.3.4. En pratique : aujourd'hui et demain

Tel qu'il était défini par ses textes légaux et ses décrets d'application, ce plan a été salué par la majeure partie des professionnels médecins, engagés de longue date dans la FMC, comme structuration véritablement efficace de la FMC. Les syndicats devaient gérer le financement des mesures et des structures ainsi créées. Mais à ce jour ce financement n'existe pas.

Le Conseil National, mandaté par la loi, a émis des propositions concernant les procédures de validation des actions de formation, d'agrément des structures et des outils de formation. Malheureusement, au mois de mars 1999, les pouvoirs publics n'ont pas donné leur aval, **et ce plan, depuis 1996, n'a pas pu être appliqué, pour des raisons tenant essentiellement à des considérations de rivalité syndicale.**

Alors que la FMC, rendue obligatoire par les Ordonnances de 1996, traverse une période délicate, une coordination se met en place entre médecins libéraux et médecins hospitaliers et salariés, pour faire entendre que la FMC est l'affaire des médecins, et qu'il incombe aux médecins d'être les responsables de la qualité des soins.

Cinq ans après l'Ordonnance Juppé et les multiples déboires de la formation qui se devait déjà d'être obligatoire, **le projet de loi sur la modernisation de la santé** devrait légaliser enfin une Formation qui, disons-le, n'a pas pour autant cessé de bien fonctionner du fait des associations et des universitaires.

L'Etat continue sans états d'âme à prélever chaque année les cotisations FMC auprès des médecins, sans que l'on sache où passe cet argent ainsi amassé. De surcroît, le gouvernement a mis en place en 2000 une réforme des associations 1901 à but non lucratif, contraignant désormais les associations

de FMC à payer au Trésor Public deux nouvelles taxes (taxe professionnelle et taxe forfaitaire calculées en fonction du budget annuel).

En pratique, la FMC continue à être organisée par les associations de FMC, adhérentes de l'UNAFORMEC ou de l'AFORSPE, sans aucune aide publique. Son financement est assuré par les cotisations des médecins et le soutien de l'industrie pharmaceutique, soutien sans lequel rien ne se ferait.

Les organisateurs et les intervenants travaillent le plus souvent bénévolement, se contentant de voir remboursés leur frais de déplacement et d'hébergement.

En 2001, soit 6 années après la présentation du plan Juppé, 4 ans après son installation par le ministre, et malgré un changement de gouvernement en 1997, le CNFMC ne fonctionne toujours pas, faute de moyens. Son bureau s'est auto-dissous pour les mêmes raisons.

Bernard **KOUCHNER**, nommé secrétaire d'état à la santé en juin 1997, avait promis de s'atteler rapidement à ce dossier, le considérant comme prioritaire. En 1999, à son départ pour le KOSOVO comme administrateur de l'ONU, rien n'avait été fait. Il est de nouveau ministre de la santé depuis février 2001.

Le projet de loi sur la modernisation de la santé, "Droits des malades et qualité du système de santé"(Annexe 11) examiné en octobre à été voté en première lecture à l'Assemblée Nationale. Le texte doit prochainement être examiné par le Sénat, on peut donc prévoir, si tout se passe rapidement, une mise en application en 2002-2003 après publication des décrets d'applications.

Ce projet de loi prévoit notamment d'imposer une FMC à tous les médecins quel que soit leur mode d'exercice, c'est-à-dire qu'ils exercent à titre

salarié, à titre libéral, ou en tant que médecin hospitalier. Le projet prévoit en outre que ce dispositif mis en place s'appliquera à l'ensemble des médecins, médecins salariés compris.

- Création de **3 CNFMC** (médecins libéraux, salariés et hospitaliers) avec une structure de coordination. Le quadripartisme est maintenu (Ordre, Syndicats à la place de l'URML, Associations et Universités). Leurs missions : définition des orientations nationales, agrément des organismes et évaluation du dispositif.
- Des **CRFMC** avec une composition identique. Mission : validation du respect de l'obligation de FMC avec procédure de conciliation en cas de manquement à cette obligation débouchant sur une éventuelle saisie du Conseil de l'Ordre en cas d'échec.
- Création d'un **Fonds Public** destiné à financer les structures (CNFMC et CRFMC) présidé par un représentant de l'Etat et composé par des représentants des 3 Conseils Nationaux et des représentants du Ministre.
- **Dissolution du FAF MEL et maintien du FAF PM.**

2. LES STRUCTURES ACTUELLES.

2.1. Nationales : l'UNAFORMEC.

2.1.1. Présentation de l'UNAFORMEC

L'UNAFORMEC est une association de formation, régie par **la loi des Associations de 1901 (Annexe 1)**.

Elle joue un rôle essentiellement chez les généralistes en représentant une majorité des associations locales, groupées elles-mêmes en associations départementales puis en fédérations régionales (par exemple : CODAFORMEC pour la région niçoise, URAFORMEC pour Rhône-Alpes, LORFORMEC pour la Lorraine, etc...). Certains médecins salariés y sont également inscrits. Cette organisation dispose d'un **siège parisien** avec un centre de documentation. Ses rapports avec l'Université furent longtemps distants du fait d'une méfiance probablement due à son désir d'émancipation, surtout dans ses premières années; les relations sont devenues progressivement plus confiantes et constructives.

Le **conseil d'administration** de l'association est composé de 40 membres, et son assemblée générale élit tous les deux ans un bureau national.

Le bureau comprend un,

- Président (Dr. Philippe BONET)
- Vice-Président chargé des relations avec les spécialistes
- Secrétaire Général
- Trésorier
- Membre du Bureau chargé de l'Education
- Membre du Bureau chargé des relations avec les médecins salariés

- Membre du Bureau chargé des relations avec les régions
- Membre du Bureau chargé des partenariats et du développement
- Membre du Bureau chargé de la communication externe
- Membre du Bureau chargée des relations avec les spécialistes
- Membre du Bureau chargé du " Club UNAFORMEC "

L'UNAFORMEC c'est :

- La plus ancienne et la plus importante **structure nationale** de Formation Médicale Continue (F.M.C.), regroupe aujourd'hui **1400 associations locales** elles-mêmes associées en **22 fédérations régionales** (voir carte, p. 54), et compte **37680 adhérents**, dont **65 % de médecins généralistes**, **35 % de médecins spécialistes**, et un petit nombre d'adhérents hospitaliers, salariés et même des non-médecins.
- **Des séminaires de formation variés** : dans le cadre de la F.M.C., financés par le F.A.F., ce sont plusieurs dizaines de séminaires organisés au niveau national et dans le cadre des fédérations régionales.
- Un Centre de documentation en médecine générale (dont l'un des services s'appelle BIBLIOMED, journal faxé et électronique), créé en 1986 et perpétuellement enrichi depuis. Au service des généralistes enseignants, des associations de F.M.C., et des chercheurs, on y trouve des revues de médecine générale de différents pays (France, Grande Bretagne, Canada et Etats-Unis), des rapports de recherche, des thèses, des livres français et anglo-saxons en rapport avec la pratique, l'enseignement de la médecine générale et le rôle du généraliste dans les systèmes de santé et les programmes de santé publique. Egalement un répertoire de thèses en

médecine générale. Toutefois, cet outil est payant même aux médecins adhérents...dommage !

- **Les dossiers de formation** destinés aux associations locales, qui regroupent de la documentation scientifique et des propositions d'organisation pédagogique pour des actions allant d'une durée d'une soirée à plusieurs jours.
- **AGORA-Formation** : véritable **école professionnelle** répondant à l'objectif institutionnel de **permettre à tout médecin d'améliorer ses compétences dans le but d'optimiser la qualité des soins dispensés à la population**. Ces formations sont **proposées en dehors du cadre conventionnel**, qu'elles complètent (elles ne sont **donc pas gratuites**). Elles s'adressent à chaque fois à un groupe restreint de participants pour favoriser une interactivité maximale.
- **Les relations internationales**, avec des colloques internationaux chaque année (U.S.A., Allemagne, le Maghreb, la Belgique et la Suisse, le Québec), des échanges culturels entre médecins étrangers et français, et la formation de formateurs pédagogiques avec la Tunisie, la Hongrie.
- **Le Bilan Professionnel Personnalisé (BPP)**, pour connaître mieux, objectivement, sa réelle activité professionnelle, pour se connaître mieux soi-même et mettre en lumière ses potentialités, et pour tester ses connaissances et mieux définir ses besoins en matière de formation.(Voir p.181)
- **Un Site Internet** : <http://www.unaformec.com> depuis 1998 avec une FMC en ligne dans les prochains jours, ce qui serait normal...

2.1.2. Le cas particulier de l'école de RIOM,

L'école de Riom est née en 1986 sur une initiative de l'UNAFORMEC (les négociateurs étant les Drs HERCEK et CHOLAL), en partenariat avec les laboratoires Merck Sharp et Dohme Chibret (MSD), puis avec le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) qui depuis 1993 en assume la gestion. (20)(34)

Depuis 1986, le centre de formation de Riom a contribué à la formation de plus de 1200 enseignants de Médecine Générale et maîtres de stage.

Les formateurs venaient d'horizons variés:

- Université,
- CNGE,
- UNAFORMEC,
- SFMG, SFTG,
- MG FORM

En 1993, deux types de changement interviennent:

⇒ sur la forme : changement de lieu ("Riom se rapproche de Paris").

⇒ sur le fond :

- orientation vers une réflexion sur la pratique en Médecine Générale.
- rapprochement avec l'Université et les autres structures professionnelles de formation.
- début d'un processus de validation des modules, mis en place en 1995.

L'École de Riom, centrée sur la Formation Pédagogique, devient une école professionnelle de la Médecine Générale, ouverte à tous:

- animateurs de FMC,
- cadres de la profession,
- chercheurs,
- et d'une façon générale, tous ceux qui s'intéressent au présent et à l'avenir de la médecine générale.

Les objectifs de cette école se diversifient:

- proposer une Formation Pédagogique de base,
- adapter la pédagogie des Sciences de la Santé à la formation de futurs médecins généralistes,
- explorer les fonctions complémentaires de la MG (soins, psychosocial, prévention, éducation...),
- donner des informations sur le fonctionnement de l'Université en France, en Europe..
- permettre une réflexion de fond sur la fonction "Soin" et former au contenu théorique et scientifique de la MG,
- contribuer à l'évaluation des pratiques ambulatoires,
- former à la recherche en médecine générale.

Un objectif essentiel est toujours d'actualité: permettre à des participants venus de toutes les UFR de mettre leurs expériences en commun.

A noter, l'accord passé avec l'Université pour une équivalence avec certains DIU.

La conception des dossiers pédagogiques et l'animation des séminaires sont sous l'entière responsabilité du comité pédagogique de l'Ecole de Riom et du CNGE. Les Laboratoires Merck Sharp et Dohme Chibret prennent en charge l'organisation générale, l'intégralité des frais pédagogiques et les frais de séjour des participants.

L'Ecole de Riom, depuis sa fondation en 1986, reste un lieu unique de mise en commun d'expériences et de recherches pédagogiques concernant la médecine générale. Le brassage des personnes et des idées s'ajoute à un programme varié qui s'adapte aux événements. Les formations dispensées par l'école prennent leur place à côté des formations proposées par les Collèges Régionaux et l'Université. (10)

2.2. Régionales, LORFORMEC

2.2.1. Les fédérations régionales à travers la France



2.2.2.LORFORMEC

➤ Historique

C'est dans les années 1960 que la Lorraine a connu son bouleversement dans le domaine de la FMC, sous l'impulsion du **Dr Guy SCHARF**.

Jusque-là, les initiatives de FMC étaient purement locales, et, çà et là se formaient des petits groupes de travail, souvent d'initiative syndicale. La région nancéenne, du fait de la présence de la faculté de médecine, bénéficiait des compétences hospitalo-universitaires.

A partir de 1965, furent créées, sous l'égide des Drs BOUVENET et FRANCOIS, « **l'Association des Anciens Etudiants De La Faculté de Médecine De Nancy** » ainsi qu'une revue trimestrielle, « **NANCY MEDICALE POST-UNIVERSITAIRE** ». Puis, avec l'aide du Pr GILGENKRANTZ, se mettait en place une semaine par an des conférences et des stages hospitaliers pour les généralistes (ancêtre de l'actuelle Semaine Médicale de Lorraine).()

Pendant ce temps-là, le Dr **SCHARF** parcourait déjà les quatre départements lorrains, convaincu de la nécessité d'un nouveau système pédagogique de FMC.

Avant tout, Guy **SCHARF** proposa aux universitaires des rapports nouveaux, basés sur un travail en commun. Le généraliste ne serait plus l'auditeur passif, mais un acteur qui, au préalable, aurait identifié ses besoins, défini ses objectifs et sa méthodologie pédagogique : « une formation par les généralistes pour le généraliste ».

C'est la **création en mars 1972 de l'Institut Lorrain de FMC**. Son but, en liaison avec la faculté de médecine, est de promouvoir, d'organiser, coordonner et centraliser le Perfectionnement Post-Universitaire médical de la région lorraine. C'est par l'intermédiaire de l'Institut que feront leur apparition dans la FMC en tant que membre de droit :

- Le représentant de la DRASS,
- Le médecin conseil de la sécurité sociale,

créant ainsi la première articulation de la FMC avec les représentants des partenaires sociaux (et ce bien avant la création de l'UNAFORMEC...).

Les structures mises en place favorisèrent l'adhésion des médecins, contribuant ainsi à l'augmentation du nombre d'associations locales, en particulier dans les Vosges et en Meuse.()

En 1981, trois ans après la création de l'UNAFORMEC, **est créée la Fédération Régionale de FMC (LORFORMEC).**

Son président actuel, **le Dr J.M. MARTY.**

2.2.3. Rôle de LORFORMEC

⇒ Développer la FMC associative :

- **En incitant à la création de nouvelles associations.** Ce problème était déjà esquissé puisque Guy **SCHARF**, bien avant la création de LORFORMEC, avait démontré la nécessité de décentraliser les structures de FMC afin de permettre à tout praticien de ne pas avoir plus de 40 km à parcourir pour se rendre sur les lieux de sa FMC.
- **En réanimant techniquement ou moralement les associations en difficultés.**
- **En maintenant et en développant les associations locales existantes**, par un travail de formation en animation et en pédagogie, mais aussi en gestion

associative. Il s'agit là d'une double fonction d'information et de formation. De plus, il est important d'aider les associations à mieux connaître les structures locales, régionales et nationales de FMC, ceci afin de leur apprendre à mieux « gérer et vendre le produit FMC » par l'intermédiaire de tous les supports et vecteurs utilisables.

⇒ Structurer la FMC régionale :

- **En incitant, en structurant et en coordonnant** des actions de FMC au sein de la région. Il s'agit de jouer à la fois un rôle de conseiller technique dans les projets d'actions des associations et un rôle d'organisateur régional afin de gérer au mieux le potentiel FMC des associations, mais aussi, d'intervenir en son nom propre par la réalisation de séminaires régionaux.
- **En représentant les associations locales au niveau des instances supérieures** telles que le CRFMC, l'UNAFORMEC, mais aussi, le FAF régional et à présent l'OGC.

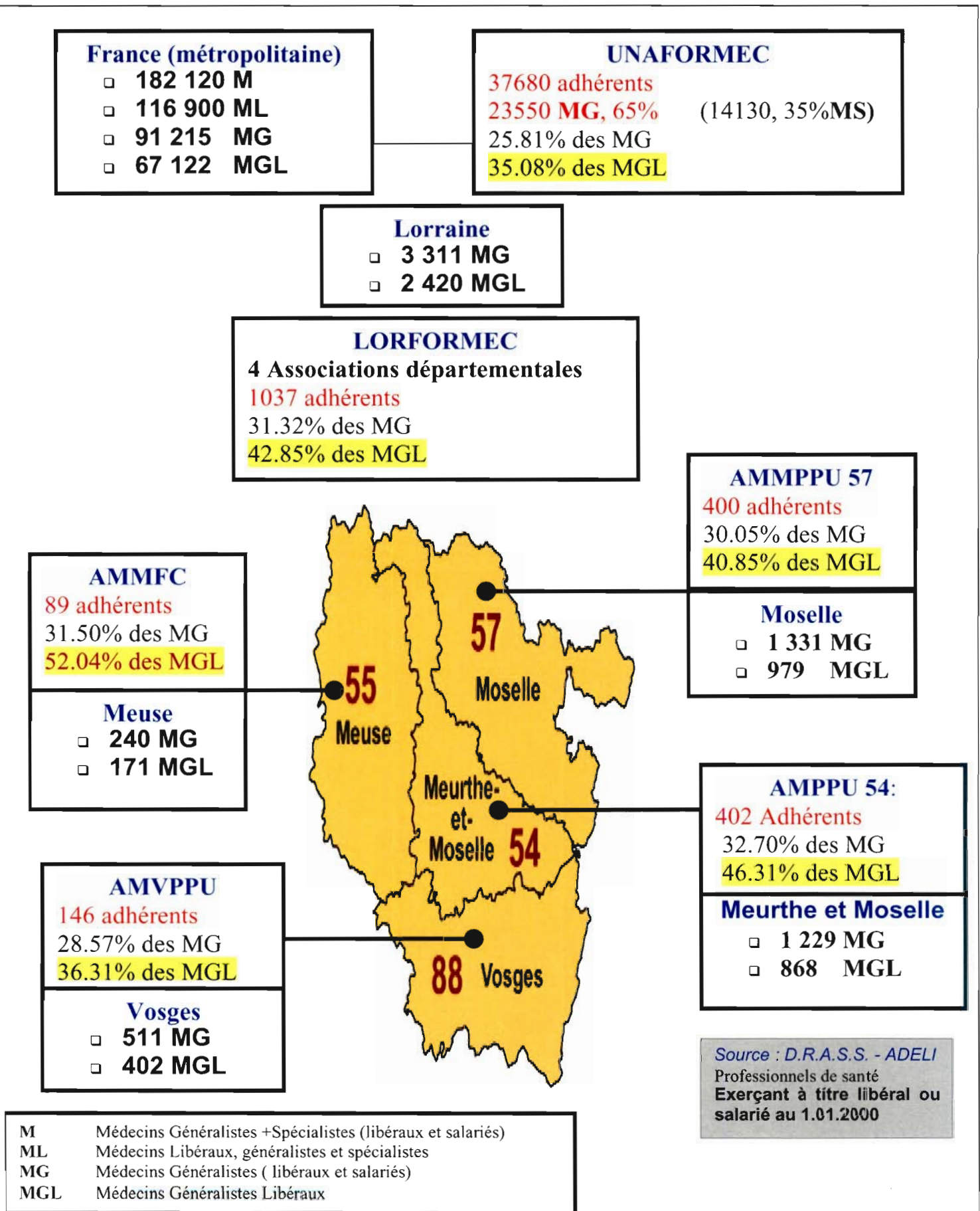
2.2.4. LORFORMEC en quelque chiffres

LORFORMEC fédère 4 associations départementales que nous allons détailler:

AMMPPU 57,
AMPPU 54,
AMVPPU,
AMMFC,

<p>Chaque association doit verser une cotisation annuelle pour adhérer à LORFORMEC. Celle-ci s'élève cette année à 1524,50 € (10 000 Fcs)</p>
--

2.2.5. Démographie médicale et FMC en Lorraine



2.3. Départementales

2.3.1. Quatre associations en Lorraine, situation géographique.



2.3.2. AMPPU 54

➤ Présentation

C'est L'Association Médicale de Perfectionnement Post-Universitaire de la région sanitaire de Nancy, **54**. C'est une association régie par la loi 1901 (**Annexe 1**), créée en 1972, sous l'impulsion de Guy **SCHARF**.

En Meurthe et Moselle, on compte **1229 médecins** dont **868 médecins libéraux** au 01/01/2001.

Le président actuel est le Dr Louis **FRANCO**.

Pour l'année 2001, **402 adhérents** pour **868 médecins libéraux**, soit **46.31%** des médecins libéraux du département sont adhérents à l'association.

La cotisation est de 79.27 € (520 Fcs).

➤ Actions

L'association compte 17 groupes de travail réunissant 359 médecins.

Les Groupes de travail ou sections se divisent :

- **sur le plan géographique :**

Pompey, Nancy (9 groupes), Saint-Nicolas, Blamont, Pont-A-Mousson, Briey, Toul.

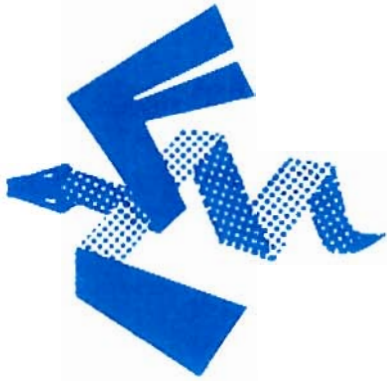
- **et sur le plan thématique :**

- Un groupe Homéopathie,
- Un groupe informatique.
- Partenariat avec le Département de Formation Médicale Continue de la Faculté de Médecine.

➤ Moyens d'expression :

C'est un petit fascicule, comprenant 4 à 6 pages, envoyé tous les mois aux adhérents. (Aux non-adhérents les deux premiers mois seulement.)

Il annonce les différentes manifestations du mois à venir, sans autres fioritures.



SOMMAIRE

REUNIONS D'OCTOBRE 2001

Sémaine Médicale de Lorraine
Jeudi 18 Octobre 2001 - 20h30
 Les soins palliatifs à domicile
 Faculté de Médecine de Nancy
 =====

Réunion mensuelle de l'Association de F.M.C. du Bassin de Briey
Jeudi 18 Octobre 2001 - 20h30
 La polyarthrite chronique rhumatoïde
 =====

Bulletin d'adhésion ou de renouvellement de cotisation
 =====

MENSUEL DE L'ASSOCIATION DE FORMATION
 MEDICALE CONTINUE DE MEURTHE ET MOSELLE
 OCTOBRE 2001
 N° 85

*ASSOCIATION MEDICALE de PERFECTIONNEMENT
 POST-UNIVERSITAIRE de la REGION SANITAIRE DE NANCY
 8, rue Isabey - 54052 NANCY Cedex - Tél. 03.83.40.07.36
 Télécopie : 03 83 28 61 90 - e-mail : amppu54@aol.com*

Par ailleurs l'AMPPU n'est pas présente sur le net, mais la construction du site est prévue pour très bientôt...

2.3.3. AMMPPU 57

➤ Présentation

L'Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post-Universitaire est une association régie par la **loi de 1901(Annexe 1)** (1908 en régime local). Son fondateur n' est autre que **Guy SCHARF.**(32)

La Moselle compte **le plus grand nombre de médecins généralistes avec 1331 médecins au 01/2001.**

L'association rassemble **plus de 400 membres actifs** sur l'ensemble du département pour **1331 médecins généralistes** dont **979 médecins libéraux**, soit **40.85% des médecins généralistes libéraux.**

Elle vit des cotisations de ses adhérents, de subventions, de dons et de financements institutionnels (Fonds d'Assurance Formation ...).

Le montant de la cotisation est de 106,71 € (700 Fcs).

Son président actuel est le **Dr N. STEYER.**

➤ Actions

Elle comprend dix sections locales animées par un responsable :

Bitche - Boulay - Forbach - Metz - Sarrebourg - Saint-Avold - Thionville - Vallée de la Nied - Vallée du Saulnois et Vallée de l' Orne.

L'AMMPPU s'attache à dispenser une formation continue adaptée à l'exercice professionnel sous forme d'un programme complet et souple :

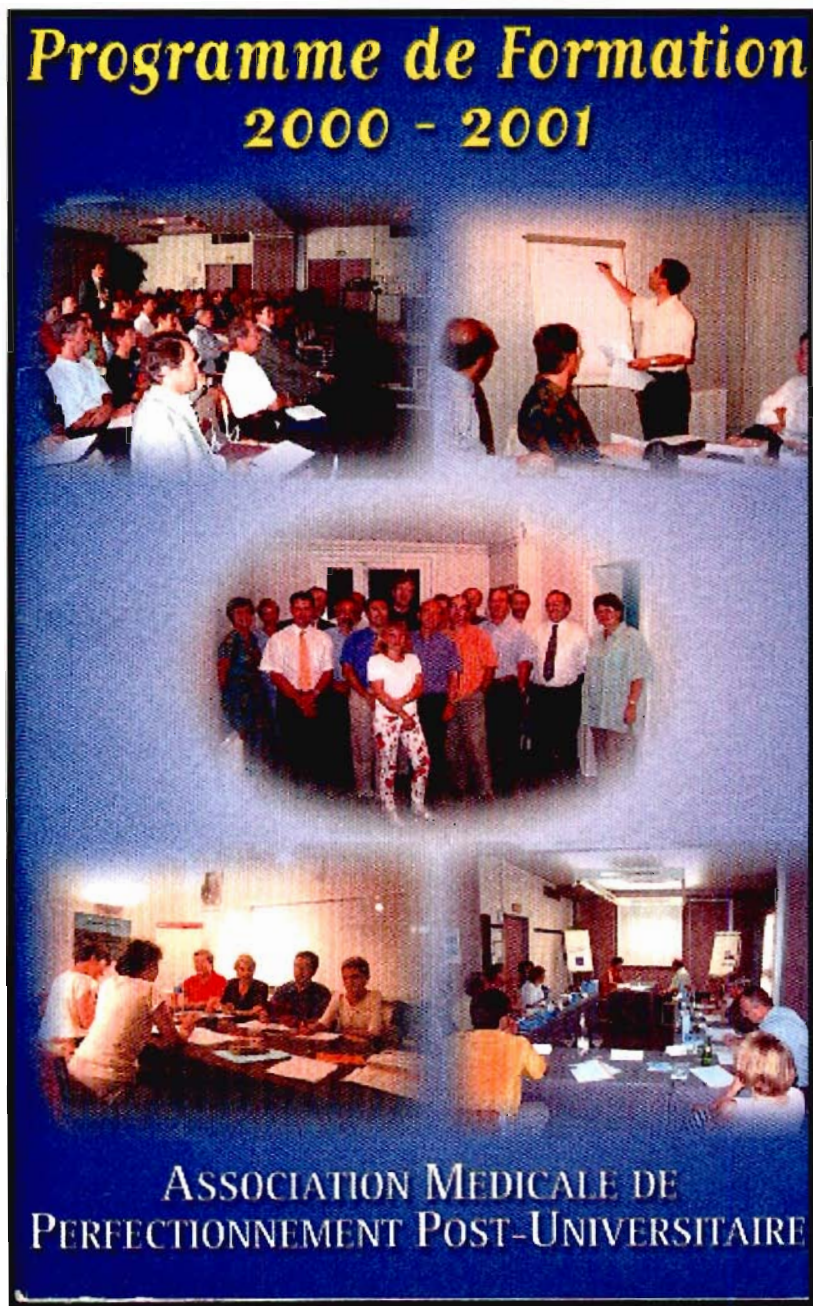
- ⇒ actions coordonnées départementales étalées sur un ou deux ans,
- ⇒ soirées départementales d'actualité, conférences mensuelles mises en place par des sections de plus en plus dynamiques,
- ⇒ groupes de pairs,
- ⇒ cycles de formation à l'année,
- ⇒ ateliers pratiques,
- ⇒ stages cliniques,
- ⇒ séminaires conventionnels indemnisés et non indemnisés,
- ⇒ mini-séminaires,
- ⇒ partenariat avec la Société des Sciences Médicales de la Moselle et les réseaux Ville - Hôpitaux,
- ⇒ partenariat avec le Département de Formation Médicale Continue de la Faculté de Médecine

➤ *Moyens d'expression.*

⇒ Un **recueil**, tout en couleur, simple et pratique, en format de poche :

On trouve dans ce **recueil** des actions coordonnées (cycles, ateliers, séminaires, etc...) et des actions ponctuelles (conférences mensuelles, soirées d'actualité, ateliers...).

Il rassemble toutes les actions dans un même document, afin que chaque médecin généraliste, après avoir fait le bilan de ses acquis et de ses besoins, puisse trouver matière à construire son propre programme de Formation Médicale Continue.



Recueil adressé aux adhérents, il contient plus de 70 pages...et ce présente en format de poche, donc très pratique !

⇒ Un site Internet, récent, depuis octobre 2001, seule association pour le moment à bien s'intégrer dans le nouvel outil pour la formation qu'est Internet. Le site contient encore des "Blancs" mais donnons lui le temps...il vient d'arriver !!

2.3.4. AMVPPU 88

➤ Présentation

L'AMVPPU ou Association Médicale Vosgienne de Perfectionnement Post-Universitaire) est une association de médecins régie par **la loi de 1901 (Annexe 1)** dont les statuts ont été déposés le 6 décembre 1972 .

Les docteurs Jean-Pierre Martin de Cornimont et **Jean Pierre VOILQUIN** en furent les investigateurs, assistés pour cela par le Dr Guy **SCHARF**.

Son but est de promouvoir la formation des médecins généralistes vosgiens.

Son président actuel est le **Dr Y.CLEMENCE**.

L'association compte 146 adhérents pour l'année 2001 **sur 511 médecins dont 402 généralistes libéraux, soit 36.31%.**

Le montant d'adhésion est de 122 €(800 Fcs). (La plus chère des cotisations.)

➤ Actions

Elle se divise en 5 sections géographiques :

MIRECOURT, EPINAL, SAINT-DIE, REMIREMONT et la HAUTE-MOSELLE.

Les Sections Thématiques avec :

- Le GEMM 88 (Groupe d'études de Médecine Manuelle Des Vosges)
- Sections informatiques
- Groupes de pairs³ à Remiremont

³ Les groupes de Pairs sont traités p. 119

Comme les autres associations l'AMVPPU, propose :

- des conférences mensuelles : entre 8 et 12 soirées dans chaque section, géographique.
- des mini séminaires, dispersés dans les 4 départements.
- des séances départementales spécifiques de médecine orthopédique.
- partenariat avec le Département de Formation Médicale Continue de la Faculté de Médecine.


➤ Moyens d'expression

EPU 88

ASSOCIATION MEDICALE
VOSGIENNE DE
PERFECTIONNEMENT
POST-UNIVERSITAIRE

Resection
Dr J.M. HEID

Comité de rédaction:
Pr F. CLEMENCE, GUYEL,
P. COYNE, P. KOSKA,
G. LEGRAS, P. FLORENTIN,
G. JAFFY




OCTOBRE 2001

JOURNAL OFFICIEL DE L'A.M.V.P.P.U N° 21

SOMMAIRE

I. EDITO	1		1
II. VIE INTERNE :		1 - Exercice de style: c'est, bien entendu, ce bonjour...	7
1 - Nouvelle composition du conseil d'administration	2	1 - Compte rendu du séminaire annuel	7
2 - GEGIA 88	7 et 8	V. TESTEZ-VOUS en pédiatrie par le Dr Gérard BÉLEY	8
3 - DOCMO 88	8	VI. IDÉES NOUVELLES :	
III. PROGRAMME DE FMC :		1 - Préface contre des lectures	9
1 - Compléments de la révision de préparations des EPU à votre disposition	8	2 - Troncs des brachiaux	9
2 - Programmes des sections en site	4 et 5	3 - Rapports partielles	10
3 - Passés: EPU à Saint-Dié	7	4 - Examen d'ADRIEN BAUBERT	15
4 - Séminaire consacré aux 73 et 74 Bronzes de 1900	8	5 - Institut MÉDECINE DOUCE	11
IV. VIE LORRAINE :		VII. L'ARTISTE Guillemet BUSATO	12
1 - Jeunes d'École Orthopédique	8	VIII. BULLETIN D'INSCRIPTION 2002	12
2 - Séminaire consacré à l'Épithète Latine	8		

Édito



LA BONNE NOUVELLE :
la FORMATION INDEMNISÉE
est de retour !

En effet, les séminaires de deux jours sont réapparus, ne connaissant pas tous les mêmes fortunes ni les mêmes succès. L'AMVPPU y participe de façon active en partenariat avec les autres associations lorraines de FMC, LOR FORMEC et MG FORM.

Cependant les sections locales continuent mensuellement à réunir leurs adhérents dans un contexte de nouveautés et de confraternité.

L'Assemblée Générale de juin 2001 a permis d'être à l'unanimité le Docteur Yvanick CLEMENCE comme Président. EPU 88 lui souhaite tout le bonheur possible pour ce nouveau mandat.

Dr Jean Marie HEID

Mensuel.
En Format
magazine, il propose
un édito clair des
différentes
formations locales,
de l'actualité en
cours, même
culturelle !! (Ici,
exposition des
bronzes de Busato)
Aucune Publicité

Un site Internet de
l'association est en
cours...

2.3.5. AMMFC 55

C'est l'Association Médicale Meusienne de Formation Continue.

L'AMMFC a été créée le **5 juillet 1973**, suite à la venue à Saint-MIHIEL du **Pr PIERSON** et du **Pr J.P.GRILLIAT**, qui ont, avec le **Dr Roger MONCHABLON**, contribué à restructurer l'Association.

C'est une association loi 1901. (**Annexe 1**)

La Meuse est le département avec **le moins de médecins libéraux** : seulement **240 médecins généralistes dont 171 libéraux**.

➤ Présentation

Située à **Bar Le Duc**, son président actuel est le Dr Patrick **LUCQUIN**.

Pour l'année 2001: **89 adhérents**. Soit **52,04%** des médecins généralistes libéraux. Elle a le taux d'adhésion le plus fort de la région avec un **montant de participation aussi attractif de 60,98 € (400 Fcs)**. (Le moins chère)

Le bureau est renouvelé tous les 2 ans.

Le financement est assuré principalement par les cotisations. Une faible part est assurée par l'industrie pharmaceutique, mais de plus en plus difficilement comme le dit le Dr Lucquin, président de l'AMMFC.

➤ Actions

Elle se divise en 5 sections : DOMBALSES EN ARGONNE (**Dr J.L. ADAM**), SAINT-MIHIEL, VERDUN, COMMERCY et BAR LE DUC.

A noter un groupe de Pairs sur Bar-le-Duc ainsi qu'une section Formation Urgence-Pompiers.

Exemple d'actions :

- Un séminaire Médecine d'urgence,
- Un séminaire médecine du sport de Quatre jours
- Mini-séminaires, soirées...
- Partenariat avec le Département de Formation Médicale Continue de la Faculté de Médecine

➤ Moyens d'expression

Un bulletin paraît très irrégulièrement, par contre des circulaires d'information sont réalisées à la demande, en fonction de l'actualité. Elles traitent avant tout, de la vie de l'association, de la F.P.C. avec ses séminaires indemnisables, à l'occasion des appels de cotisations ou des vœux.

Un site Internet devrait voir le jour en 2002, avec comme objectif principal la gestion des réunions avec agenda, mailing-list⁴, et comptes-rendus en ligne des différentes actions.

⁴ Mailing-List" est l'anglicisme pour "liste de discussion", Ce sont des personnes qui discutent entre eux par mails interposés.

2.3.6. Autres associations en Lorraine

a) *Le REL: Réseau Epidémiologique Lorrain, le GLAM: Groupe Lorrain d'Audits Médical,*

⇒ Le REL est une association regroupant plusieurs praticiens participant à des actions épidémiologiques de tout genre. C'est aussi un mode de formation tout en participant à la prévention.

⇒ Le **GLAM** est une branche du REL.

Animateur du GLAM, le Dr **Birgé J.**

Le GLAM est un **groupe informel qui s'est créé en 1993**. Le GLAM a pour objet le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles, en médecine ambulatoire, au moyen de l'audit médical. Le GLAM a décidé de faire partie du Réseau Epidémiologique Lorrain.

Audits réalisés :

1993 : Traitement Hormonal Substitutif de ménopause ;

1995 : Pesée, R.O.R / **1996** : Diabète de type 2 ;

1997 : VADS, Scoliose ;

1998 : Incontinence Urinaire, Aérosol Doseur, Vaccination Hépatite B ;

1999 : Alcool Tabac, Carence Martiale ;

2000: H T A .

Le GLAM est également présent sur Internet⁵, avec un site très plaisant et dynamique, présentant les publications du GLAM et bien sur les différents audits, réalisés où en cours de réalisation

⁵ URL : <http://www.glam.fr.st>, site du GLAM

b) GEMM

Les **Groupes d'Etudes de Médecine Manuelle**, il en existe dans chaque département :

- GEMM 88, partie intégrante de l'AMVPPU,
- GEMM55,
- GEMME, le groupe d'étude de médecine manuelle de l'EST, Moselle.
- GEMM 54, pour Nancy.

Obtention d'un Diplôme Inter Universitaire (DIU) de Médecine Manuelle en partenariat avec l'Université.

c) L'AMGERL.

L'Association des **Médecins Généralistes Enseignants de la Région Lorraine**.
Elle représente les médecins généralistes et donc la profession au sein de la faculté ce qui va dans le sens d'un partenariat toujours plus fort et bénéfique pour les étudiants.

Son siège est à la Faculté de médecine de Nancy.

C'est un pas aussi dans la FMI pour le corps de médecine générale. Sa présence est un rapprochement entre les universitaires et les médecins généralistes et son importance est primordiale pour assurer le lien entre d'un côté le monde universitaire et de l'autre la médecine générale.

De là à imaginer un véritable professorat de la médecine générale, faisant de la profession une spécialité à part entière...le débat à été abordé à la Semaine Médicale de Lorraine cette année : "La Médecine Générale est-elle une spécialité ?"...Serait-ce les prémices à une future Chaire de Médecine Générale...! Quand on sait que la première Chaire de Médecine Générale au monde fut créée en 1963 à Glasgow, en Ecosse....

Exemple de l'ECOS, (Examen Clinique Objectif Structuré) présenté au XIIIe Journées Universitaires Francophones de Pédagogie Médicale – Nantes (France) en avril 1999 , en partenariat avec le Département de Médecine Générale et la Faculté de Médecine de Nancy:

F. RAPHAEL, J.L. ADAM, G. ALIN, A. AUBREGE, J.D. de KORWIN, L. FRANCO, G. THIBAUT, Faculté de Médecine de Nancy - Département de Médecine Générale et Association des Médecins Généralistes Enseignants de la Région Lorraine - B.P. 184 - 54505 VANDOEUVRE-les-NANCY

Les enseignants du 3ème Cycle de Médecine Générale organisent à la Faculté de Médecine de Nancy (France), chaque année depuis 1996, un examen clinique objectif structuré (E.C.O.S.), sanctionnant la fin du 3ème Cycle de Médecine Générale. Ils décrivent les différentes étapes nécessaires à l'organisation matérielle de cet examen qui concerne à Nancy environ 130 étudiants et tirent d'un questionnaire d'opinion destiné aux enseignants les conclusions suivantes :

- Une réflexion commune à tous les enseignants (médecins généralistes, professeurs d'université, praticiens hospitaliers) est nécessaire, en préalable à la construction des scénarios.
- Le travail de préparation en amont de l'ECOS est intense et prend du temps.
- Le rôle spécifique de patient standardisé, joué par les enseignants à Nancy, nécessite un entraînement soutenu pour une réalisation parfaite.
- La durée de 6 minutes par station, avec un temps de rotation de 1 minute, ne pose pas de problème.
- Les scénarios doivent être très courts et concerner moins d'objectifs pédagogiques, ce qui permet une évaluation plus simple, plus courte, donc une grille plus commode à remplir.
- Les scénarios doivent représenter uniquement des situations cliniques rencontrées dans l'exercice de la Médecine Générale, chez le plus grand nombre de médecins généralistes.
- Les thèmes des stations doivent avoir été traités en enseignement de Médecine Générale ou au cours du stage chez le praticien.
- L'harmonisation des scénarios doit être parfaite en raison du dédoublement des stations (standardisation). A Nancy :

8 stations dédoublées permettent de faire passer 16 étudiants en 1 heure.

La Commission d'Evaluation et de Contrôle des Connaissances du 3ème Cycle de Médecine Générale de la Faculté de Nancy travaille actuellement à l'élaboration d'un questionnaire d'opinion sur l'Examen Clinique Objectif Structuré à double cible : étudiants et enseignants.

Cette action commune montre **l'efficacité du partenariat...**

d) Autres associations

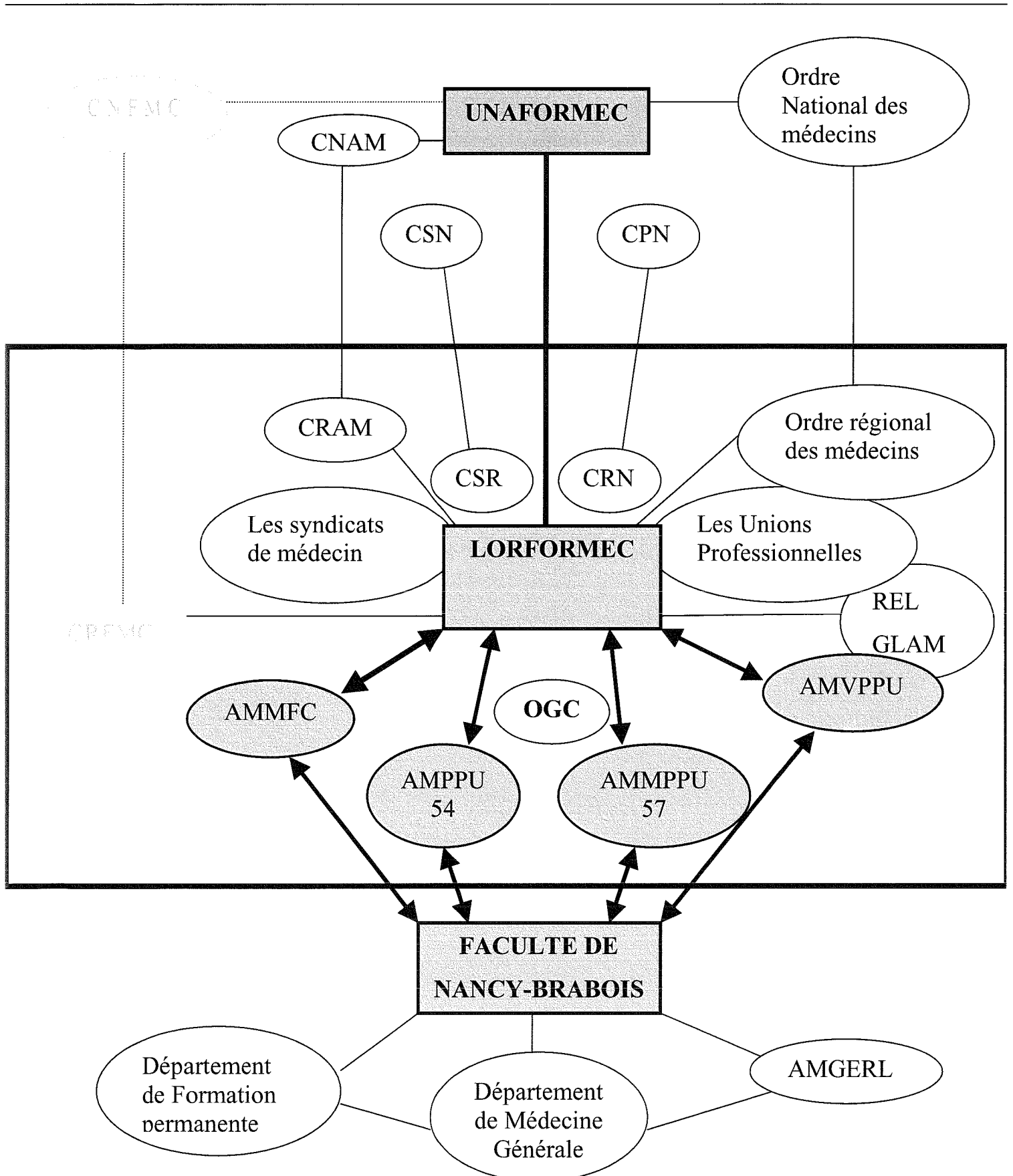
On citera,

- **MEDILUNE**, la FMC à Lunéville et ses environs,
- **FMC-MG DU VERDUNOIS**,
- **A.G.U.H - ASSOCIATION GENERALISTE DU RESEAU VILLE HOPITAL DES VOSGES**
- **G.E.F.P.M. DES VOSGES**
- **G.P.A.A.M**
- **FMC POMPEY LIVERDUN**
- **ASSOCIATION DES MEDECINS DE LA HAUTE MOSELLE**

Certaines sont assez ouvertes, d'autres sont plus restreintes voire même plus privées...

3. LES ARTICULATIONS

3.1. Entre-elles



3.2. Avec l'Université

Suite à la création de l'UNAFORMEC en 1978, non sans difficultés, il fallait à présent créer des liens solides avec et surtout les universitaires, berceaux de l'enseignement.

➤ **L'Université :**

- Est la gardienne du savoir (c'est là sa fonction officielle), et participe à l'élaboration de ce savoir. En Médecine, elle a dans cette fonction de nombreux partenaires (INSERM, CNRS).
- Est légalement responsable de la **Formation Initiale** (FI) du premier au troisième cycle.⁶
- A aussi dans ses missions légales, la formation professionnelle continue dans le cadre de "Départements de Formation Continue". Au contraire de la mission de FI, l'Université ne reçoit aucun subside public pour la mission de FC qui est légalement la sienne, et pour laquelle elle doit trouver ses propres ressources en "vendant" ses actions de formation. L'Associations de FMC universitaire ne peut pas présenter des dossiers dans le cadre de la Formation Professionnelle Conventionnelle contrairement au Département universitaire de Médecine Générale.
- Est un réservoir d'experts qu'elle met à la disposition des professionnels. Elle est un prestataire de services.

⁶ Loi SAVARY, loi numéro 84-52 du 26 janvier 1984, Article 4.

➤ **L'Université Médicale en tant que prestataire de services:**

- est le plus important centre de documentation médicale.
- élabore des outils de Formation.
- met à la disposition des professionnels des locaux et du matériel de formation.
- met au point des techniques qui transcrivent le savoir pour en faire des outils de la pratique.
- possède les outils de l'évaluation, notamment en épidémiologie.

L'université est le lieu de la transmission du savoir et de son développement. Elle se doit d'être ouverte à toutes les spécialités, y compris la médecine générale, non encore intégrée comme telle aux yeux des universitaires. La formation permanente est incluse, de par la loi, au nombre des tâches de l'Université. Depuis toujours, l'Université et les Hospitalo-Universitaires ont pris de nombreuses initiatives dans ce domaine.

Le développement du mouvement associatif et la volonté de la Profession d'assumer ses responsabilités ont pu faire croire que les médecins souhaitaient exclure l'Université. Il n'en est, bien sûr, pas question. Pour clarifier cette situation, des rencontres régulières ont eu lieu depuis plus de dix ans entre Universitaires mandatés par **la Conférence des Doyens de Médecine** et responsables de **l'UNAFORMEC**. La Conférence des Doyens, réunie à **Nancy en mars 1976**, affirme l'importance que les facultés attachent à la FMC, après un rapport d'André **GOUAZE**, vice-président de la Conférence. Les doyens la définissent comme une formation pratique, assurant un programme complet de recyclage, adaptée à la réalité de la vie du médecin, attrayante, variée, décentralisée, devant associer universitaires, praticiens hospitaliers, spécialistes et généralistes. "C'est une vocation majeure de l'Université qui, au cours de la

formation initiale de l'étudiant, le préparera à assurer sa formation permanente. Par effet retour, l'analyse des besoins de la formation médicale continue permettra d'améliorer la formation initiale".(43)

En pratique : Les associations font le plus souvent appel à des universitaires pour la réalisation de leur programme. Cependant, du conférencier auquel il est laissé le choix de ses objectifs et de ses méthodes, il est souhaitable que l'universitaire invité devienne un expert participant avec les praticiens à l'identification des besoins et insérant ses interventions dans une pédagogie active animée par un responsable de l'association. L'Université poursuit un certain nombre d'actions qui lui sont propres, en vue d'assurer sa mission de diffusion des innovations scientifiques et techniques. Les Conseils régionaux de FMC et leurs Commissions pédagogiques coordonnent ces initiatives, élaborent des actions communes, et étudient les problèmes posés par l'harmonisation de la Formation Initiale (FI) et de la Formation Continue ainsi que la participation des praticiens à la FI.

3.3. Avec L'Ordre.

Créée en 1945, l'institution de l'Ordre des Médecins gère un service d'intérêt général. Elle a un **triple rôle** administratif, disciplinaire et d'entraide professionnelle.

En ce qui concerne la FMC: Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles.⁷

En 1966, une association loi 1901 (**Annexe 1**) a été créée pour l'enseignement médical continu télévisé, financée par le Conseil National de l'Ordre, le fonds de promotion sociale et les ministères de l'Education et de la Santé. Cet EPU télévisé, dont le grand animateur était le Pr. Léger, a existé durant vingt ans (deux Mardis et deux Vendredis par mois au début, puis chaque Dimanche matin). Si discutées qu'ont pu être ces émissions, elles ont été de haute qualité, créées à une époque où la loi sur la Formation Continue n'avait pas encore été votée, témoignant ainsi bien avant l'heure de l'intérêt que le Conseil de l'Ordre portait au perfectionnement des médecins et d'une certaine façon montrait que parfois le conseil de l'ordre peut être en avance sur son époque !

Ceci pour insister sur le fait que l'ordre n'était pas indifférent à la FMC, du moins en 1966 et qu'au contraire, il voulait s'investir.

La position de l'Ordre n'est donc pas ambiguë. Un éditorial du président Bernard GLORION dans le bulletin de l'Ordre des Médecins de février 1995 explique bien cette exigence : "la compétence du médecin ne résiste pas au progrès et elle ne peut se fonder que sur le concept de la formation permanente. Le débat sur son caractère obligatoire est dépassé, car elle s'impose comme une

⁷ Code de déontologie médicale., Article 11.

évidence et doit faire partie intégrante de toute activité médicale du début à la fin de la carrière, quelle que soit la fonction ou la spécialité".

Actuellement, l'Ordre National des médecins:

- siège au Conseil National de FMC (CNFMC)
- désigne des personnalités au Comité d'Experts auprès du CNFMC.
- doit viser les conventions passées dans le cadre d'actions de FMC réalisées en partenariat avec l'industrie pharmaceutique.
- forme des médecins à la déontologie.

3.4. Relation Avec les Syndicats Médicaux.

3.4.1. Rappelons les syndicats représentatifs :

- **CSMF** : Confédération des Syndicats Médicaux Français.
- **FMF** : Fédération des Médecins de France.
- **MG France** : Fédération française des Médecins Généralistes.
- **SML** : Syndicat des Médecins Libéraux.
- **UCCSF** : Union Collégiale des Chirurgiens et Spécialistes Français.

3.4.2. Rappels historiques

En 1980, un accord est passé entre la CSMF, la FMF et l'UNAFORMEC sous la forme d'une convention.

En 1981, les syndicats médicaux témoignent de leur intérêt pour la FMC et, avec l'UNAFORMEC, mais sans l'Université, créent un Comité National

présidé par Pierre Gallois (Praticien hospitalier) ainsi qu'un **Fonds d'Assurance Formation** (FAF).

A partir de 1989, la Convention (Syndicats – Caisse d'Assurance Maladie) met en place un nouveau système de formation (type séminaires de 48 heures) financé par les Caisses, avec indemnisation des participants (15 consultations par jour de formation), géré par un FAF uniquement syndical. Il est néanmoins prévu un avis technique émanant d'un "Comité National de FMC" élargi avec participation de l'Université et de l'Ordre, dont résulte la notion de quadripartisme : l'Ordre National des Médecins, les Syndicats Médicaux, l'UNAFORMEC (représentant les associations FMC des praticiens libéraux), l'Université (représentée par la Conférence des Doyens et l'Association des Responsables Universitaires de FMC). La présidence du Comité est en principe tournante par des mandats de 3 ans. Le premier président en a été Louis René, Président de l'Ordre, puis Jacques Beaupère au titre des Syndicats.

Tout en restant consultatif le Comité National prend de plus en plus d'importance : il élabore annuellement la liste des thèmes proposés pour des actions soumises au régime de la convention, il s'adjoit un Comité d'Experts chargé essentiellement d'évaluer les projets d'action, mais qui a aussi en perspective l'évaluation des actions. Le Comité National contribue à la définition d'une véritable politique de formation continue. L'organisation quadripartite se révèle particulièrement utile pour que des propositions concertées puissent être présentées aux pouvoirs publics.

Pour affirmer cette intention, cette structure prend en **1995** le nom de "Conseil National de FMC" en attendant une reconnaissance officielle. Celle-ci arrivera en 1996 avec l'Ordonnance Juppé et son Décret d'application du 5 décembre 1996.

3.4.3. Les syndicats et la FMC

On citera essentiellement :

➤ **MG-FORM**

C'est une **Association loi 1901 créée en 1989** par le syndicat MG France reconnu comme organisme formateur.

Elle propose une FMC indemnisée dans le cadre de la FCP.

L'association est présente sur le plan national et régional.

Depuis peu, MGForm propose également un **Bilan de Compétence**, une démarche **d'auto évaluation accompagnée**, reposant sur 3 principes de base :

- Une Confidentialité des résultats.
- Un Caractère non sanctionnant.
- Une Démarche volontaire.

MG-FORM est également présente sur le Net. (voir p.272)

➤ **FORMUNOF**

FORMUNOF est l'association de Formation Médicale Continue de l'**UNOF** : Union Nationale des **Omnipraticiens Français**.

L'**U.N.O.F.** (Union Nationale des Omnipraticiens Français) est le syndicat des Médecins de Famille de la **Confédération des Syndicats Médicaux Français (C.S.M.F)**.

FORMUNOF, présente sur le Net. (voir p.271)

Fondée en 1993, FORMUNOF propose :

- Une politique de formation initiale des médecins de famille,
- des réunions, séminaires, congrès,

- des documents écrits ou audiovisuels utiles à la formation initiale et continue des médecins de famille,
- des actions d'évaluation de la formation, des stratégies et pratiques médicales, des structures de distributions des soins,
- la mise en place des structures nécessaires à la réalisation des bilans de compétence.

➤ L'A.C.F.M.

L'A.C.F.M.(Association Confédérale pour la Formation Médicale) s'est créée en 1983 pour assurer la formation continue des médecins généralistes et spécialistes. Créée par la CSMF, L'Union Nationale des Omnipraticiens Français et L'Union Nationale des Médecins Spécialistes Confédérés

L'ACFM est constituée :

- d'un Conseil d'administration,
- d'une trentaine de chargés de dossiers généralistes et spécialistes répartis dans toute la France qui conçoivent avec leurs équipes les programmes pédagogiques,
- des délégations régionales structurées qui relayent les actions nationales, répondent aux appels d'offres régionaux et animent leurs actions de formation en utilisant les procédures mises en place par l'ACFM nationale avec au moins un délégué pour chaque région.

Depuis quelques années, elle a investi le champs plus large de la formation scientifique et professionnelle et notamment en informatique, en anglais médical.

L'ACFM a obtenu du FAF PM une bourse d'étude pour la création d'un outil d'auto évaluation des besoins de formation qui a été présenté au 2^{ème} congrès de médecine générale à Biarritz le 31 mars 2001.

Présente sur le Net.(voir p.271)

➤ L'A.F.M.L

C'est l'Association de **Formation Médicale Continue** du SML.

L'Association pour la Formation des Médecins Libéraux a été **créée en 1990**. Son champ d'action est national, et recouvre tous les domaines de la formation médicale continue. Reconnue par le ministère de la Santé (arrêté du 12 décembre 1996) et le Conseil National de FMC.(**Annexe 9**)

3.5. Les caisses de sécurité sociale

Il existe trois Caisses nationales:

- **la CNAMTS** (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés).
- **la MSA** (Mutualité Sociale Agricole).
- **la CANAM** (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des professions indépendantes).

Elles interviennent dans le financement de la FMC (120 millions de francs).

Actuellement :

- ⇒ elles versent chaque mois au FAF, au titre de la contribution conventionnelle, 1,60 pour mille de la masse des honoraires opposables perçus par les médecins,
- ⇒ elles gèrent exclusivement l'indemnisation (1,85 pour mille de la masse des honoraires opposables), qu'elles versent forfaitairement aux médecins qui suivent les actions agréées.

Elles considèrent la FMC des praticiens avec intérêt, parce qu'une meilleure formation amène à mieux soigner (qui s'en plaindrait ?) c'est-à-dire à utiliser des moyens plus adaptés donc éventuellement plus économiques, ce qui rejoint le code de déontologie. La FMC pourrait également limiter le nombre des prescripteurs, ce que certains prétendent être une deuxième source d'économie. Leur rôle se traduit surtout à **travers la Convention**. Les nouvelles dispositions (**Arrêtés du 28 mars 1997 pour la création du CPNFM et des CPRFMC, Commissions Paritaires de FMC respectivement Nationale et Régionales, (Annexe 12)**) amènent à pouvoir financer des actions dont les thèmes sont choisis parmi ceux sélectionnés par le CNFMC. On note ainsi la création de structures nationales et régionales chargées de cette sélection supplémentaire mais depuis 1997, cette formation conventionnelle n'a jamais pu se mettre en place, faute d'accord et il aura fallu attendre 6 ans pour qu'une nouvelle FPC se mette en place, avec une participation intensifiée des caisses dans la gestion, en relation avec l'OGC.(Organisme Gestionnaire conventionnel, voir p.111 et la Formation professionnelle Conventionnelle)

3.6. Les Unions Professionnelles

3.6.1. Présentation

Les Unions ont été créées par **la loi du 4 janvier 1993** dans son article 5 (**Annexe 13**). L'article 8 indique qu'elles doivent participer à "l'information et la formation des médecins et des usagers". Elles ont donc, dans leur mission, une compétence dans la **formation initiale et dans la formation continue**. A ce titre, elles figurent dans la composition du CNFMC et des CRFMC, et régionalement doivent collaborer avec ces derniers pour faire procéder à l'évaluation de l'impact des actions sur la pratique médicale. Un rôle naturel serait qu'elles puissent communiquer aux facultés l'état des besoins en formation

des professionnels libéraux aussi bien dans le domaine de la formation initiale que continue ; elles joueraient ainsi une fonction d'interface bienvenue avec les milieux professionnels.

Mise en place le 16 juin 1994, suite à la loi 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'Assurance Maladie, l'**Union Régionale des Médecins Libéraux de Lorraine (URML)** est régie par le décret 93-1302 du 14/12/1993, modifié par le décret 97-316 du 8 avril 1997.

(Annexe 13bis)

L'ensemble des médecins libéraux des quatre départements de la région Lorraine a élu 40 représentants pour siéger à l'Union Régionale des médecins libéraux de Lorraine.

3.6.2. Les missions de l'URML

Les missions de par la loi : contribution à l'amélioration du système de santé et à la promotion de la qualité des soins :

- ⇒ Analyse et étude relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie ainsi qu'à l'évaluation des besoins médicaux ;
- ⇒ Evaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins ;
- ⇒ Organisation et régulation du système de santé ;
- ⇒ Prévention et actions de santé publique ;
- ⇒ Coordination avec les autres professionnels de santé ;
- ⇒ Information et formation des médecins et des usagers.

Les missions fixées par le décret : il reprend les mêmes missions inscrites dans la loi en insistant sur trois domaines particuliers :

- ⇒ Analyse et études relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie ainsi qu'à l'évaluation des besoins médicaux ;
- ⇒ coordination avec les autres professionnels de santé ;
- ⇒ information et formation des médecins et des usagers.

Les missions fixées par les Ordonnances :

Les Ordonnances du 24 avril 1996 introduisent des nouvelles missions et des nouveaux partenariats avec différentes institutions :

- ⇒ Les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) ;
- ⇒ L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé (ANAES) ;
- ⇒ Le Comité Médical Régional (CMR (article L-315-3)) ;
- ⇒ Le Conseil National de Formation Médicale Continue (CNFMC) ;
- ⇒ Le Conseil Régional de FMC (CRFMC).

3.6.3. Composition

L'assemblée est composée de 40 membres élus pour 6 ans :

- ⇒ 20 élus généralistes et 20 élus spécialistes.

L'Assemblée établit un règlement intérieur, adopté à la majorité des 2/3, qui fixe notamment des règles de fonctionnement de l'Assemblée et du Bureau, la fréquence des réunions de l'Assemblée et du Bureau, le cas échéant, l'organisation des services ainsi que la nature et le nombre des emplois permanents et les conditions dans lesquelles l'Assemblée de l'Union peut donner délégation aux membres du Bureau.

Le Bureau : élu pour trois ans par l'Assemblée en son sein à la majorité absolue pour les deux premiers tours, à la majorité relative au 3ème.

4. LES ENGAGEMENTS DES FIRMES PHARMACEUTIQUES DANS LA FMC.

4.1. L'intérêt financier des firmes pharmaceutiques

L'industrie pharmaceutique a toujours tenu une place importante dans le financement de la FMC. Alain BERNADOU a cité les chiffres suivants qui permettent de réfléchir sur les enjeux financiers de la FMC : chaque année le **budget de la FMC** en France est de 20 millions de Francs pour les associations, 200 millions de Francs pour la FMC conventionnée, et... 2 milliards de Francs pour l'industrie ! On estime également qu'une FMC obligatoire et étendue à tous les médecins français représenterait un budget de 1,5 milliards de Francs, ce qui rejoint le chiffre précédent. (17)

Depuis longtemps, l'Industrie Pharmaceutique et l'Industrie de la Santé en général, ont investi activement dans la FMC. En France, le chiffre d'affaires de l'Industrie Pharmaceutique est de 100 milliards par an **dont 20% environ sont consacrés aux actions de promotion.**

Elle est considérée comme un élément important de la formation continue des médecins. Elle apporte en effet une information, par l'intermédiaire des visiteurs médicaux, et de la publicité directe ou indirecte, en particulier dans la presse médicale. L'information, en provenance de l'industrie, parfois de qualité, ne peut cependant être considérée comme de la formation, dans la mesure où il est pratiquement impossible de séparer le message promotionnel du message de formation.

L'industrie participe par ailleurs à de nombreux congrès et actions de formation, soit en apportant une aide financière, soit plus ou moins directement,

comme organisatrice et réalisatrice. La distinction entre publicité, information et formation, et les conditions de réalisation de l'indépendance de la formation, ont fait l'objet de nombreuses réflexions et propositions depuis 20 ans.

Les industriels en attendent normalement des retombées promotionnelles, les médecins une aide matérielle pour la mise en œuvre de leur formation. A l'inverse, les pouvoirs publics redoutent les effets sur la prescription et le coût des soins, et l'on peut craindre l'influence sur l'indépendance de la formation et les messages délivrés.

Le Code de Santé Publique (Article L. 365-1), organise les relations avec l'Industrie pharmaceutique, et en définit des limites. C'est la **loi « anti cadeaux »**. (Annexe 14). Tout a commencé par un texte de loi de décembre 1993 : **l'article L 365-1** du code de la santé publique pose comme principe l'interdiction de la relation médecin-industrie, c'est-à-dire de tout don en nature ou en espèces... **Sauf dans deux cas** : lorsqu'il existe une convention de recherche ou d'évaluation scientifique (étude) entre une entreprise et un médecin. Et lorsque l'hospitalité est offerte dans le cadre d'une manifestation à but exclusivement professionnel et scientifique (en général, pour la FMC).

En effet, il précise : « il est interdit le fait, pour les membres des professions médicales, de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ».

Des exceptions sont pourtant prévues lorsqu'il s'agit d'activités de recherches ou d'évaluation, de manifestations de promotion ou lors de manifestations à caractère exclusivement professionnel et scientifique. La condition étant qu'elles doivent être soumises pour avis au conseil départemental de l'ordre compétent, avant leur mise en application. **Le Projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, devrait apporter un renforcement sur le dispositif « anti-cadeaux » en**

sanctionnant désormais pénalement les entreprises qui proposent des avantages indus aux professionnels de santé alors qu'actuellement seuls ces derniers peuvent être sanctionnés (il s'agit de rectifier une omission dans la législation actuelle). Par ailleurs, l'entreprise est désormais tenue de **transmettre l'avis de l'Ordre au professionnel concerné** si celui-ci est défavorable ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent. Le professionnel sera ainsi en mesure d'apprécier si les avantages en question sont conformes aux règles fixées par la loi.

De plus, ces dispositions sont étendues aux membres des commissions consultatives placées auprès du ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale et auprès des agences de sécurité sanitaire.

4.2. Les actions utilisées par l'industrie pharmaceutique

4.2.1. La visite médicale

Les délégués médicaux sont actuellement au nombre de **17 000** en France. Ils représentent 80% de l'investissement financier de l'industrie dans la communication avec les médecins. Un effort est d'ailleurs réalisé pour réduire ces frais de promotion en diminuant notamment le nombre des délégués.

L'impact de ces actions de FMC industrielles est indéniable sur les comportements médicaux. Le rôle des délégués médicaux est bien démontré tant au niveau des généralistes que des spécialistes. Le délégué médical est reconnu comme un acteur important de FMC par 73% des médecins généralistes⁸.

Aux USA, un tiers des résidents modifient leur prescription à la suite d'une visite de délégué médical⁹.

⁸ Cah. Socio. Demo. Méd. 1933, 33, 217 - 248.

⁹ Arch. Int. Méd. 1992, 152, 1009-1013

4.2.2. L'organisation ou la « sponsorship ».

L'industrie pharmaceutique, qu'on le veuille ou non, tient une place primordiale dans l'organisation et le financement de la FMC associative. On peut plaider pour une FMC indépendante ou « noble » mais on ne peut pas nier l'importance et le rôle de l'industrie pharmaceutique.

Certaines associations vont même jusqu'à inclure des délégués médicaux au sein même de l'organigramme de l'association ! L'@fmc36 de Chateauroux, par exemple, et elle s'en défend de façon honnête : « Que vient faire un délégué médical au sein d'une Association de FMC ? Certains diront que nous ne sommes pas indépendants, que nous sommes à la botte de l'industrie pharmaceutique. Qu'importe. Tout ceci n'est que bavardage inutile et balivernes en tout genre. Comment faire vivre une FMC, fédératrice, coûteuse, sans faire intervenir le nerf de la guerre par la présence de l'industrie pharmaceutique ? Les cotisations des seuls médecins ne pourraient suffire, ou bien seraient beaucoup trop conséquentes. C'est la raison pour laquelle les délégués médicaux sont représentés au sein de l'@fmc36. ».¹⁰

Ce sont des relations complexes parfois ambiguës. D'un côté l'argent de l'industriel apparaît souvent comme indispensable pour mettre en place des actions de FMC, de l'autre côté, le souci justifié de l'industriel de rentabiliser son investissement fait craindre que l'intérêt du patient ne soit pas toujours l'objectif prioritaire. La médecine échappant par nature à la régulation économique libérale du marché, l'industriel peut parfois apparaître entre le médecin et le patient comme un troisième partenaire bénéfique ou dangereux. Le récent

¹⁰ Site de l'@fmc36, URL: <http://www.afmc36.org/>

rapport ZARIFIAN¹¹ souligne cette liaison délicate entre médecine et industrie. Une grande rigueur est donc nécessaire dans ces rapports entre industriels et médecins.

La DMOS¹² « **anti-cadeaux** » du 27/01/1993 (Annexe 13) fixe certaines limites à ces relations en rappelant que le médecin ne peut tirer aucun avantage financier personnel dans ses rapports avec le monde industriel. Les associations et notamment l'UNAFORMEC explorent la voie de "contrat type" avec l'industrie permettant de définir un cadre pour ses interventions FMC. Interventions diverses, allant :

- ⇒ Des congrès,
- ⇒ Des séminaires sur un week-end ,
- ⇒ des journées,
- ⇒ des colloques,
- ⇒ de simple « soirées labos ».

L'industrie joue donc un rôle financier majeur dans la FMC telle qu'elle est actuellement organisée en France. Ce rôle ne se maintiendra dans le nouveau paysage des Ordonnances d'avril 1996 que s'il y a une exigence de transparence financière et de qualité pédagogique à la base du contrat liant médecins et industriels et ceci dans le respect prioritaire de l'intérêt du patient et d'une maîtrise raisonnable des dépenses de santé.

4.2.3. Informations où « propagandes » ?

C'est bien évidemment via la presse médicale par l'intermédiaire du budget publicité dans les revues médicales ou l'édition d'ouvrages ou encore les

¹¹ Zarifian E. Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France. Rapport au Ministre de la santé 1996.

¹² Diverses Mesures d'Ordre Social

journaux proposés à l'industrie. De la simple « fiche posologie » jusqu'à l'ouvrage relatant une pathologie dans ses moindres détails avec une place importante à la thérapeutique, et pour cause.

4.2.4. Une véritable FMC industrielle ?

Il n'y a pas de chiffres absolument formels concernant cette FMC industrielle. Chaque entreprise garde une certaine discrétion sur sa stratégie de FMC, chacune tente de développer une action originale notamment au niveau de l'image de mécène ou partenaire qu'elle essaie de promouvoir.

On peut citer :

- ⇒ Sandoz qui organise un «European Course in pharmaceutical Medicine» dans 3 Universités : Bâle, Fribourg, Strasbourg qui délivrent un diplôme¹³.
- ⇒ L'Institut Smith Kline Beecham qui intervient dans la FMC des généralistes.
- ⇒ L'Institut Lilly qui sponsorise un Prix de FMC : le Prix Lilly, dont l'objectif est de Promouvoir l'innovation, la créativité dans la Formation Médicale Continue et récompenser des associations ou des individus ayant réalisé des actions de qualité dans le domaine de la **formation médicale continue**. Cette initiative est assez valorisante pour le corps organisateurs d'actions FMC et peut-être vecteur d'une certaine motivation.
Les prix de 1000 Euros à 10000 Euros avec notamment un prix National.
- ⇒ Glaxo. Ce laboratoire organise les conférences Ciscoh (Conférences interdisciplinaires de soins complémentaires en oncohématologie).
- ⇒ Servier qui a adressé des fonds de formation au FAF.
- ⇒ M.S.D pour son partenariat avec l'école de Riom.
- ⇒ Pfizer, pour son action hospitalière.

¹³ Europ. J. Clin. Research 1994, 6, 253 -259

CHAPITRE II : LES AUTRES FORMES DE FMC

1. FMC UNIVERSITAIRE.

1.1. Sur le plan national

1.1.1. L'A.N.R.U. FMC

⇒ Historique :

En 1977, à Tours se tient la première réunion des Responsables Universitaires de FMC, (premiers balbutiements de notre future association "FMC-Université"). On y vote les résolutions suivantes :

- Désignation dans chaque Faculté d'un **responsable de la formation médicale continue** avec création d'une commission locale ou régionale permanente,
- Création d'un **secrétariat national des Responsables Universitaires de F.M.C.**

La même année, la nécessité d'une concertation conduit aux premières réunions de structures paritaires Faculté - Associations ; elles reconnaissent leur mutuelle responsabilité dans l'organisation de la formation médicale continue.

Dès 1978, un texte commun a été élaboré, précisant les rôles respectifs et les modalités de concertation : la Profession et, de façon privilégiée, les associations, ont la responsabilité de la mise en place de la FMC; les CHU, lieux privilégiés du développement des sciences et des techniques, ont pour mission d'en assurer la diffusion. Des structures de concertation ont été mises en place.

Ce sont les **Conseils Régionaux de FMC**, créés initialement sur initiative conjointe des U.E.R de Médecine et des fédérations régionales de FMC.

Toutes les régions françaises ont mis en place ces Conseils qui, progressivement, sont devenus des éléments essentiels de la politique professionnelle dans le cadre de la régionalisation.

A partir de 1978 un groupe de travail **UNIVERSITE - UNAFORMEC** se constitue sous l'égide du Ministre des Universités avec pour objectifs la participation du généraliste à la F.M.C., la préparation de l'étudiant à la formation continue, l'adoption de méthodes pédagogiques spécifiques et l'avènement de structures régionales de rencontre.

En 1980, est créée **L'A.N.R.U.F.M.C.** (Association Nationale des Responsables Universitaires de la Formation Médicale Continue, devenue ensuite FMC-Université) qui est une **association loi 1901**. (**Annexe 1**): désormais la place de l'Université dans la formation permanente des médecins vient d'être consacrée par le législateur, tant chez les libéraux que chez les hospitaliers.

Elle fonctionne en réseau avec l'ensemble des départements de formation médicale continue des facultés. **37 facultés** en font partie.

⇒ **Ses objectifs :**

- **Aider** au niveau de la communauté universitaire, à la sensibilisation, la réflexion et l'innovation en matière de FMC.
- **Coordonner** la participation universitaire pour la FMC, en particulier, aider à l'élaboration de la FMC au niveau national et interrégional par concertation des divers Centres Universitaires et des Associations de médecins (exemple : créations de DIU.).

- **Contribuer au développement des structures de FMC** et veiller à une bonne représentation universitaire aux divers échelons.
- **Faire le bilan global des actions universitaires** (bilan de 1990, plus de 1 million d'heures de formation).

⇒ **Fonctionnement :**

Chaque Faculté de Médecine de France est représentée au sein de cet organisme par son responsable de **Formation Médicale Continue (Département de Formation Médicale Continue)**.

Deux réunions générales sont organisées chaque année : une à Paris (en automne), l'autre en Province (au printemps).

⇒ **Organisation :**

Elle est dirigée par un bureau qui comprend six membres élus.

(Voir Statut de l'ANRU FMC en **Annexe 15**)

⇒ **Place de L'ANRU dans la FMC :**

- **Place au CNFMC** : La nouvelle composition du C.N.F.M.C. des libéraux implique la présence de **dix universitaires** dont au moins deux enseignants associés de médecine générale.
- Place dans les collèges d'experts.

1.1.2. La Conférence des doyens

Depuis très longtemps, la conférence des Doyens a montré son engagement dans le combat en faveur de la FMC. Sur le plan national les Facultés de Médecine sont représentées par l'Association Nationale des Responsables Universitaires de FMC.

1.2. Sur le plan régional

1.2.1. Le Département de FMC

Il s'agit d'un secteur spécialisé de la Faculté avec un responsable et dont le fonctionnement obéit au règlement intérieur de la Faculté.

⇒ Principes et objectifs :

Chaque Faculté de Médecine a son activité de formation continue. Elle doit donc se doter d'un "département" de FMC.

L'objectif général de cette structure, créée par décision du conseil de Faculté, **est triple :**

- **répondre aux missions de formation continue** dans le domaine des sciences de la vie et de la santé, telles que définies par la loi :

✓ loi numéro 84-52 du 26 janvier 1984 :

Article 4 : Les missions du service public de l'enseignement supérieur sont :

- la formation initiale et continue ;
- la recherche scientifique et technologique ainsi que la valorisation de ses résultats ;
- la diffusion de la culture et l'information scientifique et technique ;
- la coopération internationale.

✓ décret numéro 85-1118 du 18 octobre 1985, et rendu obligatoire par l'Ordonnance numéro 96-345 du 24 avril 1996 (Annexe 7)

- être **l'interlocuteur institutionnel universitaire auprès des instances locales et régionales de formation médicale continue**, tels que unions professionnelles, conseils régionaux de FMC, etc...;
- être **le correspondant local du réseau universitaire FMC-Université.**

⇒ **Ses Missions :**

➤ **Mission de formation** : elle s'adresse :

- à l'ensemble de la profession médicale quel que soit son mode d'exercice ;
- à l'ensemble des professions paramédicales quel que soit leur mode d'exercice. Il faut souligner que la formation continue s'exerce aussi à l'intérieur du CHU.

C'est une Mission de formation médicale afin d'assurer la mise à jour de l'expertise professionnelle dans des domaines d'intérêt communautaire : la formation destinée aux médecins prenant la garde des urgences médicales en est le meilleur exemple ; ces actions doivent s'insérer dans le plan de formation continue du personnel médical élaboré par la CME d'autre part dans le domaine paramédical, destinée aux personnels hospitaliers non médicaux dans le cadre de relations conventionnelles entre le département et la sous direction de la Formation Continue de la direction des ressources humaines du CHU. Il y a là un intérêt évident en matière de formation permanente du personnel paramédical (et également un intérêt financier notable pour les deux partenaires).

- à toutes les personnes concernées par les sciences de la vie, notamment les enseignants de sciences naturelles du secondaire.

➤ **Mission de formation et d'assistance pédagogique** :

Elle s'adresse aux membres du département qui s'investissent dans la formation continue. Elle intègre les acquis des connaissances actuelles de la pédagogie. Elle peut être menée en relation ou avec l'aide du service universitaire de formation des formateurs (SUFF) de l'université.

Le département assure un rôle de conseil dans l'élaboration des projets, et des procédures de validation et d'agrément des actions de FMC dans le cadre conventionnel. En outre, il fournit les moyens matériels adéquats aux formateurs (moyens audiovisuels et informatiques, télématiques, bibliothèque, mannequins, recueils de données ...).

➤ **Mission d'évaluation et de recherche pédagogique :**

La détermination des besoins, l'évaluation des actions par rapport aux objectifs fixés, et toute mesure permettant l'amélioration des actions de formation sont également du ressort du département.

⇒ **La composition du département :**

L'ensemble des hospitalo-universitaires, titulaires et contractuels, est par définition membre du département. Sa composition ne peut cependant se limiter là. Les objectifs de formation dépassent largement le groupe des hospitalo-universitaires, il concerne aussi les autres médecins hospitaliers et tous les professionnels de la santé de la région de l'Etablissement. Il est donc normal que tous ces professionnels soient représentés dans la structure. Par ailleurs, l'enseignement dans sa réalisation doit lui aussi être largement ouvert aux professionnels de qualité qui entourent les universitaires. Il faut donc susciter des vocations d'enseignants et favoriser le rôle collectif des médecins ou autres professionnels concernés.

⇒ Nature des rapports avec les départements de médecine générale :

Ce qui rapproche les **départements de FMC** et de **médecine générale** :

- Un objectif de la FMC doit être aussi de contribuer à développer la compétence des enseignants de Médecine Générale en FMC.
- Le 3ème cycle de Médecine Générale prépare à la FMC.
- Les enseignants sont souvent communs entre les deux départements de FMC et de médecine générale. Les médecins généralistes enseignants et les maîtres de stages sont recrutés parmi les formateurs en FMC ou le deviennent ; les responsables universitaires du 3ème cycle de Médecine Générale sont souvent en charge de la FMC dans leur Faculté ou l'ont été ; les enseignants universitaires du 3ème Cycle de Médecine Générale sont le plus souvent actifs dans la FMC.
- Les méthodes pédagogiques et la formation des Médecins Généralistes Enseignants ou des Formateurs en FMC sont identiques.
- Les structures administratives sont fréquemment partagées (tant dans les locaux que dans les équipes).

1.2.2. Les actions régionales : la FMC dans et autour de la faculté

Les objectifs de FMC s'intègrent nécessairement dans une optique d'amélioration des problèmes de santé publique de chaque région dont les données sont fournies par les Observatoires Régionaux de Santé, et les indices des CHU, et s'orientent suivant les axes prioritaires donnés par les Conférences Régionales et Nationales de la Santé. Dans cette optique, il semble très intéressant de faire collaborer les Facultés de Médecine au sein d'une même région administrative, ou dans des régions contiguës.

Cette collaboration associant les enseignants experts de diverses facultés d'une part, et les professionnels de santé des régions impliquées d'autre part, peut avoir pour aboutissement :

- l'harmonisation des programmes et actions de FMC sur des objectifs communs (chacun restant libre de son organisation);
- le développement de l'expertise professionnelle dans ces domaines par l'échange d'expériences ;
- le développement de réseaux de soins qui devraient être le prolongement naturel de toute action de formation continue ;
- l'évaluation de la modification des pratiques professionnelles et surtout de leur résultat en terme de coût et de santé publique; on citera à titre d'exemple la **campagne "Bien naître en Lorraine" et ses effets sur la mortalité périnatale dans cette région** ;
- l'émergence de collaborations dans la conception et la réalisation de protocoles de recherche clinique, incluant éventuellement des réseaux de libéraux ;
- la possibilité de préparer des actions dans des spécialités ou des domaines, comme la formation à la pédagogie, où les possibilités locales sont limitées ou insuffisantes.

L'objectif final est de **décloisonner la faculté**. Décloisonner par rapport aux institutions, et particulièrement les Unions Professionnelles, les associations, les hôpitaux.

Décloisonner aussi les facultés les unes par rapport aux autres, de multiplier leurs potentiels individuels par la collaboration des hommes, voire la mise en commun de certains moyens matériels, de façon soit alternée soit partagée. La création des agences régionales de santé prévue par les

Ordonnances du 24 avril 1996 (Annexe 7) plaide en faveur de ces collaborations.

Deux exemples en Lorraine pour bien illustrer, d'une part le partenariat avec les associations de FMC et les médecins généralistes, avec la **Semaine Médicale de Lorraine**, d'autre part le décroisement de la Faculté, c'est l'exemple des **Journées d'Actualité Thérapeutique**.

➤ La semaine Médicale de Lorraine

⇒ Présentation :



C'est la grande manifestation et le **fleuron de la Formation Médicale Continue de la Lorraine** à travers la Francophonie. **Depuis 35 ans qu'elle existe, elle n'a cessé de se faire connaître et chaque année, attire de plus en plus de médecins, généralistes, spécialistes.**

Au delà de la qualité des thèmes traités, **le succès de la Semaine Médicale vient surtout de la parfaite collaboration des différents professionnels de santé** qui, au fil des années, ont montré une fois de plus qu'en s'associant, on est plus fort...

Organisée avant tout par le Département de Formation Permanente de la Faculté de médecine de Nancy, on notera la présence de quasiment tous les professionnels de la FMC en Lorraine !

***L* a Semaine Médicale de Lorraine**

est organisée par :

- le Département de Formation Permanente de la Faculté de Médecine de Nancy (Université Henri Poincaré, Nancy 1)

en collaboration avec :

- le CHU de Nancy
- le Centre Alexis Vautrin de Nancy
- le Centre de Médecine Préventive de Nancy
- le Département Universitaire de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Nancy
- l'Association des Anciens Étudiants de la Faculté de Médecine de Nancy
- l'Institut Lorrain de Formation Médicale de Lorraine
- le Conseil Régional de Formation Médicale Continue de Lorraine
- la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM)
- le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de Lorraine
- le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Meurthe et Moselle
- le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Moselle
- le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Meuse
- le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins des Vosges
- les Unions Professionnelles des Médecins Libéraux de Lorraine
- la Fédération Régionale des Associations de FMC de Lorraine (LORFORMEC)
- l'Association Médicale de Perfectionnement Post-Universitaire de Meurthe et Moselle (AMPPU 54)
- l'Association Médicale Meusienne de Formation Continue (AMMFC)
- l'Association Médicale de Moselle de Perfectionnement Post-Universitaire (AMMPPU 57)
- l'Association Médicale Vosgienne de Perfectionnement Post-Universitaire (AMVPPU 88)
- l'Association des Médecins Généralistes Enseignants de la région Lorraine (AMGERL)
- la Société de Médecine de Nancy
- l'Institut de Médecine du Travail de Lorraine
- l'Association des Médecins Scolaires
- l'Association des Médecins du Sport de Lorraine
- l'Association des Médecins Biologistes de Lorraine
- l'Association des Médecins de Départements d'Information Médicale de Lorraine
- le Collège des Internistes Lorrains
- l'Association des Visiteurs Médicaux de Lorraine
- l'Association pour la Formation Permanente en Radiologie
- la Formation Médicale Continue des Hôpitaux Privés de Lorraine

⇒ En pratique

- Un Comité d'organisation est chargé de choisir les thèmes rassemblés depuis une année, selon les souhaits exprimés soit l'année précédente, soit en cours d'année et aussi, des thèmes d'actualités selon les préoccupations des médecins :

Comité d'organisation de la Semaine Médicale de Lorraine

Mesdames, Messieurs, Professeurs et Docteurs

A.M. ADAM, J.L. ADAM, G. ALIN,
J.L. AMBARD, J.L. BALTHAZARD,
A. BARBAUD, P.E. BOLLAERT,
J.L. BOUTROY, B. BOYER, C. CHERRIER,
Th. CONROY, D. EIDESHEIM, F. FELDEN,
B. FOLIGUET, L. FRANCO,
J.P. GRILLIAT, J.L. GUEANT, J.M. HEID,
D. HESTIN, P. KAMINSKY, Ch. KOHLER,
F. KOHLER, R. MACHIN, A. QUINTO,
J. LAURENT, P. LUCQUIN, J.M. MARTY,
S. MANSION, A. PERNET, F. RAPHAEL,
M. SCHMITT, J.L. SCHMUTZ,
L. SIDO, L.P. TROMPETTE,
P. VERROUST, D. WAHL.

COORDINATEUR :
J.F. CHASSAGNE

RESPONSABLES de l'ORGANISATION :
H. VESPIGNANI
JD. de KORWIN

Réalisé par le Département de Formation
Permanente et avec la participation financière
des laboratoires **NOVARTIS PHARMA** et
SERVIER EUTHÉRAPIE.

Un Partenaire bien
présent : **l'industrie
pharmaceutique...**

- Par ailleurs, chaque participant est **TOTALEMENT libre** d'organiser sa Formation en choisissant lui-même les thèmes qui l'intéresse, sur une durée qui lui convient : un jour, voire la semaine complète.
- De plus, la Semaine Médicale propose un programme riche et varié, aussi bien en thèmes qu'en méthodes pédagogiques avec des ateliers, des conférences, des stages hospitaliers...

La Semaine Médicale de Lorraine est le plus bel exemple que nous puissions donner pour parler du **partenariat entre la Faculté et les associations de FMC**.

D'un côté, L'université, qui détient le savoir, qui possède la technologie, les outils, les différents intervenants et de l'autre, le monde associatif, qui apporte l'expérience du terrain et surtout les idées et oriente les thèmes qui préoccupent les médecins.

Cette année encore, la Semaine Médicale de Lorraine a tenu toutes ses promesses, tant sur la qualité des thèmes proposés, sur le choix, mais aussi sur le plan pédagogique avec notamment plus d'interactivité...mais on regrettera l'absence des nouveaux outils multimédia comme la visioconférence...

Néanmoins, prochainement, est prévu la mise sur Internet des conférences de la Semaine Médicale de Lorraine (plus de 30, pour le moment), actuellement en cours d'expérimentation.¹⁴

¹⁴ Sources : Pr. J.D.de Korwin, co-organisateur de la Semaine Médicale de lorraine

➤ Les Journées d'Actualités Thérapeutiques (JAT)

JOURNÉE D'ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES

*organisée par la Faculté de Médecine de Nancy
(Département de Formation Permanente)
La Fédération Lorraine des Associations de F.M.C. (LORFORMEC)
Les Associations Médicales de F.M.C. de Lorraine
La Société des Sciences Médicales du Grand Duché du Luxembourg
Association Luxembourgeoise de Formation Médicale Continue (ALFORMEC)*

PROGRAMME PROVISOIRE

BAR LE DUC :

9 juin 2001

Organisateurs : Pr D. WAHL - Dr L. LUCQUIN

METZ :

29 septembre 2001

Organisateurs : Pr J.D. de KORWIN - Dr N. STEYER

EPINAL :

27 octobre 2001

Organisateurs : Pr P. KAMINSKY - Dr J.M. HEID

LUXEMBOURG :

24 novembre 2001

Organisateur : Pr F. ZANNAD - Dr P. TABOURING

NANCY :

15 décembre 2001

Organisateurs : Pr F. PAILLE - Dr L. FRANCO

Autant la Semaine Médicale de Lorraine est entièrement centrée à la Faculté de Médecine et à l'hôpital, autant **les JAT ont pour vocation d'exporter la FMC...**

Organisée par la Faculté de Médecine de Nancy (Département de Formation Permanente) et les associations de F.M.C. de Lorraine, c'est encore un exemple d'ouverture de l'Université de par son département de Formation Permanente.

Partenariat avec ALFORMEC : la Société des Sciences du Grand Duché du Luxembourg.

A noter également le soucis géographique, 5 lieux différents pour élargir au mieux le champ d'action et permettre au maximum de praticiens de participer.

2. LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONVENTIONNELLE.(FPC)

2.1. Depuis l'Ordonnance "Juppé"

Parue au Journal officiel en décembre 1996, la réforme Juppé s'était mise en place tout au long de l'année 1997 : intronisation du Conseil National de la FMC (CNFMC) et des Conseils Régionaux (CRFMC), mise en place des groupes de travail, élaboration des statuts du nouveau FAF, etc. Le monde associatif, sur les starting-blocks, attendait les nouvelles règles du jeu.

(Le Décret No 97-933 du 13 octobre 1997 modifiant le décret no 96-1050 du 5 décembre 1996, **Annexe 8**).

Le 10 janvier 1998, le CNFMC transmet son rapport au ministre pour approbation. Pour toute réponse, le ministre, qui n'a toujours pas habilité le nouveau FAF en rejetant la faute sur les divisions syndicales, commande un audit de la FMC à l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales). Dans son rapport, produit le 30 mars 1998, l'IGAS ne remet pas en cause le dispositif Juppé ni le travail des commissions du CNFMC, et propose des solutions simples pour débloquer la situation.

Ce rapport ne fait l'objet d'aucun commentaire ni d'aucune décision ministérielle. En mai 1998, un recours en Conseil d'Etat abroge deux dispositions de l'Ordonnance Juppé, notamment celle concernant le financement des CRFMC par les URML.

En juillet 1998, Martine AUBRY annonce de nouvelles mesures législatives et distingue trois types de formation : professionnelle, scientifique et conventionnelle.

Dans la même période, l'**Arrêté du Conseil d'Etat du 3 juillet 1998** modifie le chapitre des Ordonnances de 1996 **portant sur le financement** de la FMC :

Au paragraphe III de l'article 3 et au paragraphe III de l'article 6 du décret n° 96-1050 du 5 décembre 1996 relatif à la formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral, les mots "**au vu de la somme allouée par le ministre chargé de la santé en application de l'article L 367-10 du code de la santé publique**" sont annulés.

Sont également annulés, au I de l'article 3 du même décret, les mots " parmi ceux de ses membres qui représentent les bénéficiaires de la formation continue".

En septembre 1998, le CNFMC des hospitaliers s'insurge et réclame à son tour un statut et des moyens. Idem pour les médecins salariés non hospitaliers, totalement oubliés dans les décrets. Ainsi se crée la coordination des trois structures nationales représentant les trois catégories de médecins concernés par l'obligation de FMC. En octobre 1998, les CRFMC exsangues s'organisent en coordination pour exprimer leur ras-le-bol. Pendant ce temps, M.G.-France négocie une nouvelle **convention généraliste dont le chapitre 6 crée la formation professionnelle conventionnelle (FPC)** et dont les fonds, à hauteur de 35 millions de francs, seraient gérés par un Organisme de Gestion Conventionnel (OGC).

En **Décembre 1998**, Martine AUBRY, dans un **Arrêté du 4 décembre** **approuve la convention des médecins généralistes.** (Annexe 16)

En **février 1999**, le Conseil d'Etat, sur un recours de la CSMF, **juge ce dispositif illégal et annule, entre autre, la totalité du chapitre 6 de la Convention.** Celle-ci sera réhabilitée par un amendement dans la même année redonnant de ce fait une base légale à la FPC avec une place importante donnée aux caisses d'assurance maladie.

- **Décret** no 99-940 du **12 novembre 1999** relatif au fonds d'aide à la qualité des soins de ville (**Annexe 17**).
- **Décret** No 99-1130 du **28 décembre 1999** relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'analyse de l'évolution des dépenses médicales (**Annexe 18**).

En résumé, les instances conventionnelles comprennent :

- ⇒ l'Organisme Gestionnaire Conventionnel (O.G.C.), **défini par le code de la sécurité sociale (Annexe 19)** dont le **décret du 25 août 2000** va définir exactement le statut, le fonctionnement et l'organisation de l'OGC (**Annexe 20**).
- ⇒ Le Comité Paritaire National de Formation Professionnelle Conventionnée (C.P.N.-F.P.C.) et les Comités Paritaires Régionaux de Formation Professionnelle Conventionnée (C.P.R.-F.P.C.), **défini par l'Arrêté du 28 mars 1997 (Annexe 11)**.
- ⇒ Le Conseil Scientifique National (C.S.N.) auprès du C.P.N.-F.P.C. et un Conseil Scientifique Régional (C.S.R.) auprès de chaque C.P.R.-F.P.C. (voir ci-dessous, p.111).

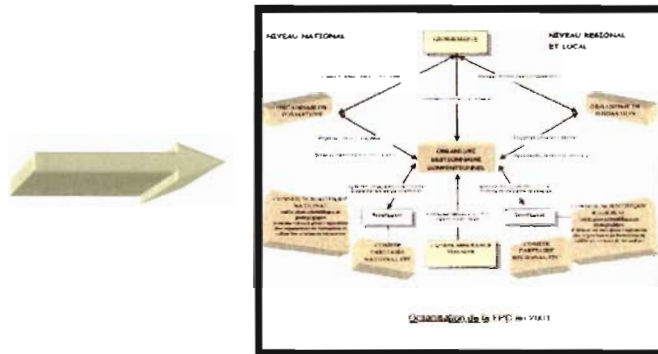
C'est **en octobre 2000** qu'enfin un texte a remis sur les rails de façon officielle et normalement contrôlée la FPC, **c'est l'avenant à la convention nationale des médecins généralistes du 26 novembre 1998 relatif à la formation professionnelle conventionnelle (Annexe 21)**.

Mise en place par la convention généraliste signée entre la Caisse Nationale d'Assurance-Maladie (CNAM) et le syndicat MG-France, la Formation Professionnelle Conventionnelle (FPC) doit maintenant trouver son application concrète sur le terrain, puisqu'elle s'adresse théoriquement à tous les

généralistes conventionnés et, en priorité, aux médecins référents (ceux qui ont décidé d'adhérer à l'option conventionnelle).

2.2. La nouvelle FPC, les nouvelles structures et leur rôle?

La FPC est organisée au niveau national et au niveau régional.(Schéma de la FPC en 2001, par le Dr P.Pierret, **Annexe 22**)



2.2.1. Les comités paritaires

⇒ **Au niveau national**, le pilotage général du dispositif est assuré par le comité paritaire national (CPN FPC) organisme paritaire rassemblant 4 représentants des médecins généralistes libéraux et 4 représentants des caisses d'assurance-maladie. Entre autres responsabilités, il définit les thèmes de formation, élabore le cahier des charges des appels d'offres, agréé les organismes de formations nationaux et agréé les projets d'action nationaux.

⇒ **Au niveau régional** le pilotage est assuré par le Comité Paritaire Régional (CPR FPC) composé comme le national. Il choisit les thèmes régionaux et agréé les projets d'action régionaux.

2.2.2. Les conseils scientifiques

Le Conseil Scientifique National (CSN FPC) est placé au niveau national près du CPN FPC , les Conseils Scientifiques Régionaux (CSR FPC) sont placés au niveau régional près des CPR FPC. Ils sont constitués de **9 membres, 3 médecins généralistes** sont désignés par la **Conférence Permanente de la Médecine Générale**, 3 médecins par **l'Université** dont **2 généralistes enseignants, 3 médecins généralistes désignés par les médecins conseils.**

Les conseils scientifiques assurent notamment la validation pédagogique et scientifique des projets d'action et l'évaluation des actions réalisées. Les critères de validation scientifique et pédagogique sont déterminés par le CSN et s'appliquent aux projets d'actions nationaux et régionaux.

2.2.3. L'organisme gestionnaire conventionnel (OGC)

C'est un **organisme paritaire** qui assure la gestion administrative et financière du dispositif.

Il lance les appels d'offres, et il est **l'UNIQUE CORRESPONDANT** des organismes de formation: il enregistre les projets de formations nationaux et loco-régionaux, les transmet aux comités paritaires et aux conseils scientifiques, assure les relations administratives et financières avec les organismes de formation, gère les indemnisations des participants.

2.3. Qui est concerné ?

La FPC est ouverte à tous les médecins généralistes ayant signé la convention spécifique à la médecine générale, y compris les remplaçants. Pour les médecins référents, la FPC constitue un des éléments clés de leurs

engagements : ils sont tenus de participer chaque année à au moins une action de formation professionnelle continue.

2.4. Comment s'effectue le financement des actions de formation?

Après notification de l'agrément de l'action par l'OGC, l'organisme de formation confirme par écrit la date de réalisation de l'action et demande un acompte de 50% du budget total, que l'OGC lui verse dans les 3 mois précédents la réalisation de l'action. Le solde est versé dans les 30 jours suivant la réception par l'OGC du dossier complet défini dans le cahier des charges.

2.4.1. Comment s'effectue l'indemnisation des médecins participants?

L'organisme de formation délivre à chaque médecin généraliste participant une **attestation de participation (Annexe 23)**. Cette attestation complétée et signée par le participant est adressée dans les deux semaines à l'Organisme Gestionnaire Conventionnel (OGC), qui verse l'indemnisation au médecin généraliste, sur la base de 15 C par jour. L'indemnisation est limitée à 4 journées de formation par an (6 pour les médecins référents).

2.4.2. A combien de journées de formation par an peuvent participer les médecins généralistes?

Il n'y a pas de limitation à la participation aux journées de formation. L'indemnisation versée par l'OGC est limitée à 4 journées par an et à 6 pour les médecins référents.

2.5. Circuit d'un projet de FPC

L'Organisme Gestionnaire Conventionnel (OGC) lance **l'appel d'offres** sur la base du cahier des charges arrêté par le Comité Paritaire National de Formation Professionnelle Conventionnelle. Les organismes de formation souhaitant soumissionner adressent à l'OGC leur dossier de demande d'agrément dûment complété et leur projet d'action, établi dans le respect des objectifs généraux de la FPC et des règles définies dans le cahier des charges.

L'OGC dresse un tableau exhaustif mentionnant les principales caractéristiques des projets des organismes nationaux qu'il transmet au Comité Paritaire National de Formation Professionnelle Conventionnelle, et **parallèlement une version anonyme** au Conseil Scientifique National. Il adresse à chaque CPR FPC concerné le tableau récapitulatif des projets des organismes régionaux et une version anonyme de chaque dossier pour le Conseil Scientifique Régional concerné.

L'OGC adresse au secrétariat du CPN FPC ou du CPR FPC concerné les projets d'action qui sont remis aux membres du conseil scientifique concerné pour validation scientifique et pédagogique. Parmi les actions validées, le CPN FPC pour les actions proposées par les organismes nationaux, et les CPR FPC pour les actions proposées par les organismes régionaux, agrément les actions qui seront financées, dans la limite des enveloppes budgétaires prédéterminées dans

le cahier des charges. La liste des projets agréés est transmise à l'OGC. L'OGC informe les organismes de formation de la liste des actions agréées et finance la réalisation de ces actions selon la procédure prévue au cahier des charges.

Une fois le projet réalisé, l'organisme prestataire adresse à l'OGC les pièces justificatives requises, aux fins de solder le financement de l'action ou du plan de formation.

L'attestation complétée et signée par le médecin est adressée à l'OGC dans un délai de **3 mois** après la date de l'action : elle conditionne le versement de l'indemnisation au participant (15 C par journée). **Les organismes de formation délivrent à chaque médecin référent ayant participé au module d'évaluation d'une action portant sur un thème prioritaire, une attestation indiquant s'il a satisfait ou non au module (Annexe 22).** Le projet fait l'objet d'une évaluation scientifique et pédagogique par le conseil scientifique compétent.

3. LES SOCIÉTÉS SAVANTES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Depuis la mise en place des démarches d'évaluation des pratiques médicales, nous avons constaté que différents groupes ou organisations de professionnels appelés " Sociétés savantes " prennent de plus en plus d'importance dans le paysage de la santé, que ce soit au niveau de l'ANAES ou au niveau de la Commission de Nomenclature.

3.1. Définition

Ce sont des groupes " dont les membres rendent compte de leurs travaux et recherches scientifiques ou érudites, ou en discutent "¹⁵.

Ce sont des " organisations fondées pour un travail commun ou une action commune " qui consistent à développer le champ disciplinaire dont relèvent les membres, par l'organisation de rencontres, de publications, d'interventions diverses appelées aussi sociétés scientifiques, voire professionnelles, elles jouent un rôle éminent dans la production et la diffusion du savoir scientifique.

Dans le domaine de la médecine, les sociétés savantes contribuent au progrès des connaissances par le développement d'activités dans le domaine de la recherche et dans celui de l'enseignement, par la formation continue. Elles réunissent en leur sein, et dans le domaine qui les concerne, la plupart des professionnels, spécialisés ou non, en médecine, chirurgie ou odontologie.

L'apparition de nouvelles techniques a conduit à une augmentation du nombre de ces sociétés.

¹⁵ Dictionnaire LAROUSSE, 1970

Nous ignorons dans notre pays leur nombre exact, les spécialités qu'elles représentent et leur nombre d'adhérents n'est généralement pas publié.

3.2. La Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

La S.F.T.G. a été fondée par les Drs **P. GUILLET** et **F. BAUMANN** en **1977**. Cette société, qui avait pour objectif principal la formation continue du généraliste en matière de thérapeutique, a rapidement pris son essor et acquis le statut de **Société Nationale de Formation Médicale Continue**.

La SFTG, **régié par la loi de 1901(Annexe 1)**, a une vocation nationale. Son financement provient aujourd'hui des cotisations et de subventions des actions de formations organisées pour ses adhérents. Toute subvention doit respecter l'indépendance d'action et de pensée de la SFTG.

La Société de Formation Thérapeutique du Généraliste a pour objet la formation médicale continue du praticien. Sa démarche principale consiste donc à rechercher à travers une formation médicale continue réelle :

- une plus grande compétence dans les soins apportés à la population :
- une meilleure adaptation à la pratique quotidienne du médecin généraliste.

La S.F.T.G. s'efforce de retrouver et de cultiver, par la formation médicale continue, ce qui fait la spécificité de la médecine générale, à l'aide d'une confrontation d'expériences et d'idées entre les différents médecins qui la composent.

Son travail est **centré sur la thérapeutique**, mais celle-ci, entendue au sens large, représente de fait, la clé de voûte de l'exercice du médecin de famille.

La S.F.T.G. est régie par une CHARTE **.(Annexe 24)**

Le principe essentiel est le maintien d'une **indépendance totale**.

Dès le début de son activité professionnelle, la FMC doit être une préoccupation pour tout médecin. La SFTG aide à la prise en charge de cette activité à partir des besoins propres aux médecins généralistes. La SFTG fonctionne sur le principe de **l'indépendance dans le respect des droits du patient**. Elle préserve son autonomie en contractualisant ses rapports avec ses partenaires. La SFTG maintient sa transparence vis à vis des usagers et de leurs représentants pour permettre l'évaluation.

La S.F.T.G. affirme ainsi :

- sa spécificité "**généraliste**"
- sa volonté d'innovation, de créativité et d'efficacité dans les domaines :
 - de la formation
 - de la recherche
 - de l'épidémiologie
 - des sciences humaines
- la nécessité d'élargir le champ d'activité du médecin généraliste.

La S.F.T.G. est constituée de groupes locaux qui se réunissent régulièrement et organisent de très nombreuses actions de formation loco-régionales.

Ses séminaires sont conçus par des généralistes, pour des généralistes.

Elle puise son dynamisme, sa créativité, son énergie, dans la pratique quotidienne du médecin de famille.

3.3. La Société Française de Médecine Générale

En 1973, devant la crise d'identité professionnelle qui frappe le corps des médecins généralistes et la crise de l'enseignement médical qui ne traite plus la médecine qu'à travers les miroirs déformants de l'hyper spécialisation, **la Société Française de Médecine Générale** est créée. Elle fonde ses analyses et ses méthodes de travail à la fois sur des éléments théoriques longuement argumentés et sur une longue et riche expérience pratique sur le terrain de la Recherche et de l'Enseignement.

Son fonctionnement peut se résumer en quelques points:

- La médecine générale est une discipline spécifique.
- A l'image de ce qui s'est fait dans les autres disciplines médicales, le développement de la médecine générale sur des bases scientifiques ne peut être le fait que des généralistes eux-mêmes.
- L'utilisation de concepts spécifiques et d'un langage propre à la discipline sont deux conditions indispensables.
- La FMC du médecin généraliste repose avant tout sur l'observation méthodique de sa propre activité, jointe à une information sélective et critique.
- Les travaux concernant la médecine générale ne peuvent être menés dans de bonnes conditions que si les règles de base de la recherche généraliste sont réunies.

La SFMG publie :

- des travaux scientifiques,
- les Documents de Recherches en Médecine Générale-SFMG,
- de nombreux articles dans différents supports de la presse médicale professionnelle, ciblés en direction des médecins généralistes.

La SFMG organise :

- des Séminaires de formation.
- au niveau loco-régional, des groupes d'inter formation, de formation et d'audit des pratiques généralistes : les "groupes de pairs", dont les conditions de fonctionnement et d'agrément sont définies au niveau national.

Les Groupes de Pairs:

Pair = Personne semblable quant à la fonction, la situation sociale.

Le Groupe de Pairs est un lieu de libre parole et d'étude de la pratique telle qu'elle se présente réellement. Les Groupes de Pairs sont **nés en 1980 en Grande Bretagne** où participer à un groupe est une des conditions requises pour enseigner la médecine générale et en 1982 aux Pays-Bas, où les groupes sont orientés vers la pratique d'audit.

En France, sous l'impulsion de la SFMG ils sont **apparus en 1987** et sont plus orientés vers l'étude critique de la pratique, et la formation d'une personnalité professionnelle.

Un GP est donc un groupe, **réunissant exclusivement des médecins généralistes** en exercice (c'est à dire ni des étudiants ni des retraités).

Ce groupe de **généralistes géographiquement proches se réunit régulièrement.**

Ils sont volontaires, indépendants de tout syndicat parti et industrie (à cet égard les réunions s'organisent de manière autonome).

Il n'y a pas de hiérarchie à l'intérieur du groupe.

En France les GP fonctionnent selon un mode standardisé. Ces conditions permettent de donner naissance rapidement à une identité de groupe qui permettra un enrichissement personnel et collectif de qualité.

Le premier temps de la réunion est centré sur l'étude de cas (Casuistique).

Chaque médecin présente le cas d'un patient choisi de façon aléatoire parmi ceux qu'il a vus récemment (ex: la 6ème consultation du mardi précédent la réunion).

Les médecins confrontent leur expérience concernant les cas les plus fréquemment rencontrés dans leur pratique.

Le deuxième temps de la réunion est consacré à **l'évaluation des circuits de soins utilisés** par les médecins. A qui confier les patients, qualité des informations et des soins, problèmes économiques éventuels.

Le troisième temps de la réunion **est libre** : aide diagnostique ou thérapeutique. Présentation d'un cas inhabituel, etc.

Un des principaux objectifs de la FMC est d'augmenter la qualité des soins dispensés aux patients. Les GP s'attachent à améliorer la pratique courante des médecins.

Il s'agit tout simplement pour les médecins d'être le plus performant possible pour les cas les plus fréquents.

La SFMG est par ailleurs membre de droit de la WONCA (World Organisation of National College and Academics Associations of general practitioners)¹⁶, participe aux débats de l'OMS et aux manifestations organisées par la SIMG (Société Internationale de Médecine Générale).

La SFMG est également sur Internet : <http://www.sfmfg.org/>

Sur le site, nous ne trouvons que quelques articles de son dictionnaire des résultats de consultation. Le site de la SFMG se contente d'être un site vitrine qui présente sa structure (" Découvrez la SFMG "), détaille son fonctionnement (" L'observatoire de la médecine générale ") et affiche ses formations (" FMI-FMC-informatique ").

3.4. Autres sociétés

Les médecins généralistes, de plus en plus, essaient de se « spécialiser », ils tentent de diversifier leur pratique quotidienne.

Est-ce une demande de la part des patients où un désir réel de pouvoir apporter plus de solutions aux patients ?

Néanmoins, beaucoup de praticiens n'hésitent plus à être membres de telle ou telle société savante, pas forcément consacrée uniquement à la médecine générale.

¹⁶ La Wonca : l'organisation mondiale des généralistes. Cette organisation mondiale assure la promotion et l'amélioration des soins primaires dans le monde en s'appuyant sur les collèges nationaux de médecine générale/médecine de famille. LA REVUE DU PRATICIEN - MÉDECINE GÉNÉRALE. TOME 15. N° 555 DU 26 NOVEMBRE 2001

Nous citerons comme exemple les plus cités :

- La Société Française de Médecine du Sport,
- Le Collège Français de Pathologie Vasculaire,
- La Société Française de Médecine Orthopédique et Thérapeutique Manuelle,
- La Société d'Allergologie,
- etc.

Une étude a été réalisé en Janvier 2001 par la DREES :

Sur 194 000 médecins en activité en France au 1er janvier 2000, 49 %, soit 95 000 médecins, sont « omnipraticiens », c'est-à-dire qu'ils ont une qualification en médecine générale. Derrière ce terme d'omnipraticien se profilent des réalités diverses puisque 22 000 d'entre eux ont des modes d'exercice particulier, comme l'homéopathie ou l'acupuncture, ou des orientations complémentaires, c'est-à-dire un diplôme ou une qualification leur permettant d'exercer des disciplines particulières. Il peut s'agir d'orientations a priori proches de la médecine générale, comme par exemple la médecine du sport ou la gérontologie. Mais ces orientations peuvent également permettre des exercices plus spécifiques allant de l'angéiologie ou de l'allergologie à des spécialités comme la médecine du travail ou même la chirurgie orthopédique.

[ÉTUDES et RÉSULTATS N° 99 • janvier 2001-DREES, consultable sur le site :

URL :<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er099.pdf>¹⁷]

¹⁷ Nécessitant le logiciel gratuit Adobe® Acrobat® Reader®, URL : <http://www.adobe.fr/>

4. FMC ET AUTO-FORMATION

Le savoir médical est en perpétuel renouvellement, la pratique médicale évolue, il devient difficile de maîtriser toutes les connaissances, l'accès rapide à de l'information validée, devient primordiale. De nombreuses contraintes de temps et de travail dans la pratique médicale diminuent le temps passé à la Formation Médicale Continue. Si les méthodes d'enseignement classiques (lecture, conférences) gardent une place prépondérante, d'autres méthodes d'apprentissage peuvent être introduites pour compléter celles-ci. L'enseignement assisté par ordinateur et en particulier par Internet peut aider le praticien à échapper à certaines contraintes, (pas de déplacement pour aller à une conférence, pas de contraintes horaires, car les services sont consultables jour et nuit).

L'auto-formation qui ne pouvait pas se concevoir il y a encore 10 ans devient possible actuellement. Ceci ne signifie pas que l'auto-formation suffirait à elle seule à une bonne formation continue des connaissances.(Voir chapitre IV)

L'auto formation doit être complémentaire et se surajouter, voire faciliter la formation associative.

Actuellement, le médecin est « soumis » de façon quasi quotidienne à de l'information, en tout genre : Presse médicalisée, visiteurs médicaux au cabinet, accès à Internet. Mais de son côté, il doit faire le tri et surtout savoir chercher la bonne information sur le bon support.(☺)

4.1. La presse

4.1.1. L'impact de la presse médicale sur la FMC

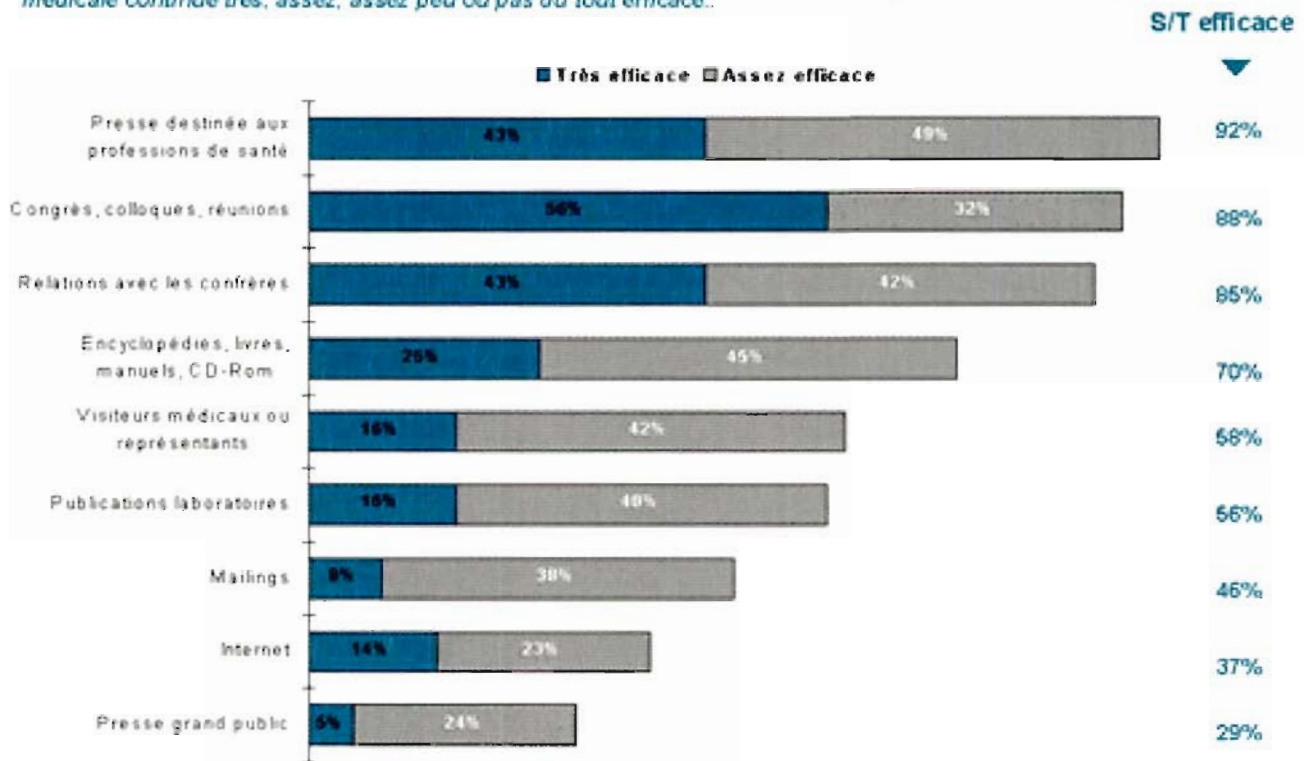
La presse médicale française compte 12 revues médicales générales, hebdomadaires, nationales ou régionales et 9 journaux d'information médicale générale, dont quatre quotidiens, les "tabloids". Il s'y ajoute 3 revues médicales régionales dont une "Région Santé" se décline en s'adaptant à huit régions différentes.(2)(43)

Par ailleurs, il existe 110 revues médicales spécialisées, 12 revues professionnelles et 41 titres concernant les autres professions de santé.

Une modification des pratiques peut survenir en fonction des barèmes adoptés par le CNFMC : quelle sera la part dans les «points» réservés à la lecture ? Faudra-t-il afficher des objectifs de FMC spécifiques ? Y aura-t-il obligation d'une grille de lecture contrôlée ? Déjà de nombreuses revues ont précédé les possibles obligations et s'astreignent à de nouvelles méthodes, on peut penser qu'elles en tireront bénéfice.

Une étude menée en mars 1995 montre l'importance de cette presse vu par le lecteur médecin sur son rôle dans la formation continue. Effectuée auprès de 1 000 professionnels et réalisée par IPSOS Médias, en effet, la presse destinée aux professions de santé, est déclarée le moyen le plus efficace de formation continue avec 92% pour la presse contre 88% pour la formation associative :

Pour les différentes sources d'information que je vais vous citer, dites-moi s'il s'agit, pour vous d'un moyen de formation médicale continue très, assez, assez peu ou pas du tout efficace..



SNPM / IPSOS Media

Mais il est clair que sur les 1000 médecins interrogés, tous ne sont pas insérés dans le mode associatif, comme acteur ou même comme organisateur.

Une **enquête départementale** réalisée en **février 2001** par l'**AMVPPU** auprès de **172 médecins généralistes non-adhérents à l'association** (300 médecins dans les Vosges dont 130 adhèrent à l'AMVPPU) ayant **pour but de comprendre leurs raisons de non-adhésion** montre que pour la majorité des médecins interrogés à la question : « quelles sont les sources de FMC que vous privilégiez ? », la presse médicale ressort avec **80%** avec loin derrière les manifestations nationales ou régionales (05%) !

Retrouvez tous les résultats de cette enquête (**Annexe 25**).

Les trois raisons principales à leur non-adhésion sont le manque de temps, le manque d'intérêt pour le mode associatif et l'absence de structure locale.

4.1.2. La charte de la presse

Cette inquiétude des milieux de la presse s'est traduite par l'édition d'une charte de la Formation Médicale Continue dont voici les termes :

Les éditeurs adhérents du SNPM (Syndicat National de la Presse Médicale) rappellent qu'ils sont indépendants de toute attache avec des organismes d'Etat, para-étatiques ou avec des sociétés commerciales distributrices de produits ou d'appareillages de soins. Ils soulignent que leur objectif est de fournir aux médecins et à l'ensemble des professionnels de santé une information contrôlée, indépendante, pluraliste, et de garantir à leurs lecteurs une formation permanente répondant aux besoins de mise à jour de leurs connaissances. A ce titre, ils confirment les principes de formation continue qu'ils s'engagent à respecter :

- garantir l'indépendance rédactionnelle des auteurs et journalistes rédacteurs des textes publiés ;
- indiquer, pour les articles de synthèse, les revues générales, les travaux de recherche ou études originales signées par des auteurs spécialistes de la discipline concernée, les références bibliographiques utilisées, et, pour les textes d'information scientifique, la source et la date de l'information rapportée ;
- faire valider, par un ou plusieurs experts (comité ou conseil de lecture, pédagogique ou scientifique) susceptibles de garantir l'adéquation des informations publiées aux données actuelles de la science, les articles signalés comme articles de formation ;
- respecter les règles fixées par la charte UDA/ SNPM concernant les textes à visée promotionnelle ;

- diffuser leurs publications sur abonnement à un prix marqué ayant un lien réel avec les coûts et respecter strictement les règles fixées par la CPPAP.¹⁸

4.2. Le multimédia

Sous le terme de multimédia on évoquera tous les outils interactifs :

- Internet (les forums, les mailing-list, conférences virtuelles...),
- le cédérom ,
- et aussi la télévision interactive.

4.2.1. Internet

En France, en 2001, 81 % des médecins généralistes sont informatisés et 51% ont Internet.¹⁹

⇒ L'Internet, nécessité ou futilité pour le Médecin Libéral ?()

- **L'Internet s'impose désormais aux Médecins Libéraux en France :**
 - à *tous* les médecins pour une seule raison fondamentale : la nécessité de télétransmission de la FSE (feuille de soins électronique), de par la loi.
 - et à ceux qui désirent en tirer davantage d'un investissement forcé : faire du courrier électronique, se former, s'informer, communiquer avec les confrères, se divertir enfin.

¹⁸ Fédération nationale de la presse d'information spécialisée, 7 rue de Madrid - 75376 Paris Cedex 08

¹⁹ Résultats de l'enquête INCM sur l'activité du Médecin Généraliste en 2001.

▪ Qu'offre l'Internet aux Médecins Libéraux ?

- la possibilité d'**échanges entre confrères** par messagerie électronique, avec le caractère de disponibilité, non limité aux textes seuls, mais acceptant sons, images fixes et animées (échange de tracés ECG, d'imagerie médicale, d'articles à lire, d'agenda de réunion), le tout pouvant être crypté sans problème (SecurityBox[®], par exemple et d'utilisation gratuite ²⁰).
- la **pêche aux informations** en recherchant un article sur une découverte récente, ou un article ancien archivé dans les bases de données professionnelles (medline, aide au diagnostic, interactions médicamenteuses, Vidal) ; parfois on peut consulter un livre dans son intégralité (le Merck).
- l'**auto formation professionnelle** disponible en permanence et en tout lieu (enseignement de radiologie, cours de médecine sur le site de la faculté de Nancy : <http://www.spieao.u-nancy.fr/>, Quizz médicaux, iconographie et nouvelles techniques), validation des points de FMC (Déjà aux USA).
- les **agendas** de réunions scientifiques (congrès, symposium, ateliers de formation).
- la participation aux **discussions à thèmes**, soit par les *News groups* (groupe de discussion = "public") soit par les *Mailing lists* (groupe de diffusion : "réservés") à thèmes.
- l'**accès au dossier médical** stocké dans le serveur de certains services hospitaliers (notamment le service de cardiologie de l'hôpital Lariboisière, <http://www.cardiolarib.net/>) pour y pêcher les renseignements relatifs à ses propres patients hospitalisés, et participer le cas échéant aux staffs médicaux

²⁰ Logiciel en libre téléchargement à partir de l'adresse : <http://perso.wanadoo.fr/courcelles.avocat/cryptage.htm>

chirurgicaux en ligne qui y sont organisés, le tout, en toute confidentialité et respect du secret médical.

- **possibilité de faire appel à un expert de CHU** pour résoudre un cas difficile en situation exceptionnelle (éloignement d'un centre hospitalier, en Norvège, dans certaines régions des USA).
- le **téléchargement** de logiciels, notamment les mises à jour de drivers pour certains périphériques de votre configuration informatique.
- les **actualités** et informations générales diffusées par les annuaires les plus courants, par les e-zines ou magazine on line.
- les **divertissements** et loisirs de la vie pratique.
- l'**espace de sauvegarde** virtuel pour y sauvegarder votre fichier patients en mode d'attente de transfert, et le rapatrier chez vous dans votre disque dur.

Parmi les médecins généralistes français, 27% consultent Internet une fois par jour, 21% de deux à cinq fois par semaine et 12% moins de deux fois par semaine.(Source : IMS).

Même si la « cyberFMC » commence à se développer sur la toile avec une émergence de nouveaux sites prônant une formation continue de qualité (ce qui reste à démontrer !), on remarque que dans la même enquête de l'IPSOS, réalisée par IPSOS media en 1995 (Diagramme ci-dessus, 4,1,1), Internet en terme d'efficacité de FMC arrive à 38% (14% : très efficace), mais cette enquête est à prendre avec beaucoup de précaution, car en 1995, Internet n'avait

pas le même essor qu'actuellement et surtout présentait très peu de sites propres à une FMC.(4)(7)(19)

⇒ Qui se cachent derrière les sites de FMC ?

Les simples lettres FMC sont devenues, à l'heure actuelle, une façon de vendre de l'image et d'attirer le plus grand nombre de professionnelle sur un site. Ce sigle magique se retrouve quasiment sur tous les sites médicaux. Mais, il faut bien l'avouer, très peu de ces sites offrent réellement une véritable FMC en ligne.

- Tout d'abord les associations locales de FMC. Ce sont sûrement les plus "fiables". Vitrine de leurs activités, le net leur permet d'échanger avec des confrères, de faire partager leur travail. Le site de l'AMMPPU 57 en est l'exemple en Lorraine...(le seul pour le moment...). Bien sur, l'UNAFORMEC et plusieurs fédérations régionales. Les Unions professionnelles sont également présentes . L'union de Lorraine par exemple.
- Les Centres Hospitaliers Universitaires dont la vocation de formation trouve naturellement sa place sur le réseau. Le plus connu est sans doute le CHU de Rouen²¹, incontournable. Le CHU de Nancy²², propose un site très vivant et très dynamique et une actualité à la pointe du progrès.
- Les laboratoires pharmaceutiques. Parfois destiné à faire la promotion du laboratoire, les sites sont souvent très spécialisés, ouvrant un très large espace bibliographique. C'est la sélection bibliographique qui peut prêter à discussion ...
- Les grands groupes industriels s'intéressent de près aux professionnels de santé; après leur avoir vendu le logiciel de télétransmission, puis le logiciel

²¹ Retrouvez les adresses Annexe 26, p.

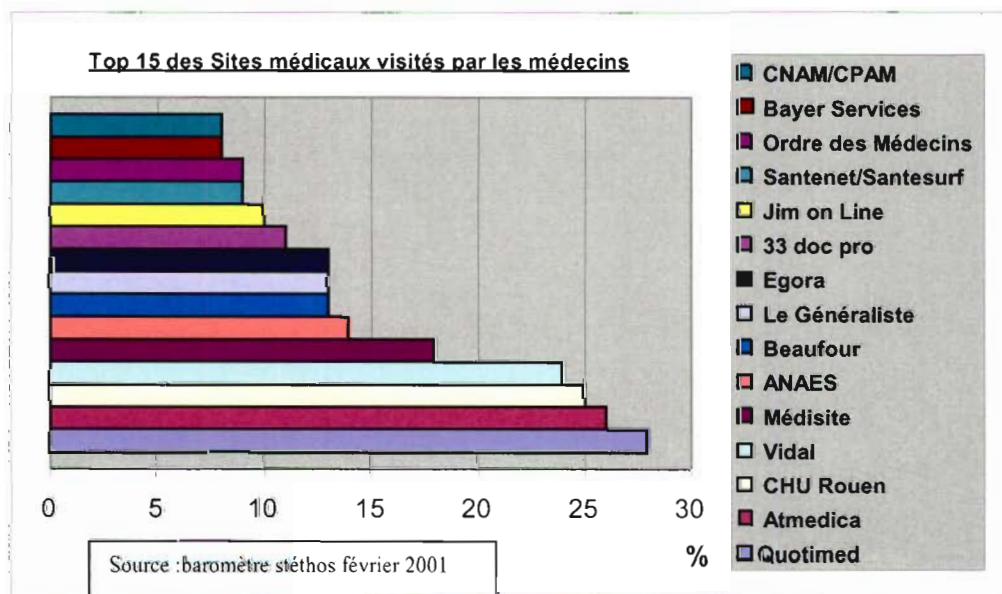
de gestion de cabinet médical, ils espèrent maintenant rentabiliser les visites sur leur site via de larges et juteux bandeaux publicitaires.

Souvent attractifs, ces sites, dits portails, regorgent d'adresses en tout genre qui feront le bonheur de l'internaute pressé. Aucun contenu original, les sites sont de simples "carrefours obligés" (d'ou la rentabilité) pour se rediriger vers un site offrant cette fois de l'information médicale.

- La presse spécialisée, de plus en plus présente sur la toile, propose un service non négligeable pour la plupart: la consultation en ligne d'articles récents où anciens, souvent de façon gratuite. Elles réservent aussi un espace à concernant l'actualité de la FMC.(Annexe 26)

⇒ En pratique

- Selon l'enquête **auprès des cadres organisateurs de la FMC en Lorraine**, **78%** ont déjà visité un site médical sur Internet,
- Si on se réfère au top 15 des sites médicaux les plus visités par les médecins, on se rend compte que le site le plus visité pour le mois de février 2001 est le site du quotidien du médecin, et oui, encore la presse médicale à l'honneur ! Néanmoins, suit Atmedica, un portail médical, le CHU de Rouen, le Vidal, des sites qui offrent surtout des bonnes bases de données. A noter la présence de l'Ordre des médecins en 13^e position et la CPAM en 15^e position.



Globalement, **58% des médecins consultent des bases de données médicales, 56% des journaux médicaux, 51% des portails médicaux, 38% des sites de l'industrie pharmaceutique et 25% des sites médicaux grand public.**²³

On remarque l'absence dans ce Top 15 de sites dédiés ou rattachés à la FMC et notamment l'absence de l'UNAFORMEC. Pourtant L'UNAFORMEC est présent sur Internet depuis 1998.

L'enquête réalisée auprès des cadres organisateurs de la FMC en Lorraine montre que 82% des médecins n'ont jamais visité le site de l'UNAFORMEC dont 36% qui en ignoraient même son existence.

4.2.2. Les Cédéroms

On retrouve à peu près les mêmes caractéristiques que pour les sites de FMC sur Internet. La qualité des cédéroms est très inégale. Peu de cédéroms destinés aux professionnels de santé sont commercialisés, la plupart sont édités par les laboratoires, et distribués gratuitement.

Il faut donc être très vigilants sur le contenu qui souvent est destiné à mettre en valeur tel produit, mais aussi et peut-être surtout sur la facilité d'installation et la "propreté du cédérom". Rien de plus agaçant que l'obligation de reformater un disque dur, avec le risque de perte d'informations à la suite de l'installation d'un cédérom quelque soit sa qualité...

²³ Sources : Pharmaceutiques, mai -juin 2000

Parmi les plus intéressants, à noter :

- **Datavax** (Editeur: Laboratoires Pasteur Mérieux MSD)
Ce CDRom regroupe les connaissances actuelles sur la vaccination, les modalités, les recommandations, la législation, de façon vraiment très exhaustive., un produit d'exception, qui a obtenu le Grand prix du CDRom au Festival de la Communication Médicale de Deauville en juin 99.
- **Dialeog** (Laboratoires Léo) Une encyclopédie dermatologique avec une Large place à l'iconographie.
- **Le traité d'Urologie (Pr B.Debré)** (Lab. Pierre Fabre.) Un tour d'horizon complet de l'urologie au format html, donc lisible par votre navigateur Internet. Un peu austère, mais exhaustif.
- **Le guide du cabinet médical** (Lab. Lilly) Toutes les questions concernant gestion, fiscalité, ou responsabilité médicale. Dommage que la dernière mise à jour date de fin 1998
- **EnCoMed** (Lab. Beaufour) 110 fiches conseils médicaux dans diverses disciplines pour les patients. Complété par Net Clinique (toutes les échelles utilisées en médecine) et SigNet (un large éventail des adresses médicales FMC et autres sur Internet) INDISPENSABLE !
- **l'E.P.U thèque de gastro entérologie clinique** (Lab. Beaufour) Une compilation de 8 cédéroms consacrés à la gastro entérologie
- **Le guide multimédia des allergies** (Labo UCB) Pour tout savoir sur les allergies...

Le cédérom est un outil qui peut aider à la FMC, mais il ne reste qu'un outil de travail et ne peut se prévaloir à autre chose...

4.2.3. Visioconférences, télévision interactive et patient virtuel.

Toutes les nouvelles technologies peuvent s'appliquer à la FMC, présentation et discussion de cas cliniques, banques d'images ou de données, conférences virtuelles, voire simulations de consultation, de fait l'Internet permet un accès à toute l'information, au téléchargement, aux moteurs de recherche et à tous les référentiels. **On peut se former où l'on veut, quand on veut et...à son rythme ! (4)(19)(31)(40)**

➤ Les Visioconférences

Elles sont basées sur le principe des forum débats (news groups) : les internautes peuvent prendre part à des conférences tout autour du monde et s'entretenir de sujets avec des experts reconnus internationalement.

Les cyberconférences présentent une avancée dans le concept précédemment décrit, car tout se passe en direct.

En effet avec le développement des techniques de visioconférences, il existe des logiciels (ex : Microsoft® Netshow) qui permettent d'assister, depuis son ordinateur, à des conférences réelles ou virtuelles (où tout se passe par l'intermédiaire de l'ordinateur), pouvant relier plusieurs sites à la fois, voir son ou ses interlocuteurs (participants, experts, animateurs), et leur poser des questions.

On peut avoir également accès à des documents en ligne (type diapositives), et interagir sur ceux-ci, par exemple répondre à des questions à choix multiples pour l'évaluation de la formation.

L'intérêt est réel dans la FMC et va dans le sens de la vision de Guy **SCHARF** à vouloir réduire au maximum les distances, avec la visioconférence, c'est de chez soit que l'on peut participer à un EPU !

L'exemple en Corse, où l'Union Professionnelle a décidé d'investir dans un support de visioconférence pour faciliter la FMC : « L'Union Régionale met à la disposition des associations de Formation Médicale Continue, ses installations de visioconférence d'Ajaccio et de Bastia afin de faciliter la tenue des formations.... »²⁴ .

Exemple en Corse,

<p>Judi 8 novembre à 20 heures</p> <p>Locaux de l'URML de Bastia et d'Ajaccio en visioconférence. Unité de concertation pluridisciplinaire en oncologie thoracique (U.C.P.).</p>
<p>Judi 22 novembre à 20 heures</p> <p>Locaux de l'URML de Bastia et d'Ajaccio en visioconférence. Unité de concertation pluridisciplinaire en oncologie thoracique (U.C.P.).</p>
<p>Judi 6 décembre à 20 heures</p> <p>Locaux de l'URML de Bastia et d'Ajaccio en visioconférence. Unité de concertation pluridisciplinaire en oncologie thoracique (U.C.P.).</p>
<p>Judi 20 décembre à 20 heures</p> <p>Locaux de l'URML de Bastia et d'Ajaccio en visioconférence. Unité de concertation pluridisciplinaire en oncologie thoracique (U.C.P.).</p>

En Lorraine, pourtant toute une infrastructure existe déjà au sein du pôle universitaire avec une efficacité reconnue pour la visioformation.

Mais pour le moment, aucune association locale ou régionale ne s'est lancée dans la visioformation.

²⁴ Février 2001, N°20, URML Corse, URL : <http://www.urml-corse.org/>

➤ *La télévision interactive*

Rappelons l'expérience télévisée de l'ordre comme précurseur d'une certaine interactivité !

Sur le câble et satellite on trouve des chaînes thématiques dont certaines sont consacrées à la FMC :

- **Eurotransmed** est un organisme européen de Formation Médicale Continue à but non lucratif. Eurotransmed organise des sessions de FMC par télévision par satellite destinées aux médecins et chirurgiens hospitaliers, et complétées par un site Web permettant l'interactivité. Le hic est que tout est en anglais.
- **Medecine-tv.com** : Site Internet proposant des vidéos instructives, peu d'interactivités. Pas de directs.
- **MEDISITE-TV**: chaîne thématique sur Internet consacrée au monde de la santé offrant au grand public et aux professionnels des reportages, des retransmissions, de l'actualité, des grands congrès médicaux et des cyberconférences.
- **Médecine Plus**, chaîne thématique de Formation Continue...(le site Internet ne répond plus et la chaîne n'est plus présentée sur les différents bouquets satellites, elle aura duré 3 ans...)

➤ *Le patient virtuel*

L'histoire commence en 1995, avec Interactive Patient., mais restera limité à un seul patient et finira par disparaître. Les expériences suivantes ont été répertoriées par Marjorie Lazoff dans un article de Medical Software Reviews. La traumatologie, les urgences et la radiologie sont les principaux thèmes

abordés. Les techniques pédagogiques et les objectifs de formation varient selon les simulateurs. (7)(31)

Quelques exemples :

⇒ VIPS, le site suisse²⁵ propose un simulateur de patient virtuel. Depuis le mois de mai, un simulateur de consultations médicales a fait son apparition dans l'espace francophone du « net ». Hébergé par le site de la revue Médecine et Hygiène, le Virtual Internet Patient Simulation (VIPS) de Marc-André Raetzo, auteur du célèbre "Docteur j'ai"(Editions Médecine et hygiène) ne manque pas d'ambition. Il veut faire beaucoup mieux que ses prédécesseurs, les Interactive Patients et autres Cyberpatients Simulator mis en place sur les sites médicaux nord-américains. Son atout premier et non des moindres est qu'il "parle" français. Sept cas cliniques sont actuellement disponibles avec même la possibilité d'obtenir un certificat de formation continue laissant ainsi une possibilité à une éventuelle cyberformation validante...

⇒ **Cyberpatient Simulator** : le simulateur de « NetMedicine ». Sur le site²⁶, 4 cas d'urgences cardiorespiratoires sont proposés (2 adultes et 2 enfants). À gauche de l'écran : les gestes (oxygénothérapie, accès veineux, intubation, massage cardiaque, défibrillation...) ; à droite : les médicaments de l'urgence (adrénaline, atropine, Xylocaïne, dobutamine...) ; au centre : l'histoire et les commentaires. Il s'agit de faire les bons gestes et de prescrire les bons médicaments au bon moment et dans le bon ordre. Ce qui n'est pas toujours facile... Aujourd'hui, les 4 histoires en ligne sont la vitrine de ce que le médecin peut acquérir pour quelques dizaines de dollars : des logiciels

²⁵ http://www.swissvips.ch/fr/vips_f.htm

²⁶ <http://www.netmedicine.com/cyberpt/cyberbody.htm>

d'enseignement sur l'arrêt cardiorespiratoire, la réanimation cardiaque (advanced cardiac life support), les tracés électrocardiographiques...mais, pour le moment il est encore préférable d'investir sur un livre car le site est très peu pédagogique et brouillon, de plus il est en anglais.

⇒ familypractice.com²⁷, les bruits normaux (ou anormaux) retrouvés à l'auscultation.

4.2.4. Quel avenir pour la FMC en ligne ?

Peut-on aujourd'hui envisager une FMC en ligne payante, validante, indemnisée ? Les médecins en ont-ils vraiment envie quand on constate que 38 % d'entre eux trouvent trop onéreux un abonnement FMC validé de 100 francs mensuels ? Peut-on attendre de cette FMC qu'elle réduise les coûts de santé ? Ou qu'elle soit remboursée par les pouvoirs publics ? Qui potentiellement des trois peut payer une information qui se doit libre : l'industrie pharmaceutique et dans quelles conditions ? Le consommateur de FMC ? Ou les organismes publics dont les budgets sont déjà bien serrés ? Ou bien doit-on envisager d'autres formes de financements privés ?

²⁷ <http://www.familypractice.com/index.htm>

**CHAPITRE III : ENQUETE REALISEE EN
LORRAINE AUPRES DES CADRES
ORGANISATEURS**

1. OBJECTIFS

Dans cette période de réformes, des réglementations et des sections de FMC au niveau national et lorrain, il semblait intéressant de **faire l'état des lieux et surtout de « mesurer la température »** des principaux acteurs de FMC en Lorraine afin d'évaluer les motivations actuelles et d'entrevoir les améliorations et modifications à apporter et proposées par les responsables régionaux de FMC.

- Qui sont les acteurs de la FMC en Lorraine (âge, sexe) ?
- Que représente leur charge de travail ?
- Quelles sont leurs motivations ?
- Quelles sont leurs satisfactions ?
- Quels sont leurs mécontentements ?
- A quelles méthodes pédagogiques sont-ils attachés ?
- Quelles améliorations attendent-ils ?

2. MATERIELS ET METHODES (QUESTIONNAIRE)

2.1. A qui s'adressait l'enquête ?

Nous avons adressé à l'ensemble des cadres de FMC des quatre départements lorrains, une enquête à retourner. La liste des acteurs a été fournie par chaque président départemental.

Cette enquête est destinée à avoir l'avis de personnes directement impliquées dans la FMC, soit comme organisateurs d'actions de FMC, soit comme animateurs.

Ce questionnaire a été adressé à 80 médecins généralistes responsables de FMC en Lorraine. Une lettre d'accompagnement, au nom de L'AMVPPU exposait le but de l'enquête dans le cadre d'une thèse de médecine à la Faculté.

2.2. Le questionnaire

Il s'agit d'un questionnaire QCM demandant 10 à 12 minutes pour être répondu. Il comporte 55 items regroupés en 4 parties distinctes :

- **Faisons connaissance (Qui êtes-vous ?)**
- **Vous et la FMC (Quel est votre rôle et quelles sont vos actions ?)**
- **La FMC en pratique (Quelles sont vos idées sur la FMC actuelle ?)**
- **Les perspectives d'avenir (Comment peut-on l'améliorer ?)**



Cher confrère,

Nous te remercions par avance de bien vouloir participer à ce travail de mise à jour portant sur un thème qui nous tient tous à cœur : **la Formation médicale continue en Lorraine !**

En effet, tu n'ignores pas les changements à venir ainsi que l'évolution actuelle au sein de la formation continue et de la médecine générale. C'est pourquoi est né ce projet qui fera l'objet d'une thèse à la faculté de Nancy.

Le questionnaire ci-joint demande 10 à 15 minutes de ton temps.(si précieux comme on le sait !)



Nous te remercions vivement de ta participation pour la Formation continue en Lorraine.

Nous t'adressons nos salutations confraternelles,

Dr J.M. Marty
Président de LORFORMEC

Dr Y. Clémence
Président de l'AMVPPU

Dr J.M. Heid
Membre du Département de Médecine générale.

P.J. :  Questionnaire.
 Enveloppe pré-affranchie.

Formation Médicale en Lorraine. Situation actuelle en 2001.Perspectives d'avenir.

Enquête réalisée auprès des cadres organisateurs de la FMC en Lorraine

Faisons Connaissance!

1. Nom

2. Sexe

1. M
 2. F

3. Age

4. Année de Thèse

5. Année d'installation

6. Nom de L'Association

7. Quelle est votre fonction au sein de l'Association?

1. Président
 2. Vice-Président
 3. Trésorier
 4. Vice-Trésorier
 5. Secrétaire
 6. Vice-Secrétaire
 7. animateur

8. A quand remontent vos débuts d'activité en FMC en tant que consommateur?

9. A quand remontent vos débuts d'activité en FMC en tant qu'acteur?

10. Etes-vous équipé d'Internet?

1. oui
 2. non

Vous et la FMC

11. Etes-vous Organisateur d'Animations?

- 1. Locales
- 2. Départementales
- 3. Régionales
- 4. Nationales

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

12. Avez-vous d'autres activités de Formation?

- 1. Membre d'un groupe d'évaluation des pratiques (Audits)
- 2. Enseignement Universitaire
- 3. Participation active à la Semaine Médicale de Lorraine
- 4. Maître de Stage
- 5. Groupe de Recherche
- 6. Education pour la Santé
- 7. Autres activités de Formation

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

13. Si autres activités de Formation, précisez:

14. Pouvez-vous évaluer votre activité globale de FMC pour l'année universitaire en cours (Septembre 2000 à septembre 2001), en nombre de soirées

- 1. De 01 à 05
- 2. De 06 à 10
- 3. De 11 à 15
- 4. Plus de 15

15. Pouvez-vous évaluer votre activité globale de FMC pour l'année universitaire en cours (Septembre 2000 à septembre 2001), en nombre de séminaires

- 1. De 01 à 05
- 2. De 06 à 10
- 3. De 11 à 15
- 4. Plus de 15

16. Etes-vous satisfait de la fréquentation de vos activités de FMC?

- 1. Très satisfait
- 2. Satisfait
- 3. Peu satisfait
- 4. Déçu
- 5. Très Déçu

17. Estimez-vous que la FMC apporte une valorisation à ses consommateurs?

- 1. oui
- 2. non
- 3. ne sais pas

18. Estimez-vous que la FMC apporte une valorisation à ses organisateurs?

- 1. oui
- 2. non
- 3. ne sais pas

19. Quelles sont vos motivations?

1. Progresser soi-même dans les connaissances
2. Motivations déontologique et éthique
3. Par ambition personnelle
4. Pour le goût de la pédagogie
5. Dans un but relationnel

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

La FMC en Pratique**20. Estimez-vous avoir assez de temps pour l'organisation et l'animation des actions de FMC?**

1. oui
2. non

21. Estimez-vous avoir assez de moyens financiers pour l'organisation et l'animation de vos actions de FMC?

1. oui
2. non

22. Pensez-vous être suffisamment assisté d'experts lors de vos actions de FMC?

1. oui
2. non

23. Pensez-vous être suffisamment assisté d'animateurs lors de vos actions de FMC?

1. oui
2. non

24. Pensez-vous qu'une indemnisation financière améliorerait la motivation?

1. oui
2. non

25. Pensez-vous que l'activité d'organisateur de FMC doit devenir une réelle somme de revenu annexe?

1. oui
2. non

Parmi ces différents partenaires, évaluez l'importance de chacun dans l'organisation de la FMC. (1 étant peu important et 5 très important).

	1	2	3	4	5
26. Universitaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Laboratoires Pharmaceutiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Caisses d'Assurance maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ministère de la santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. L'Ordre des Médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. L'Union Professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Les syndicats de médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evaluez, pour chacun des modes de formation, lesquels sont les plus utilisés selon vous. (1 étant très peu utilisé et 5 très utilisé).

	1	2	3	4	5
<u>33. Presse Médicale</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>34. Laboratoires Pharmaceutiques</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>35. Les Formations Universitaires</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>36. Les Formations Associatives</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>37. Multimédias(Chaînes médicales, CDrom, Internet...)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evaluez, pour chacun des modes de formation, lesquels sont les plus efficaces selon vous. (1 étant très peu efficace et 5 très efficace).

	1	2	3	4	5
<u>38. Presse Médicale</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>39. Laboratoires Pharmaceutiques</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>40. Les Formations Universitaires</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>41. Les Formations Associatives</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>42. Multimédias(Chaînes médicales, CDrom, Internet...)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les perspectives d'avenir pour la FMC

43. Pensez-vous que l'avenir de la FMC est

- 1. Associatif (Sous sa forme actuelle)
- 2. Universitaire(Géré par la faculté)
- 3. Conventionnel(Géré par les caisses d'assurance maladie)
- 4. Professionnel(Rémunéré pour des Médecins généralistes Professionnels de la Formation)
- 5. Axé vers l'Autoformation (Internet, CDrom, Forums de discussion...)

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

44. Etes-vous favorable à une FMC obligatoire et recertifiante?

- 1. oui
- 2. non

45. Craignez-vous ce genre de FMC (obligatoire et recertifiante)?

- 1. oui
- 2. non

Selon vous, qui doit participer au financement de la FMC professionnelle? Evaluez le degré de participation de chacun. (1 étant une faible participation)

	1	2	3	4	5
<u>46. Les cotisants</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>47. Les caisses d'Assurance Maladie</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>48. Le Ministère de la Santé</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>49. Les Firmes pharmaceutiques</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>50. L'Université</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Pensez-vous que l'Auto-Formation permet, à elle seule, une bonne formation?

- 1. oui
- 2. non

52. Avez-vous déjà visité un site médical sur Internet?

- 1. oui
- 2. non

53. Dans quel but, avez-vous visité(ou serez-vous amené à visiter) un site médical sur internet?

- 1. Par curiosité
- 2. En vue d'une recherche précise
- 3. Pour suivre l'actualité médicale
- 4. Pour participer à certains forums de discussions
- 5. Pour mettre à jour ses connaissances médicales

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

54. Avez-vous déjà visité le site internet de l'UNAFORMEC ?

- 1. oui
- 2. non
- 3. je ne savais pas qu'il existait

55. Votre association est-elle déjà présente sur le Net ?

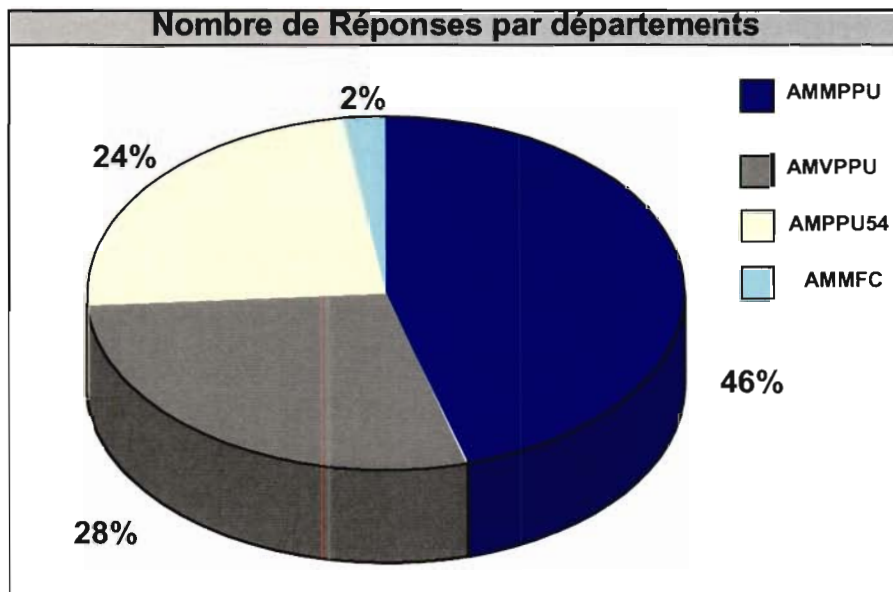
- 1. oui
- 2. non
- 3. en cours de construction

3. RESULTATS GLOBAUX

Nous avons reçu par retour de courrier **50 réponses des cadres de FMC**, c'est-à-dire environ **62.5%** ont bien voulu répondre à cette enquête.

Nous pouvons donc faire une estimation des préoccupations actuelles et idées d'avenir des médecins lorrains acteurs de FMC.

La répartition des réponses par département est variable d'un département à l'autre, la Meuse est le département ayant le moins participé (une réponse uniquement) de **façon significative**, avec 12.5% de participation.



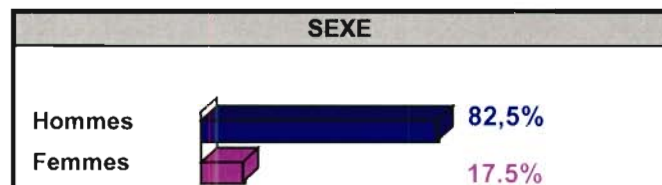
Le nombre des cadres reçu par les différentes associations se répartissait de la manière suivante :

- ⇒ **08** pour la Meuse avec en retour **01 réponse** soit **12.5% de participation.**
- ⇒ **20** pour la Meurthe-et-Moselle avec en retour **12 réponses** soit **60% de participation.**
- ⇒ **20** pour les Vosges avec en retour **14 réponses** soit **70% de participation.**
- ⇒ **32** pour la Moselle avec en retour **23 réponses** soit **71.8% de participation.**

4. ANALYSE DES RESULTATS ET COMMENTAIRES

4.1. Quels sont les cadres de la FMC en Lorraine ? Faisons connaissance avec eux !

4.1.1. Sexe.

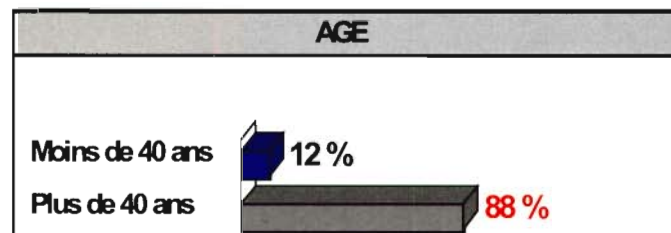


Inférieur à la répartition homme-femme des médecins généralistes en France, en 1999, 25% de femme.

⇒ **Basé sur le nombre total de cadres** (84% d'hommes et 16% de femmes sur les 50 réponses)

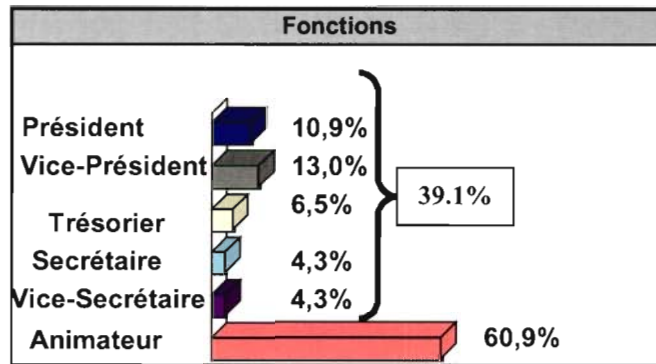
⇒ Cette différence significative peut s'expliquer par les occupations familiales des femmes médecins et que le temps passé à la FMC se fait au détriment du temps consacré aux loisirs et bien entendu du temps passé en famille.

4.1.2. Age.



⇒ **88% ont plus de 40 ans**, les jeunes médecins sont très peu engagés en tant que membres organisateurs ou animateurs de la FMC. Un effort certain reste à faire pour attirer plus de jeunes médecins. Ont-ils tendance à préférer l'auto-formation ?

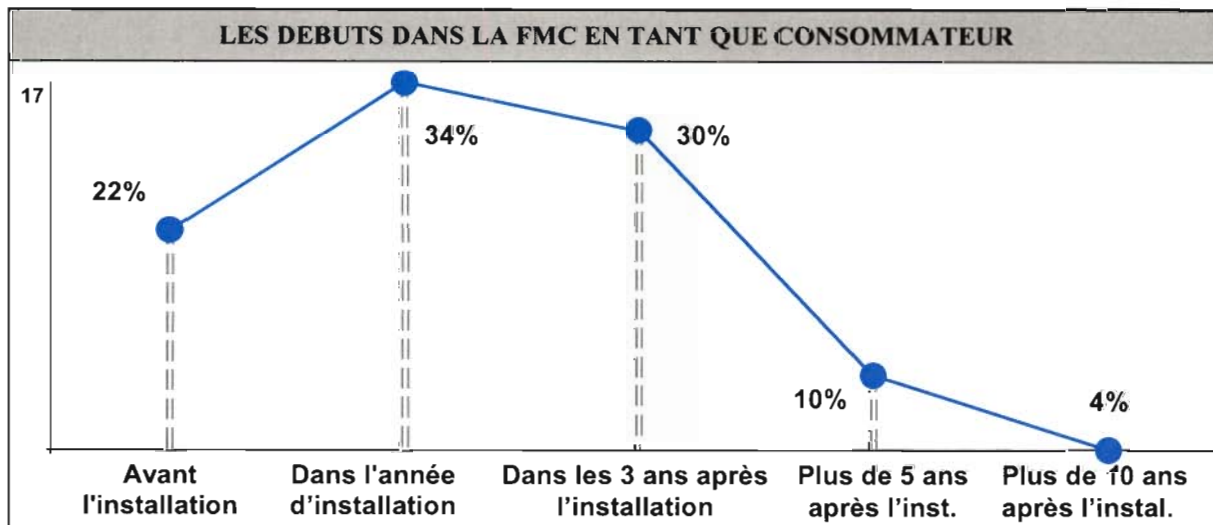
4.1.3. Quel rôle ?



⇒ **39.1% ont un rôle mixte, participant à la fois à l'organisation et à l'animation** et 60.9 % n'ont qu'un rôle d'animateur.

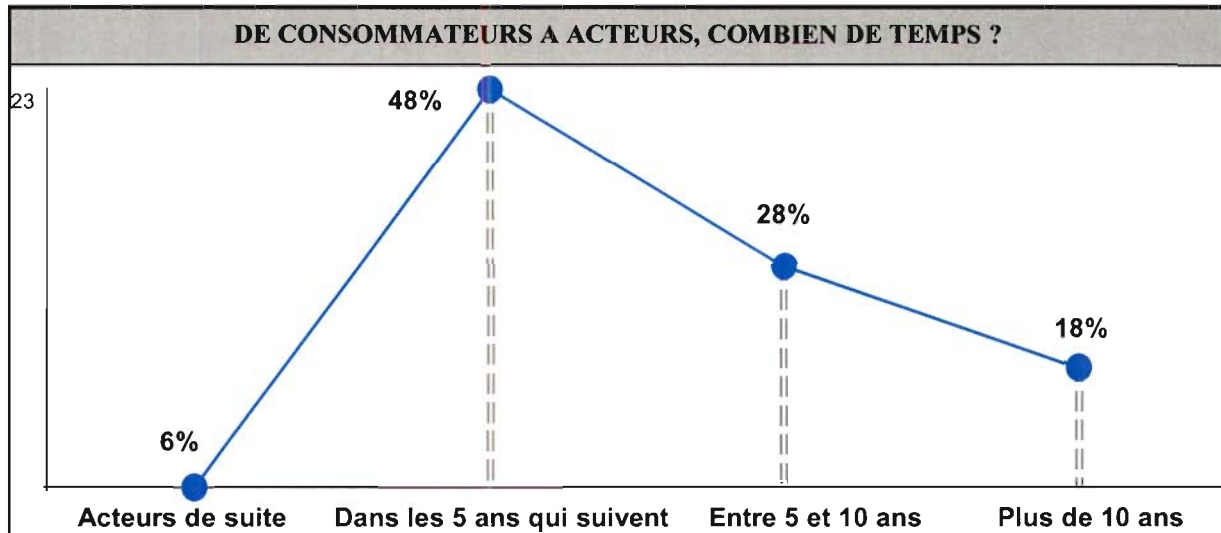
4.1.4. La progression en FMC.

⇒ On constate que la très grande partie des médecins entrent dans la FMC dans les trois années qui suivent leur installation et pour une bonne partie (22%), avant leur installation. Ce qui ressort, c'est que **75% des médecins fréquentent la FMC après 3 ans d'installation.**

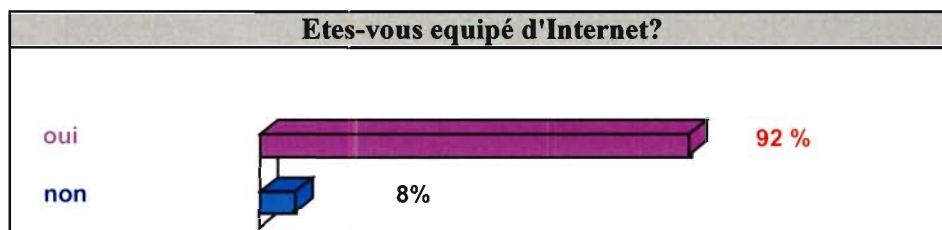


⇒ Dès leur entrée dans la FMC comme simple consommateurs, très peu osent s'investir d'emblée dans l'organisation, par crainte ou par manque de temps.

Dans les cinq années qui suivent leur entrée en FMC, **48%** s'investissent en tant qu'acteurs dans la FMC et **76%** dans les 10 ans.



4.1.5. Sont-ils équipés d'Internet au quotidien ?



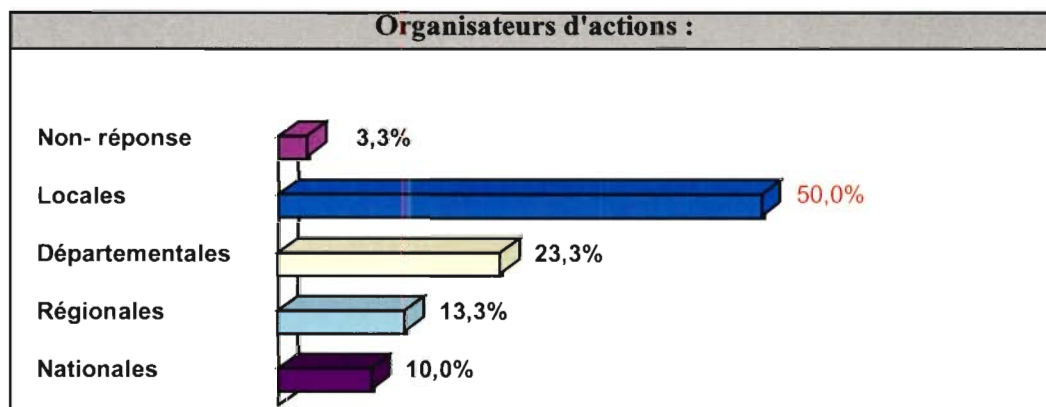
⇒ **92% en sont équipés**, c'est-à-dire que la quasi-totalité de la population étudiée est équipée des moyens modernes de communication et d'information.

4.2. Vous et la FMC.

4.2.1. Etes-vous organisateurs d'animations ?

organiseurs	Nb. cit.	Fréq.
Locales	45	90,0%
Départementales	21	42,0%
Régionales	12	24,0%
Nationales	9	18,0%
TOTAL OBS.	50	

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (4 au maximum).

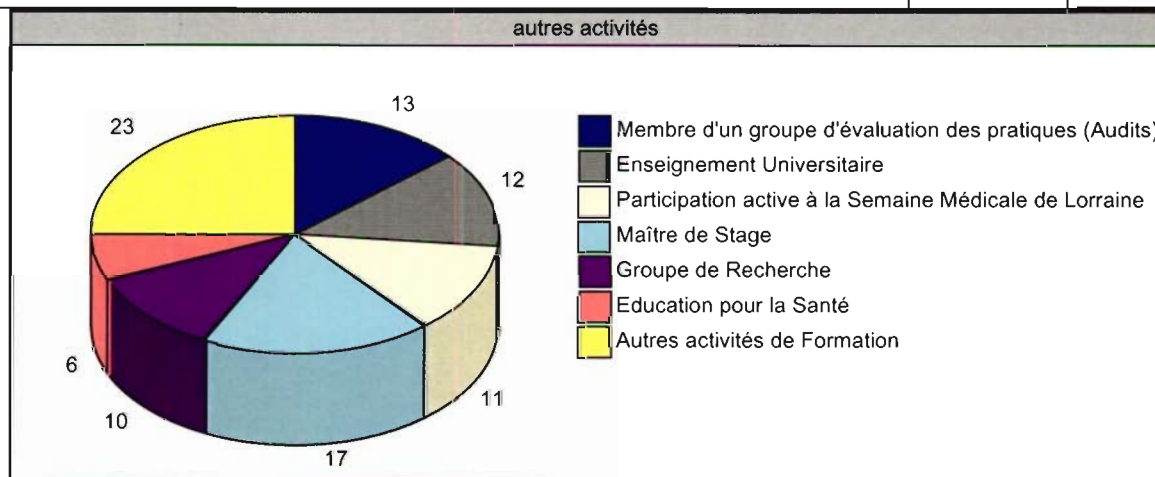


⇒ Presque **tous sont animateurs locaux**, mais un sur deux devient animateur départemental, puis un sur quatre devient animateur régional et un sur cinq participe à des animations nationales.

On retrouve bien une préoccupation de « FMC de terrain » avec une priorité aux actions locales de proximité.

4.2.2. Avez-vous d'autres activités de Formation ?

Autres activités de Formation :	Nb. cit.	Fréq.
Membre d'un groupe d'évaluation des pratiques (Audits)	13	26 %
Enseignement Universitaire	12	24 %
Participation active à la Semaine Médicale de Lorraine	11	22 %
Maître de Stage	17	34 %
Groupe de Recherche	10	20 %
Education pour la Santé	6	12 %
Autres activités de Formation ²⁸	23	46 %
TOTAL OBS.	50	



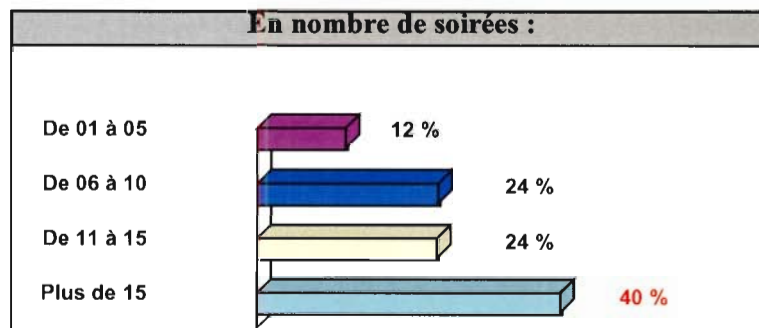
La FMI semble être une activité fréquemment retrouvée, **34% sont maîtres de stage et 24% sont enseignants à la faculté**. Mais la grande majorité ont une ou plusieurs autres activités de FMC. La FMC semblerait donc s'inclure dans une dynamique de formation professionnelle de Santé, où figurent l'évaluation des pratiques, la recherche en Médecine Générale, la FMI, l'éducation pour la santé. Ce qui est à noter également, pour l'item « autres

²⁸ Administrateur d'hôpital, ANAES, Animateur Club Informatique Médicale, Animation Ecoles Des parents, Collèges Lorrains D'Homéopathie, Cours de formations SP, société de gérontologie, FMC Homéopathie, ATMU FMC, Médecine d'urgence, Groupe de Pairs, journée médicale de Strasbourg, Médecin Sapeur, Médecine Aéronautique, Médecine des Voyages, Médecine Manuelle, Professeur de Technologie Médicale en Lycée, Secrétaire général d'association de FMC.

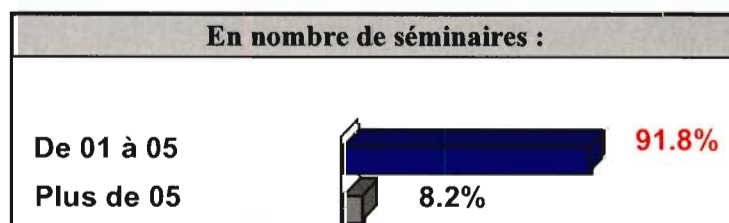
activités de formation» et auquel **46% ont répondu**, des activités comme Administrateur d'hôpital, les différents diplômes universitaires, « Médecine manuelle... », « Médecin sapeur » sont considérés comme des activités de formation...

4.2.3. Activité globale de FMC.

⇒ **40%** des cadres organisateurs interrogés passent **plus de 15 soirées par an pour la FMC.**

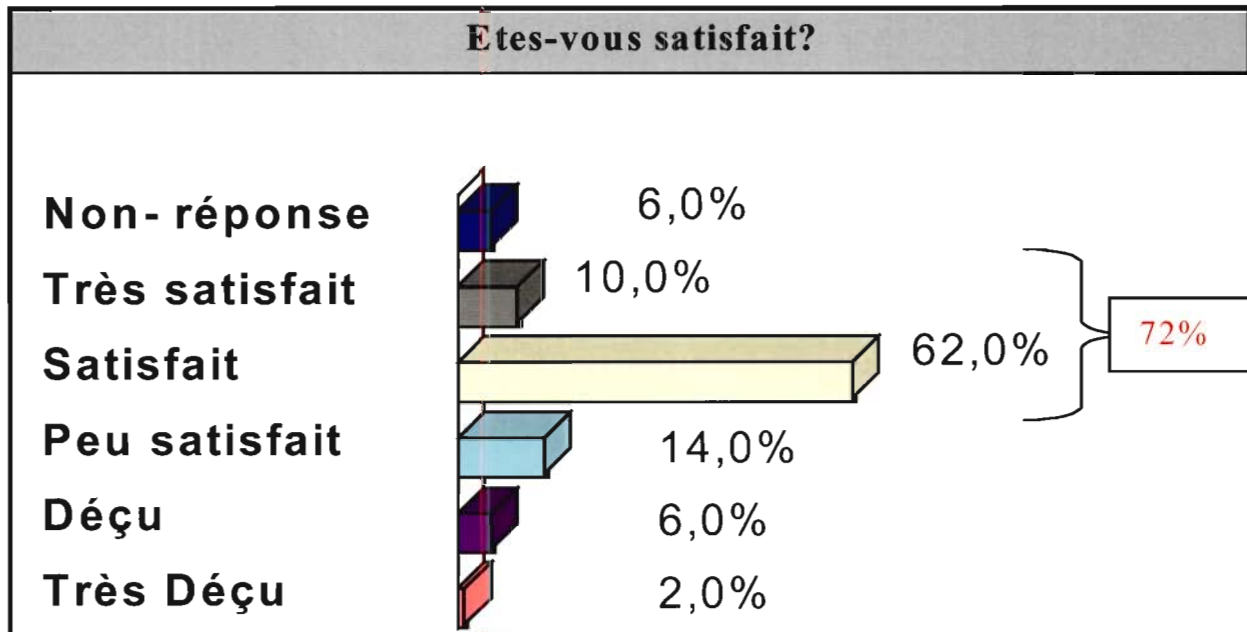


⇒ **Plus de 90%** participent activement de 1 à 5 séminaires par an. Cette enquête a été réalisée alors que l'indemnisation n'était pas encore rétablie, **on peut aisément penser que le nombre de séminaires sera augmenté s'ils sont indemnisés dorénavant.**



⇒ **72% sont satisfaits de la fréquentation de leurs confrères à leurs actions.**

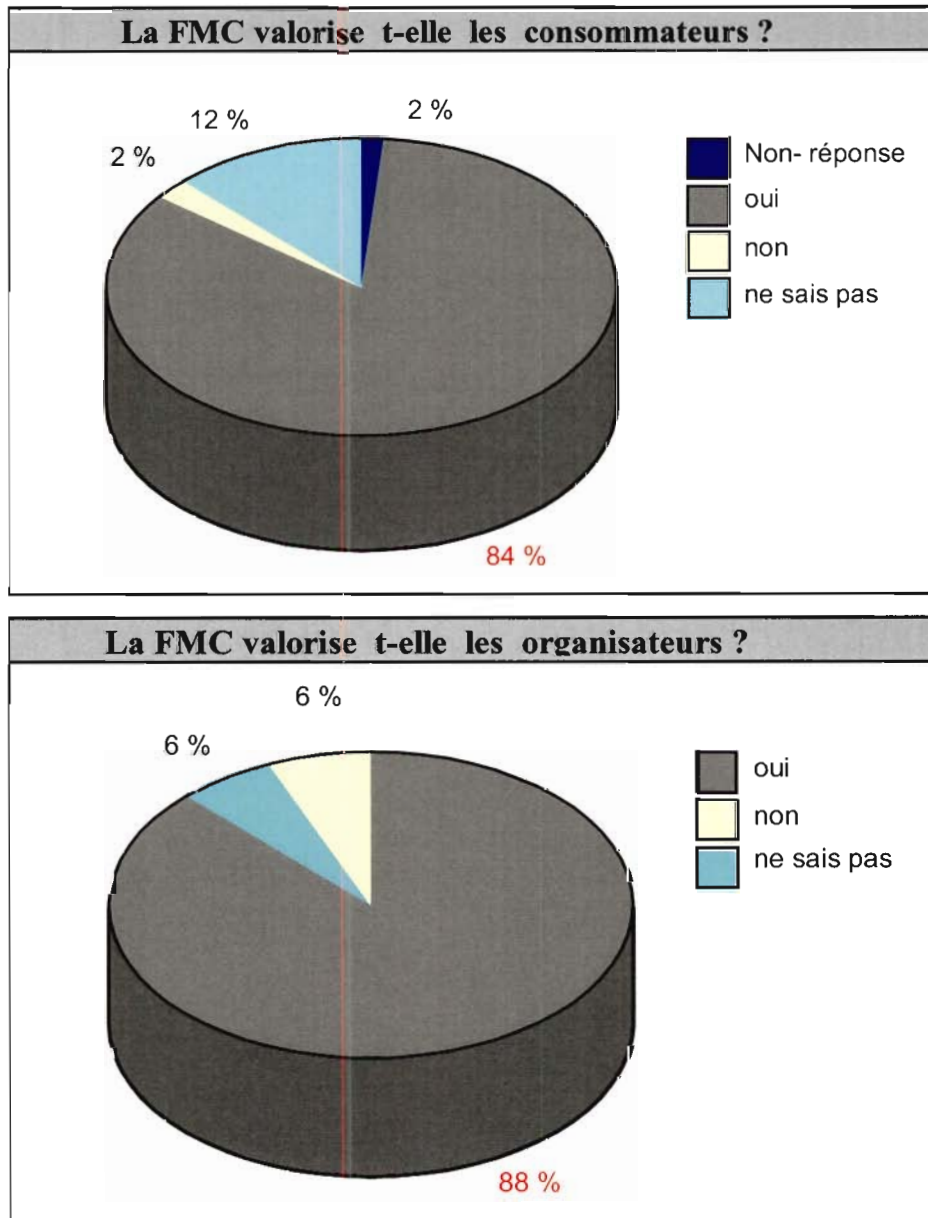
Ce chiffre nous semble « surestimé » lorsque l'on connaît le taux de non-fréquentation qui reste largement majoritaire. Cette autosatisfaction est peut-être guidée par un souci d'efficacité de leurs actions dont la performance est directement liée à la motivation des participants



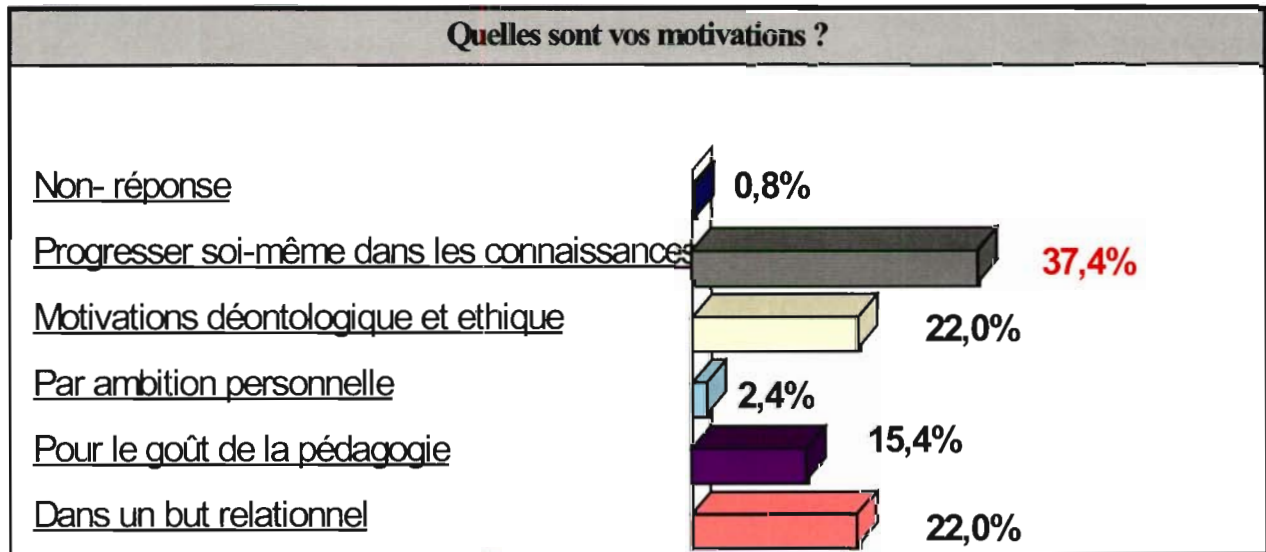
⇒ Cependant, dans un souci de promotion professionnelle, **peut-on se contenter d'une si faible participation globale ?** (Voir l'enquête réalisée par l'AMVPPU, en février 2001, **Annexe 21**)

4.2.4. Valorisation de la FMC ?

⇒ **84%** estiment que la FMC est valorisante pour ses consommateurs et **88%** pour ses organisateurs.



⇒ Ces pourcentages flatteurs sont certainement discutables du fait du manque de précision de la question, valorisation morale ? Valorisation aux yeux des patients ?

4.2.5. Motivations des acteurs de FMC.

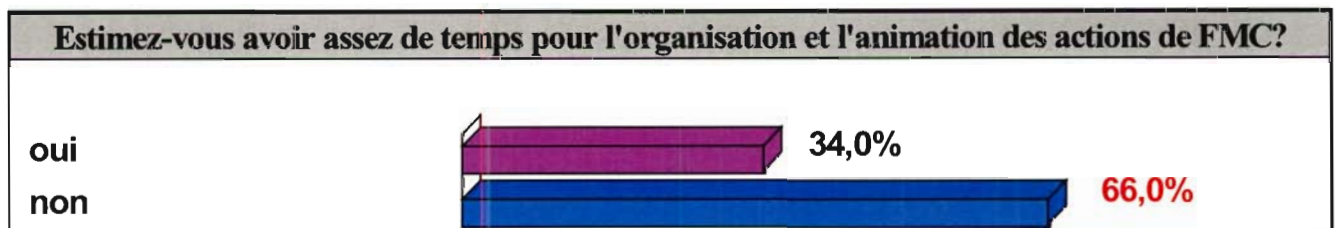
⇒ La **motivation première** d'un animateur semble être **sa propre formation** continue au travers de l'organisation de la FMC de son groupe, **ensuite les arguments éthiques, déontologiques et relationnels** interviennent.

Cependant, le fait de **la pédagogie n'est rencontré que dans 15%** des enquêtes, critère présenté constamment à la FMI.

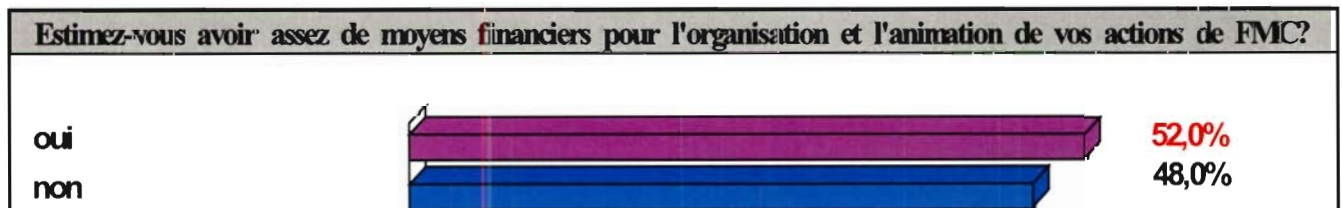
4.3. FMC et Pratique.

4.3.1. Le côté matériel.

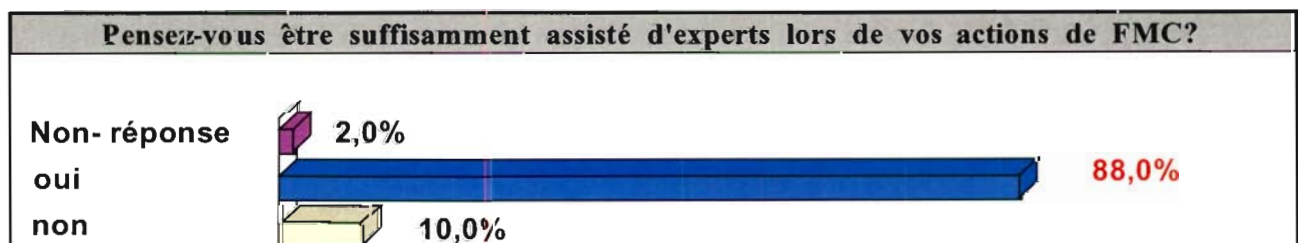
⇒ Les 2/3 des cadres de FMC **manquent cruellement de temps**, ceci est aisément expliqué par le temps important passé au sein des cabinets médicaux afin de satisfaire à la demande des patients.



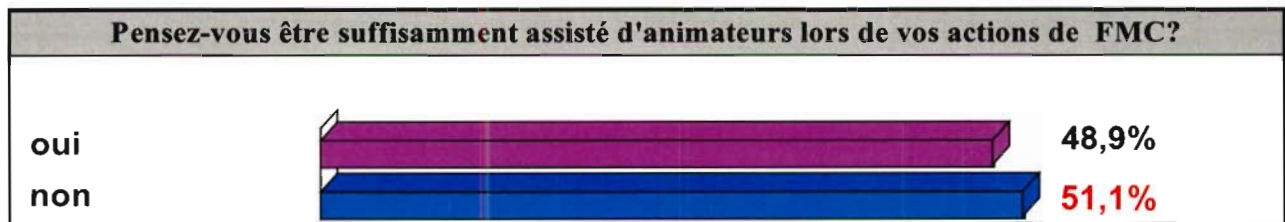
⇒ Par contre, **les avis sont partagés sur les moyens financiers**, la moitié pense posséder assez de moyens financiers pour l'élaboration de leurs actions.



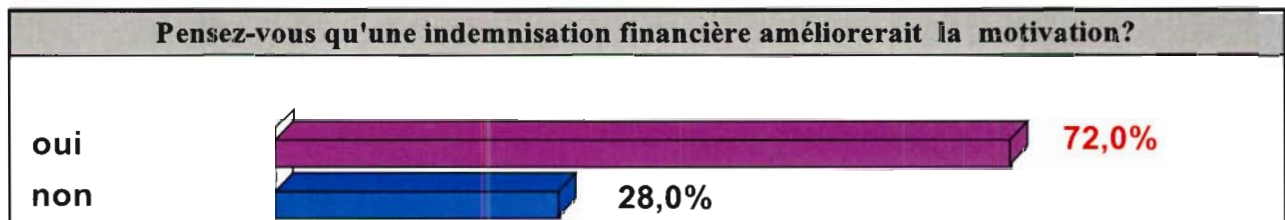
⇒ **La recherche d'un expert ne semble quasiment jamais posé de problème.** Effectivement, les confrères spécialistes, universitaires, hospitaliers et autres, répondent en général favorablement à leur sollicitation.



⇒ Par contre, **les cadres de FMC manquent d'animateurs pour les seconder**, et nous l'avons déjà mentionné, de jeunes confrères pour assurer le relais.



⇒ Les 3/4 estiment qu'une indemnisation financière pourrait améliorer la motivation de nouveaux animateurs et un meilleur recrutement.

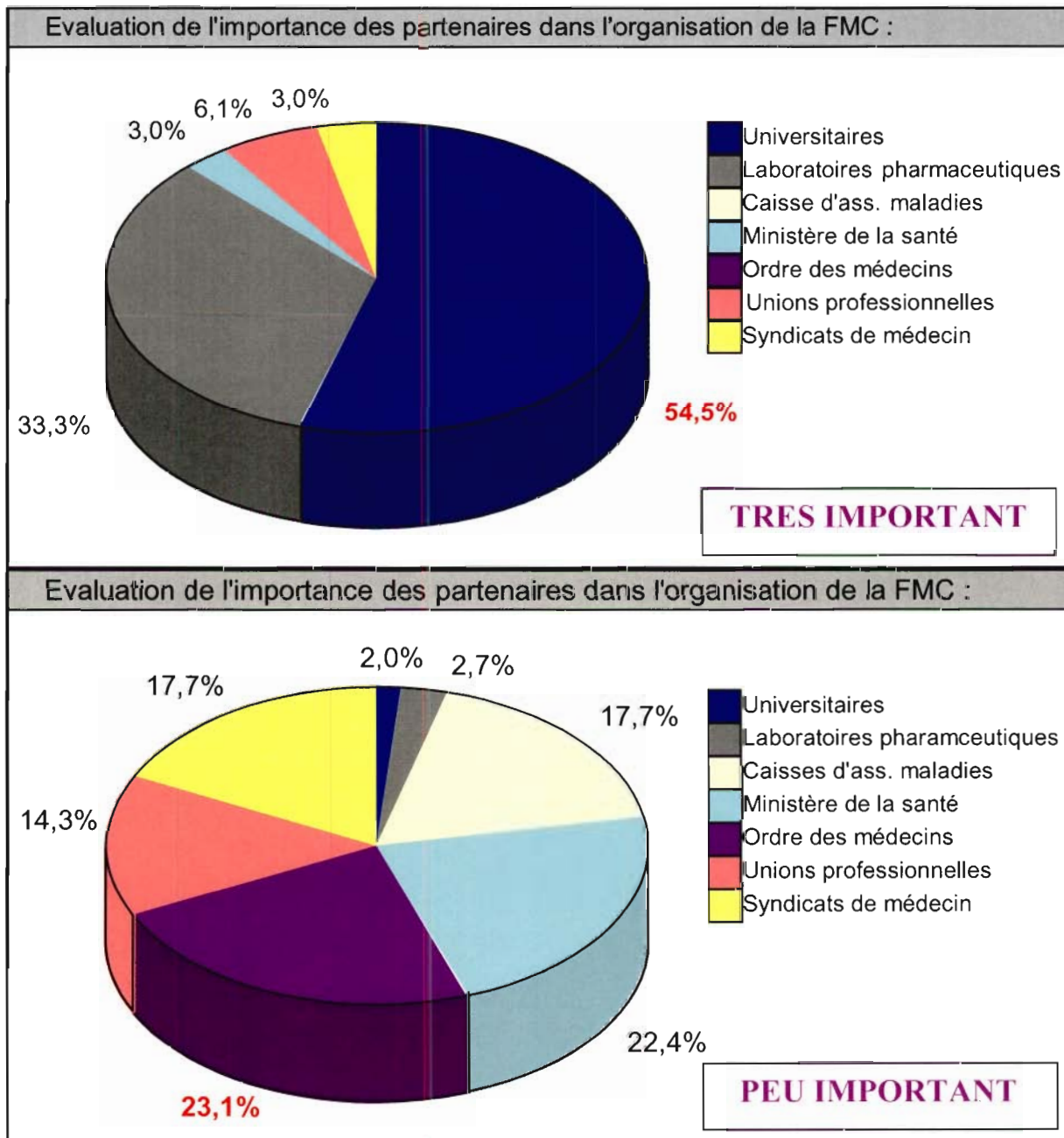


4.3.2. Le partenariat.

A la question intitulée :

« Parmi ces différents partenaires, évaluez l'importance de chacun dans l'organisation de la FMC.(1 étant peu important et 5 très important). »

Voici les résultats, pour les partenaires qualifiés d'important et de peu important:

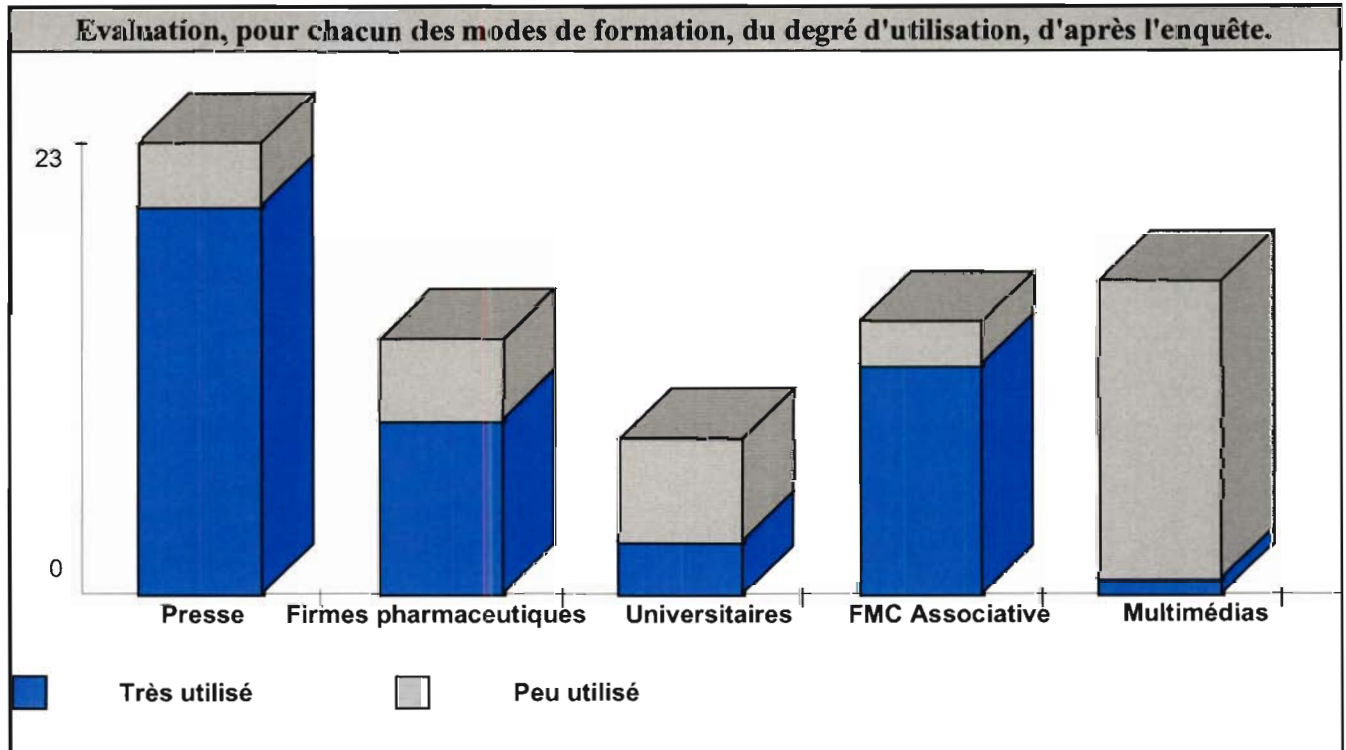


⇒ **L'Université semble être le partenaire incontournable** le plus souvent retrouvé dans l'enquête, suivie de l'industrie pharmaceutique.

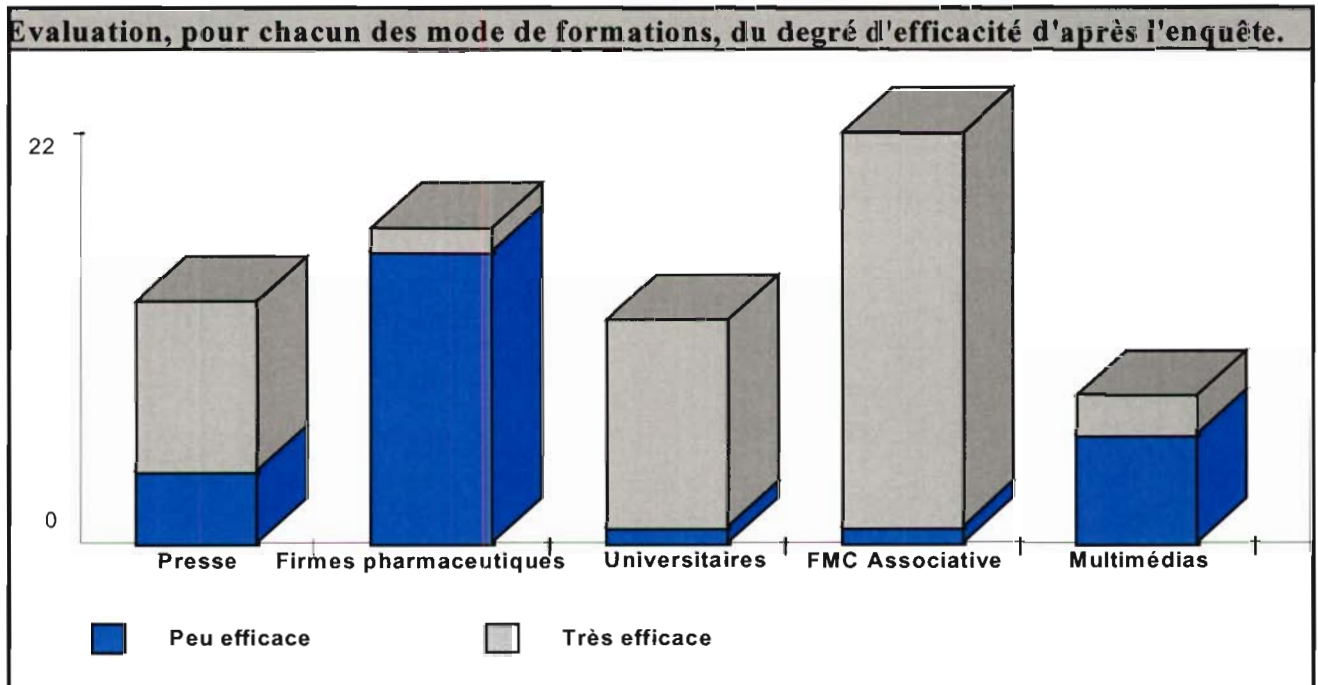
⇒ Nous touchons là aux deux rôles de l'organisation d'une formation, **le versant scientifique et pédagogique** faisant appel préférentiellement aux universitaires et **le versant purement maternel et organisationnel** avec le concours du mécénat pharmaceutique.

4.3.3. Les modes de formation.

⇒ **La presse médicale reste toujours estimée comme le mode de FMC le plus utilisé encore actuellement (Voir Chapitre III,3)**, mais l'estimation est influencée par l'amoncellement quotidien, des revues de formation médicale.

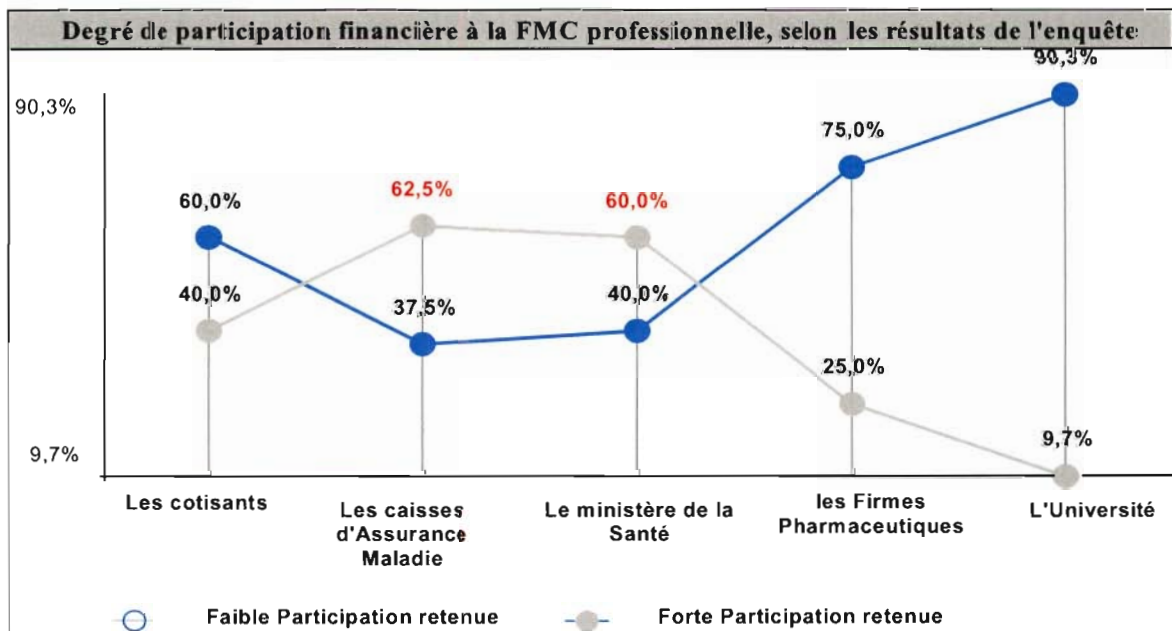


Par contre, les cadres de FMC sont fiers d'estimer leurs actions comme les plus efficaces, suivies par les actions purement universitaires, estimation fondée sur la connaissance réelle du BESOIN de FORMATION que seuls les médecins généralistes exerçant en tant que tels ne peuvent connaître.



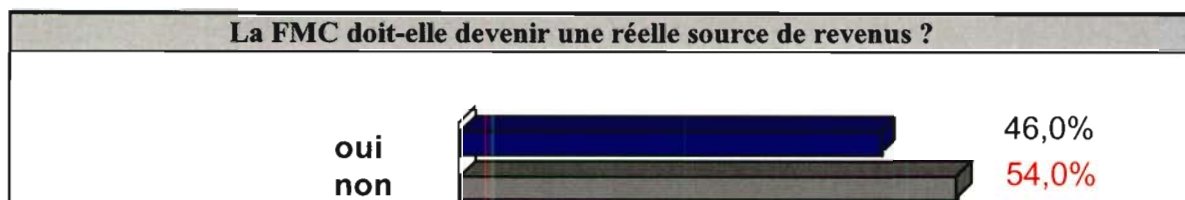
4.4. Avenir de la FMC

4.4.1. Qui doit assurer la participation financière à une FMC professionnelle ?



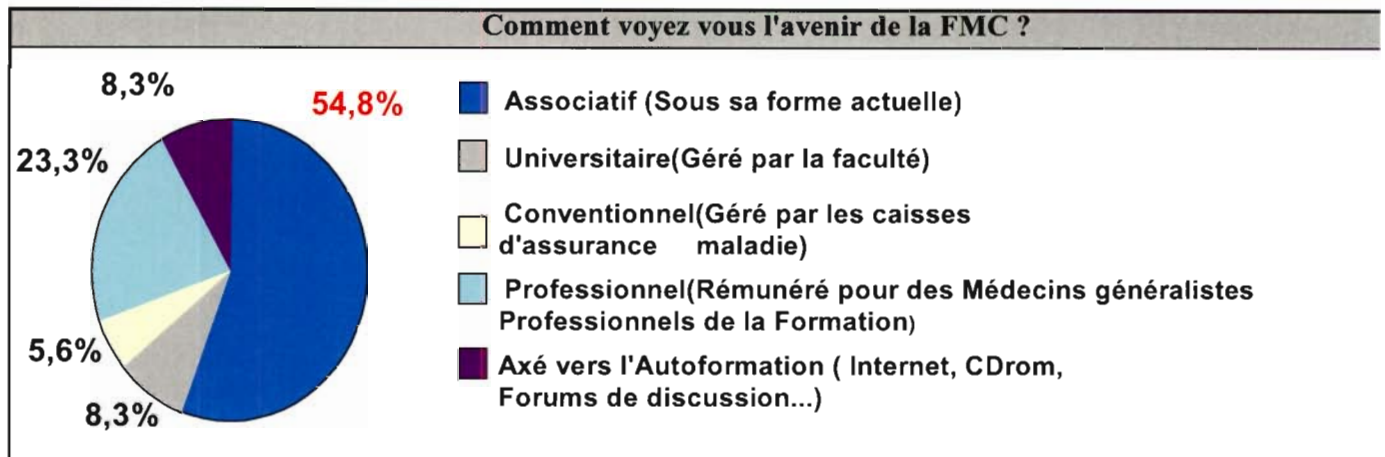
- ⇒ **Les Caisses d'Assurance Maladie et le Ministère de la Santé sont majoritairement cités comme les « agents payeurs » incontournables**, puis à un degré moindre, la participation personnelle des médecins (40%) n'est pas exclue.
- ⇒ **L'Université n'est pas du tout envisagée comme un partenaire financier** étant réservée à l'aide scientifique.
- ⇒ **Quant à l'industrie pharmaceutique, bien que reconnue actuellement indispensable, elle n'est désirable que dans 25% des cas.** Cette discordance est liée au souci d'indépendance de la FMC avec un désir de liberté de prescription : non désirable mais indispensable !

4.4.2. La FMC, Source réelle de revenu ?



- ⇒ Même si une majorité (72%) est pour une indemnisation de l'organisation de FMC, **une petite majorité s'oppose à une évolution vers une réelle source de revenu annexe.** En effet, l'organisateur de FMC reste considéré comme un confrère soumis aux mêmes contraintes professionnelles et donc bien au fait de la réalité professionnelle et de ses besoins.
- ⇒ Un formateur de métier ne serait plus perçu comme un médecin généraliste de base.

4.4.3. L'avenir de la FMC.

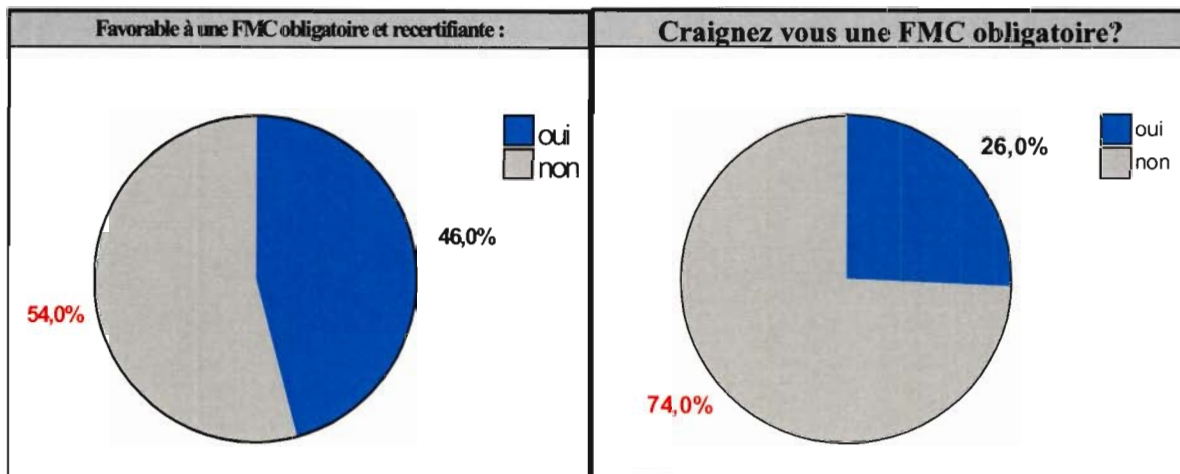


L'avenir de la FMC :	Nb. cit.	Fréq.
Associatif (Sous sa forme actuelle)	40	80,0%
Universitaire (Géré par la faculté)	6	12,0%
Conventionnel (Géré par les caisses d'assurance maladie)	4	8,0%
Professionnel (Rémunéré pour des Médecins généralistes Professionnels de la Formation)	17	34,0%
Axé vers l'Auto formation (Internet, Cédérom, Forums de discussion...)	6	12,0%
TOTAL OBSERVATION	50	

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (5 au maximum).

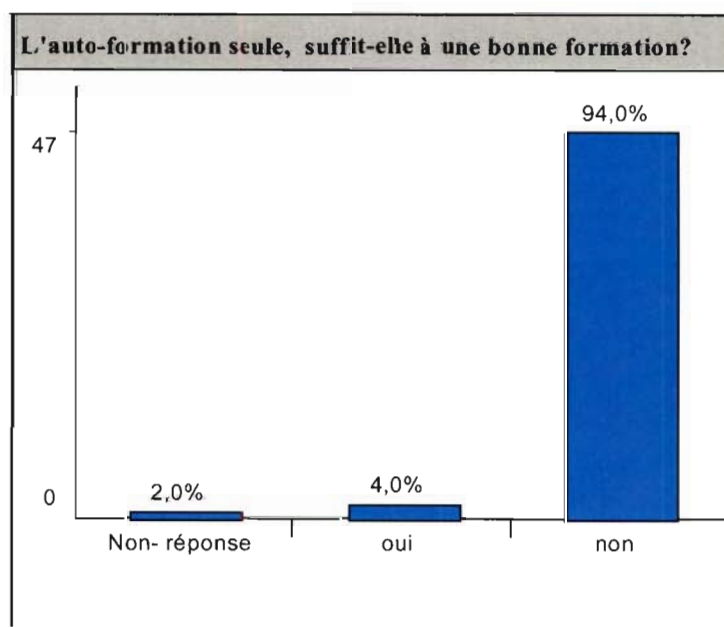
Il reste associatif pour 80%, mais **au sein même des associations 34% estiment que des rémunérations correctes sont envisageables** pour des médecins généralistes bien formés à la FMC. Il s'agit d'un complément à la question précédente, des médecins généralistes exerçant en tant que tels avec une activité réelle et prépondérante de médecine libérale pourraient être recrutés grâce à leur compétence pédagogique et organisationnelle et être indemnisés correctement.

4.4.4. La FMC obligatoire et recertifiante.



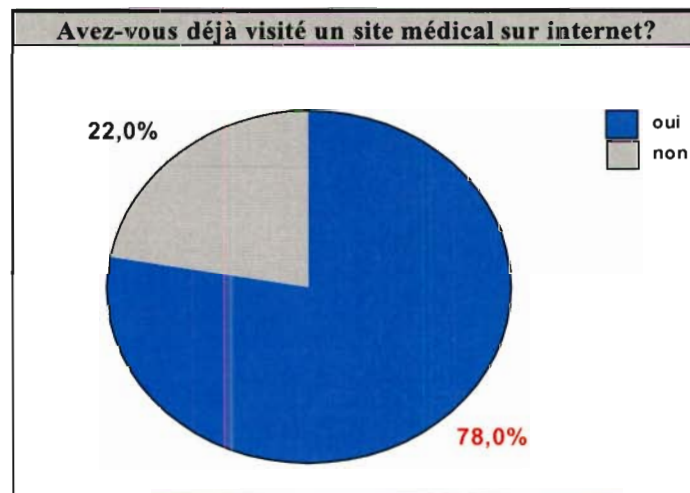
⇒ **Cette FMC est rejetée, mais non crainte pour autant**, les cadres actuels de la FMC lorraine restent fidèles aux principes moraux de Guy SCHARF estimant que la FMC est une affaire professionnelle et de conscience.

4.4.5. L'autoformation.

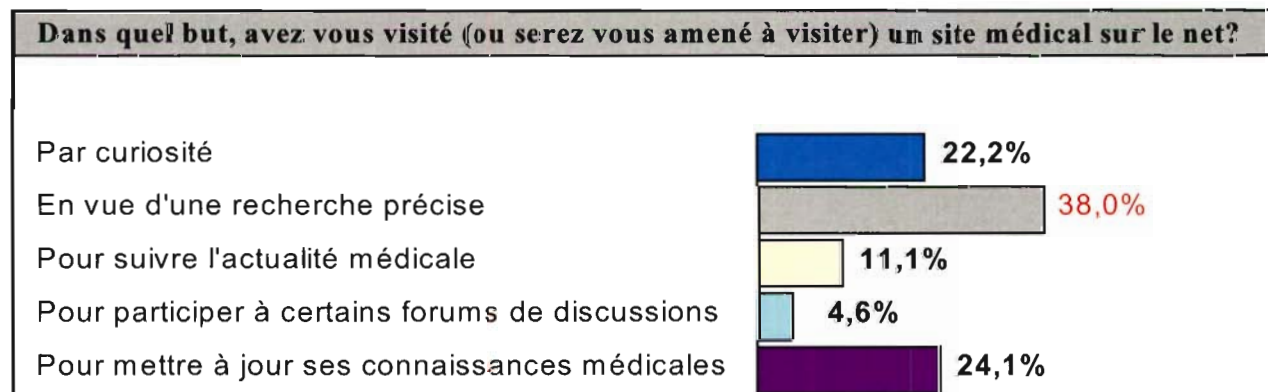


⇒ **Ce mode de FMC est rejetée si utilisée de façon exclusive**, 94% l'estime inefficace. L'auto-formation est indispensable, mais largement insuffisante, car elle exclut l'objectivité de la prise de conscience des besoins de formation qui sont personnels, mais aussi généraux. La Santé Publique, devenant une grande partie de l'activité du médecin généraliste au détriment d'une médecine de soins, demande une confrontation et une réévaluation des pratiques que l'auto-formation ne peut pas combler.

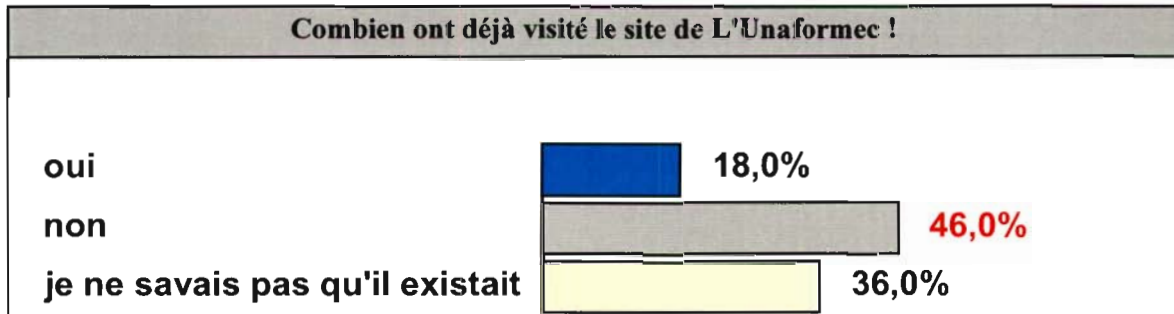
4.4.6. Internet.



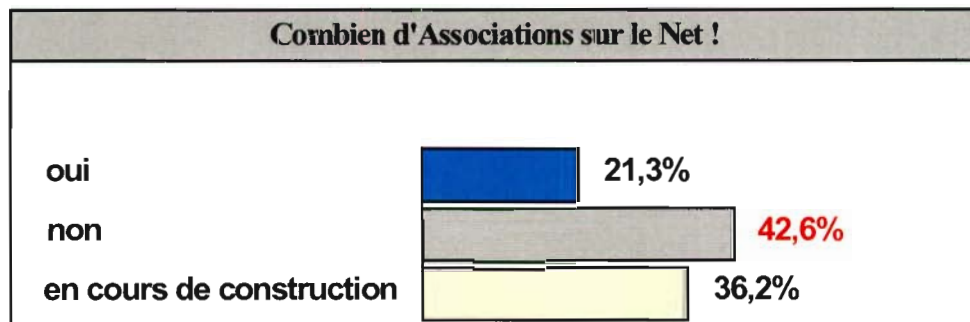
⇒ Presque tous les médecins généralistes ayant répondu à l'enquête sont équipés d'un ordinateur (92%) et ont accès à Internet.



⇒ Les 3/4 sont déjà allés visiter un site médical, parfois par curiosité, mais le plus souvent pour une recherche précise, pour une mise à jour de connaissance.



⇒ Le site de l'UNAFORMEC semble délaissé, certains en ignorent même son existence.



⇒ La majorité des associations de FMC a ou veut avoir très prochainement son site sur Internet.

⇒ Ce moyen de formation ou plutôt d'information semble pris très au sérieux, il est peut être très tôt pour l'estimer comme un moyen incontournable ou comme un phénomène de mode.

⇒ Actuellement **seule l'AMMPPU 57 est présente sur le Net** (depuis octobre 2001) on regrette que LORFORMEC ne soit pas encore sur la toile...ça traîne !

⇒ **Les sites de l'AMVPPU, l'AMMFC et l'AMPPU 54 sont en bonne voie de construction et seront prochainement aussi ouverts au plus grand nombre de médecins !**

**CHAPITRE IV : PERSPECTIVES DE
DEVELOPPEMENT DE LA FMC.**

1. UN NOUVEAU CONTEXTE : UNE NOUVELLE FMC

La FMC, comme nous l'avons vu, n'est pas une chose aisée à maîtriser tant elle rassemble de nombreux intervenants, d'univers politiques différents et n'ayant pas souvent les mêmes intérêts, les mêmes idées et le même âge !

Des EPU aux PPU, de la fédération des associations régionales à la FMC conventionnelle qui est enfin revenue, la FMC associative reste de toute évidence la plus représentative de l'idée que se faisait Guy SCHARF de la FMC. Le partenariat, de plus en plus fort et complémentaire avec l'Université essentiellement, y est pour beaucoup dans le maintien de la FMC associative, sans parler bien sûr du travail de terrain, réalisé par les organisateurs de la FMC.

La FMC se complique dès lors que se mêle la politique, entraînant de ce fait des divergences entre différentes parties.

Elle se complique encore dès lors qu'intervient son financement et notamment cette éternelle question : qui doit payer pour une FMC que les grandes instances veulent obligatoire, d'autant que les médecins, depuis 1997, cotisent pour cette FMC, sans en voir un moindre bénéfice ...?

Elle se complique encore lorsqu'on se rend compte qu'une loi n'est pas forcément sur le terrain, qu'une loi, décidée en haut lieu, ne correspond pas à l'attente des principaux concernés. Depuis 1996, la FMC qui se devait obligatoire, qui aurait dû être indemnisée est restée figée, laissant de ce fait de nombreux médecins mécontents et surtout délaissant, de par la même occasion, les associations locales pour se tourner vers d'autres formes de FMC...

Elle se complique toujours lorsque l'on brandit la menace de sanctions pour peu qu'on ait fait 29 heures de formation au lieu de trente !

Mais les mentalités évoluent, les besoins ne sont plus les mêmes, la formation telle que pouvait l'imaginer Guy **SCHARF** n'a plus d'avenir, et ce pour plusieurs raisons :

- ⇒ Le médecin est de plus en plus sollicité par les patients en priorité, par l'état qui lui demande sans cesse des comptes, par les caisses qui le surveillent au moindre écart.
- ⇒ A cela s'ajoute une médecine de plus en plus spécialisée, qui demande une mise à niveau continue des connaissances, une médecine de plus en plus administrée qui demande une parfaite gestion et une médecine de plus en plus informatisée qui demande une certaine maîtrise.
- ⇒ De plus, le médecin d'aujourd'hui, demande un droit à profiter de son temps libre pour le passer avec sa famille, le temps du « sacerdoce médical » est révolu : le médecin aspire à une qualité de vie alliant la profession, la formation et la famille.
- ⇒ Sans oublier les nouvelles technologies, les nouveaux médias et on se rend compte que la nouvelle génération de médecin prépare une « FMC à domicile », qui, disons-le de suite, serait l'idéal pour tout le monde...(quoique certains y perdraient.... !)

Au vu de ces points, on prend conscience que le monde évolue, et on comprend pourquoi il est si difficile, et il en sera pire dans les années à venir, si rien n'est fait, de s'investir dans la FMC....Sauf si celle-ci prend un visage différent, c'est de cela dont nous allons parler dans la troisième partie.

Dans la deuxième partie, et avant d'envisager un avenir pour la FMC en France, voyons comment, nos voisins, en Europe, tout comme nos non-moins voisins outre-atlantique, se forment.

2. LA FMC DANS LES AUTRES PAYS

La dénomination Formation Médicale Continue (FMC) est usuelle dans de nombreux pays francophones dont la France, sachant qu'on emploie les termes d' Education Médicale Continue au Québec ou de Formation Médicale «Continuée» en Belgique ; on pourrait dire "continuante" dans les pays anglophones (*Continuing Medical Education*. Longtemps définie comme « l'entretien et l'actualisation des connaissances », la définition de la FMC doit être plus large : **il s'agit de toute activité ou programme de formation qui modifie les pratiques des médecins avec l'objectif d'améliorer leurs performances et par conséquent la santé des malades.**

2.1. La FMC en Europe

2.1.1. Caractère obligatoire ou facultatif

L'obligation de la FMC **est exceptionnelle** ; une expérience en Allemagne n'avait pas été, semble-t-il concluante. Cette obligation n'existe réellement que dans les pays de l'Est (Russie, Hongrie, Roumanie), sans qu'il y ait forcément accréditation. **Une obligation existe en Belgique pour qu'un médecin soit conventionné, et le système belge, développé plus loin, paraît tout à fait valide.**(37) (44)

2.1.2. Les organisateurs

Ils sont très divers :

- les chambres des médecins, les académies locales en Allemagne ;
- le Royal College, des associations publiques ou privées en Grande-Bretagne ;
- des associations de médecins, l'Université, et les pouvoirs publics en Belgique ;
- des associations, l'Ordre, l'industrie au Danemark ;
- des collèges, les sociétés savantes et l'industrie en Espagne ;
- l'Université, des associations et les hôpitaux en Hongrie ;
- l'Ordre, l'industrie, l'Université, les associations en Italie ;
- les associations, les caisses et l'Université en Norvège ;
- l'Université, l'industrie au Portugal ;
- l'Etat en Roumanie ;
- les associations, l'Université, les hôpitaux, l'industrie en Suisse ;

2.1.3. Accréditation

Elle **n'existe que rarement, et pas toujours de façon efficace**. Les pays qui ont rendu la formation permanente obligatoire ne sont pas ceux qui pratiquent l'accréditation. **Les pays les plus avancés, validant les actions et les participants sont la Belgique, la Norvège, l'Allemagne.**

2.1.4. Financement

Ses origines sont variées : dans les pays de l'Est, c'est l'Etat qui finance exclusivement (pour combien de temps ?), mais de façon généralement insuffisante. Il le fait partiellement pour des programmes de santé publique. L'apport le plus constant est celui des médecins eux-mêmes et surtout de

l'industrie pharmaceutique. Les hôpitaux et les facultés contribuent partout à une aide matérielle et pédagogique.

2.1.5. Cas particulier de la Belgique :

Depuis 1994 les médecins belges ont **l'obligation pour exercer la médecine conventionnée d'être agréés par l'Institut National d'Assurance Maladie**. Ces accréditations reposent sur **2 volets** :

- Une partie est relative à la pratique : au cours d'une première période de rodage, cette accréditation repose sur une déclaration sur l'honneur. Seul le seuil d'activité est pris en compte, celui-ci **impose un minimum de 800 prestations par an ou 13 heures d'exercice par semaine**.

- Une partie relative à la Formation Continue (F.C.) : celle-ci repose sur un **système de points**. Chaque activité de F.C.* est dotée par le Groupe de Direction de l'Accréditation de points «**Unité de Formation Continue (U.F.C.)**». **Le praticien a l'obligation de recueillir au moins 200 UFC par an parmi lesquelles 30 UFC doivent être obtenues dans la rubrique Ethique et Economie** (formation mise en place par des groupes locaux d'évaluation médicale ou GLEM).

Par la suite, la procédure prévoit un agrément sur 3 ans et la nécessité de fournir la preuve de 600 UFC.

Barèmes des accréditations ufc*	
Activités	Note maximum
Ateliers	
Séminaires régionaux	10 UFC/heure
Séminaires nationaux	
Réunions internationales	
Staffs hospitaliers	5 UFC/heure
Ethique et Economie	10 UFC/heure minimum - 30 UFC/an
Travaux scientifiques	
Publications	20 à 60 UFC
Communications	
Animateur	10 UFC/heure - 20 UFC/demi-journée - 30 UFC/journée

La FMC est aux mains des universités, de la Société scientifique de médecine générale, ainsi que d'un certain nombre d'associations locales. Ce sont ces mêmes structures qui se chargent de déterminer les besoins, d'élaborer les programmes et d'organiser la formation. Toute liberté leur est laissée en ce qui concerne la détermination de la pertinence des sujets de formation. En cas de non satisfaction de ces critères, il est prévu une suspension de l'accréditation.

En Belgique il n'existe pas de système de recertification.

2.1.6. Cas particulier de la Grande-Bretagne

La FMC ne fait l'objet d'aucune obligation au sens strict mais elle est largement pratiquée. Concernant les généralistes seulement, la FMC ouvre droit à un avantage financier. Il s'agit d'un remboursement versé au généraliste par son employeur, le Family Health Service Authorities, d'une somme d'un montant annuel de 2500 livres.

Le médecin doit, pour l'obtenir, avoir suivi trente heures par an de FMC dans des formations agréées. La formation doit avoir porté à parts égales sur trois domaines :

- maladie et soins curatifs,
- prévention-éducation pour la santé,
- et gestion du cabinet.

L'ensemble du système d'agrément des formations repose sur les Collèges Royaux. **Cet agrément peut être accordé quel que soit l'organisateur du programme de FMC: industrie pharmaceutique, syndicat, petites sociétés de médecine locales (analogues aux associations locales de France), etc.** L'agrément est accordé de manière très large —dans un souci de ne pas décourager les bonnes volontés.

En février 1999, le General Medical Council a voté pour la «revalidation» de tous les médecins.

En Grande-Bretagne, aucune recertification n'est en vigueur jusqu'ici, ni pour les généralistes ni pour les spécialistes.

(14)(15)(16)

2.1.7. Cas particulier des Pays-Bas

Il existe aux Pays-Bas une recertification obligatoire : tous les cinq ans le médecin est sommé de justifier :

- 1) qu'il est **bien enregistré comme médecin professionnel;**
- 2) qu'il a **exercé de manière régulière les cinq années précédentes**, avec un minimum d'un jour par semaine au cabinet;
- 3) **qu'il a suivi 40 heures par an de FMC accréditée.**

Les contenus des programmes de formation sont **examinés par une commission nationale qui décide de leur accréditation.** Cette Commission d'accréditation n'est pas une émanation d'instances gouvernementales : **elle est constituée de plusieurs médecins habilités qui sont les porte-parole des comités scientifiques et des généralistes.**

Au niveau national il est établi un programme, le «Curriculum» qui fixe par année un grand thème.

Tout opérateur peut établir des programmes, y compris l'industrie pharmaceutique, bien que l'accréditation en ce cas soit accordée de manière parcimonieuse.

Le médecin n'est soumis à **aucun contrôle supplémentaire :**

- 1) il n'y a aucun contrôle individuel de l'impact de la formation.
- 2) le médecin est libre de suivre le programme de formation de son choix.

Le dispositif mis en place laisse au médecin une certaine latitude et la place pour une large autonomie dans l'exercice de son métier. **Le système mis en place n'a pas été conçu pour distribuer des sanctions. Il n'a d'autre propos que de motiver le plus de médecins possible à faire de la FMC et améliorer ainsi de manière progressive le niveau général.**

Il se veut dispositif d'éducation et si une sanction venait à devoir intervenir, cela serait perçu comme la marque de l'échec de cette éducation. **Néanmoins un contrôle existe : de la part des organismes en position de demander des comptes au médecin** : pouvoirs publics, compagnies d'assurance, université, unions professionnelles, syndicats, etc....(14)

2.2. La FMC aux Etats-Unis en quelques mots

L'obligation d'une recertification périodique s'est progressivement imposée dans les différentes disciplines, depuis 1975. Aujourd'hui, toutes les disciplines y compris la médecine générale ont mis en place cette procédure à l'exception, de l'anesthésiologie, de la neurochirurgie, de l'O.R.L., de la biologie, de la chirurgie plastique, la radiologie et la médecine préventive. **Les examens de recertification sont désormais obligatoires tous les 7 à 10 ans, selon les disciplines (7 ans pour la médecine de famille et la pédiatrie, 10 ans pour toutes les autres).**

La procédure actuelle de recertification est organisée et jugée par les American Boards d'Etats. La recertification **ne peut être obtenue que dans la discipline initiale** et ne peut permettre de changement de discipline, à l'exception de la médecine interne où il est possible de se réorienter dans l'une des 8 sous-spécialités associées telles que, par exemple, l'hématologie ou l'oncologie médicale ou pour obtenir une qualification additionnelle, par exemple en pneumologie ou réanimation.(15)(16)

La recertification se déroule en 3 étapes :

- **Une procédure libre d'auto-évaluation** qui se déroule à domicile, à un **rythme librement choisi** et qui concerne un ou plusieurs des 5 à 10 modules découpant la discipline. **Le candidat répond pour chaque module à 50 ou**

100 questions de synthèse et de jugement plutôt que de connaissances, mais qui inclut également les progrès récents en médecine clinique et thérapeutique. **Le candidat reçoit une évaluation confidentielle de sa performance qui peut le conduire à poursuivre ou reprendre une formation permanente**, telle que celles offertes par l'American College of Physicians, par les sociétés spécialisées et par les facultés de médecine, établissements qui doivent être accrédités, ce qui pose parfois certaines polémiques.⁽¹⁶⁾

- **Evaluation de la compétence clinique par l'American Board de la discipline** ; le candidat doit soumettre un certain nombre de documents témoignant de ses efforts de formation permanente et des appréciations provenant des hôpitaux ou autres structures de soins avec lesquels il a pu être amené à travailler régulièrement. **L'American Board évalue** essentiellement **le jugement clinique, les connaissances médicales, les aptitudes pratiques et les qualités humaines**. Des programmes d'évaluation particuliers sont développés pour les médecins qui n'ont pas de relation directe avec un hôpital ou toute autre structure de santé.
- **L'examen final de recertification se déroule en un ou deux jours**, sous une forme modulaire souple. Les questions sont élaborées par un groupe de spécialistes de la discipline ou de généralistes et de spécialistes de médecine interne, de médecine de famille et de pédiatrie pour les médecins généralistes. Un certain degré de sélection des questions est laissé à l'appréciation du candidat en fonction de son type d'activité réelle.

Dans 35 des 50 états, on doit aussi montrer, pour obtenir le renouvellement de la licence d'exercer (renouveler tous les deux ans), que l'on a suivi 50 heures de FMC par an, 20 à 25 heures de cours ou autres, et le reste sous forme d'activités

personnelles plus ou moins informelles. Si cette exigence n'est pas remplie, la licence n'est pas renouvelée et le médecin doit repasser un examen pour l'obtenir de nouveau, ce qui constitue une réelle épreuve pour un médecin en exercice.

Il s'agit donc, pour les 35 états qui en ont retenu le principe, **d'une obligation de formation continue.**

3. PERSPECTIVES EN FRANCE POUR LA FMC

3.1. La Formation médicale obligatoire et recertifiante

La FMC obligatoire est déjà très difficile à mettre en place comme nous avons pu le voir, une loi ne suffit pas à elle seule. Mais ceci dit, personne n'a attendu une loi pour faire de la FMC. L'engagement en est inscrit dans le code de déontologie, auquel le médecin s'engage sur l'honneur quand il s'inscrit au tableau de l'Ordre. Et c'est la justification la plus pure, la plus expressive qu'un médecin puisse donner de la FMC, que de savoir qu'il s'est engagé sur l'honneur à perfectionner ses connaissances pendant toute la durée de sa carrière.

Alors que la FMC, rendue obligatoire par les Ordonnances de 1996, traverse une période délicate, une coordination se met en place entre médecins libéraux et médecins hospitaliers et salariés, pour faire entendre que la FMC est l'affaire des médecins, et qu'il incombe aux médecins d'être les responsables de la qualité des soins. On peut considérer qu'il en est de l'honneur de la médecine que d'organiser elle-même sa FMC.

Dans cette même optique, que dire d'une mise en place, en France, de la recertification ?

La certification, pour un médecin français, correspond intuitivement à l'autorisation d'exercer à la fin de ses études. Le menacer d'un processus de recertification est naturellement compris comme la volonté de lier cycliquement la reconduction de son autorisation d'exercer à des vérifications imposées par un tiers. La notion de sanction apparaît alors clairement.

Lors du Colloque International UNAFORMEC (PARIS 21-22 NOVEMBRE 1998) sur la recertification, le terme même de recertification était remis en question : Le Dr P.BONET, président de l'UNAFORMEC, l'affirme dès l'introduction du colloque: «Ce terme, les organisateurs de cette rencontre l'ont choisi parce qu'il est provocateur.», avis partagé par le président de l'ordre, le Pr GLORION : ce terme de recertification est «quelque peu administratif et mal accepté. Qui dit recertification dit attestation, vérification, contrôle peut-être...».

De toute évidence, l'aspect d'une recertification n'est pas bien perçu.

D'après l'enquête réalisée auprès des cadres organisateurs de la FMC en Lorraine, les avis sont partagés à ce sujet car 54% refusent une FMC obligatoire et recertifiante contre 46% qui seraient favorables, pour peu de savoir qui contrôle quoi. Par ailleurs, à la question : « Craignez-vous cette FMC obligatoire et recertifiante ? », 74% répondent que NON.(Voir analyse de l'enquête, chapitre IV). Ceci montre bien que la recertification n'est pas crainte en tant que telle mais refusée sur un principe moral : les médecins refusent d'être évalués par une administration quelconque !

Une recertification sous-entend une évaluation des connaissances de la part des instigateurs ? Comment évaluer les connaissances d'un praticien ? Par quels outils ? Pour autant, les connaissances sont-elles garantes d'une bonne médecine et de surcroît d'un bon médecin ? On sait d'ailleurs qu'avoir les connaissances est une chose, les appliquer en est une autre ! Le problème est là :

comment évaluer ? Plusieurs moyens peuvent être proposés ou existent déjà dans la FMC :

➤ **Les Audits, on a vu l'intérêt des audits avec le GLAM** (Groupe Lorrain des Audits Médicaux) et son rôle dans la FMC. Notamment pour le GLAM avec son partenariat avec le REL (Réseau Lorrain Epidémiologique), car les deux s'avèrent complémentaires : le GLAM pour les idées et les thèmes et le REL pour la réalisation.(Exemple de la vaccination par le ROR...**Annexe 22**). L'audit c'est la mise en pratique des connaissances et sa place dans l'évaluation est certaine. En vue d'une recertification, il faudrait savoir comment user d'un tel outil dans un but d'accréditation.

➤ **Le BPP ou Bilan Professionnel Personnalisé**, mis en place par l'UNAFORMEC, est un outil d'Auto-évaluation, récent et destiné aux praticiens désireux de savoir où ils en sont sur le plan professionnel, pratique, théorique et personnel. « L'UNAFORMEC met actuellement en place des manuels d'auto-formation avec un dossier documentaire, des possibilités d'EAO et, d'ici peu, une formation en ligne. », ce texte datant de 1998, trois ans après, toujours pas de FMC en ligne sur le site de l'UNAFORMEC...attendons de voir sous quelle forme cette FMC en ligne sera présentée, car de nombreux sites se disent faire de la FMC en ligne et ne font que présenter des « dossiers cliniques », des « cas cliniques » ou pire, présentent des cours magistraux !

Le principe du BPP se base sur 3 axes, appelés " valises" intitulées :

« Que fais-je ? », « Qui suis-je ? », «Que sais-je ? ».

Ces trois valises constituent pour le médecin une évaluation formative :

- sur la connaissance de sa pratique et sur la manière dont il la répartit ;
- sur la connaissance de lui-même et de l'usage qu'il en fait;

- sur les connaissances médicales et scientifiques qu'il a et l'usage là encore qu'il en fait, puisque la valise «Que sais-je ?» est construite à partir de problèmes de pratique.

La démarche du BPP est fondée sur le volontariat et en aucun cas n'a un objectif de recertification.

Le principe de « mieux se connaître » pour « mieux traiter » est discutable néanmoins, il faudrait associer également, au « mieux se connaître », un « mieux connaître » et un « mieux faire connaître ».

➤ Autres moyens d'évaluations :

- On citera les "malades-témoins", personne qui à la demande d'un praticien, va être son témoin, dans sa pratique quotidienne pour l'évaluer et au final corriger certaines habitudes. Très discutable comme méthode car très peu objective...
- L'évaluation par l'enseignement : enseigner permet dans un sens de s'auto-évaluer et de ce fait de se former. Maître de stage est un bon exemple, car le praticien maître de stage, par la présence de son stagiaire, sera amené à changer peut-être ses habitudes en vue d'enseigner un savoir, une pratique et son expérience.
- On peut imaginer une « évaluation-pirate », à l'insu du praticien dans un cas pratique bien défini. Comme toute simulation en vue d'une catastrophe pour évaluer l'efficacité d'un plan de secours, on pourrait imaginer une instance qui serait à même de créer des situations factices pour mettre le praticien dans une situation donnée et ainsi évaluer de façon objective ses connaissances, sa gestion du problème, son attitude, sa démarche diagnostique et théorique. Le but serait de définir par la suite, avec le praticien, des erreurs commises et de lui proposer les thèmes de formations correspondants...

3.2. L'ANAES

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) est un **Établissement Public Administratif** de l'État (EPA) créé par l'Ordonnance du 24 avril 1996.(**Annexe 7**) Son fonctionnement est organisé par le Décret n° 97-311 du 7 avril 1997.

“L'évaluation des pratiques par les professionnels de santé sera développée en s'appuyant notamment sur les unions régionales de médecins et les instances professionnelles propres aux professions paramédicales. Le développement de l'évaluation s'appuiera sur les recommandations de bonnes pratiques établies par l'ANAES ;

Rendue obligatoire, la formation médicale continue des médecins n'a pas connu les développements souhaitables. Le Gouvernement proposera au Parlement les dispositions législatives nécessaires pour lui donner une nouvelle impulsion. Une concertation est engagée sur ce thème...”(Loi n° 98-1194 du 23-12-1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, section 9)

L'ANAES est un **organisme scientifique et technique**, lieu d'expertises et d'échanges **avec les acteurs de la santé**.

La nouvelle agence a été créée pour développer les missions de l'ANDEM (Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale), mettre en œuvre et mener de nouvelles activités telles que la démarche d'accréditation des établissements de soins français publics et privés.

Son indépendance est assurée par la composition, majoritairement **professionnelle**, et par les **règles de fonctionnement** de son Conseil d'administration et de son **Conseil scientifique**.

Trois missions pour l'ANAES :

3.2.1. L'évaluation

- L'ANAES est chargée **d'établir l'état des connaissances** en matière de **stratégies diagnostiques et thérapeutiques** en médecine, et de **contribuer à l'amélioration de la qualité** et de la sécurité des soins à l'hôpital et en médecine libérale.
- L'Agence conduit des études d'évaluation à partir de méthodes et principes explicites en s'appuyant, entre autre, sur l'analyse rigoureuse de la littérature scientifique et sur l'avis des professionnels de santé (Études d'évaluation technologique, élaboration de Recommandations et références médicales...).
- L'ANAES organise et/ou labellise des "Recommandations pour la Pratique Clinique" et des "Conférences de Consensus" sur des grands thèmes cliniques, diagnostiques et thérapeutiques.²⁹
- Elle mène, dans les établissements de santé et dans le milieu de la médecine libérale, des actions d'évaluation des pratiques professionnelles, de formation à l'audit clinique, des programmes d'amélioration de la qualité.
- L'ANAES contribue aussi à évaluer les actions et les programmes de santé publique.

3.2.2. L'accréditation

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé est la structure compétente pour mettre en œuvre la procédure d'accréditation prévue par l'Ordonnance du 24 avril 1996. (**Annexe 7**)

²⁹ Pour consulter, gratuitement les conférences de consensus et recommandations de l'ANAES, un site :
La **Bibliothèque Médicale A.F.Lemanissier** : <http://www.bmlweb.org/consensus.html>

L'accréditation est une procédure externe à un établissement de soins, indépendante de celui-ci et de ses organismes de tutelle, effectuée par des professionnels, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques.

Cette évaluation vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein de l'établissement. Tous les établissements de santé, publics et privés doivent s'engager dans cette démarche. L'accréditation s'adresse aux établissements dans leur ensemble et le cas échéant aux services et aux principales activités.(1)(22)

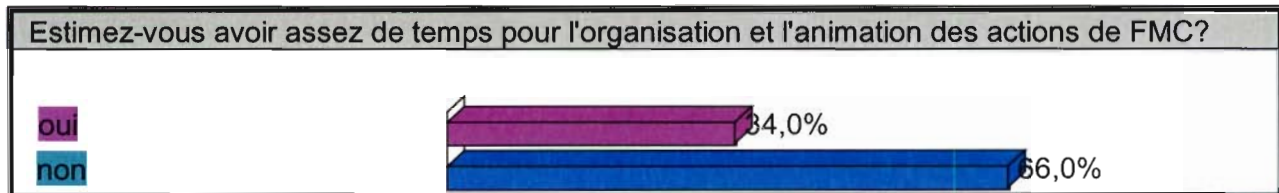
3.2.3. La nomenclature

L'avis sur l'admission au remboursement est une autre mission de l'ANAES qui doit émettre un avis scientifique et technique indépendant sur la liste des actes, prestations et fournitures qui sont remboursés par l'assurance maladie.

L'ANAES était présente cette année à la Semaine Médicale de Lorraine, tant son importance et son travail semblent être reconnus par beaucoup. Une recertification sous contrôle de l'ANAES serait-elle acceptée ?

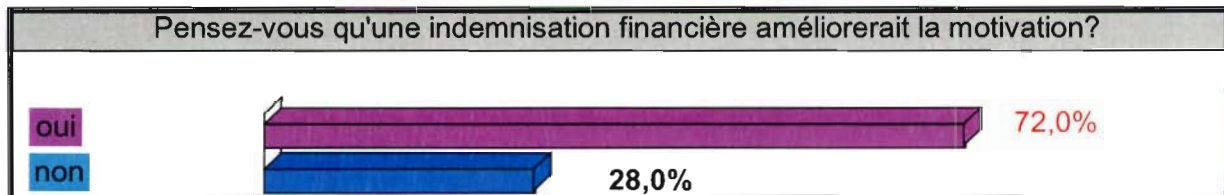
3.3. La FMC rémunérée pour des professionnels de la Formation.

Ce qui ressort de façon frappante de l'enquête réalisée auprès des cadres organisateurs de la FMC, c'est le manque de temps :



En effet 66% estiment manquer de temps pour pouvoir organiser une action de FMC.

Sur le thème de la rémunération, la aussi, le résultat est parlant :



Une grande majorité est d'accord pour une rémunération.

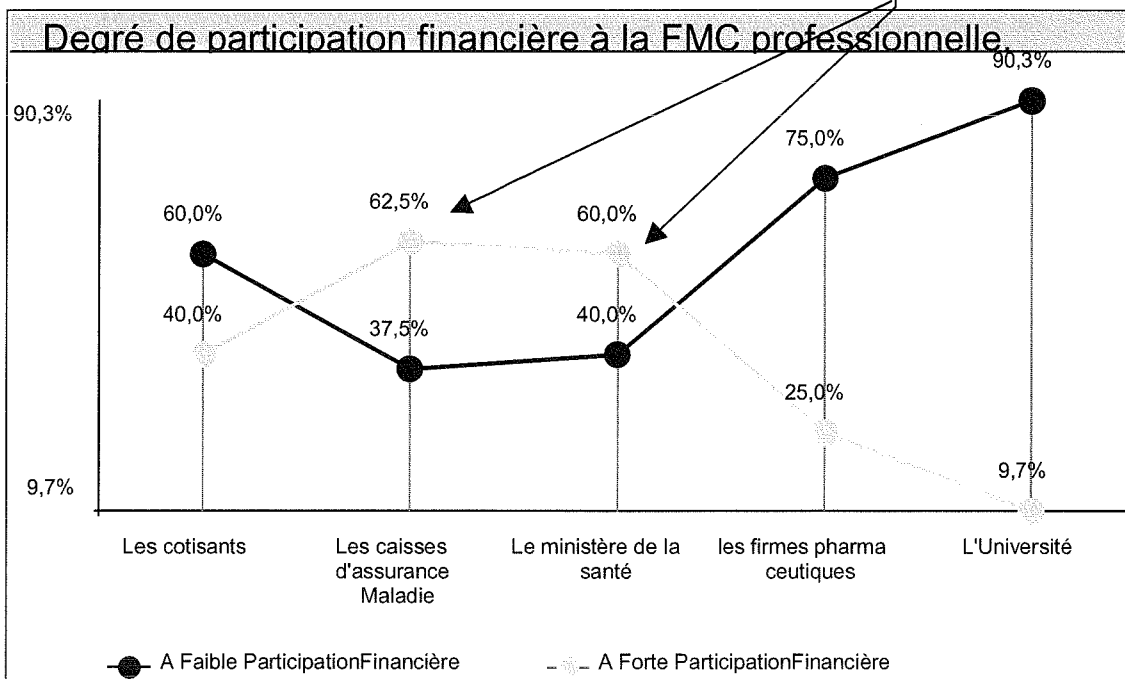
Le constat, pour des professionnels qui organisent des actions de FMC depuis des années, pour des professionnels qui sont sur le terrain, c'est un manque de temps certain et une non-valorisation financière en échange.

Le problème est réel, organiser une action de FMC ne s'improvise pas, et forcément, le temps nécessaire à son organisation s'ajoute au temps cruellement précieux d'un médecin généraliste au quotidien, d'autant plus si il exerce en campagne. Ce manque de temps est indirectement lié à un manque d'animateurs et vice-versa.

La solution à ce problème, qui au fil du temps ne fera que s'accroître est de rémunérer l'organisation de la FMC sur une base forfaitaire, sous forme d'un salaire mensuel. On peut aisément imaginer une activité libérale réduite au profit de l'organisation d'actions de FMC (Par exemple, travailler en libéral, 6 demi-journées dans une semaine et consacrer de façon exclusive 3 demi-journées à la FMC.).

Bien sûr le salaire serait à définir...mais là c'est une autre histoire et le débat risque d'être difficile, car la question est sur toute les lèvres : qui doit payer ? Là encore notre enquête auprès des cadres organisateurs fait ressortir deux organismes :

- Les caisses d'assurance maladie,
- Et le ministère de la santé.



Nous remarquons que les firmes pharmaceutiques ne sont pas du tout sollicitées pour cause d'indépendance.

3.4. Les nouvelles technologies, la "FMC à domicile"

Nous avons déjà évoqué cette nouvelle FMC dans la partie consacrée à l'auto-formation (p.123) mais il nous semblait important également d'évoquer cette nouvelle forme de FMC dans la discussion et notamment la place qu'elle pourra occuper dans les années à venir.

Le plus important sera sans doute de pouvoir gérer l'afflux de sites et de pouvoir surtout évaluer la qualité d'un site au même titre qu'il existe un comité de lecture pour la presse...

Pour évaluer un site, l'équipe du CHU de Rouen, qui a classé en 6 grandes catégories les critères de qualité de l'information médicale :

- 1.Crédibilité
- 2.Contenu
- 3.Liens
- 4.Design
- 5.Interactivité
- 6.Aspects quantitatifs

Ces critères peuvent être utilisés de deux façons :

- ⇒ par les cyber-citoyens pour améliorer leur esprit critique ;
- ⇒ par les maître toiles des sites de santé francophones pour en augmenter la qualité.

Chaque critère est pondéré en critère essentiel (noté de 0 à 9), critère important (noté de 0 à 6) ou critère mineur (noté de 0 à 3). Le total de ces critères donne le score global du site (avec un maximum de 312 points).

Un certain nombre de critères doit être présent pour permettre l'évaluation de la qualité de l'information médicale sur Internet. Cet impératif est rendu nécessaire car la validité de l'information sur Internet doit être systématiquement remise en cause. En effet, contrairement à l'édition papier validée par les comités de lecture des revues scientifiques, l'information disponible sur ce réseau n'a pas été évaluée dans l'extrême majorité des cas. Grâce à la facilité de création d'un site Web, tout un chacun peut s'autoproclamer éditeur, en particulier d'information de santé. Ainsi, les sources d'informations de santé sont très hétérogènes, variant d'un site commercial vantant ses produits, à un site universitaire, gouvernemental, voire personnel. De même, la qualité des informations présentes est très variable: certaines sources sont fiables et validées (recommandations pour bonnes pratiques cliniques d'une agence nationale d'évaluation, articles d'un journal électronique avec comité de pairs) ; d'autres sont fausses, intentionnellement ou non, pouvant orienter dangereusement l'Internaute en quête d'informations de santé, et il n'y a aucun domaine dans lequel l'information inexacte, incomplète ou influencée est potentiellement plus dangereuse.(29)(31)(35)

Donc avant de pouvoir envisager une réelle FMC en ligne, il faut se donner tous les outils pour pouvoir être sûr des informations qu'on nous propose sur Internet.(13)(26)(29)

L'avenir de la cyberformation en est à ses débuts, il ne faut pas hésiter à le dire. On le voit, actuellement, la plupart des associations veulent être présentes sur Internet, plus par soucis de mode pour le moment que pour vraiment proposer une formation de qualité en ligne.

CONCLUSION GENERALE

A l'époque des **Recommandations Médicales** (OMS, ANAES, AFSSAP, Conférences de Consensus...), de l'**Evidence Based Medicine** (21)(26), le médecin généraliste ne peut plus continuer à exercer sans continuellement remettre en question son savoir, tant son savoir être que son savoir-faire.

Pour cela, la FMC est bien entendu indispensable et devenue incontournable, mais elle doit être efficace et correspondre à des besoins précis, elle doit en parallèle, être économe en temps dans un contexte d'hyperactivité sociale.

Il est donc nécessaire et urgent de trouver les méthodes ainsi que les moyens pédagogiques adaptés à chacun.

Le médecin lorrain, qui bénéficie d'une histoire et d'une infrastructure ancienne consacrée à la FMC peut aujourd'hui trouver une solution au sein des associations départementales et régionales afin qu'il soit en règle avec la société, sa conscience et bientôt avec la loi qui se dessine petit à petit.

Cependant, à l'aube d'un nouveau millénaire, il est essentiel et vital pour la FMC associative d'explorer les nouveaux outils mis à disposition et qui nous entourent si nous voulons encore être présents sur le terrain d'ici une dizaine d'années. Ces nouveaux modes d'information et de communication peuvent en effrayer certains, comme la voiture à son époque, mais l'immobilisme et le conservatisme signeraient la fin du mode associatif au profit de la **cyberformation**.

De nombreuses associations l'ont compris et sont déjà présentes sur Internet, comme notamment l'UNAFORMEC ou en Lorraine, l'AMMPPU 57 et l'URML. Les autres associations lorraines devraient suivre...

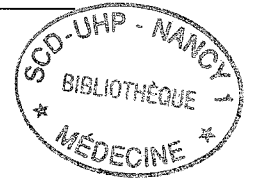
C'est pour cela qu'un état des lieux en Lorraine nous semblait nécessaire, c'est le but de cette enquête, réalisée auprès du noyau associatif : les organisateurs, ceux qui sont directement impliqués et qui sont capables de définir au mieux les besoins pour une meilleure Formation.

Dans l'année du centenaire d'une loi qui aura probablement marquée son siècle, la FMC est également en plein bouleversement, avec notamment, prévue pour cette fin d'année, le vote de la loi sur la modernisation de la santé incluant une obligation de FMC pour tous les médecins...et « en cas de manquement à l'obligation, le cas échéant, de saisir les instances disciplinaires... ».

Dans une société, lorsqu'on en arrive à devoir obliger pour obtenir, c'est qu'en fin de compte, l'envie n'y est pas, pour une raison ou une autre. Dans la FMC plus qu'ailleurs, il faut donner envie, il faut s'adapter à la société...



BIBLIOGRAPHIE



Articles de revues

1. **Bergmann JF, Mahe I.** Quality in health care. What quality? Judged by which criteria? By whom? How? *Thérapie* 2001 Mar-Apr;56(2):99-102
2. **Butler D., Fléaux R.** Les journaux scientifiques menacés par la concurrence d'Internet. *Le Monde (Le Monde Interactif)*, 22 janvier 1999.
3. **Chabot J.M.** L'Expérience nord-américaine en formation médicale continue, la revue du praticien. *Médecine générale* . - Vol. 11 (404), 1997 ; p. 37-42
4. **Chabot O.** Peut-on se former sur la toile ?, la revue du praticien. *Médecine générale*, 1998, 12, 438, 59-60.
5. **Deleuze J.** Ecole de Riom : le programme. *La Revue du Praticien Médecine Générale* 2000 ; 493 : 601-602.
6. **Durieux P., Ravaud P., Chaix C., Durand-Zalesky I.** La formation médicale continue améliore-t-elle le comportement des médecins? (1999) *Presse Med* ; 28: 468-472
7. **Eveillard P.** Le cyberpatient francophone est arrivé ! *La Revue du Praticien-Médecine Générale* du 13 sept. 1999
8. **Eveillard P.,** Les grands crus de la toile médicale, *La Revue du Praticien Médecine Générale*, 1998, 12, 429, 43-44.
9. **Eudes Y.** Du nouveau sur Internet : l'info sans effort. *Le Monde*, 16 - 17 Mars 1997 : 32-33
10. **Eysenbach, G.** (ed.): *Medicine and Medical Education in Europe - The Eurodoctor*, Stuttgart-New York: Thieme 1998, ISBN 3-13-115221-4
11. **Formation continue des médecins.** Accords syndicats, UNAFORMEC, Ordre sur les objectifs à atteindre. *Bull Ordre Méd* 3è trim 1981 : 4.
12. **Gallois P.** La preuve par l'argument fondé. *TLM Toute La Formation Médicale Continue*, trimestriel-Jan-Fév-Mars 98, 30 : 18-19
13. **Le Généraliste,** La recertification, comment ça marche N° 1937 Vendredi 16 avril 1999
14. **Le Généraliste** Cote d'amour pour la presse médicale .N° 1912 Mardi 19 janvier 1999,
15. **Guyatt GH., Meade MO, al.** (2000) Practitioners of evidence based care, *BMJ* ; 320: 954-955
16. **Kassebaum D. G., Cohen J.** J Non accredited Medical Education in the United States. *N Engl J Med* 2000; 342:1602-1605, May 25, 2000.
17. **Maruani B.,** La ruche associative. *TLM Toute La Formation Médicale Continue*, trimestriel-Avril-Mai-Juin 97, 27 : 20
18. **Morel P.,** FMC obligatoire : toute la règle du jeu. *Le généraliste*, 1827 - Janvier 1998: 6-9

19. **Rossard M.** La FMC sur le Net. Impact Médecin Hebdo, 1er Mai 1998, 407 : 79.
20. **Rouy J.L.** L'école de Riom, Formation pédagogique des enseignants de médecine général. Pédagogie Médicale, novembre 2000, volume 1, .54-55
21. **Sackett D. Haynes R.** : de la nécessité d'une médecine basée sur des faits prouvés EBM journal Mars/Avril 1996 HJ Walton (1994).

Ouvrages

22. **Barbier J.M.** L'évaluation en formation, Presses universitaires de France, 2000, 3e éd Edition Paris
23. **Boissel J.P., al.,** L'information thérapeutique. Masson, 474 p.
24. **Carre P.** L'auto formation dans la formation professionnelle Edit. La Documentation Française, Paris 1992.
25. **Cassagne H.,** Internet pour les médecins, 2^o édition, 11 bd Sébastopol 75001 Paris, Editions médicales spécialisées, 1997, 233.
26. **Clinical Evidence.** A compendium of the best available evidence for effective health care. *Décider pour traiter*, édition française de *Clinical Evidence*, Rand éd.
27. **Gallois P.** La Formation médicale continue. Principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation. Historique de la FMC en France. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 1997
28. **Gallois P.** Broclain D. Méthodes de synthèse de l'information médicale. La formation médicale continue Principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 1997 : 243 - 247
29. **Greenhalgh T.** Savoir lire un article médical pour décider. Rand éd.
30. **Klotz P.,** «Comparaisons internationales», La formation médicale continue dirigé par le Docteur Pierre Gallois, Médecine-Sciences Flammarion Paris 1997.
31. **Parmentier C. Tout savoir pour e-former** : de la loi de 71 au e-learning / Christophe Parmentier, Fouad Arfaoui ; préf. de Jacques Delors. - Paris : Éd. d'Organisation, 2001 (Paris : Impr. Jouve). - 220 p.
32. **Scharf G.** Manuel pratique de la formation continue du médecin, Intergraphe Ed., Bayonne, 1977.

Thèses

33. **Boulain C.** Histoire de la Formation médicale continue de ses débuts au printemps 1996, Thèse médecine, Paris, 1997
34. **De Guibert M.** L'Ecole de RIOM, 10 ans au service de la médecine générale et de son enseignement. Thèse médecine, Paris, 1996.

35. **Joly M.** Place du réseau Internet dans la formation médicale continue d'un médecin généraliste. Thèse Médecine, Nice, 1999. Consultable en ligne, URL: <http://www.medcannes.asso.fr/2these%20joly.htm>
36. **Kaiser J.** Histoire de la FMC à Nancy : Principe de formation et enquête auprès des praticiens. Thèse médecine, Nancy, 1986.
37. **Klotz H.** Lorformec : 1981-1987, L'expérience lorraine d'une fédération régionale de formation médicale continue, Thèse médecine, Nancy, 1989
38. **Niedbala J.** Etats des lieux de la formation médicale continue des médecins généraliste en Indre et Loire. **Thèse médecine**, Tours, 2001.
39. **Pierra C.** Regards sur une association départementale de formation médicale continue : l'AMMPPU: (Association Médicale Mosellane de perfectionnement Post-Universitaire). Thèse médecine. Nancy, 1990
40. **Pultar P.** Internet et la formation médicale continue. Thèse médecine., Poitiers, 1998. Consultable en ligne, URL : http://www.medicercle.org/Page_InternetFMC.htm



Références Electroniques

41. **Eveillard P.** e-learning : grands diseux, petits faiseurs La Revue du Praticien-Médecine Générale, 2001,11, 555 [en ligne] consulté le 29 novembre 2001, URL: http://www.33docpro.com/Revue/RdP-MG/MG_index.asp?page=somm
42. **Le monde associatif aujourd'hui.** [en ligne], consulté le 22 octobre 2001. URL : <http://www.vie-associative.gouv.fr/>
43. **Roland J.** Les facultés de médecine et la formation médicale continue [en ligne] Site de La Conférence des doyens, Consulté le 11 octobre 2001, URL. : <http://www.doyens-facmed.asso.fr/>.
44. « **Recertification des médecins en exercice : expériences, essais et enjeux** », Colloque International Unaformec, Paris, 21-22 novembre 1998,. Les actes de ce colloque ont été publiés par l'UNAFORMEC, [en ligne], consulté le 17 octobre 2001 Format Pdf³⁰, URL : <http://www.unaformec.org/publications/textesdivers/Recertification.PDF>
45. **Le site de la Loi 1901**, [en ligne] consulté le 7 novembre 2001 URL : www.loi1901.com/
46. **Qu'est-ce que l'UNAFORMEC ?** Site de l'UNAFORMEC [en ligne] Consulté le 11 octobre 2001 URL : <http://www.unaformec.org/presentation/index.htm>

³⁰ Nécessitant le logiciel gratuit Adobe® Acrobat® Reader®, URL : <http://www.adobe.fr/>

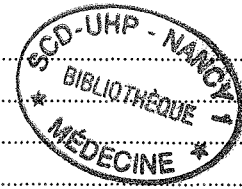


TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	14
TABLE DES ANNEXES	15
TABLE DES ILLUSTRATIONS	17
SIGLES DE LA FORMATION CONTINUE	18
INTRODUCTION	20
CHAPITRE I : SITUATION ACTUELLE DE LA FORMATION MEDICALE CONTINUE	
ASSOCIATIVE.....	23
1. HISTORIQUE DE LA FMC ASSOCIATIVE.....	24
1.1.Loi du 1er JUILLET 1901 relative au contrat d'association (Journal officiel du 2 juillet 1901).Loi Waldeck-Rousseau.(Annexe 1).....	24
1.2.Des E.P.U aux P.P.U, naissance de l'UNAFORMEC	26
1.3.Mise en place de la législation, de 1996 à aujourd'hui	36
1.3.1. la FMC rendue obligatoire par l'Ordonnance du 24 avril 1996, l'Ordonnance "Juppé"	36
1.3.2. Mise en application de la loi : le décret du 05 décembre 1996 (Annexe 8).....	38
1.3.3. Le Conseil National et Régional de Formation Continue, le FAF.	39
➤ Le CNFMC.....	40
➤ Les CRFMC.....	42
➤ Le FAF MEL	43
1.3.4. En pratique :aujourd'hui et demain	46
2. LES STRUCTURES ACTUELLES.	49
2.1.Nationales : l'UNAFORMEC.....	49
2.1.1. Présentation de l'UNAFORMEC	49
2.1.2. Le cas particulier de l'école de RIOM,.....	52
2.2.Régionales, LORFORMEC.....	54
2.2.1. Les fédérations régionales à travers la France	54
2.2.2. LORFORMEC.....	55
2.2.3. Rôle de LORFORMEC.....	56
2.2.4. LORFORMEC en quelque chiffres.....	57
2.2.5. Démographie médicale et FMC en Lorraine	58
2.3.Départementales.....	59
2.3.1. Quatre associations en Lorraine, situation géographique.....	59
2.3.2. AMPPU 54	60
➤ Présentation	60
➤ Actions.....	60
➤ Moyens d'expression :	60
2.3.3. AMMPPU 57.....	62
➤ Présentation	62

> Actions.....	62
> Moyens d'expression.....	63
2.3.4. AMVPPU 88.....	65
> Présentation.....	65
> Actions.....	65
> Moyens d'expression.....	66
2.3.5. AMMFC 55.....	67
> Présentation.....	67
> Actions.....	67
> Moyens d'expression.....	68
2.3.6. Autres associations en Lorraine.....	69
a)Le REL: Réseau Epidémiologique Lorrain, le GLAM : Groupe Lorrain d'Audits Médical,.....	69
b)GEMM.....	70
c)L'AMGERL.....	70
d)Autres associations.....	72
3. <i>LES ARTICULATIONS</i>	73
3.1. Entre-elles.....	73
3.2. Avec l'Université.....	74
3.3. Avec L'Ordre.....	77
3.4. Relation Avec les Syndicats Médicaux.....	78
3.4.1. Rappelons les syndicats représentatifs :.....	78
3.4.2. Rappels historiques.....	78
3.4.3. Les syndicats et la FMC.....	80
> MG-FORM.....	80
> FORMUNOF.....	80
> L'A.C.F.M.....	81
> L'A.F.M.L.....	82
3.5. Les caisses de sécurité sociale.....	82
3.6. Les Unions Professionnelles.....	83
3.6.1. Présentation.....	83
3.6.2. Les missions de l'URML.....	84
3.6.3. Composition.....	85
4. <i>LES ENGAGEMENTS DES FIRMES PHARMACEUTIQUES DANS LA FMC</i>	86
4.1. L'intérêt financier des firmes pharmaceutiques.....	86
4.2. Les actions utilisées par l'industrie pharmaceutique.....	88
4.2.1. La visite médicale.....	88
4.2.2. L'organisation ou la « sponsorship ».....	89
4.2.3. Informations où « propagandes » ?.....	90
4.2.4. Une véritable FMC industrielle ?.....	91
CHAPITRE II : LES AUTRES FORMES DE FMC.....	92
1. <i>FMC UNIVERSITAIRE</i>	93
1.1. Sur le plan national.....	93
1.1.1. L'A.N.R.U. FMC.....	93
1.1.2. La Conférence des doyens.....	95

1.2. Sur le plan régional	96
1.2.1. Le Département de FMC	96
1.2.2. Les actions régionales : la FMC dans et autour de la faculté	99
> La semaine Médicale de Lorraine	101
> Les Journées d'Actualités Thérapeutiques (JAT)	105
2. <i>LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONVENTIONNELLE (FPC)</i>	107
2.1. Depuis l'Ordonnance "Juppé"	107
2.2. La nouvelle FPC, les nouvelles structures et leur rôle?	110
2.2.1. Les comités paritaires	110
2.2.2. Les conseils scientifiques	111
2.2.3. L'organisme gestionnaire conventionnel (OGC)	111
2.3. Qui est concerné ?	111
2.4. Comment s'effectue le financement des actions de formation?	112
2.4.1. Comment s'effectue l'indemnisation des médecins participants?	112
2.4.2. A combien de journées de formation par an peuvent participer les médecins généralistes?	113
2.5. Circuit d'un projet de FPC	113
3. <i>LES SOCIETES SAVANTES DE MEDECINE GENERALE</i>	115
3.1. Définition	115
3.2. La Société de Formation Thérapeutique du Généraliste	116
3.3. La Société Française de Médecine Générale	118
3.4. Autres sociétés	121
4. <i>FMC ET AUTO-FORMATION</i>	123
4.1. La presse	124
4.1.1. L'impact de la presse médicale sur la FMC	124
4.1.2. La charte de la presse	126
4.2. Le multimédia	127
4.2.1. Internet	127
4.2.2. Les Cédéroms	132
4.2.3. Visioconférences, télévision interactive et patient virtuel	134
> Les Visioconférences	134
> La télévision interactive	136
> Le patient virtuel	136
4.2.4. Quel avenir pour la FMC en ligne ?	138
CHAPITRE III : ENQUETE REALISEE EN LORRAINE AUPRES DES CADRES ORGANISATEURS	139
1. <i>OBJECTIFS</i>	140
2. <i>MATERIELS ET METHODES (QUESTIONNAIRE)</i>	141
2.1. A qui s'adressait l'enquête ?	141
2.2. Le questionnaire	141
3. <i>RESULTATS GLOBAUX</i>	148
4. <i>ANALYSE DES RESULTATS ET COMMENTAIRES</i>	149
4.1. Quels sont les cadres de la FMC en Lorraine ? Faisons connaissance avec eux !	149
4.1.1. Sexe	149
4.1.2. Age	149
4.1.3. Quel rôle ?	150



4.1.4. La progression en FMC	150
4.1.5. Sont-ils équipés d'Internet au quotidien ?	151
4.2. Vous et la FMC	152
4.2.1. Etes-vous organisateurs d'animations ?	152
4.2.2. Avez-vous d'autres activités de Formation ?	153
4.2.3. Activité globale de FMC	154
4.2.4. Valorisation de la FMC ?	156
4.2.5. Motivations des acteurs de FMC	157
4.3. FMC et Pratique	158
4.3.1. Le côté matériel	158
4.3.2. Le partenariat	160
4.3.3. Les modes de formation	161
4.4. Avenir de la FMC	162
4.4.1. Qui doit assurer la participation financière à une FMC professionnelle ?	162
4.4.2. La FMC, Source réelle de revenu ?	163
4.4.3. L'avenir de la FMC	164
4.4.4. La FMC obligatoire et recertifiante	165
4.4.5. L'autoformation	165
4.4.6. Internet	166
CHAPITRE IV : PERSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT DE LA FMC	168
1. <i>UN NOUVEAU CONTEXTE : UNE NOUVELLE FMC</i>	169
2. <i>LA FMC DANS LES AUTRES PAYS</i>	171
2.1. La FMC en Europe	171
2.1.1. Caractère obligatoire ou facultatif	171
2.1.2. Les organisateurs	172
2.1.3. Accréditation	172
2.1.4. Financement	172
2.1.5. Cas particulier de la Belgique :	173
2.1.6. Cas particulier de la Grande-Bretagne	175
2.1.7. Cas particulier des Pays-Bas	176
2.2. La FMC aux Etats-Unis en quelques mots	177
3. <i>PERSPECTIVES EN FRANCE POUR LA FMC</i>	179
3.1. La Formation médicale obligatoire et recertifiante	179
3.2. L'ANAES	183
3.2.1. L'évaluation	184
3.2.2. L'accréditation	184
3.2.3. La nomenclature	185
3.3. La FMC rémunérée pour des professionnels de la Formation	186
3.4. Les nouvelles technologies, la "FMC à domicile"	188
CONCLUSION GENERALE	190
BIBLIOGRAPHIE	192
ANNEXES	199

ANNEXES

ANNEXE 1

LOI DU 1ER JUILLET 1901 RELATIVE AU CONTRAT D'ASSOCIATION
(JOURNAL OFFICIEL DU 2 JUILLET 1901)

Article 1er –

L'association est la convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun, d'une façon permanente, leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices. Elle est régie, quant à sa validité, par les principes généraux du droit applicables aux contrats et obligations.

Article 2 –

Les associations de personnes pourront se former librement sans autorisation ni déclaration préalable, mais elles ne jouiront de la capacité juridique que si elles se sont conformées aux dispositions de l'article 5.

Article 3 –

Toute association fondée sur une cause ou en vue d'un objet illicite, contraire aux lois, aux bonnes mœurs, ou qui aurait pour but de porter atteinte à l'intégrité du territoire national et à la forme républicaine du Gouvernement, est nulle et de nul effet (2).

Article 4 –

Tout membre d'une association qui n'est pas formée pour un temps déterminé peut s'en retirer en tout temps, après paiement des cotisations échues et de l'année courante, nonobstant toute clause contraire.

Article 5 –

Toute association qui voudra obtenir la capacité juridique prévue par l'article 6 devra être rendue publique par les soins de ses fondateurs.

(Loi numéro 71-604 du 20 juillet 1971, art. 1er.) " La déclaration préalable en sera faite à la préfecture du département ou à la sous-préfecture de l'arrondissement où l'association aura son siège social. Elle fera connaître le titre et l'objet de l'association, le siège de ses établissements et les noms, professions, (Loi numéro 81-909 du 9 octobre 1981, art. 1er-1) " domiciles et nationalités " de ceux qui, à un titre quelconque, sont chargés de son administration ou de sa direction. Deux exemplaires des statuts seront joints à la déclaration. Il sera donné récépissé de celle-ci dans le délai de cinq jours ".

(Loi numéro 81-909 du 9 octobre 1981, art. 1er-II.) " Lorsque l'association aura son siège social à l'étranger, la déclaration préalable prévue à l'alinéa précédent sera faite à la préfecture du département où est situé le siège de son principal établissement. "

(Loi numéro 71-604 du 20 juillet 1971, art. 1er.) " L'association n'est rendue publique que par une insertion au Journal officiel, sur production de ce récépissé ".

Les associations sont tenues de faire connaître, dans les trois mois, tous changements survenus dans leur administration ou direction, ainsi que toutes les modifications apportées à leurs statuts.

Ces modifications et changements ne sont opposables aux tiers qu'à partir du jour où ils auront été déclarés.

Les modifications et changements seront, en outre, consignés sur un registre spécial qui devra être présenté aux autorités administratives ou judiciaires chaque fois qu'elles en feront la demande.

Article 6 – (Loi numéro 48-1001 du 23 juin 1948)

Toute association régulièrement déclarée peut, sans aucune autorisation spéciale, ester en justice (Loi numéro 87-571 du 23 juillet 1987, art. 16-I), " recevoir des dons manuels ainsi que des dons des établissements d'utilité publique ", acquérir à titre onéreux, posséder et administrer, en dehors des subventions de l'Etat (Loi numéro 87-571 du 23 juillet 1987, art. 16-I), " des régions, des départements, des communes et de leurs établissements publics ".

1/ Les cotisations de ses membres ou les sommes au moyen desquelles ces cotisations ont été rédimées, ces sommes ne pouvant être supérieures à 100 F ;

2/ Le local destiné à l'administration de l'association et à la réunion de ses membres ;

3/ Les immeubles strictement nécessaires à l'accomplissement du but qu'elle se propose.

(Loi numéro 87-571 du 23 juillet 1987, art. 16-II). " Les associations déclarées qui ont pour but exclusif l'assistance, la bienfaisance, la recherche scientifique ou médicale peuvent accepter les libéralités entre vifs ou testamentaires dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

" Lorsqu'une association donnera au produit d'une libéralité une affectation différente de celle en vue de laquelle elle aura été autorisée à l'accepter, l'acte d'autorisation pourra être rapporté par décret en Conseil d'Etat ".

Article 7 –

(Loi numéro 71-604 du 20 juillet 1971, art. 2.) " En cas de nullité prévue par l'article 3, la dissolution de l'association est prononcée par le tribunal de grande instance, soit à la requête de tout intéressé, soit à la diligence du ministère public. Celui-ci peut assigner à jour fixe et le tribunal, sous les sanctions prévues à l'article 8, ordonner par provision et nonobstant toute voie de recours, la fermeture des locaux et l'interdiction de toute réunion des membres de l'association. " En cas d'infraction aux dispositions de l'article 5, la dissolution peut être prononcée à la requête de tout intéressé ou du ministère public.

Article 8 –

Seront punis d'une amende de 3 000 F à 6 000 F (1) et, en cas de récidive, d'une amende double, ceux qui auront contrevenu aux dispositions de l'article 5. Seront punis d'une amende de 60 F à 30 000 F et d'un emprisonnement de six jours à un an les fondateurs, directeurs ou administrateurs de l'association qui se serait maintenue ou reconstituée illégalement après le jugement de dissolution (2). Seront punies de la même peine toutes les personnes qui auront favorisé la réunion des membres de l'association dissoute, en consentant l'usage d'un local dont elles disposent.

Article 9 –

En cas de dissolution volontaire, statutaire ou prononcée par justice, les biens de l'association seront dévolus conformément aux statuts ou, à défaut de disposition statutaire, suivant les règles déterminées en assemblée générale.

TITRE II

Article 10 - (Loi numéro 87-571 du 23 juillet 1987, art. 17)

Les associations peuvent être reconnues d'utilité publique par décret en Conseil d'Etat à l'issue d'une période probatoire de fonctionnement d'une durée égale à trois ans.

Article 18 –

Les congrégations existantes au moment de la promulgation de la présente loi, qui n'auraient pas été antérieurement autorisées ou reconnues, devront, dans le délai de trois mois, justifier qu'elles ont fait les diligences nécessaires pour se conformer à ses prescriptions.

A défaut de cette justification, elles sont réputées dissoutes de plein droit. Il en sera de même des congrégations auxquelles l'autorisation aura été refusée.

La liquidation des biens détenus par elles aura lieu en justice. Le tribunal, à la requête du ministère public, nommera, pour y procéder, un liquidateur qui aura pendant toute la durée de la liquidation tous les pouvoirs d'un administrateur séquestre.

(Loi du 17 juillet 1903.) " Le tribunal qui a nommé le liquidateur est seul compétent pour connaître, en matière civile, de toute action formée par le liquidateur ou contre lui.

" Le liquidateur fera procéder à la vente des immeubles suivant les formes prescrites pour les ventes de biens de mineurs. " Le jugement ordonnant la liquidation sera rendu public dans la forme prescrite pour les annonces légales.

Les biens et valeurs appartenant aux membres de la congrégation antérieurement à leur entrée dans la congrégation, ou qui leur seraient échus depuis, soit par succession ab intestat en ligne directe ou collatérale, soit par donation ou legs en ligne directe, leur seront restitués.

Les dons et legs qui leur auraient été faits autrement qu'en ligne directe pourront être légalement revendiqués, mais à charge par les bénéficiaires de faire la preuve qu'ils n'ont pas été les personnes interposées prévues par l'article 17.

Les biens et valeurs acquis à titre gratuit et qui n'auraient pas été spécialement affectés par l'acte de libéralité à une œuvre d'assistance pourront être revendiqués par le donateur, ses héritiers ou ayants droit, ou par les

héritiers ou ayants droit du testateur, sans qu'il puisse leur être opposé aucune prescription pour le temps écoulé avant le jugement prononçant la liquidation.

Si les biens et valeurs ont été donnés ou légués en vue non de gratifier les congréganistes, mais de pourvoir à une œuvre d'assistance, ils ne pourront être revendiqués qu'à charge de pourvoir à l'accompagnement du but assigné à la libéralité.

Toute action en reprise ou revendication devra, à peine de forclusion, être formée contre le liquidateur dans le délai de six mois à partir de la publication du jugement. Les jugements rendus contradictoirement avec le liquidateur, et ayant acquis l'autorité de la chose jugée, sont opposables à tous les intéressés.

Passé le délai de six mois, le liquidateur procédera à la vente en justice de tous les immeubles qui n'auraient pas été revendiqués ou qui ne seraient pas affectés à une œuvre d'assistance.

Le produit de la vente, ainsi que toutes les valeurs mobilières, sera déposé à la Caisse des dépôts et consignations.

L'entretien des pauvres hospitalisés sera, jusqu'à l'achèvement de la liquidation, considéré comme frais privilégiés de liquidation.

S'il n'y a pas de contestation ou lorsque toutes les actions formées dans le délai prescrit auront été jugées, l'actif net est réparti entre les ayants droit.

Le règlement d'administration publique visé par l'article 20 de la présente loi déterminera, sur l'actif resté libre après le prélèvement ci-dessus prévu, l'allocation, en capital ou sous forme de rente viagère, qui sera attribuée aux membres de la congrégation dissoute qui n'auraient pas de moyens d'existence assurés ou qui justifieraient avoir contribué à l'acquisition des valeurs mises en distribution par le produit de leur travail personnel.

Article 19 –

Les dispositions de l'article 463 du code pénal sont applicables aux délits prévus par la présente loi (1).

Article 20 –

Un décret en Conseil d'Etat déterminera les mesures propres à assurer l'exécution de la présente loi.

Article 21 –

Sont abrogés les articles 291, 292, 293 du code pénal, ainsi que les dispositions de l'article 294 du même code relatives aux associations ; l'article 20 de l'Ordonnance des 5-8 juillet 1820 ; la loi du 10 avril 1834 ; l'article 13 du décret du 28 juillet 1848 ; l'article 7 de la loi du 30 juin 1881 ; la loi du 14 mars 1872 ; le paragraphe 2, article 2, de la loi du 24 mai 1825 ; le décret du 31 janvier 1852 et, généralement, toutes les dispositions contraires à la présente loi. Il n'est en rien dérogé pour l'avenir aux lois spéciales relatives aux syndicats professionnels, aux sociétés de commerce et aux sociétés du secours mutuel.

Article 21 bis –

(Loi numéro 81-909 du 9 octobre 1981, art. 3)

La présente loi est applicable aux territoires d'outre-mer et à la collectivité territoriale de Mayotte.



ANNEXE 2 : QUI EST PIERRE WALDECK-ROUSSEAU ?

Pierre Waldeck-Rousseau naît dans une famille républicaine de Nantes, le 2 juillet 1846.

Le grand-père, Charles Rousseau a combattu les chouans aux côtés des révolutionnaires de 1789. Le père, René-Waldeck Rousseau est avocat et républicain. Membre de la célèbre Société des Droits de l'Homme et de l'une des premières associations ouvrières, il est élu président de la Caisse de Secours Mutuel de Nantes. Précurseur, il propose que les femmes d'ouvriers puissent y adhérer.

En raison de nombreux homonymes, René-Waldeck Rousseau demande et obtient son changement de nom patronymique en " Waldeck-Rousseau ".

C'est ce nom que portera son fils Pierre qui sera aussi républicain, laïc et avocat. Il devient l'ardent défenseur des fonctionnaires révoqués, des individus réprimés, des journaux, sociétés ou clubs arbitrairement fermés. Il promeut le syndicat, la mutuelle et l'association. Dès 1871, il préconise le principe de l'association entre ouvriers.

Pierre fait ses études de droit à Poitiers puis à Paris. Ses débuts d'avocat seront difficiles car il ouvre un cabinet à Saint-Nazaire pour ne pas se contenter de réussir à l'abri du cabinet paternel. Il s'y montre militant républicain et propagandiste.

A 27 ans, il devient avocat à la Cour d'Appel de Rennes ou il se fait rapidement remarquer pour le brio de ses plaidoiries, rhétorique efficace et rigueur de travail à l'appui.

A 32 ans, sous la pression de ses amis et suite à l'intervention de Jules Grévy, alors Président de la République, il se porte candidat et est élu député de Rennes, mandat qu'il conserve jusqu'en 1889.

Il s'inscrit au groupe de la "gauche républicaine ", le groupe de Gambetta ; il a choisi l'ordre bourgeois plutôt que l'aventure sociale et les radicaux l'affublent de l'épithète "d'opportunisme".

"Profondément attaché aux institutions républicaines au point qu'en lui, avouait-il, cet attachement était inné, il considérait le suffrage universel comme l'agent de tous les progrès et de toutes les réformes pacifiques ; il ne comprenait pas d'ordre assuré et de prospérité durable en dehors de la République." rapporte son biographe Henri LEYRET. "Mais encore fallait-il que la République consentit à être un gouvernement digne de ce nom, sage, sérieux, qu'elle fit table rase des abstractions par où les rhéteurs l'avaient si longtemps compromise, qu'elle s'affirma capable de donner au pays la même somme de sécurité, de repos que tout autre gouvernement. C'était encore là le moyen le plus expéditif de réaliser le vaste programme démocratique."

Ministre de l'intérieur dans le cabinet Gambetta de novembre 1881 à janvier 1882, puis dans le cabinet Ferry de février 1883 à mars 1885, P. Waldeck-Rousseau sera volontiers autoritaire, incorruptible, obstiné à sa tâche. Il en profite pour mettre en chantier ses grandes réformes en faveur de la liberté d'association, dépose en 1883 son premier projet relatif au contrat d'association, réforme la même année la législation des coopératives et fait adopter en 1884, la loi sur la liberté syndicale.

En 1889, il ne se représente pas aux élections et renoue avec son métier d'avocat. Mais en 1894, passant de la " gauche républicaine " à " l'alliance républicaine ", il se présente aux élections sénatoriales et grâce aux voix catholiques il est élu sénateur de la Loire Inférieure. L'affaire Dreyfus secoue la République et non qu'il devienne dreyfusard, c'est la République pour laquelle il se bat et qu'il veut maintenir sur son socle. Au plus vif des luttes de "l'affaire", il accepte d'être nommé Président du conseil et le 22 juin 1899, il forme un gouvernement de "défense républicaine". C'est ce gouvernement qui fera aboutir la loi consacrant la liberté d'association.

Son cabinet fut l'un des plus marquants de la 3ème République. Comprenant pour la 1ère fois un membre socialiste, ce cabinet règlera l'affaire Dreyfus et traduira Paul Déroulède et plusieurs chefs nationalistes en Haute Cour.

Très malade, Pierre Waldeck-Rousseau donne sa démission en mai 1902 et décède en octobre 1904 à Corbeil.

ANNEXE 3

LOI N° 71-575 DU 16 JUILLET 1971 PORTANT ORGANISATION DE LA
FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE DANS LE CADRE DE
L'EDUCATION PERMANENTE.

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit,

Art. 1er. -

La formation professionnelle permanente constitue une obligation nationale. Elle comporte une formation initiale et des formations ultérieures destinées aux adultes et aux jeunes déjà engagés dans la vie active ou qui s'y engagent. Ces formations ultérieures constituent la formation professionnelle continue.

La formation professionnelle continue fait partie de l'éducation permanente. Elle a pour objet de permettre l'adaptation des travailleurs au changement des techniques et des conditions de travail, de favoriser leur promotion sociale par l'accès aux différents niveaux de la culture et de la qualification professionnelle et leur contribution au développement culturel, économique et social.

L'Etat, les collectivités locales, les établissements publics, les établissements d'enseignement publics et privés, les associations, les organisations professionnelles, syndicales et familiales, ainsi que les entreprises, concourent à l'assurer.

TITRE Ier

Des institutions de la formation professionnelle.

Art. 2. -

La formation professionnelle et la promotion sociale font l'objet d'une politique coordonnée et concertée, notamment avec les organisations représentatives des employeurs et des travailleurs salariés ainsi que des travailleurs indépendants.

A cet effet, il est créé auprès du Premier ministre un comité interministériel, dont le ministre de l'éducation nationale est le vice-président, et un groupe permanent de hauts fonctionnaires, dont le président est désigné par le Premier ministre. Ces organismes sont assistés pour l'élaboration et la mise en oeuvre de la politique de formation professionnelle, de la promotion sociale et de l'emploi, par un conseil national de la formation professionnelle, de la promotion sociale et de l'emploi réunissant notamment des représentants des pouvoirs publics et des organisations professionnelles et syndicales intéressées.

Sont institués, suivant les mêmes principes, des comités régionaux et des comités départementaux de la formation professionnelle, de la promotion sociale et de l'emploi.

Les modalités d'organisation et de fonctionnement des comités et conseils mentionnés aux alinéas précédents sont déterminées par décret.

Art. 3. -

Le comité interministériel de la formation professionnelle et de la promotion sociale détermine, en fonction des exigences de la promotion sociale et du développement culturel, économique et social, les orientations prioritaires de la politique des pouvoirs publics, en vue de:

Provoquer des actions de formation professionnelle et de promotion sociale;

Soutenir par un concours financier ou technique les diverses initiatives prises en ces matières.

Ces différentes actions et initiatives peuvent aussi bien porter sur la formation des stagiaires que sur celle des éducateurs.

TITRE II

Des conventions de formation professionnelle.

Art. 4. -

Les actions de formation professionnelle et de promotion sociale mentionnées à l'article 1er ci-dessus peuvent faire l'objet de conventions. Ces conventions sont bilatérales ou multilatérales. Elles déterminent notamment:

La nature, l'objet, la durée et les effectifs des stages qu'elles prévoient;

Les moyens pédagogiques et techniques mis en oeuvre;

Les conditions de prise en charge des frais de formation pédagogique des éducateurs et leur rémunération;

Lorsqu'elles concernent des salariés, les facilités accordées, le cas échéant, à ces derniers pour poursuivre les stages qu'elles prévoient, notamment les congés, aménagements ou réductions d'horaires dont ils bénéficient en application de dispositions législatives, réglementaires ou contractuelles;

Les modalités de contrôle des connaissances et la nature de la sanction de la formation dispensée;

La répartition des charges financières relatives au fonctionnement des stages et à la rémunération des stagiaires ainsi que, le cas échéant, à la construction et à l'équipement des centres;

Les modalités de règlement amiable des difficultés auxquelles peut donner lieu l'exécution de la convention.

Art. 5. -

Les entreprises, groupes d'entreprises, associations, établissements et organismes privés, organisations professionnelles, syndicales ou familiales, les collectivités locales, les établissements publics, notamment les chambres de commerce et d'industrie, les chambres de métiers et les chambres d'agriculture, ainsi que les établissements qui en dépendent, interviennent à ces conventions soit en tant que demandeurs de formation, soit en vue d'apporter leur concours, technique ou financier, à la réalisation des programmes, soit en tant que dispensateurs de formation.

Art. 6. -

Les établissements d'enseignement publics, l'Office de radiodiffusion-télévision française et les centres collectifs de formation professionnelle des adultes subventionnés par le ministère du travail, de l'emploi et de la population interviennent dans le cadre des conventions passées en application de l'article 4 ci-dessus:

Soit avec l'un des organismes demandeurs de formation visés à l'article 5;

Soit avec l'Etat quand les actions sont organisées à l'initiative de celui-ci,

aux fins de contribuer, en plus de leur mission propre d'éducation permanente au développement des actions de formation professionnelle continue prévues à ces conventions, par leurs moyens en personnel et en matériel.

TITRE III

Du congé de formation.

Art. 7.

I. - Tout au long de leur vie active, les travailleurs salariés n'entrant pas dans les catégories mentionnées au titre VII de la présente loi et qui désirent effectuer des stages de formation ayant reçu l'agrément de l'Etat au titre du présent article ont droit, sur demande adressée à leur employeur, à un congé.

Ne sont exclus du bénéfice de ce congé que les travailleurs titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur long ou d'un diplôme professionnel depuis moins de trois ans, ainsi que ceux dont l'ancienneté dans l'entreprise est inférieure à deux ans.

II. -- Dans les établissements de 100 salariés et plus, lorsque plusieurs travailleurs, remplissant les conditions fixées au paragraphe I du présent article, demandent un congé de formation, la satisfaction accordée à certaines demandes peut être différée afin que le pourcentage de travailleurs simultanément absents de l'établissement ne dépasse pas 2 p. 100 du nombre total de travailleurs dudit établissement.

III. -- Dans les établissements de moins de 100 salariés, cette satisfaction peut être différée si le nombre d'heures de congé demandées dépasse 2 p. 100 du nombre total des heures de travail effectuées dans l'année. Toutefois, le nombre d'heures de congé auxquelles les salariés de ces établissements ont droit pourra être reporté sur leur demande d'une année sur l'autre sans que ce cumul puisse dépasser quatre ans.

IV. -- Ce congé correspond à la durée du stage, sans pouvoir excéder un an s'il s'agit d'un stage continu à temps plein ou 1.200 heures s'il s'agit de stages constituant un cycle pédagogique comportant des enseignements discontinus ou à temps partiel.

Ce congé pourra toutefois excéder un an ou 1.200 heures s'il s'agit d'un stage de <<promotion professionnelle>> au sens de l'article 10 ci-après et inscrit sur la liste spéciale prévue à l'article 24 de la présente loi.

V. -- Le bénéficiaire du congé demandé est de droit, sauf dans le cas où l'employeur estime, après avis du comité d'entreprise ou s'il n'en existe pas, des délégués du personnel, que cette absence pourrait avoir des conséquences préjudiciables à la production et à la marche de l'entreprise. En cas de différend, l'inspecteur du travail contrôlant l'entreprise peut être saisi par l'une des parties et peut être pris pour arbitre.

VI. -- La durée de ce congé ne peut être imputée sur la durée du congé payé annuel. Ce congé est assimilé à une période de travail pour la détermination des droits des intéressés en matière de congé payé annuel.

La même assimilation s'applique à l'égard des droits que le salarié tient de son ancienneté dans l'entreprise.

VII. -- Les travailleurs bénéficiant de ce congé peuvent être rémunérés par leurs employeurs, en application de dispositions contractuelles. L'Etat peut les rémunérer ou participer à leur rémunération dans les conditions prévues au titre VI de la présente loi.

VIII. -- L'agrément prévu au paragraphe I du présent article est accordé par arrêté du Premier ministre après avis du groupe permanent visé à l'article 2 en considération de l'intérêt que présente le stage pour la formation professionnelle continue.

IX. -- Pour les travailleurs des entreprises qui ne relèvent pas d'un accord conclu en ce domaine entre les organisations professionnelles et syndicales les plus représentatives sur le plan national, un décret en Conseil d'Etat déterminera notamment:

1° Les règles selon lesquelles est déterminé, par établissement, compte non tenu des congés visés à l'article 8 ci-après, le pourcentage maximum de travailleurs susceptibles de bénéficier simultanément d'un congé ou le pourcentage maximum d'heures de travail susceptibles d'être affectées, au cours d'une période annuelle ou pluriannuelle, à l'exercice du droit à congé;

2° Les conditions et les délais de présentation de la demande à l'employeur en fonction de la durée de la formation ainsi que les délais de réponse motivée de l'employeur;

3° Les conditions dans lesquelles l'employeur peut, le cas échéant, différer le congé en raison des nécessités propres de son entreprise ou de son exploitation;

4° Les règles selon lesquelles est déterminée, pour un travailleur, la périodicité des congés auxquels il peut prétendre au titre de la présente loi, compte non tenu des congés dont il a pu bénéficier antérieurement au titre de l'article 8.

X. -- Les travailleurs salariés visés au premier alinéa du présent article peuvent obtenir dans le cadre d'accords contractuels un congé aux fins d'exercer des fonctions d'enseignement, soit au sein des entreprises, soit dans des établissements et centres prévus à l'article 6 comme dans ceux qui, visés à l'article 5, dispensent une formation.

Les salariés en congé d'enseignement ne sont pas pris en compte pour la fixation du nombre des bénéficiaires du congé de formation tel qu'il est fixé par application des règles prévues au II et au III ci-dessus.

Art. 8. -

I. - Les travailleurs salariés qui ne sont pas titulaires d'un diplôme professionnel ou bénéficiaires d'un contrat d'apprentissage ont droit, pendant les deux premières années de présence dans l'entreprise et jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de vingt ans révolus, à un congé leur permettant de suivre des stages de formation ayant reçu l'agrément de l'Etat au titre du présent article. Le bénéfice de ce congé ne peut être refusé.

II. -- La durée de ce congé, qui ne peut excéder cent heures par an, ne peut être imputée sur la durée du congé payé annuel. Ce congé est assimilé à une période de travail pour la détermination des droits des intéressés en matière de congé payé annuel.

La même assimilation s'applique à l'égard des droits que le salarié tient de son ancienneté dans l'entreprise.

III. -- En cas de différend relatif à l'application du présent article, l'inspecteur du travail contrôlant l'entreprise peut être saisi par l'une des parties et peut être pris pour arbitre.

IV. -- L'agrément prévu au paragraphe I du présent article est accordé par arrêté du Premier ministre, après avis du groupe permanent visé à l'article 2, en considération de l'intérêt que présente le stage pour la formation professionnelle continue.

V. -- Un décret en Conseil d'Etat fixe les mesures d'application du présent article; il détermine notamment:

1° La durée minimum de présence dans l'entreprise pour que le droit à congé soit ouvert;

2° Les conditions et délais de présentation de la demande à l'employeur ainsi que les délais de réponse motivée de celui-ci;

3° Les conditions dans lesquelles l'employeur peut, le cas échéant, différer le congé en raison des nécessités propres de son entreprise ou de son exploitation.

TITRE IV

De l'aide de l'Etat.

Art. 9. -

L'Etat concourt au financement des actions de formation professionnelle et de promotion sociale répondant aux orientations prioritaires et aux critères d'intervention définis par le comité interministériel de la formation professionnelle et de la promotion sociale après concertation avec les organisations professionnelles et syndicales, au sein des instances prévues à cet effet.

La contribution financière de l'Etat peut porter sur les dépenses de fonctionnement des stages ainsi que, le cas échéant, sur les dépenses de construction ou d'équipement des centres.

A ces fins, le Premier ministre ou les ministres intéressés passent, en application de l'article 4 de la présente loi, des conventions, dont les modalités particulières sont définies par décret.

Lorsque ces conventions concernent des centres de formation gérés par une ou plusieurs entreprises, elles font, avant leur conclusion, l'objet d'une consultation du ou des comités d'entreprise intéressés, par application des dispositions du troisième alinéa de l'article 2 de l'Ordonnance du 22 février 1945, modifié par l'article 2 de la loi n° 66-427 du 18 juin 1966.

L'Etat participe, en outre, aux dépenses de rémunération des stagiaires de la formation professionnelle selon les règles fixées au titre VI de la présente loi.

Art. 10. -

Une contribution financière de l'Etat peut être accordée pour chacun des types d'actions de formation ci-après:

1° Les stages dits de <<conversion>> et les stages de <<prévention>> ouverts aux personnes âgées d'au moins dix-huit ans. Ils ont pour objet, les premiers, de préparer les travailleurs salariés dont le contrat de travail est rompu à tenir des emplois exigeant une qualification différente ou de permettre à des exploitants agricoles et aux membres non salariés de leur famille ou aux membres de professions non salariées non agricoles d'accéder à de nouvelles activités professionnelles; les seconds, de réduire les risques d'inadaptation des qualifications à l'évolution des techniques et des structures des entreprises en préparant les travailleurs menacés de licenciement à une mutation d'activité soit dans le cadre, soit en dehors de l'entreprise qui les emploie;

2° Les stages dits d' <<adaptation>>. Ils ont pour objet de faciliter l'accès à un premier emploi ou à un nouvel emploi de travailleurs titulaires d'un contrat de travail et rémunérés par leur entreprise, notamment de jeunes pourvus d'un diplôme professionnel;

3° Les stages dits <<de promotion professionnelle>>, ouverts soit à des travailleurs salariés, soit à des travailleurs non salariés, en vue de leur permettre d'acquérir une qualification plus élevée;

4° Les stages dits <<d'entretien ou de perfectionnement des connaissances>>, ouverts à des travailleurs salariés titulaires d'un contrat de travail ou à des travailleurs non salariés, en vue de maintenir ou de parfaire leur qualification et leur culture;

5° Les stages de préformation, de formation, de préparation à la vie professionnelle ou de spécialisation, ouverts à des jeunes gens de seize à dix-huit ans sans contrat de travail.

Art. 11. -

Les crédits affectés par l'Etat au financement des actions de formation professionnelle continue sont inscrits soit au budget des services du Premier Ministre, soit au budget des ministères concernés.

Un document regroupant les crédits demandés pour l'année suivante et retraçant l'emploi de ceux qui ont été accordés pour l'année antérieure et pour l'année en cours sera présenté chaque année à l'appui du projet de loi de finances. Ce document retracera également l'emploi de la participation à laquelle sont tenus les employeurs en application du titre V de la présente loi.

Art. 12. -

Les crédits correspondant aux charges assumées par l'Etat en application des alinéas 2 et 3 de l'article 9 ci-dessus, sont inscrits au budget du Premier ministre sous le titre <<Fonds de la formation professionnelle et de la promotion sociale>>.

Ce fonds peut, en outre, assurer le financement d'études ou d'expériences témoins.

Les crédits afférents aux rémunérations et indemnités versées directement par l'Etat aux stagiaires de formation professionnelle, ou remboursées par lui en application de la présente loi, sont inscrits au budget du Premier ministre.

TITRE V

De la participation des employeurs au financement de la formation professionnelle continue.

Art. 13. -

Tout employeur occupant au minimum dix salariés, à l'exception de l'Etat, des collectivités locales et de leurs établissements publics à caractère administratif, doit concourir au développement de la formation professionnelle continue en participant, chaque année, au financement d'actions de formation du type de celles définies à l'article 10 de la présente loi.

Art. 14. -

Les employeurs doivent consacrer au financement d'actions de formation visées à l'article 13 des sommes représentant, en 1972, 0,80 p. 100 au moins du montant, entendu au sens de l'article 231-I du Code général des impôts, des salaires payés pendant l'année en cours. Ce taux devra atteindre 2 p. 100 en 1976.

Ils peuvent s'acquitter de cette obligation:

1° En finançant des actions de formation au bénéfice de leurs personnels.

Ces actions sont organisées soit dans l'entreprise elle-même, soit en application de conventions conclues conformément aux dispositions du titre II de la présente loi.

Les dépenses engagées à ce titre par l'entreprise sont retenues pour leur montant total, sans déduction des concours éventuellement reçus de l'Etat en application de la présente loi.

Lorsque les actions de formation sont organisées dans l'entreprise, ces dépenses peuvent être affectées au fonctionnement des stages, à la rémunération des stagiaires, ainsi qu'à l'équipement en matériel dès lors que ce matériel est exclusivement utilisé pour la formation.

Lorsque les actions de formation sont organisées en dehors de l'entreprise, en application de conventions annuelles ou pluriannuelles, les dépenses admises au titre de la participation instituée par le présent titre correspondent, d'une part, aux rémunérations versées par l'entreprise, d'autre part aux dépenses de formation effectuées par l'organisme formateur pour l'exécution desdites conventions y compris celles affectées à l'équipement en matériel.

2° En contribuant au financement de fonds d'assurance-formation institués conformément aux dispositions de l'article 32 de la présente loi.

3° En effectuant, dans la limite de 10 p. 100 du montant de la participation à laquelle ils sont tenus au titre de l'année en cours, des versements à des organismes soit agréés sur le plan national en raison de l'intérêt que présente leur action pour la formation professionnelle continue des travailleurs, soit menant des actions dont l'intérêt sur le plan régional a été reconnu par le préfet de région sur proposition du comité régional de la formation professionnelle, de la promotion sociale et de l'emploi compétent en conformité avec les objectifs définis au premier alinéa de l'article 1er de la présente loi.

Art. 15. -

Les employeurs qui occupent au moins cinquante salariés ne peuvent être regardés comme s'étant conformés aux dispositions du présent titre que si, ayant satisfait à l'obligation prévue à l'article 14, ils justifient que le comité d'entreprise a délibéré sur les problèmes propres à l'entreprise, relatifs à la formation professionnelle continue pendant l'année au titre de laquelle ils se sont acquittés de ladite obligation et avant que ne soient prises les décisions générales concernant l'application de la présente loi.

Les employeurs sont dispensés de cette justification lorsqu'ils produisent le procès-verbal de carence prévu à l'article 13-1 de l'Ordonnance du 22 février 1945, modifiée par la loi n° 66-427 du 18 juin 1966.

Art. 16. -

I. - Lorsque les dépenses justifiées par l'employeur en application de l'article 14 sont inférieures à la participation fixée par ledit article, l'employeur est tenu d'effectuer au Trésor un versement égal à la différence constatée.

Dans le cas où l'employeur ne rapporte pas la preuve mise à sa charge par l'article 15, le versement auquel il est tenu en application de l'alinéa précédent est majoré de 50 p. 100. Cette majoration ne peut être inférieure à la moitié de la contribution due au titre de l'année considérée.

Le versement est opéré en même temps que le dépôt de la déclaration prévue à l'article 19.

Ce versement est établi et recouvré selon les modalités ainsi que sous les sûretés, garanties et sanctions applicables aux taxes sur le chiffre d'affaires.

II. - Les réclamations sont présentées, instruites et jugées comme en matière de taxe sur le chiffre d'affaires. Elles sont communiquées pour avis au service chargé du contrôle de la validité des dépenses faites au titre de l'article 14 lorsque le litige porte sur le montant de la participation consentie par l'employeur.

Art. 17. -

Les employeurs qui effectuent, au cours d'une année, un montant de dépenses supérieur à celui prévu à l'article 14 de la présente loi, peuvent reporter l'excédent sur les trois années suivantes.

Art. 18. -

Les versements effectués par les employeurs au titre d'une taxe parafiscale affectée à la formation professionnelle sont pris en compte pour le calcul de la participation instituée à l'article 13 ci-dessus.

Art. 19. -

I. - Les employeurs sont tenus de remettre à la recette des impôts compétente une déclaration en double exemplaire, indiquant notamment le montant de la participation à laquelle ils étaient tenus et les dépenses effectivement consenties en vertu de l'article 14.

La déclaration des employeurs mentionnés à l'article 15 doit être accompagnée soit du procès-verbal de la délibération du comité d'entreprise, soit du procès-verbal de carence.

II. -- La déclaration prévue au I ci-dessus doit être produite au plus tard le 5 avril de l'année suivant celle au cours de laquelle les dépenses définies à l'article 14 ont été effectuées.

En cas de cession ou de cessation d'entreprise, la déclaration afférente à l'année en cours et, le cas échéant, celle afférente à l'année précédente, sont déposées dans les dix jours de la cession ou de la cessation. En cas de décès de l'employeur, ces déclarations sont déposées dans les six mois qui suivent la date du décès.

En cas de règlement judiciaire ou de liquidation des biens, elles sont produites dans les dix jours de la date du jugement.

Art. 20. -

Des agents commissionnés par les préfets peuvent exiger des employeurs justification qu'il a été satisfait aux obligations imposées par les articles 14 et 15 de la présente loi et procéder aux contrôles nécessaires.

Ces agents sont astreints au secret professionnel dans les conditions et sous les réserves fixées par le code général des impôts.

Art. 21. -

Les dispositions du présent titre entreront en vigueur le 1er janvier 1972.

Pour chacune des années 1973, 1974 et 1975, le montant des participations prévues à l'article 14 de la présente loi sera fixé par les lois de finances, selon les besoins réels de formation professionnelle continue.

Art. 22. -

- Des décrets en Conseil d'Etat déterminent, en tant que de besoin, les conditions d'application du présent titre, notamment:

La définition des dépenses visées au 1° de l'article 14 ci-dessus;

Les conditions de l'agrément prévu au 3° de l'article 14;

TITRE VIII

Dispositions diverses.

Art. 46. -

Afin d'améliorer l'exercice des professions agricoles, l'Etat contribue, en liaison avec les organisations professionnelles à vocation générale, dans les conditions fixées au titre IV de la présente loi, au financement des stages organisés en vue d'assurer la formation, l'entretien et le perfectionnement des connaissances ou la promotion des exploitants, salariés des exploitations et aides familiaux agricoles et des travailleurs des professions para-agricoles, dans des centres de formation professionnelle ou de promotion sociale agricole et dans les instituts de promotion.

Indépendamment des sanctions prévues à l'article 4 pour les diverses actions de formation professionnelle, certaines de ces dernières pourront donner lieu à la préparation de diplômes des enseignements supérieurs et techniques agricoles.

En outre, conformément aux dispositions des articles 32 et 34 ci-dessus, l'Etat peut participer au financement de Fonds d'assurance-formation créés par les professionnels de ce secteur.

Les conditions dans lesquelles les établissements d'enseignement et les organismes publics et privés de promotion et de conversion professionnelles seront appelés à faciliter l'acquisition de qualifications professionnelles autres qu'agricoles, respectivement pour des jeunes ruraux et pour des exploitants et des salariés agricoles, feront l'objet de mesures coordonnées entre les divers départements ministériels intéressés.

Art. 47. -

En vue de faciliter l'accès aux fonctions de chefs d'entreprise du secteur des métiers et d'assurer le perfectionnement et la qualification professionnelle des chefs d'entreprise de ce secteur et de leurs salariés, l'Etat contribue, dans les conditions fixées au titre IV ci-dessus, au financement des stages qui leur sont destinés.

En outre, l'Etat peut participer au financement des Fonds d'assurance-formation prévus aux articles 32 et 34 ci-dessus créés pour ce secteur professionnel.

Les chambres de métiers sont autorisées à affecter à ces fonds des décimes additionnels spéciaux au principal de la taxe pour frais de chambre de métiers.

Art. 48. -

L'Etat apporte une aide financière à la formation des travailleurs visés aux articles 46 et 47, appelés à exercer des responsabilités dans des organisations syndicales ou professionnelles.

Cette formation peut être assurée par des centres créés par les organisations professionnelles ou syndicales ou reconnus par elles. Ces centres devront avoir reçu l'agrément des ministères intéressés. L'aide de l'Etat est accordée dans le cadre de conventions conclues en application de l'article 4 de la présente loi.

Les crédits nécessaires sont inscrits au budget des ministères intéressés.

Art. 49. -

Une fondation nationale pour l'enseignement de la gestion des entreprises a pour objet de développer la connaissance des méthodes d'administration et de gestion des entreprises et de favoriser la formation des cadres occupant des emplois de responsabilité.

Art. 50. -

La politique de formation professionnelle continue contribue à la réalisation des actions de formation organisées en application de l'article 15 de la loi n° 70-596 du 9 juillet 1970 relative au service national.

Art. 51. -

Des décrets déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application de la présente loi aux salariés exerçant des activités qui, par leur nature, conduisent à une dispersion ou à une mobilité permanente du personnel, en excluant l'occupation, de façon continue, par un même employeur.

Art. 52. -

Un décret en Conseil d'Etat apportera aux dispositions des titres III et V de la présente loi les adaptations nécessaires à leur application dans les départements d'outre-mer, qui devra se faire à la même date qu'en France métropolitaine.

Art. 53. -

Sont abrogées toutes dispositions législatives contraires aux dispositions de la présente loi, et notamment l'article 4 bis de la loi n° 63-1240 du 18 décembre 1963 relative au Fonds national de l'emploi, ainsi que la loi n° 59-960 du 31 juillet 1959 relative à diverses dispositions tendant à la promotion sociale, la loi n° 66-892 du 3 décembre 1966 d'orientation et de programme sur la formation professionnelle et la loi n° 68-1249 du 31 décembre 1968 relative à la rémunération des stagiaires de la formation professionnelle.

Art. 54. -

A titre transitoire, jusqu'à la publication des mesures d'application de la présente loi, les textes réglementaires pris sur le fondement des lois abrogées par l'article précédent sont maintenus en vigueur.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 16 juillet 1971.



ANNEXE 4 : COMMUNIQUE DU COMITE DE LIAISON,
ASFORMED-GOFIMEC

C O M M U N I Q U É
DU COMITÉ DE LIAISON
ASFORMED - GOFIMEC

- 1 -

Des représentants de l'ASFORMED et du GOFIMEC se sont réunis au cours des mois d'Avril et de Mai 1976 pour des rencontres de travail où étaient conviés également des responsables d'Associations isolées.

Les principes suivants concernant la F.M.C. ont été retenus par l'ensemble des participants.

- 1° - La responsabilité de chaque association dans la programmation et l'organisation de ses actions de formation doit être strictement respectée.
- 2° - Une organisation départementale ou régionale de type fédéral doit garantir l'indépendance et l'autonomie des associations de base.

Ainsi se trouvent assurées la cohésion de la profession et le maintien de la spécificité de chaque association.

C'est dans le cadre de ces groupements fédéraux que doivent s'organiser sur un mode contractuel les rapports avec les Universités et autres formateurs. Ces rapports doivent permettre d'établir des échanges à double courant reconnaissant ainsi la diversité des modes d'exercice et leur complémentarité.

- 3° - Le financement doit être avant tout le fait des praticiens. Et chaque association doit garder l'entière maîtrise de ses propres ressources.

Dans l'hypothèse d'un financement extra-professionnel à l'échelon national, il importe que les fonds ainsi proposés soient gérés et répartis par un organisme exclusivement professionnel.

- 4° - Instrument de promotion collective, la F.M.C. permet en outre à chacun d'élargir et d'approfondir le champ de son activité.

- 1 -

Devant les risques de mise en tutelle de la F.M.C., ASFORMED et GOFIMEC ont décidé la création d'un Comité de liaison.

Un premier groupe de travail a été constitué pour préciser la forme des rapports contractuels avec l'Université. D'autres problèmes et spécialement celui du financement, seront abordés au cours de rencontres ultérieures.

FAIT A PARIS LE 13 Mai 1976

ANNEXE 5
CHARTRE DE QUALITE DE L'UNAFORMEC

L'UNAFORMEC S'ENGAGE A :

- Servir les associations et les médecins par des productions et des services originaux, pertinents et de qualité.
- Offrir la possibilité d'une formation individuelle contribuant à l'épanouissement et à l'efficacité du médecin dans son exercice et dans la société.
- Répondre aux demandes de formation de tous les médecins qu'ils soient généralistes ou spécialistes, libéraux ou salariés.
- Assurer des formations transversales et transdisciplinaires permettant une meilleure adéquation aux nouvelles modalités de la médecine dans le respect de la spécificité de chaque médecin.
- Permettre à chacun de choisir entre des modes et des produits variés de formation.
- Garantir l'indépendance des actions de formation.
- Assurer la transparence de tout partenariat.
- Développer son action internationale lorsque son savoir faire et son expérience lui sont demandés.

ANNEXE 6

LOI 91-1405 DU 31 DECEMBRE 1991
LOI RELATIVE A LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET A L'EMPLOI.
 ENTREE EN VIGUEUR LE 04 JANVIER 1992
 NOR : TEFX9100162L

Titre 1er : Dispositions relatives à l'insertion professionnelle des jeunes.
Chapitre 2 : Dispositions relatives aux contrats locaux d'orientation.

Article 10

Les contrats emploi-solidarité conclus par des jeunes de moins de dix-huit ans et les contrats de stages d'initiation à la vie professionnelle en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente loi demeurent régis, jusqu'à leur terme, par les dispositions antérieurement applicables.

Titre 3 : Dispositions relatives à la participation des employeurs à la formation continue et aux instances paritaires.
Chapitre 2 : Dispositions relatives aux entreprises de moins de dix salariés.

Article 30

I. - Les dispositions du chapitre II du titre V du livre IX du code du travail entreront en vigueur le 1er janvier 1992.
 II. - modificateur.

Titre 4 : Dispositions relatives à l'emploi.
Chapitre 2 : Dispositions diverses.

Article 50

Un groupement d'intérêt public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière peut être constitué entre l'Etat et d'autres personnes morales de droit public ou de droit privé, pour exercer ensemble, pendant une durée déterminée, des activités d'assistance technique ou de coopération internationales dans les domaines du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.
 Les dispositions de l'article 21 de la loi n° 82-610 du 15 juillet 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France sont applicables à ce groupement d'intérêt public.

Article 51

I. - modificateur.
 II. - L'agrément prévu à l'article L 129-1 du code du travail ouvre droit pour les associations visées au bénéfice du régime applicable aux associations d'intérêt général sans but lucratif et à gestion désintéressée défini au 5 de l'article 206 et au 1° du 7 de l'article 261 du code général des impôts.

Article 52

Modifié par Loi 93-953 27 Juillet 1993 art 8, art 9 JORF 28 juillet 1993 .

L'Etat peut passer des conventions avec des employeurs pour favoriser l'embauche de jeunes dont l'âge est compris entre dix-huit et moins de vingt-six ans, non titulaires d'un diplôme de l'enseignement technologique ou professionnel et ayant au plus achevé un second cycle de l'enseignement secondaire, général, technologique ou professionnel sans obtenir le diplôme préparé. Le salarié embauché ne doit pas se substituer à un salarié occupé sur le même emploi sous contrat à durée indéterminée.
 Le contrat de travail doit être à durée indéterminée. Il est passé par écrit .

Dans le cadre de ces conventions, l'employeur est exonéré, à compter de la date d'effet du contrat de travail et dans la limite du salaire calculé sur la base horaire du salaire minimum de croissance majoré de 20 p 100, à 100 p 100 pendant douze mois puis à 50 p 100 pendant les six mois suivants, du paiement des cotisations qui sont à la charge au titre des retraites complémentaires dans la limite du taux minimal obligatoire, des assurances sociales, des accidents du travail, des allocations familiales, des contributions recouvrées par l'assurance chômage et de l'assurance prévue à l'article L 143-11-1 du code du travail.

Peuvent bénéficier de ces conventions les employeurs visés à l'article L 321-2 du code du travail pour leurs établissements ayant au plus 500 salariés. Sont exclues du champ de ces conventions les embauches de jeunes ayant été salariés de l'entreprise dans l'année précédant l'embauche ouvrant droit à l'exonération, à l'exception des contrats à durée déterminée arrivés normalement à échéance. De même n'ouvrent pas droit à exonération les embauches réalisées entre le 15 octobre 1991 et le 30 juin 1993 dans des établissements ayant engagé une procédure de licenciement économique depuis le 1er septembre 1991, ainsi que les embauches réalisées entre le 1er juillet 1993 et le 31 octobre 1993 dans des établissements ayant procédé à un licenciement économique au cours des six mois précédant la date d'embauche.

En cas de rupture du contrat de travail à l'initiative de l'employeur avant le terme du dix-huitième mois suivant l'embauche, à l'exception des ruptures intervenant au titre de la période d'essai, pour faute grave ou force majeure, les cotisations afférentes à ce contrat sont intégralement dues par l'employeur.

Cette mesure ne peut être cumulée avec une autre aide publique à l'emploi ou avec un contrat d'insertion en alternance.

L'Etat prend en charge le coût pour les organismes de sécurité sociale, d'assurance chômage et les caisses de retraite complémentaire des versements dont les employeurs ont été exonérés.

La demande de convention doit être présentée auprès des services locaux de l'Agence nationale pour l'emploi avant l'embauche ou régularisée dans un délai maximum de trente jours après celle-ci. En l'absence de refus notifié par l'Agence nationale pour l'emploi dans un délai maximum de trente jours suivant le dépôt de la demande, celle-ci fait l'objet d'une acceptation.

Les dispositions du présent article sont applicables aux embauches réalisées entre le 15 octobre 1991 et le 31 octobre 1993.

FRANÇOIS MITTERRAND Par le Président de la République :

Le Premier ministre,

ÉDITH CRESSON

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie,
des finances et du budget,



ANNEXE 7

ORDONNANCES DU 24 AVRIL 96**Chapitre 2****Formation Médicale continue****Art. 3.**

I. - Au livre IV du code de la santé publique, titre I, chapitre I, section II, les paragraphes 3 et 4 deviennent respectivement les paragraphes 4 et 5.

II. - Il est inséré dans cette section I un paragraphe 3 ainsi rédigé: Règles relatives à la formation médicale continue

1° Dispositions générales.

Art. L 367-2. - L'entretien et le perfectionnement de ses connaissances constituent pour chaque médecin un devoir professionnel.

Tout médecin, qu'il exerce à titre libéral ou dans un établissement de santé public ou privé participant au service public hospitalier, doit justifier du respect de cette obligation soit auprès du conseil régional de la formation médicale continue mentionné à l'article L. 367-5, soit auprès de la commission médicale d'établissement mentionnée à l'article L. 714-16 ou à l'article L. 715-8.

Ces organismes délivrent tous les cinq ans à chaque médecin, après examen de son dossier, une attestation dont ils transmettent un exemplaire au conseil départemental de l'ordre des médecins et, s'agissant des médecins exerçant à titre libéral, un exemplaire au service du contrôle médical de la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'exercice. Cette attestation peut, le cas échéant, être assortie d'observations et de recommandations.

La méconnaissance de cette obligation est de nature à entraîner des sanctions disciplinaires. Le conseil régional de la formation médicale continue et la commission médicale d'établissement saisissent à cet effet le conseil régional de l'ordre des médecins.

2 - Dispositions relatives à l'organisation de la formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral.

Art. L. 367-3. - Il est institué un Conseil National de la Formation Médicale Continue doté de la personnalité morale. Ce conseil est chargé:

1 D'élaborer à l'échelon national la politique de formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral le conseil national arrête notamment la liste des thèmes nationaux prioritaires et recense les moyens de formation disponibles;

2 De répartir les ressources affectées à la formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral entre les actions à caractère national et les actions à caractère régional;

3 De valider, en fonction de leur valeur scientifique et pédagogique, les projets de formation médicale continue qui lui sont adressés, dans le respect des priorités nationales, par le Fonds d'Assurance Formation des médecins exerçant à titre libéral visé à l'article L. 367-7, à l'issue des appels d'offre gérés par cet organisme; la liste des actions validées est portée à la connaissance du Fonds d'Assurance Formation susmentionné par le conseil national.

Art. L. 367-4. - Le Conseil National de la Formation Médicale Continue est composé

1 De représentants de l'ordre des médecins

2 De représentants des unités de formation et de recherche de médecine;

3 De représentants des associations ou fédérations d'associations de formation médicale continue

4 De représentants des unions des médecins exerçant à titre libéral mentionnées à l'article 5 de la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993.

La durée du mandat des membres du conseil national est de quatre ans. Un président et trois vice-présidents sont élus en leur sein par les membres du conseil.

Un représentant du ministre chargé de la santé, un représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur, un représentant de chacune des caisses nationales d'assurance maladie et un représentant du Fonds d'Assurance Formation mentionné à l'article L. 367-7 participent avec voix consultative aux travaux du conseil national.

Le conseil national est assisté d'un comité d'experts désigné par lui parmi les membres inscrits sur des listes présentées par chacune des composantes.

Art. L. 367-5. - Il est institué dans chaque région sanitaire un conseil régional de la formation médicale continue doté de la personnalité morale. Ce conseil est chargé :

1 D'élaborer une politique régionale de formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral tenant compte des thèmes nationaux ; à cet effet, les conseils régionaux arrêtent notamment la liste des thèmes régionaux prioritaires et recensent l'ensemble des moyens de formation disponibles dans la région;

2 De valider, en fonction de leur valeur scientifique et pédagogique, les projets de formation médicale continue à caractère régional qui lui sont adressés par le Fonds d'Assurance Formation à l'issue des appels d'offres gérés par cet organisme; la liste des actions validées est portée à la connaissance du Fonds d'Assurance Formation par le conseil régional;

3 De délivrer une attestation aux médecins qui ont satisfait à l'obligation de formation médicale continue;

4 D'évaluer, en liaison avec les unions des médecins exerçant à titre libéral, l'impact sur l'évolution des pratiques professionnelles des actions de formation validées.

Art. L. 367-6. - Les conseils régionaux de la formation médicale continue sont composés de représentants des catégories mentionnées au premier alinéa de l'article L. 3674. Le préfet de région ou son représentant et un représentant des organismes d'assurance maladie désigné par chacune des caisses nationales d'assurance maladie participent à leurs travaux avec voix consultative.

Art. L. 367-7. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 961-10 du code du travail, il ne peut être habilité qu'un seul Fonds d'Assurance Formation des médecins exerçant à titre libéral.

Les statuts de ce fonds sont agréés par les ministres chargés de la formation professionnelle et de la santé. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 961-9 du code du travail, ils doivent prévoir la présence au conseil de gestion de l'ensemble des syndicats représentatifs des médecins libéraux et, à titre consultatif, de représentants du Conseil national de la formation médicale continue.

Le ministre chargé de la santé désigne auprès du conseil de gestion un commissaire du Gouvernement.

Art. L. 367-8 - Les ressources du Fonds d'Assurance Formation des médecins exerçant à titre libéral proviennent :

1 Des cotisations versées par ces médecins en application des dispositions de l'article L. 953-1 du code du travail

2 D'une contribution annuelle des organismes nationaux d'assurance maladie, dont le montant est fixé par les conventions prévues à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ; à défaut, les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget fixent le montant de cette contribution après avis du conseil de gestion du Fonds d'Assurance Formation des médecins exerçant à titre libéral et du conseil d'administrativement chaque organisme national d'assurance maladie ;

3 De toutes autres ressources, et notamment de subventions versées par des organismes privés.

Art. L.367-9.- Seules peuvent faire l'objet d'un financement par le Fonds d'Assurance Formation des médecins exerçant à titre libéral les actions de formation validées par le Conseil national ou les conseils régionaux de la formation médicale continue.

Art. L.367-10.- Une contribution annuelle, destinée à assurer le fonctionnement du Conseil national de la formation médicale continue, lui est versée par le Fonds d'Assurance Formation des médecins exerçant à

titre libéral. Une contribution destinée à assurer son fonctionnement est versée annuellement à chaque conseil régional de la formation médicale continue par l'union des médecins exerçant à titre libéral située dans le même ressort territorial. Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe le montant de chacune de ces contributions.

Art. L. 367-11. - Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application des articles L. 367-2 à L. 367-10, notamment la composition du Conseil national et des conseils régionaux de la formation médicale continue ainsi que les modalités du contrôle de l'Etat sur le fonds d'assurance formation."

III. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1er janvier 1997. À compter de cette date, les fonds confiés à l'Association pour la gestion de la contribution conventionnelle des médecins à la formation continue sont reversés au Fonds d'Assurance Formation des médecins exerçant à titre libéral mentionné à l'article L. 367-7 du code de la santé publique.



ANNEXE 8DECRET NUMERO 96-1050 DU 5 DECEMBRE 1996 RELATIF A LA
FORMATION MEDICALE CONTINUE DES MEDECINS EXERÇANT A
TITRE LIBERAL

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et du ministre du travail et des affaires sociales,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 367-2 et L. 367-11; Vu le code de la sécurité sociale, notamment l'article L. 162-5

Vu le code du travail, notamment le livre IX;

Vu le titre II de la loi numéro 93-8 du 4 janvier 1993 modifiée relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie.

Vu l'Ordonnance numéro 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, notamment l'article 3-III ;

Vu le décret numéro 93-1302 du 14 décembre 1993 modifié relatif aux unions régionales des médecins exerçant à titre libéral ;

Vu le décret numéro 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale, notamment son article 11 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 26 novembre 1996;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

CHAPITRE I

Du conseil national et des conseils régionaux de la formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral.

Article 1er : Pour assurer les missions qui lui sont dévolues par l'article L. 367-3 du code de la santé publique, le Conseil national de la formation médicale continue

1° élabore une liste annuelle des thèmes de formation médicale continue prioritaires au plan national et la transmet au ministre chargé de la santé, qui peut formuler des observations et le cas échéant, demander une nouvelle délibération du conseil national ; la liste est ensuite adressée aux conseils régionaux de la formation médicale continue, au conseil national de l'ordre des médecins et au conseil de gestion du Fonds d'Assurance Formation des médecins exerçant à titre libéral;

2° recense les moyens nationaux de formation continue disponibles dont il a connaissance, y compris ceux qui ne font pas l'objet d'un financement par le Fonds d'Assurance Formation des médecins exerçant à titre libéral, et apprécie leur valeur scientifique et pédagogique en fonction des critères qu'il détermine ; ces critères, réunis dans une grille d'évaluation, sont soumis au ministre chargé de la santé qui les approuve par arrêté ;

3° en vue d'harmoniser les conditions dans lesquelles les médecins exerçant à titre libéral sont reconnus comme ayant satisfait à l'obligation de formation médicale continue instituée par l'article L. 367-2 du code de la santé publique, établit un barème définissant notamment la part respective des différentes actions et moyens de formation médicale continue qui permettent à chaque médecin de se conformer à cette obligation ; ce barème est soumis au ministre chargé de la santé qui l'approuve par arrêté ;

4° établit un rapport quinquennal qu'il transmet au Ministre chargé de la santé, ce rapport, qui s'appuie sur les rapports annuels établis par les conseils régionaux de la formation médicale continue, conformément au 3° de l'article 4 du présent décret, retrace la politique menée en matière de formation médicale continue, notamment les actions entreprises au niveau national et les conditions dans lesquelles les médecins ont actualisé et perfectionné leurs connaissances.

Article 2 :

I - Le Conseil National de la Formation Médicale Continue est composé de quarante médecins, à raison de :

1° Pour les bénéficiaires de la formation médicale continue :

a) dix représentants de l'ordre des médecins, dont cinq médecins généralistes et cinq médecins spécialistes, nommés parmi les membres des conseils de l'ordre par le ministre chargé de la santé sur proposition du Conseil national de l'ordre des médecins,

b) dix représentants des unions des médecins exerçant à titre libéral mentionnées à l'article 5 de la loi du 4 janvier 1993 susvisée, dont cinq médecins généralistes et cinq médecins spécialistes, nommés parmi les membres de ces unions par le ministre chargé de la santé, après avis des présidents des unions, sur proposition des présidents des sections desdites unions ; pour chacune des deux catégories de médecins, la répartition des sièges entre les différentes organisations syndicales les représentant est proportionnelle aux résultats, consolidés au niveau national, des dernières élections aux unions des médecins, les restes étant répartis à la plus forte moyenne.

2° pour les prestataires de formation médicale continue

a) dix représentants des unités de formation et de recherche de médecine, dont des enseignants associés de médecine générale, nommés parmi les membres de ces unités par le ministre chargé de la santé, sur proposition de la conférence des directeurs des unités de formation et de recherche médicale,

b) dix représentants des associations ou fédérations d'associations de formation médicale continue de médecins généralistes ou spécialistes, nommés par le ministre chargé de la santé sur proposition des associations ou fédérations d'associations figurant sur une liste que ce ministre établit en tenant compte de leur activité et de leur expérience en matière de formation médicale continue ; à défaut d'une telle proposition, le ministre chargé de la santé répartit les sièges en fonction de l'importance respective des associations et des fédérations d'associations figurant sur la liste. (Voir Décret du 12 décembre 1996, ci-dessous)

Sont désignés dans les mêmes conditions au moins un et au plus deux membres suppléants pour chaque membre titulaire. Lorsqu'il y a deux suppléants, le premier nommé est appelé à remplacer le membre titulaire, pour la durée du mandat restant à courir, en cas de cessation des fonctions de ce dernier.

II . Les fonctions de membre du Conseil National de la Formation Médicale Continue sont incompatibles avec celles de membre du conseil de gestion du Fonds d'Assurance Formation des médecins exerçant à titre libéral.

III . Participent également aux travaux du Conseil national de la formation médicale continue, avec voix consultative :

a) un représentant du ministre chargé de la santé,

b) un représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur,

c) trois médecins représentant respectivement la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, désignés chacun par le directeur de la Caisse nationale concernée,

d) un représentant du Fonds d'Assurance Formation des médecins exerçant à titre libéral, désigné par le conseil de gestion dudit fonds.

Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe la composition nominative du Conseil national de la formation médicale continue.

Article 3. :

I . Le Conseil National de la Formation Médicale Continue élit son président parmi ceux de ses membres qui représentent les bénéficiaires de la formation médicale continue. Il élit ses trois vice-présidents parmi les membres de chacune de ses trois composantes mentionnées au I de l'article 2 ci-dessus auxquelles n'appartient pas le président.

Lors de sa première réunion, le Conseil national désigne un bureau de douze membres comprenant le président et les trois vice-présidents du Conseil ainsi que deux représentants, élus par le conseil, de chacune de ses quatre composantes mentionnées au I de l'article 2 ci-dessus.

En cas de cessation des fonctions, pour quelque cause que ce soit, du président du conseil national, d'un vice-président ou d'un autre membre du bureau, il est procédé à la désignation de son remplaçant dans les conditions prévues ci-dessus, pour la durée du mandat restant à courir.

Les modalités de fonctionnement du Conseil National de la Formation Médicale Continue sont précisées par un règlement inférieur approuvé par arrêté du ministre chargé de la santé.

II . Le Conseil National de la Formation Médicale Continue fait appel en tant que de besoin à des collègues d'experts.

Ces experts sont choisis en nombre égal parmi les experts inscrits sur des listes présentées par chacune des quatre composantes du conseil. Chaque collège d'experts doit être composé pour moitié au moins de médecins soumis à l'obligation de formation médicale continue dans les conditions prévues par le présent décret. Les fonctions d'expert ne sont pas cumulables avec celles de dirigeant de responsable ou de salarié d'un organisme de formation médicale continue. Elles sont incompatibles avec celles de membre du conseil de gestion du Fonds d'Assurance Formation des médecins exerçant à titre libéral.

III . Le Conseil National de la Formation Médicale Continue adresse chaque année au ministre chargé de la santé et au Fonds d'Assurance Formation des médecins exerçant à titre libéral son projet de budget pour l'année à venir.

Ce budget est ensuite arrêté par le conseil national au vu de la somme allouée par le ministre chargé de la santé en application de l'article L. 367-10 du code de la santé publique.

Le conseil national communique également au ministre et au fonds le bilan annuel comptable et financier de ses opérations, dès que ce bilan est arrêté.

Article 4. - Pour assurer les missions qui leur sont dévolues par l'article L. 367-5 du code de la santé publique, les CONSEILS REGIONAUX de la formation médicale continue :

1° recense l'ensemble des moyens de formation à caractère régional dont ils ont connaissance, y compris ceux qui ne font pas l'objet d'un financement par le Fonds d'Assurance Formation des médecins exerçant à titre libéral, apprécient leur valeur scientifique et pédagogique en fonction des critères d'évaluation mentionnés au 2° de l'article 1er ci-dessus et valident ceux de ces moyens qui font l'objet d'un financement par le Fonds d'Assurance Formation des médecins exerçant à titre libéral ; l'évaluation ainsi faite s'impose au conseil régional de la formation médicale continue compétent pour délivrer l'attestation de formation médicale continue ;

2° délivrent, pour chaque médecin exerçant à titre libéral dans leur ressort, l'attestation mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 367-2 du code de la santé publique, au vu d'un dossier rendant compte de ses activités de formation médicale continue ; ce dossier est constitué des déclarations, accompagnées de documents justificatifs, que le médecin doit produire obligatoirement chaque année pour indiquer les formations qu'il a suivies au cours de la période annuelle écoulée ; ce dossier est analysé selon les dispositions du barème prévu au 3° de l'article 1er du présent décret ; le refus de délivrance de l'attestation doit être motivé.

3° établissent chaque année, pour le Conseil national de la formation médicale continue, un rapport qui rend compte de la mise en œuvre dans la région de la politique de formation médicale continue et se prononce sur la qualité de la formation dispensée ; ce rapport, qui met notamment en évidence l'impact des actions de formation validées sur l'évolution des pratiques professionnelles, tel qu'il a pu être constaté par l'union régionale des médecins exerçant à titre libéral dans une étude remise annuellement au conseil régional de la formation médicale continue, contient des propositions relatives à la politique de formation médicale continue.

Article 5 :

I . Chaque Conseil régional de la formation médicale continue est composé de trente-deux médecins, à raison de :

1°) Pour les bénéficiaires de formation médicale continue :

a) huit représentants de l'ordre des médecins, dont quatre médecins généralistes et quatre médecins spécialistes, nommés par le préfet de région parmi les membres des conseils départementaux de l'ordre des médecins, sur proposition des présidents de ces conseils,

b) huit représentants de l'union des médecins exerçant à titre libéral créée dans la région, dont quatre médecins généralistes et quatre médecins spécialistes nommés parmi les membres de l'union par le préfet de région, après avis du président de l'union, sur proposition des présidents des sections de ladite union ; pour chacune des deux catégories de médecins, la répartition des sièges entre les différentes organisations syndicales les représentant est proportionnelle aux résultats des dernières élections aux collèges de l'union, les restes étant répartis à la plus forte moyenne ;

2°) Pour les prestataires de formation médicale continue :

a) huit représentants des unités de formation et de recherche de médecine de la région concernée, dont des enseignants associés de médecine générale, nommés parmi les membres de ces unités par le préfet de région, sur proposition des directeurs desdites unités ;

b) huit représentants des associations ou fédérations d'associations de formation médicale continue de médecins généralistes ou spécialistes, nommés par le préfet de région sur proposition des associations ou fédérations d'associations figurant sur une liste que le préfet établit en tenant compte de leur activité et de leur expérience en matière de formation médicale continue ; à défaut d'une telle proposition, le préfet de région répartit les sièges en fonction de l'importance respective des associations et des fédérations d'associations figurant sur la liste.

Sont désignés dans les mêmes conditions au moins un et au plus deux suppléants pour chaque membre titulaire. Lorsqu'il y a deux suppléants, le premier nommé est appelé à remplacer le membre titulaire, pour la durée du mandat restant à courir, en cas de cessation des fonctions de ce dernier.

II . Par dérogation aux dispositions du 1 du présent article, le nombre des membres des conseils régionaux de la formation médicale continue est fixé pour la Corse et les départements d'outre-mer par arrêté du ministre chargé de la santé. Ce nombre ne peut être inférieur à douze.

III . Les fonctions de membre de conseil régional de la formation médicale continue sont incompatibles avec celles de membre du conseil de gestion du Fonds d'Assurance Formation des médecins exerçant à titre libéral.

IV. Participent également aux travaux du conseil régional de la formation médicale continue, avec voix consultative :

a) le préfet de la région ou son représentant,

b) trois médecins représentant, respectivement, chacune des trois caisses régionale ou locale d'assurance maladie désignée respectivement par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés et la Caisse centrale de la Mutualité Sociale Agricole ; chacun de ces médecins est nommé par le directeur de la caisse régionale ou locale concernée.

Un arrêté du préfet de région fixe la composition nominative du conseil régionale de la formation médicale continue.

Article 6 :

I . Le Conseil régional de la formation médicale continue élit son président parmi ceux de ses membres qui représentent les bénéficiaires de la formation médicale continue.

Il élit ses trois vice-présidents parmi les membres de chacune de ses trois composantes mentionnés au I de l'article 5 ci-dessus auxquelles n'appartient pas le président.

Lors de sa première réunion, le conseil régional désigne un bureau de douze membres comprenant le président et les trois vice-présidents du conseil ainsi que deux représentants, élus par le conseil de chacune de ses quatre composantes, mentionnées au I de l'article 5 ci-dessus.

En cas de cessation des fonctions, pour quelque cause que ce soit, du président du conseil régional, d'un vice-président ou d'un autre membre du bureau, il est procédé à la désignation de son remplaçant dans les conditions prévues ci-dessus, pour la durée du mandat restant à courir.

Les modalités de fonctionnement du conseil régional de la formation médicale continue sont précisées par un règlement intérieur approuvé par arrêté du préfet de région.

II . Les conseils régionaux de la formation médicale continue font appel en tant que de besoin à des experts désignés dans les mêmes conditions que celles prévues pour le conseil national au II de l'article 3 ci-dessus.

III . Chaque conseil régional de la formation médicale continue adresse, au plus tard le 15 août de chaque année, au ministre chargé de la santé et à l'union régionale des médecins exerçant à titre libéral son projet de budget pour l'année en cours.

Ce budget est ensuite arrêté par le conseil régional au vu de la somme allouée par le ministre chargé de la santé en application de l'article L. 367-10 du code de la santé publique. La répartition des sommes prévues au budget entre les différentes catégories de dépenses n'est adoptée que si la délibération du conseil régional a recueilli les voix de la moitié des représentants de l'union régionale des médecins exerçant à titre libéral. A défaut, cette répartition est, après mise en demeure, arrêtée par le ministre chargé de la santé.

Le conseil régional communique également au ministre et à l'union le bilan annuel comptable et financier de ses opérations, dès que ce bilan est arrêté

CHAPITRE II

Du fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral

Article 7 : Le Fonds d'Assurance Formation des médecins exerçant à titre libéral prévu par l'article L. 367.7 du code de la santé publique est régi par les dispositions du livre IX du code du travail applicables aux Fonds d'Assurance Formation de non-salariés, sous réserve des dispositions ci-après.

I. La composition du conseil de gestion du Fonds d'Assurance Formation des médecins exerçant à titre libéral est arrêtée par le ministre chargé de la formation professionnelle et le ministre chargé de la santé.

Les fonctions de membre du conseil de gestion du Fonds d'Assurance Formation ne sont pas cumulables avec celles de dirigeant, de responsable ou de salarié d'un organisme prestataire de formation médicale continue financé par le Fonds d'Assurance Formation ou intervenant dans une action de formation financée par ledit fonds.

Les tâches de gestion du Fonds d'Assurance Formation ne peuvent être confiées directement ou indirectement à un prestataire de formation médicale continue.

II . Les ressources du Fonds d'Assurance Formation des médecins exerçant à titre libéral font l'objet d'une mutualisation immédiate.

III . Les décisions relatives à l'adoption et à la modification des statuts du Fonds d'Assurance Formation des médecins exerçant à titre libéral sont prises par son conseil de gestion à la majorité des deux tiers des membres composant ce conseil.

Ces décisions sont soumises à l'agrément du ministre chargé de la formation professionnelle et du ministre chargé de la formation professionnelle et du ministre chargé de la santé.

IV . L'habilitation du Fonds d'Assurance Formation des médecins exerçant à titre libéral est prononcée par arrêté du ministre chargé de la formation professionnelle et du ministre chargé de la santé, après avis de la commission permanente du Conseil national de la formation professionnelle, de la promotion sociale et de l'emploi.

L'habilitation peut être retirée par arrêté des mêmes ministres lorsque les dispositions législatives et réglementaires applicables aux Fonds d'Assurance Formation des non-salariés, ou les conditions particulières auxquelles était subordonnée l'habilitation, ne sont pas respectées.

La décision de retrait ne peut intervenir sans que le conseil de gestion du fonds en ait été préalablement informé et invité à s'expliquer.

V . Le commissaire du Gouvernement placé auprès du Fonds d'Assurance Formation des médecins exerçant à titre libéral est nommé par arrêté du ministre chargé de la santé. Il assiste de droit aux séances du conseil de gestion et de toute instance du fonds ayant un pouvoir de décision. Il dispose sur leurs décisions d'un droit de veto suspensif d'un mois.

Ce veto doit être écrit, motivé et notifié. Pendant le délai d'un mois susmentionné, l'instance qui a pris la décision procède à un nouvel examen.

Le commissaire du Gouvernement a communication de tous les documents relatifs à la gestion du fonds d'assurance formation.

CHAPITRE III

Dispositions transitoires

Article 8 : Par dérogation aux dispositions de l'article R.964-1-6 du code du travail, la dévolution des biens du Fonds d'Assurance Formation de la profession médicale agréée par arrêté du ministre chargé de la formation professionnelle en date du 17 mars 1993 au Fonds d'Assurance Formation des médecins exerçant à titre libéral créé par l'article L. 367-7 du code de la santé publique est prononcée par le ministre chargé de la formation professionnelle et le ministre chargé de la santé, dès que ce dernier fonds aura été habilité conformément à l'article 7 du présent décret.

Les ressources ainsi dévolues font l'objet d'une mutualisation immédiate.

Article 9 : Le point de départ de la première période quinquennale prévue par le troisième alinéa de l'article L. 367-2 du code de la santé publique est fixé au 1er janvier 1997.

Chaque médecin soumis aux dispositions du présent décret devra attester au plus tard le 1er janvier 1999 auprès du conseil régional de la formation médicale continue dont il relève, qu'il a rempli à cette date au moins un quart de son obligation de formation correspondant à cette première période quinquennale. Les médecins qui justifieront à ladite date de l'accomplissement d'au moins deux cinquièmes de cette obligation ne seront appelés à justifier à nouveau du respect de l'obligation quinquennale de formation continue que le 31 décembre 2003 pour les cinq années écoulées.

Article 10 : Les dispositions du présent décret entrent en vigueur le 1er janvier 1997.

Article 11 : Le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, le ministre du travail et des affaires sociales et le secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal Officiel de la République française.

Fait à Paris, le 5 décembre 1996.



ANNEXE 9

**ARRÊTÉ DU 12 DÉCEMBRE 1996 RELATIF A LA LISTE DES
ASSOCIATIONS MENTIONNEES A L'ARTICLE 2 DU DECRET
NUMERO 96-1050 DU 5 DECEMBRE 1996 RELATIF A LA FORMATION
CONTINUE DES MEDECINS EXERÇANT A TITRE LIBERAL**
NOR. TASS9624371A

Le ministre du travail et des affaires sociales et le secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale,
Vu le code de la santé publique et notamment les articles L. 367-2 à L. 367-II
Vu le décret numéro 96-1050 du 5 décembre 1996 relatif à la formation Continue des
médecins exerçant à titre libéral, notamment l'article 2.

Arrêtent :

Art. 1er. - La liste des associations mentionnées à l'article 2 du décret du 5 décembre 1996 susvisé est fixée
comme suit :

14. Association confédérale pour la formation médicale (A.C.F.M.) ;
15. Association pour la formation des médecins libéraux (A.F.M.L.) ;
16. Association nationale de coordination des actions de formation médicale continue et d'évaluation en
médecine spécialisée (Aforspe) ;
17. Association médicale indépendante de formation (Amiform)
18. Association nationale des responsables universitaires de formation médicale continue
(A.N.R.U.F.M.C.) ;
19. Association de formation des collaborateurs des cabinets médicaux (Forcomed)
20. Fédération des sociétés nationales de spécialité médicale ;
21. Association nationale de formation et d'évaluation des médecins de famille (Formunof) ;
22. Association de formation des médecins généralistes (M.G. Form.) ;
23. Société française de médecine générale (S.F.M.G.) ;
24. Société de formation thérapeutique de généralistes (S.F.T.G.) ;
25. Union nationale de formation continue et d'évaluation en médecine cardiovasculaire (U.F.C.V.) ;
26. Union interrégionale de formation médicale continue du bassin parisien (U.I.B.)
27. Union nationale des associations de formation médicale continue (Unaformec).

Art. 2. Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal
Officiel de la République française.

Fait à Paris, le 12 décembre 1996.

Le ministre du travail et des affaires sociales, Jacques Barrot.

Le secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale, Hervé Gaymard.



ANNEXE 10**DÉCRET NO 97-933 DU 13 OCTOBRE 1997 MODIFIANT LE DÉCRET
NO 96-1050 DU 5 DECEMBRE 1996 RELATIF A LA FORMATION
MEDICALE CONTINUE DES MEDECINS EXERÇANT A TITRE LIBERAL**

Art.1er.- L'article 7 du décret du 5 décembre 1996 susvisé est modifié comme suit :

1° Le II est remplacé par les dispositions suivantes :

"II.- Les ressources du fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral font l'objet d'une mutualisation immédiate.

"Lorsque la convention approuvée en application de l'article L.162-5 du code de la sécurité sociale prévoit l'apport d'un complément à la contribution annuelle des organismes nationaux d'assurance maladie mentionnée au 2° de l'article L.367-8 du code de la santé publique, la gestion de ce complément est assurée par le conseil de gestion du fonds.

"Toutefois, dans le cas où des conventions distinctes sont conclues, d'une part, pour les médecins généralistes, d'autre part, pour les médecins spécialistes, la gestion de ce complément est assurée par deux instances constituées, respectivement, des représentants syndicaux des médecins généralistes et des médecins spécialistes siégeant au conseil de gestion du fonds. Lorsqu'une seule convention catégorielle est signée, la gestion du complément est assurée par une instance constituée des représentants syndicaux des médecins de la catégorie concernée.

"Dans tous les cas, la gestion de ce complément à la contribution annuelle des organismes nationaux d'assurance maladie fait l'objet d'un suivi comptable spécifique;"

2° Au III, les mots: "à la majorité des deux tiers des membres composant ce conseil" sont remplacés par les mots: "à la majorité des membres composant ce conseil".

Art.2.- Le ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie et le secrétaire d'Etat à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 13 octobre 1997



**ANNEXE II : PROJET DE LOI RELATIF AUX DROITS DES MALADES ET
A LA QUALITE DU SYSTEME DE SANTE.**

TEXTE ADOPTÉ n° 705

« Petite loi »

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIÈME LÉGISLATURE

SESSION ORDINAIRE DE 2001-2002

4 octobre 2001

PROJET DE LOI adopté par l'assemblée nationale en première lecture, après déclaration d'urgence,
relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

L'Assemblée nationale a adopté le projet de loi dont la teneur suit :

.../...

**Chapitre II
Formation médicale continue
et formation pharmaceutique continue
Article 40**

I. - Le chapitre III du titre III du livre Ier de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Les articles L. 4133-1 à L. 4133-8 sont ainsi rédigés :

« *Art. L. 4133-1.* - La formation médicale continue a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances, y compris dans le domaine des droits de la personne ainsi que l'amélioration de la prise en charge des priorités de santé publique.

« Elle constitue une obligation pour tout médecin tenu pour exercer sa pratique de s'inscrire au conseil des médecins en vertu des dispositions du 3° de l'article L. 4111-1.

« L'obligation de formation peut être satisfaite, au choix du médecin, soit en participant à des actions de formation agréées, soit en se soumettant à une procédure adaptée d'évaluation des connaissances réalisée par un organisme agréé, soit en présentant oralement au conseil régional un dossier répondant à l'obligation mentionnée au présent article. Le respect de l'obligation fait l'objet d'une validation.

« Peut obtenir un agrément toute personne morale de droit public ou privé, à caractère lucratif ou non, dès lors qu'elle répond aux critères fixés par les conseils nationaux mentionnés à l'article L. 4133-2.

« *Art. L. 4133-2.* - Le Conseil national de la formation médicale continue des médecins libéraux et le Conseil national de la formation continue des médecins salariés non hospitaliers ont pour mission :

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

« 2° D'agréer les organismes formateurs sur la base des programmes proposés ;

« 3° D'agréer, après avis de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, les organismes aptes à effectuer les procédures d'évaluation visées à l'article L. 4133-1 ;

« 4° D'évaluer la formation médicale continue ;

« 5° De donner un avis au ministre en charge de la santé sur toutes les questions concernant la formation médicale continue.

« *Art. L. 4133-3.* - Les conseils nationaux mentionnés à l'article L. 4133-2 comprennent notamment des représentants du conseil des médecins, des unités de formation et de recherche médicale, des syndicats représentatifs des catégories de médecins concernés, des organismes de formation, des personnalités qualifiées ainsi qu'un représentant du ministre chargé de la santé qui siège avec voix consultative.

« Les membres de ces conseils sont nommés par le ministre chargé de la santé, sur proposition des organismes qui les constituent.

« La durée du mandat des membres des conseils nationaux est de cinq ans. Un président est nommé au sein de chaque conseil par le ministre chargé de la santé, parmi les membres de ces conseils.

« Le comité de coordination de la formation médicale continue est composé à parts égales de représentants désignés par chacun des conseils nationaux de formation médicale continue, et par le conseil national mentionné à l'article L. 6155-2, ainsi que de représentants du ministre chargé de la santé.

« *Art. L. 4133-4.* - Les conseils régionaux de la formation médicale continue des médecins libéraux et des médecins salariés non hospitaliers ont pour mission :

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

« 2° De valider, tous les cinq ans, le respect de l'obligation de formation définie à l'article L. 4133-1 ;

« 3° De procéder à une conciliation en cas de manquement à l'obligation de formation continue définie à l'article L. 4133-1 et de saisir, en cas d'échec de cette conciliation, la chambre disciplinaire du conseil des médecins.

« *Art. L. 4133-5.* - Les conseils régionaux mentionnés à l'article L. 4133-4 regroupent, pour chaque région, des représentants des mêmes catégories que celles composant les conseils nationaux.

« Les membres de ces conseils sont nommés par le représentant de l'Etat dans la région, sur proposition des organismes qui les constituent. La durée du mandat des membres des conseils régionaux est de cinq ans. Un président est nommé au sein de chaque conseil par le représentant de l'Etat dans la région, parmi les membres de ces conseils.

« Les conseils régionaux peuvent se regrouper en conseils interrégionaux, dont les membres sont nommés par les représentants de l'Etat dans les régions intéressées.

« *Art. L. 4133-6.* - Un Fonds national de la formation médicale continue, doté de la personnalité morale, est placé auprès du ministre chargé de la santé.

« Ce fonds reçoit des dotations publiques et participe au financement des conseils nationaux et régionaux et des actions de formation mentionnées à l'article L. 4133-1. Il est administré par un conseil composé, en nombre égal, de délégués des conseils nationaux de formation médicale continue et du conseil national mentionné à l'article L. 6155-2, et de représentants de l'Etat. Il est présidé par un représentant du ministre chargé de la santé.

« *Art. L. 4133-7.* - Les employeurs publics et privés de médecins salariés mentionnés à l'article L. 4133-2 sont tenus de prendre les dispositions permettant à ces médecins d'assumer leur obligation de formation dans les conditions fixées par le présent code.

« Pour les employeurs visés à l'article L. 950-1 du code du travail, les actions de formation sont financées dans le cadre des dispositions prévues aux articles L. 951-1 et L. 952-2 du même code.

« Pour les agents sous contrat de droit public ou titulaires des fonctions publiques d'Etat et territoriale, les actions sont financées dans le cadre de la formation professionnelle selon les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

« *Art. L. 4133-8.* - Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent chapitre, notamment la composition des conseils nationaux et des conseils régionaux de la formation médicale continue, les modalités d'organisation de la validation de l'obligation de formation ainsi que les modalités du contrôle de l'Etat sur le Fonds national de la formation médicale continue. »

2° L'article L. 4133-9 est abrogé.

II. - Le titre V du livre Ier de la sixième partie du même code est complété par un chapitre V ainsi rédigé :

« Chapitre V

« **Formation continue**

« Art. L. 6155-1. - Les médecins, biologistes, odontologistes et les pharmaciens exerçant leurs fonctions dans les établissements publics de santé, ainsi que ceux exerçant leurs fonctions dans les établissements de santé privés participant au service public hospitalier sont soumis à une obligation de formation continue dans les conditions fixées aux premier et troisième alinéas de l'article L. 4133-1.

« Art. L. 6155-2. - Le conseil national de la formation continue des personnels mentionnés à l'article L. 6155-1, dont les conditions de fonctionnement et les missions sont identiques à celles des conseils mentionnés aux articles L. 4133-2 et L. 4133-3, comprend notamment des représentants des conseils des professions médicales et pharmaceutiques, des unités de formation et de recherche et des syndicats représentatifs concernés, des personnalités qualifiées, ainsi que des représentants des commissions médicales d'établissement et des organismes de formation. Un représentant du ministre chargé de la santé assiste aux séances du conseil avec voix consultative.

« Art. L. 6155-3. - Les conseils régionaux de la formation continue des personnels mentionnés à l'article L. 6155-1 regroupent, pour chaque région, des représentants des mêmes catégories que celles composant le conseil national, nommés par le représentant de l'Etat dans la région sur proposition des organismes constituant ces conseils. Leurs conditions de fonctionnement et leurs missions sont identiques à celles des conseils régionaux mentionnés aux articles L. 4133-4 et L. 4133-5.

« Art. L. 6155-4. - Les établissements de santé publics consacrent à la formation continue de leurs médecins, biologistes, pharmaciens et odontologistes, telle qu'elle est organisée par les statuts de ces personnels, des crédits dont le montant ne peut être inférieur à un pourcentage, fixé par décret, de la masse salariale brute hors charges de ces personnels.

« Des établissements publics de santé peuvent s'associer pour financer des actions de formation communes pour leurs médecins, biologistes, pharmaciens et odontologistes.

« Art. L. 6155-5. - Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat, notamment la composition du conseil national mentionné à l'article L.6155-2 et des conseils régionaux mentionnés à l'article L. 6155-3, et les modalités d'organisation de la validation de l'obligation de formation continue. »

III (nouveau). - Le titre III du livre II de la quatrième partie du même code est complété par un chapitre

VI ainsi rédigé :

« Chapitre VI

« **Formation**

« Art. L. 4236-1. - L'obligation de la formation continue définie aux premier et troisième alinéas de l'article L. 4133-1 s'applique, dans des conditions fixées par décret, aux pharmaciens inscrits au conseil, sauf les pharmaciens exerçant dans les établissements de santé visés à l'article L. 6155-1.

« Art. L. 4236-2. - Un Conseil national de la formation pharmaceutique continue, dont la composition et les modalités de financement sont fixées par décret en Conseil d'Etat, placé auprès du ministre chargé de la santé, assume les missions suivantes :

« 1° Fixer les orientations nationales de la formation pharmaceutique continue ;

« 2° Agréer les organismes formateurs sur la base des programmes proposés ;

« 3° Agréer, après avis de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, les organismes aptes à effectuer les procédures d'évaluation visées à l'article L. 4133-1 ;

« 4° Evaluer la formation pharmaceutique continue ;

« 5° Donner un avis au ministre chargé de la santé sur toutes les questions concernant la formation pharmaceutique continue. »

Le texte intégral est consultable sur le site de l'Assemblée Nationale: <http://www.assemblee-nationale.fr/>

ANNEXE 12
CONVENTION MEDICALE ET FMC

EXTRAITS CONCERNANT LA FMC DE LA CONVENTION DES MEDECINS GENERALISTES APPROUVEE PAR ARRETE DU 28 MARS 1997. Les termes pour les médecins spécialistes sont identiques.

Arrêté du 28 mars 1997 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes

NOR : TASS9721163A

Le ministre du travail et des affaires sociales, le ministre de l'économie et des finances, le ministre de l'agriculture, de la pêche et de l'alimentation. Le ministre délégué au budget, porte-parole du Gouvernement le ministre délégué aux finances et au commerce extérieur et le secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale.

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-5 et L. 162-5-2 ;

Vu la lettre du 21 mars 1997 du président du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

Le Conseil national de l'ordre des médecins consulté ,

Arrêtent :

Art. 1er . –

Sont approuvées la Convention nationale des médecins généralistes, son annexe pour 1997 ainsi que ses annexes I, II et II bis, ci-annexées, conclues entre, d'une part, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et, d'autre part, la Fédération française des médecins généralistes.

Art. 2. –

Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale au ministère du travail et des affaires sociales, le directeur général de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, le directeur du budget au ministère de l'économie et des finances et le directeur des exploitations, de la politique sociale et de l'emploi au ministère de l'agriculture, de la pêche et de l'alimentation sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 28 mars 1997.

Le ministre du travail et des affaires sociales, JACOUES BARROT.

Annexe II Bis

LA COMPOSITION DES INSTANCES CONVENTIONNELLES

Médecins Généralistes

A. - Les instances nationales (CMPN, CPNFMC)

Les règles suivantes ne s'appliquent pas à la CCPN.

Les instances nationales sont composées de la manière suivante :

Les membres titulaires :

Chaque instance nationale est constituée de deux sections de quatre (1) membres chacune :

➤ Section professionnelle :

Chaque syndicat représentatif de la catégorie des médecins généralistes signataires de la présente convention bénéficie d'un siège. Le nombre de sièges restant est attribué sur la base des derniers résultats nationaux des élections aux unions professionnelles de médecins, en utilisant le quotient électoral constitué par le nombre de voix exprimées dans l'ensemble des départements, divisé par le nombre de sièges à pourvoir, la répartition des restes s'effectuant à la plus forte moyenne. L'attribution de ces sièges est révisée à l'occasion de chaque élection nationale aux unions professionnelles dans le délai d'un mois suivant la proclamation de ses résultats.

La section professionnelle désignera les membres titulaires et suppléants la représentant au plus tard dans le mois suivant la date de mise en œuvre de la convention médicale.

➤ Section sociale :

Afin d'établir la parité, les caisses nationales désigneront le même nombre de représentants :

Régime général : 2 sièges.

Régime agricole : 1 siège.

Régime des professions indépendantes : 1 siège.

Les membres suppléants :

Un nombre identique de suppléants est désigné afin de siéger en l'absence des membres titulaires.

Les membres consultatifs du CMPN :

Un représentant du Conseil national de l'ordre des médecins ainsi qu'un médecin-conseil désigné par le régime général participent de plein droit aux réunions du CMPN avec voix consultative.

Chacune des sections peut par ailleurs faire appel à des experts médicaux lorsqu'elle le juge utile.

Les experts n'interviennent que sur le point de l'ordre du jour où leur compétence a été requise.

Le CMPN invite chaque fois qu'il est nécessaire les directeurs des caisses nationales ou leurs représentants.

Il les reçoit également à leur demande.

Les membres consultatifs du CPNFMC :

Chacune des sections peut faire appel à des experts médicaux ou administratifs lorsqu'elle le juge utile.

Les experts n'interviennent que sur le point de l'ordre du jour où leur compétence a été requise.



ANNEXE 13

**LOI NUMÉRO 93-8 DU 4 JANVIER 1993 RELATIVE AUX RELATIONS
ENTRE LES PROFESSIONS DE SANTE ET L'ASSURANCE MALADIE.**

Titre II**Dispositions relatives aux unions des médecins exerçant à titre libéral**

Art. 5. - Il est créé dans chaque région une union des médecins exerçant à titre libéral.

Chaque union regroupe en une assemblée les élus des collèges prévus à l'article 5. Les élus de chaque collège peuvent se réunir, en tant que de besoin, en section, selon les modalités fixées par décret.

Les unions sont des organismes de droit privé.

Art. 6. - Les membres des unions sont élus pour une durée de six ans par les médecins exerçant à titre libéral en activité dans le régime conventionnel, au scrutin de liste proportionnel à la plus forte moyenne.

Deux collèges d'électeurs sont constitués, un collège de médecins généralistes et un collège de médecins spécialistes.

Tous les électeurs sont éligibles. Ils ne peuvent être élus qu'au titre du collège dans lequel ils sont électeurs.

Les candidatures sont présentées :

- 1) Soit par une organisation syndicale représentative de médecins généralistes ou de médecins spécialistes, mentionnée par l'article L.162-5 du code de la sécurité sociale ;
- 2) Soit par une organisation syndicale nationale de médecins généralistes ou de médecins spécialistes, présente dans la moitié au moins des départements de la région.

Art. 7. - Le cas échéant, il est créé par les unions régionales un échelon départemental qui assure les missions qui lui sont confiées par les unions régionales.

Art. 8. - Les unions contribuent à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins.

Elles participent notamment aux actions suivantes :

analyse et étude relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie ainsi qu'à l'évaluation des besoins médicaux ;

évaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins ;

organisation et régulation du système de santé ;

prévention et actions de santé publique ;

coordination avec les autres professionnels de santé ;

information et formation des médecins et des usagers.

Elles assument les missions qui leur sont confiées à cet effet par la ou les conventions nationales visées à l'article L.162-5 du code de la sécurité sociale et celles qui leur sont confiées par les organisations syndicales représentatives de médecins.

Art. 9. - Les unions perçoivent une contribution versée à titre obligatoire par chaque médecin exerçant à titre libéral en activité dans le régime conventionnel. La contribution est assise sur le revenu tiré de l'exercice de l'activité libérale de la profession.

Le montant annuel de cette contribution est fixé par décret, après consultation des organisations syndicales de médecins visées à l'article L.162-5 du code de la sécurité sociale, dans la limite d'un taux de 0,5 p. 100 du montant annuel du plafond des cotisations de la sécurité sociale.

Cette contribution est recouvrée et contrôlée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations personnelles d'allocations familiales.

Les organismes chargés du recouvrement de la contribution peuvent percevoir des frais de gestion dont les modalités et le montant seront fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Les unions peuvent également recevoir au titre des missions dont elles ont la charge, des subventions et des concours financiers divers.

Art. 10. - Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent titre et notamment la composition, le mode de fonctionnement et les modalités d'organisation et de financement des élections des membres des unions des médecins exerçant à titre libéral et les conditions dans lesquelles les organismes chargés du recouvrement reversent la contribution aux unions.



ANNEXE 13BIS

DECRET 93-1302 DU 14 DECEMBRE 1993
DECRET RELATIF AUX UNIONS REGIONALES DES MEDECINS
EXERÇANT A TITRE LIBERAL.

Entrée en vigueur le 15 Décembre 1993

NOR : SPSS9302305D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, du ministre d'Etat, ministre de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, du ministre de l'industrie, des postes et télécommunications et du commerce extérieur, du ministre du budget, porte-parole du Gouvernement, et du ministre délégué à la santé,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L 162-5 à L 162-8 ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 66-537 du 24 juillet 1966 modifiée sur les sociétés commerciales ;

Vu la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie, notamment le titre II ;

Vu le décret n° 90-1214 du 29 décembre 1990 relatif au cahier des charges de La Poste et au code des postes et télécommunications ;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale en date du 29 juin 1993 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 12 juillet 1993 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Article 1

Dans chaque région, l'union des médecins exerçant à titre libéral instituée par l'article 5 de la loi du 4 janvier 1993 susvisée regroupe les médecins qui exercent leur activité libérale sous le régime de la ou des conventions nationales mentionnées à l'article L 162-5 du code de la sécurité sociale. L'union régionale a son siège au chef-lieu de la région, sauf si l'assemblée en décide autrement par une décision prise à la majorité des deux tiers de ses membres.

Article 2

Dans les domaines mentionnés à l'article 8 de la loi du 4 janvier 1993 susvisée, les unions régionales des médecins exerçant à titre libéral participent aux actions engagées notamment par l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale. En outre, elles assument les missions qui leur sont confiées par la ou les conventions nationales, ainsi que celles qui leur sont confiées par les organisations syndicales représentatives de médecins.

Les unions peuvent prendre les initiatives qu'elles jugent utiles dans les domaines suivants :

- a) Analyses et études relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie et à l'évaluation des besoins médicaux ;
- b) Coordination avec les autres professionnels de santé ;
- c) Information et formation des médecins et des usagers.

Titre 1er : l'assemblée de l'union.

Chapitre 1er : Composition et fonctionnement de l'assemblée.

Article 3

Chaque union régionale est administrée par une assemblée composée, en nombre égal, des élus du collège des médecins généralistes et des élus du collège des médecins spécialistes.

Article 4

Le nombre total des membres de l'assemblée est fixé comme suit :

dix membres dans les régions où le nombre de médecins exerçant à titre libéral dans le cadre du régime conventionnel est inférieur ou égal à 500 ;

trente membres dans les régions où le nombre de médecins exerçant à titre libéral dans le cadre du régime conventionnel est compris entre 501 et 3 000 ;

quarante membres dans les régions où le nombre de médecins exerçant à titre libéral dans le cadre du régime conventionnel est compris entre 3 001 et 5 000 ;
 soixante membres dans les régions où le nombre de médecins exerçant à titre libéral dans le cadre du régime conventionnel est compris entre 5 001 et 10 000 ;
 quatre-vingts membres dans les régions où le nombre de médecins exerçant à titre libéral dans le cadre du régime conventionnel est supérieur à 10 000.
 Le nombre de sièges est fixé par arrêté du préfet de la région avant chaque renouvellement de l'assemblée.

Article 5

Les membres de l'assemblée sont élus pour six ans . Leur mandat est renouvelable.
 Cessent, d'office, d'exercer leur mandat de membre de l'assemblée les médecins qui cessent d'exercer une activité libérale dans le cadre du régime conventionnel, pour quelque raison que ce soit et notamment du fait d'une sanction d'interdiction prononcée au titre de l'article L 423 du code de la santé publique ou de l'article L 145-2 du code de la sécurité sociale.
 Si la cessation d'activité mentionnée à l'alinéa précédent n'est que temporaire, l'exercice du mandat de membre de l'assemblée est suspendu pendant la période correspondante. Si cette cessation d'activité est définitive, il est pourvu au remplacement du médecin intéressé dans les conditions prévues à l'article 6.

Article 6

Modifié par Décret 96-206 12 Mars 1996 art 1 JORF 19 mars 1996 .
 Lorsqu'un siège devient vacant, il est pourvu au remplacement, pour la durée du mandat restant à courir, en faisant appel au candidat venant en rang utile sur la liste à laquelle appartenait l'ancien titulaire.
 Lorsque cette liste est épuisée, il n'est pas procédé au remplacement.
 Toutefois, si la moitié au moins des sièges de l'assemblée deviennent vacants sans qu'il soit possible de pourvoir aux remplacements, il est procédé au renouvellement de l'ensemble de ces sièges par voie d'élection, selon les modalités prévues au chapitre II ci-après. Ce renouvellement a lieu pour la durée du mandat restant à courir.
 Les dispositions de l'alinéa qui précède ne sont pas applicables au cours de la dernière année du mandat de l'assemblée.
 Le présent article s'applique en cas de vacance de siège pour cause d'annulation de l'élection, sous réserve des dispositions de l'article 14-1 ci-après.

Article 7

Modifié par Décret 97-316 8 Avril 1997 art 1 VI JORF 9 avril 1997
 Les fonctions de membre de l'assemblée sont exercées à titre gratuit .
 Toutefois, les membres de l'assemblée perçoivent au titre de ces fonctions le remboursement des frais de déplacement et de séjour, dans les conditions fixées par le règlement intérieur. Celui-ci peut également prévoir l'attribution d'une indemnité forfaitaire destinée à compenser la réduction de l'activité professionnelle entraînée par ces fonctions, dans la limite d'un montant égal, par réunion d'une demi-journée, à six fois la valeur de la consultation du médecin généraliste telle qu'elle résulte de l'application des articles L 162-5 ou L 162-38 du code de la sécurité sociale.
 Les dispositions des deux alinéas qui précèdent s'appliquent également aux activités des membres du bureau mentionné à l'article 8, des sections mentionnées à l'article 13 et des échelons départementaux mentionnés à l'article 31.
 Les conditions de remboursement des frais et l'attribution éventuelle d'indemnités pour les activités liées au fonctionnement des sections sont identiques à celles prévues par le règlement intérieur de l'union.

Article 8

L'assemblée élit en son sein un bureau qui comprend :
 1° Un président et un vice-président ;
 2° Un trésorier et un trésorier adjoint ;
 3° Un secrétaire et un secrétaire adjoint.
 Les membres du bureau sont élus par un vote distinct pour chaque poste et dans l'ordre suivant : président, vice-président, trésorier, trésorier adjoint, secrétaire, secrétaire adjoint.
 Ne peuvent être candidats aux postes de vice-président, trésorier adjoint et secrétaire adjoint que les élus des collèges auxquels n'appartiennent pas respectivement le président, le trésorier et le secrétaire du bureau.

L'élection a lieu au scrutin secret, à la majorité absolue des suffrages exprimés aux deux premiers tours et à la majorité relative au troisième. En cas d'égalité de suffrages, le candidat le plus âgé est déclaré élu.
 Les membres du bureau sont élus pour trois ans . Ils sont rééligibles. En cas de décès ou de démission de

l'un des membres du bureau, il est procédé à son remplacement au cours de la première réunion de l'assemblée qui suit la vacance.

En cas de faute grave dans l'exercice de son mandat, et après avoir été mis en mesure de présenter sa défense, tout membre du bureau est déclaré démissionnaire d'office par l'assemblée se prononçant à la majorité des deux tiers .

Le président de l'assemblée représente l'union régionale en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Article 9

Modifié par Décret 97-316 8 Avril 1997 art 1 I JORF 9 avril 1997 .

L'assemblée établit un règlement intérieur, adopté à la majorité des deux tiers , qui fixe notamment :

1° Les règles de fonctionnement de l'assemblée et du bureau ;

2° Les conditions dans lesquelles les membres de l'assemblée peuvent se donner procuration ;

3° Les conditions du remboursement des frais et de l'attribution éventuelle d'indemnités mentionnés à l'article 7 ;

4° La fréquence des réunions de l'assemblée et du bureau ;

5° Le cas échéant, l'organisation des services ainsi que la nature et le nombre des emplois permanents ;

6° Les conditions dans lesquelles l'assemblée de l'union peut donner délégation aux membres du bureau ;

7° Le cas échéant, les missions et les règles de fonctionnement des échelons départementaux mentionnés à l'article 31.

Le règlement intérieur ainsi que toute modification sont communiqués au préfet de région.

Article 10

Modifié par Décret 97-316 8 Avril 1997 art 1 IV JORF 9 avril 1997 .

Le président nomme aux emplois mentionnés au 5° de l'article 9, après avis du bureau et, lorsque ces emplois correspondent à des actions financées sur la fraction du budget mentionnée à l'article 13-3, ces nominations se font sur proposition du président de la section correspondante .

Article 11

Modifié par Décret 96-206 12 Mars 1996 art 2 JORF 19 mars 1996 .

L'assemblée de l'union se réunit sur convocation de son président au moins trois fois par an . La convocation est de droit si la majorité absolue des membres composant l'assemblée le demande.

L'assemblée ne peut valablement délibérer que si la moitié au moins des membres qui la composent sont présents ou représentés.

Lorsque le quorum n'est pas atteint, l'assemblée délibère valablement, après une nouvelle convocation, quel que soit le nombre des membres présents ou représentés.

Article 12

Modifié par Décret 97-316 8 Avril 1997 art 1 V JORF 9 avril 1997

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents ou représentés, sauf dans les cas où une majorité qualifiée est requise en vertu des dispositions du présent décret ou du règlement intérieur. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

Les délibérations de l'assemblée donnent lieu à l'établissement de procès-verbaux, approuvés par l'assemblée lors de sa réunion suivante, conservés au siège de l'union et signés par le président et le secrétaire ou leurs remplaçants.

Les membres de l'assemblée, ainsi que toute personne qui participe à ses travaux, sont tenus aux règles du secret professionnel dans les conditions prévues par l'article 378 du code pénal .

Chapitre Ier-1 : Rôle et fonctionnement des sections.

Article 13

Modifié par Décret 97-316 8 Avril 1997 art 1 II JORF 9 avril 1997

Les élus de chacun des deux collèges peuvent se réunir, en tant que de besoin, en deux sections distinctes pour examiner les questions propres, respectivement, aux médecins généralistes et aux médecins spécialistes.

Chaque section élit en son sein un président, un vice-président et un secrétaire au scrutin secret , par un vote distinct pour chaque poste. L'élection a lieu à la majorité absolue des suffrages exprimés aux deux premiers tours et à la majorité relative au troisième.

Ces postes sont renouvelés après chaque renouvellement du bureau de l'assemblée de l'union. Le président, le vice-président et le secrétaire de section sont rééligibles. En cas de décès ou de démission, il est procédé à leur remplacement au cours de la première réunion de la section qui suit la vacance.

-Article 13-1

Créé par Décret 97-316 8 Avril 1997 art 1 II III JORF 9 avril 1997

Les sections conduisent à leur initiative des actions spécifiques aux médecins qu'elles représentent dans les domaines mentionnés à l'article 8 de la loi du 4 janvier 1993 susvisée et au a et au c de l'article 2 du présent décret.

-Article 13-2

Créé par Décret 97-316 8 Avril 1997 art 1 II III JORF 9 avril 1997

Pour l'application de l'article 13, les sections établissent un règlement intérieur propre à chacune d'elles. Ce règlement intérieur est adopté à la majorité des deux tiers des membres de la section. Il fixe notamment les règles de fonctionnement des sections, de leurs assemblées et de leurs bureaux, les conditions de procuration entre les membres des sections et la fréquence des réunions.

Ces règlements intérieurs ainsi que toutes modifications sont communiqués au préfet de région.

-Article 13-3

Créé par Décret 97-316 8 Avril 1997 art 1 II III JORF 9 avril 1997 .

Pour la mise en œuvre des actions mentionnées à l'article 13-1, chaque section dispose d'une fraction égale du budget annuel établi en application de l'article 33. Cette fraction est déterminée par l'assemblée de l'union après avis de l'assemblée de chaque section. La fraction du budget mise à la disposition des sections ne peut être inférieure à 15 % et supérieure à 25 % du budget annuel de l'union.

Le président de la section en Ordonnance les dépenses. S'il y a lieu, les sommes non utilisées sont réaffectées

u budget de l'union.

Les règles de l'article 33 sont applicables au budget des sections.

Article 13-4

Créé par Décret 97-316 8 Avril 1997 art 1 II III JORF 9 avril 1997 .

Une commission de coordination, présidée par le président de l'union, réunit le bureau de l'union et ceux des sections. Elle veille à l'harmonisation de leurs actions. Les modalités de fonctionnement de cette commission sont fixées par le règlement intérieur de l'union.

Les délibérations des sections donnent lieu à l'établissement de procès-verbaux conservés au siège de l'union et signés par le président et le secrétaire ou leurs remplaçants.

L'article 12 est applicable aux sections.

Chapitre 2 : Election des membres de l'assemblée.

Section 1 : Dispositions générales.

Article 14

Les élections des membres des assemblées des unions régionales des médecins exerçant à titre libéral ont lieu à la même date dans toutes les régions. Cette date est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre de l'intérieur. Elle doit être antérieure de deux mois au plus et de quinze jours au moins à la date d'expiration des pouvoirs des assemblées en fonctions .

Toutefois, la date des élections prévues au troisième alinéa de l'article 6 est fixée par arrêté du préfet de la région concernée.

-Article 14-1

Créé par Décret 96-206 12 Mars 1996 art 3 JORF 19 mars 1996 .

En cas d'annulation de l'élection de tous les membres de l'assemblée d'une union ou de tous les membres d'un collège, de nouvelles élections doivent être organisées dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle la décision prononçant l'annulation est passée en force de chose jugée. La date de ces élections est fixée par arrêté du préfet de la région concernée. Le mandat des membres ainsi élus prend fin lors du prochain renouvellement général des assemblées des unions.

Article 15

Le vote a lieu par correspondance .

La date des élections prévue à l'article 14 est la date limite d'expédition des votes par les électeurs à la commission de recensement.

Les élections ont lieu par union régionale et par collège.

Article 16

Modifié par Décret 96-206 12 Mars 1996 art 4 JORF 19 mars 1996

Les élections sont organisées, pour chaque union régionale, par une commission d'organisation électorale qui a son siège à la préfecture de région.

Cette commission comprend :

- 1° Le préfet de région ou son représentant président ;
- 2° Un médecin généraliste et un médecin spécialiste membres de l'assemblée de l'union et désignés par celle-ci ;
- 3° Quatre médecins électeurs de l'union choisis, en dehors de l'assemblée, par le préfet de région, dont deux médecins généralistes et deux médecins spécialistes ;
- 4° Le directeur de La Poste du département siège de la préfecture de région ou son représentant ;
- 5° Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant.

Article 17

La commission d'organisation électorale prend toutes mesures nécessaires à l'organisation des opérations électorales, et notamment :

- 1° Fixe le siège du ou des bureaux où les votes sont déposés ou reçus ;
- 2° Etablit les listes électorales et statue sur les réclamations y afférentes ;
- 3° Reçoit et enregistre les candidatures ;
- 4° Contrôle la propagande électorale ;
- 5° Diffuse les documents nécessaires à la campagne électorale et aux opérations de vote.

Article 18

Modifié par Décret 96-206 12 Mars 1996 art 4 JORF 19 mars 1996 .

Il est institué pour chaque union régionale une commission de recensement des votes dont le siège est le même que celui de la commission d'organisation électorale.

La commission de recensement comprend :

- 1° Le préfet de région ou son représentant président ;
- 2° Les quatre électeurs mentionnés au 3° de l'article 16 ;
- 3° Le directeur de La Poste du département siège de la préfecture de région ou son représentant ;
- 4° Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant.

Article 19

La commission de recensement contrôle le recueil et le dépouillement des votes, totalise pour chaque collège le nombre de suffrages obtenus pour chaque liste et proclame les résultats. Elle établit sans délai le procès-verbal des opérations auxquelles elle a procédé. L'original de ce procès-verbal est remis au préfet de région et conservé dans les archives de la commission de recensement. Les résultats sont affichés à la préfecture de région, dans les préfectures des départements, dans les mairies des chefs-lieux de département de la région et au siège de l'union régionale.

Article 20

Le secrétariat des commissions est assuré par les unions régionales. Celles-ci mettent à leur disposition les moyens nécessaires. Les frais occasionnés par les élections sont à la charge des unions.

Section 2 : Etablissement des listes électorales.

Article 21

Les listes électorales sont établies soixante-dix jours au plus tard avant la date du scrutin.

A cette fin, les caisses primaires d'assurance maladie de la région communiquent à la commission d'organisation électorale, quatre-vingt-dix jours au plus tard avant la date des élections, le nom et l'adresse des médecins qui exercent dans la région à titre libéral dans le cadre du régime conventionnel, en distinguant les médecins généralistes et les médecins spécialistes.

La commission d'organisation électorale établit deux listes, l'une de médecins généralistes et l'autre de médecins spécialistes. Elle inscrit sur chacune de ces listes tous les médecins conventionnés de la catégorie concernée. Les conditions d'inscription sont appréciées au premier jour du troisième mois précédant la date du scrutin.

-Article 21-1

Créé par Décret 96-206 12 Mars 1996 art 5 JORF 19 mars 1996 .

Par dérogation aux dispositions de l'article 21 ci-dessus, lorsqu'il est procédé à de nouvelles élections en application de l'article 14-1, les listes électorales établies suivant les prescriptions de l'article 21 sont utilisées pour les nouvelles élections, sauf dans le cas où l'élection a été annulée pour un motif tiré de l'irrégularité des listes électorales.

Article 22

Les dispositions des articles R 611-64 à R 611-66 du code de la sécurité sociale sont applicables à l'établissement des listes électorales.

Section 3 : Candidatures.**Article 23**

Modifié par Décret 96-206 12 Mars 1996 art 6 JORF 19 mars 1996 .

Les listes de candidats sont présentées par collège. Elles comportent un nombre de candidats égal à une fois et demie le nombre des membres de l'assemblée de l'union régionale à élire au titre du collège concerné. Nul ne peut figurer sur plusieurs listes ou être candidat dans la circonscription d'une union régionale où il n'exerce pas à titre principal. Chaque liste ne peut concerner qu'un seul collège.

Pour chaque collège, les listes peuvent être présentées :

1° Par l'une des organisations syndicales nationales représentatives pour l'ensemble du territoire des médecins du collège considéré, mentionnées à l'article L 162-5 du code de la sécurité sociale ;

2° Par toute organisation syndicale nationale qui, pour le collège considéré, compte des membres cotisants dans la moitié au moins des départements de la région.

Article 24

Chaque liste doit être signée par tous les candidats qui y sont inscrits ainsi que par le représentant de l'organisation syndicale qui la présente. La liste doit porter mention du collège au titre duquel elle est présentée. Elle mentionne les noms, prénoms, dates et lieux de naissance, domiciles et qualités des candidats.

Les listes sont déposées à la commission d'organisation électorale entre le soixante-dixième et le soixantième jour avant le scrutin. Il est délivré au mandataire de la liste un reçu du dépôt et des pièces fournies.

Aucune modification ne peut être opérée après le dépôt, sauf en cas de décès de l'un des candidats, qui peut être remplacé jusqu'à l'expiration du délai du dépôt des candidatures.

La commission refuse l'enregistrement de toute liste qui ne remplit pas les conditions prescrites par la présente section. Les dispositions de l'article R 611-71 du code de la sécurité sociale sont applicables en cas de contestation du refus d'enregistrement.

Article 25

La commission publie les listes de candidatures quarante-cinq jours au moins avant le scrutin par voie d'affichage à la préfecture de région, dans les préfectures du département, dans les mairies des chefs-lieux de département et au siège de l'union.

La régularité des listes peut être contestée devant le tribunal d'instance dans le ressort duquel se trouve le siège de l'union régionale par tout électeur, dans un délai de trois jours à compter de leur publication . Le tribunal statue sans formalités dans les trois jours.

Section 4 : Propagande et opérations électorales.**Article 26**

Modifié par Décret 96-206 12 Mars 1996 art 7 JORF 19 mars 1996 .

Les dispositions des articles R 611-72 à R 611-75 du code de la sécurité sociale sont applicables aux élections des membres des assemblées des unions régionales des médecins exerçant à titre libéral. Le coût du papier et les frais d'impression et d'affichage des documents mentionnés à l'article R 611-74 sont remboursés par l'union, sur instructions de la commission d'organisation électorale, aux listes ayant obtenu au moins 5 p 100 des suffrages exprimés et au moins un siège, dans la limite d'un tarif établi par la commission et porté à la connaissance des intéressés lors de la remise de l'autorisation de commande.

Article 27

Les dispositions des articles R 611-77 et R 611-78 du code de la sécurité sociale sont applicables aux opérations électorales.

Article 28

Le bulletin de vote est placé dans l'enveloppe fournie à cette fin par la commission d'organisation électorale. Aucune mention ne doit être portée sur cette enveloppe, qui est placée dans la seconde enveloppe fournie par la commission d'organisation électorale. Cette seconde enveloppe est close. L'électeur y appose sa signature.

L'enveloppe contenant le vote doit être remise à la commission de recensement ou à La Poste au plus tard le jour de l'élection. L'envoi fait sous forme de lettre ordinaire est accepté en affranchissement en compte avec La Poste. Tout envoi postérieur à la date de l'élection, le cachet de La Poste faisant foi, n'entre en compte ni pour le recensement ni pour le dépouillement des votes.

Article 29

Les dispositions des articles R 611-80 à R 611-84 du code de la sécurité sociale sont applicables au recensement et au dépouillement des votes.

Section 5 : Contentieux des élections - Pénalités.

Article 30

Les dispositions des articles R 611-93 et R 611-94 du code de la sécurité sociale sont applicables aux élections régies par le présent chapitre.

-Article 30-1

Créé par Décret 96-206 12 Mars 1996 art 8 JORF 19 mars 1996 .

En cas d'annulation de l'élection des membres d'un ou des deux collèges composant l'assemblée d'une union régionale, une délégation spéciale chargée de l'administration de l'union est nommée par le préfet de région dans les quinze jours qui suivent l'annulation. Le préfet choisit les membres de cette délégation parmi les électeurs des deux collèges.

Le nombre des membres composant la délégation spéciale est fixé à trois. Il est porté à cinq lorsque le nombre de membres de l'assemblée de l'union est égal ou supérieur à soixante.

La délégation spéciale élit son président. Elle peut décider d'élire un vice-président.

-Article 30-2

Créé par Décret 96-206 12 Mars 1996 art 8 JORF 19 mars 1996 .

Les pouvoirs de la délégation spéciale sont limités aux actes d'administration conservatoires et urgents. Elle peut en aucun cas engager les finances de l'assemblée de l'union au-delà des ressources disponibles de l'exercice courant, ni établir le budget prévisionnel mentionné à l'article 33.

Les fonctions de la délégation spéciale expirent de plein droit dès qu'il a été procédé à l'installation des nouveaux membres élus.

Titre 2 : Echelons départementaux.

Article 31

Pour l'application de l'article 7 de la loi du 4 janvier 1993 susvisée, le règlement intérieur de chaque union régionale précise les conditions dans lesquelles, le cas échéant, l'assemblée désigne en son sein des délégués départementaux qui constituent les échelons départementaux de l'union.

Tout délégué départemental doit exercer son activité de médecin dans le département considéré.

Tout échelon départemental est composé d'un nombre égal de délégués généralistes et spécialistes.

Titre 3 : Financement des dépenses des unions régionales.

Article 32

Les dépenses des unions régionales sont financées par la contribution instituée par l'article 9 de la loi du 4 janvier 1993 susvisée ainsi que, le cas échéant, par des subventions, dons, legs et concours financiers divers. Toutefois, ni l'assemblée, ni le bureau, ni les sections, ni aucun des membres d'une union régionale ne peuvent solliciter ou accepter pour le compte de celle-ci des concours qui, par leur nature ou leur importance, seraient susceptibles de mettre en cause l'indépendance nécessaire à l'accomplissement des missions de l'union.

Article 33

Les unions établissent annuellement un budget prévisionnel de leurs opérations de recettes et de dépenses. Une commission de contrôle, composée de trois à six membres de l'assemblée n'ayant pas la qualité de membre du bureau, est élue chaque année par l'assemblée à bulletin secret. Elle élit son président en son sein.

L'assemblée doit adjoindre à cette commission un commissaire aux comptes exerçant sa mission dans les conditions fixées par la loi du 24 juillet 1966 susvisée sur les sociétés commerciales. La commission de contrôle procède à toute époque aux contrôles et investigations comptables et financières. Elle présente à l'assemblée, lors de la séance annuelle consacrée à l'approbation des comptes, un rapport concernant la gestion de l'union et les comptes de l'exercice, et comportant un état détaillé des recettes et de leur origine.

Le budget, les comptes annuels et le rapport de la commission de contrôle sont communiqués au préfet de région.

Les unions régionales ne peuvent pas financer des opérations étrangères à leur mission.

Article 34

Sont assujettis au versement de la contribution instituée par l'article 9 de la loi du 4 janvier 1993 susvisée les médecins en activité dans le cadre du régime conventionnel au 1er janvier de l'année. La contribution est acquittée au plus tard le 15 mai pour l'année en cours auprès de l'organisme chargé du recouvrement de la cotisation personnelle d'allocations familiales.

Article 35

Le produit de la contribution encaissé par les organismes chargés de son recouvrement et centralisé par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale est réparti entre les unions régionales dans les conditions suivantes :

1° 40 p 100 sont répartis à parts égales entre toutes les unions ;

2° 60 p 100 sont répartis entre les unions, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, au prorata du nombre de leurs électeurs constaté lors de la précédente élection.

Le versement aux unions intervient au plus tard le 15 août suivant la date d'exigibilité. Dans le même délai, les organismes chargés du recouvrement communiquent à l'union régionale la liste des médecins ayant acquitté leur contribution.

Titre 4 : Dispositions transitoires.**Article 36**

I Pour l'organisation des premières élections des membres des assemblées des unions régionales des médecins exerçant à titre libéral, les personnes prévues au 2° de l'article 16 du présent décret sont désignées conjointement par les organisations syndicales nationales qui ont été reconnues les plus représentatives en application de l'article L 162-33 du code de la sécurité sociale, dans un délai de quinze jours à compter de la publication de l'arrêté mentionné au premier alinéa de l'article 14 ci-dessus, ou, à défaut, par les préfets de région.

II Les dépenses afférentes à ces élections ainsi que les remboursements mentionnés à l'article 26 sont provisoirement mis à la charge de la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle se trouve le chef-lieu de la région. Il en est de même des frais afférents aux réunions des assemblées des unions régionales.

Les dépenses prises en charge par les caisses en application de l'alinéa précédent viennent en déduction du montant du premier versement aux unions de la contribution instituée par l'article 9 de la loi du 4 janvier 1993 susvisée. Ces sommes, dont le montant est constaté par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, sont versées par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale aux caisses primaires d'assurance maladie concernées, à la même date que celle du versement aux unions régionales.

Article 37

Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa de l'article 34, la première date d'exigibilité de la contribution instituée par l'article 9 de la loi du 4 janvier 1993 susvisée est fixée par le décret qui détermine le montant annuel de cette contribution.

Ce premier recouvrement devra avoir lieu au plus tard lors du deuxième appel de la cotisation personnelle d'allocations familiales suivant la date des élections.

Article 38.

Le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, le ministre d'Etat, ministre de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, le ministre d'Etat, garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de l'industrie, des postes et télécommunications et du commerce extérieur, le ministre du budget, porte-parole du Gouvernement, le ministre de l'agriculture et de la pêche et le ministre délégué à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

ÉDOUARD BALLADUR

Par le Premier ministre :

Le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales,
de la santé et de la ville,

SIMONE VEIL

Le ministre d'Etat, ministre de l'intérieur
et de l'aménagement du territoire,

CHARLES PASQUA

Le ministre d'Etat, garde des sceaux,
ministre de la justice,

PIERRE MÉHAIGNERIE

Le ministre de l'industrie, des postes
et télécommunications et du commerce extérieur,

GÉRARD LONGUET

Le ministre du budget,
porte-parole du Gouvernement,

NICOLAS SARKOZY

Le ministre de l'agriculture et de la pêche,

JEAN PUECH

Le ministre délégué à la santé,
PHILIPPE DOUSTE-BLAZY



ANNEXE 14

LOI N° 93 121 DU 27/01/1993 ART 47 DITE "LOI ANTI-CADEAUX"

Art 47 - Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Il est inséré après l'article L. 365 un article L. 365-1 ainsi rédigé :

Art . L. 365-1 –

Est interdit le fait, pour les membres des professions médicales visées au titre 1er du livre IV du présent code, de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.

"Toutefois, l'alinéa précédent ne s'applique pas aux avantages prévus par conventions passées entre les membres de ces professions médicales et des entreprises dès lors que ces conventions ont pour objet explicite et but réel des activités de recherche ou d'évaluation scientifique, qu'elles sont, avant leur mise en application, soumises pour avis au conseil départemental de l'ordre des médecins et notifiées, lorsque les activités de recherche ou d'évaluation sont effectuées, même partiellement, dans un établissement de santé au responsable de l'établissement, et que les rémunérations ne sont pas calculées de manière proportionnelle au nombre de prestations ou produits prescrits, commercialisés ou assurés".

2° Il est inséré, après l'article L. 5106961, un article L. 510-9-2 ainsi rédigé :

Art . L. 510-9-2. –

Les règles fixées aux articles L. 365, L. 365-1 et L. 549 pour les membres des professions médicales visées au titre 1er du livre IV du présent code sont applicables aux professions visées au titre II, au chapitre 1er du titre III et au titre III-I du livre du présent code".

3° Il est inséré, après l'article L. 376-1, un article L. 376-2 ainsi rédigé :

Art. L. 376-2. –

Les dispositions de l'article L. 658-9 du présent code sont applicables à la recherche et à la constatation des infractions aux dispositions des articles L. 365, L. 365-1 et L.549".

4° Il est inséré, après l'article L. 510-9-2, un article L. 510-9-3 ainsi rédigé :

Art. L. 510-9-3. –

Les dispositions de l'article L. 658-9 du présent code sont applicables à la recherche et à la constatation des infractions aux dispositions de l'article L. 510-9-2".

5° Il est inséré, après l'article L. 376-2, un article L. 376-3 ainsi rédigé :

Art. L. 376-3. –

Les infractions aux dispositions de l'article L. 365-1 seront punies d'une amende de 500 000 F et d'un emprisonnement de deux ans. En cas de condamnation, l'interdiction temporaire d'exercer la profession pendant une période de dix ans au plus pourra être prononcée par les cours et tribunaux accessoirement à la peine principale".

6° Il est inséré, après l'article L. 510-9-3, un article L. 510-9-4 ainsi rédigé:

Art. L. 510-9-4. –

Les infractions aux dispositions de l'article L. 510-9-2 seront punies d'une amende de 500 000 F et d'un emprisonnement de deux ans. En cas de condamnation, l'interdiction temporaire d'exercer la profession pendant une période de dix ans au plus pourra être prononcée par les cours et tribunaux accessoirement à la peine principale".



**ANNEXE 15 : STATUTS DE L'ASSOCIATION NATIONALE DES
RESPONSABLES UNIVERSITAIRES DE F.M.C. (ANRU-FMC
UNIVERSITE)**

Article 1.

Il est fondé entre les adhérents aux présents statuts, une association régie par la loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 août 1901 ayant pour titre :

Association Nationale des Responsables Universitaires de Formation Médicale Continue (A.N.R.U. F.M.C.)

La durée est indéterminée.

Article 2.

Elle a pour but :

- de diffuser l'information médicale à partir des Centres Hospitalo-Universitaires.
- de coordonner les actions de Formation Médicale Continue des Centres Hospitalo-Universitaires au plan national et au plan des régions.
- de contribuer à une meilleure structuration de la Formation Médicale Continue Nationale.
- d'organiser des actions de F.M.C. (sous le sigle : F.M.C. Université).

Article 3.

Siège social

Son siège social est : Faculté de Médecine 2bis, boulevard Tonnelé 37000 TOURS

Article 4.

L'association se compose de membres adhérents responsables de la Formation Médicale Continue des Centres Hospitalo-Universitaires.

Article 5.

Admission.

Pour faire partie de l'association, il est nécessaire d'être mandaté par le Conseil d'une Faculté de Médecine.

Article 6.

La qualité de membre se perd par :

- a) la démission,
- b) le décès,
- c) la radiation prononcée pour non paiement des cotisations ou pour motif grave, l'intéressé ayant été invité par lettre recommandée, à présenter ses explications devant le Bureau. Un recours peut-être exercé devant l'assemblée plénière des responsables.

Article 7.

Ressources.

Les ressources proviennent:

- a) des cotisations des responsables de Formation Médicale Continue ou des Centres Hospitalo-Universitaires qu'ils représentent.
- b) de dons.
- c) de subventions.

Article 8.

L'Association est dirigée par un Comité de direction composé de six membres, élus pour une durée de six ans au scrutin secret et renouvelable par tiers tous les deux ans.

Les membres sortants sont rééligibles.

Est électeur tout membre à jour de ses cotisations et ayant adhéré à l'association depuis plus de six mois.

Article 9.

Pour être éligible, il est nécessaire d'être responsable de la Formation Médicale Continue d'un Centre Hospitalo-Universitaire et d'être à jour de ses cotisations.

Article 10.

Le Bureau de l'Association est élu chaque année au scrutin secret et comprend au moins:

- un Président,
- un Vice-Président,
- un Secrétaire,
- un Secrétaire adjoint,
- un Trésorier,
- un Trésorier adjoint.

Article 11.

Le Bureau se réunit au moins une fois par trimestre, sur convocation du Président ou sur la demande du quart de ses membres.

Les décisions sont prises à la majorité des voix : en cas de partage, la voix du Président est prépondérante.

Tout membre du Comité qui, sans excuse, n'aura pas assisté à trois réunions consécutives, pourra être considéré comme démissionnaire.

Les membres du Comité de direction ne peuvent recevoir de rétribution en cette qualité, ni en raison de celle de membre du **Bureau**.

Article 12.

L'Assemblée générale ordinaire comprend tous les membres de l'Association à jour de leur cotisation.

Elle se réunit une fois par an.

Les membres de l'Association sont convoqués par les soins du Secrétaire, quinze jours au moins avant la date fixée. L'ordre du jour est indiqué sur les convocations. Le Président, assisté des membres du comité, préside l'Assemblée et expose la situation morale de l'Association.

Le Trésorier rend compte de sa gestion et soumet le bilan à l'approbation de l'Assemblée.

Il est procédé, après épuisement de l'ordre du jour, au remplacement, au scrutin secret, des membres du conseil sortants.

Ne devront être traitées, lors de l'Assemblée générale, que les questions soumises à l'ordre du jour.

Le vote par procuration est autorisé.

Le vote par correspondance n'est pas admis.

Article 13.

Si besoin est, ou sur demande de la moitié plus un des membres inscrits, le Président convoque une assemblée générale extraordinaire, suivant les modalités prévues à l'Article 12.

L'Assemblée doit se composer de la moitié au moins des membres présents ou représentés.

Si cette proportion n'est pas atteinte, l'Assemblée est convoquée de nouveau, mais à quinze jours au moins d'intervalle. Cette fois, elle peut valablement délibérer, quel que soit le nombre des membres présents ou représentés.

Article 14.

En cas de dissolution, prononcée par les deux tiers au moins des membres présents à l'Assemblée générale, un ou plusieurs liquidateurs sont nommés par celle-ci et l'actif, s'il y a lieu est dévolu conformément à l'article 9 de la loi du 1er juillet 1901 et au décret du 16 août 1901.

ANNEXE 16

**ARRETE DU 4 DECEMBRE 1998 PORTANT APPROBATION DE LA
CONVENTION NATIONALE DES MEDECINS GENERALISTES
NOR : MESS9823759A**

La ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de l'agriculture et de la pêche, le secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale et le secrétaire d'Etat au budget,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-5 et suivants ;

Le Conseil national de l'ordre des médecins consulté,

Arrêtent :

Art. 1er.

- Sont approuvées la Convention nationale des médecins généralistes ainsi que les annexes I, II et III qui y sont jointes, conclues entre, d'une part, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et, d'autre part, la Fédération française des médecins généralistes.

Sont exclues de l'approbation mentionnée au premier alinéa :

- la référence no 7 relative à la ferritine sous le thème no 6 : "Bilans biologiques systématiques " ;
- toutes les références inscrites sous le thème no 56 : " Sérologie de l'hépatite virale ".

Art. 2. - Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale au ministère de l'emploi et de la solidarité, le directeur général de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes et le directeur du budget au ministère de l'économie, des finances et de l'industrie et le directeur des exploitations, de la politique sociale et de l'emploi au ministère de l'agriculture et de la pêche sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 4 décembre 1998.

La ministre de l'emploi et de la solidarité,
Martine AUBRY



ANNEXE 17

DECRET NO 99-940 DU 12 NOVEMBRE 1999 RELATIF AU FONDS D'AIDE A LA QUALITE DES SOINS DE VILLE

Le Premier ministre,
 Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,
 Vu le code de la sécurité sociale ;
 Vu le code de la santé publique ;
 Vu la loi no 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie ;
 Vu la loi no 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, et notamment son article 25 ;
 Vu l'avis du comité interministériel de coordination en date du 9 juillet 1999 ;
 Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 17 août 1999 ;
 Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Section 1

Dispositions générales

Art. 1er. - Le fonds d'aide à la qualité des soins de ville, créé au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés par l'article 25 de la loi du 23 décembre 1998 susvisée, participe à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville et contribue au financement d'actions concourant notamment à l'amélioration des pratiques professionnelles et à leur évaluation, à la mise en place et au développement de formes coordonnées de prise en charge et notamment des réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé.

Le fonds peut financer notamment les dépenses d'équipement des professionnels de santé ou de regroupements de ces professionnels ainsi que les dépenses d'étude et de recherche menées pour leur compte.

Les aides financières du fonds sont attribuées à un professionnel de santé exerçant en ville à titre libéral ou à un regroupement de ces professionnels. Elles ne sont pas consenties sous forme de prêt. L'attribution de l'aide est subordonnée à l'engagement du ou des professionnels signataires de la convention prévue à l'article 8 d'établir une évaluation de l'action financée. Cette évaluation est transmise au comité de gestion compétent un an après la date d'attribution de l'aide. Elle est renouvelée chaque année si l'aide porte sur une période supérieure à un an.

Art. 2. - La gestion du fonds d'aide à la qualité des soins de ville est exercée par un comité national de gestion placé au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et par des comités régionaux de gestion placés au sein des unions visées à l'article L. 183-1 du code de la sécurité sociale. Les objectifs fixés au comité national de gestion font l'objet d'un avenant à la convention d'objectifs et de gestion signée entre l'Etat et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés mentionnée à l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale.

Art. 3. - Un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la part des ressources du fonds respectivement consacrée au financement des actions nationales et interrégionales, d'une part, des actions régionales, d'autre part, cette seconde part ne pouvant excéder 80 % des ressources du fonds. Le montant des ressources affectées à chaque région est fixé par le comité national de gestion en fonction notamment de la répartition de la population par région suivant les derniers chiffres établis par l'Institut national de la statistique et des études économiques.

Section 2

Actions à caractère national

Art. 4. - I. - Le comité national de gestion du fonds est présidé par le président du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, suppléé le cas échéant par un administrateur de la caisse qu'il désigne à cet effet.

Il comprend, outre son président :

a) Sept représentants de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

- b) Trois représentants de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés ;
- c) Trois représentants de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ;
- d) Quinze professionnels de santé exerçant à titre libéral : quatre médecins généralistes, quatre médecins spécialistes, un chirurgien-dentiste, une sage-femme, un pharmacien, un directeur de laboratoire d'analyses de biologie médicale, trois représentants des auxiliaires médicaux, choisis parmi les membres des organisations nationales syndicales reconnues les plus représentatives ;
- e) Le président de la Fédération hospitalière de France ou son représentant ; un représentant des établissements de santé privés, désigné conjointement par la Fédération intersyndicale des établissements d'hospitalisation privée et par l'Union hospitalière privée ; le président de la Fédération des établissements d'hospitalisation et d'assistance privée ou son représentant ;
- f) Le directeur général de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé ou son représentant ;
- g) Le président du conseil d'orientation des filières et réseaux ou son représentant ;
- h) Trois personnalités qualifiées choisies en raison de leurs compétences dans le domaine de la santé ou de la protection sociale.

Les membres du comité national de gestion, autres que les membres de droit, sont nommés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour une durée de trois ans.

Le comité comprend, pour les membres visés aux a, b, c et d ci-dessus, un nombre égal de membres suppléants nommés dans les mêmes conditions. Les suppléants n'assistent aux séances du comité qu'en l'absence du titulaire.

II. - Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sont représentés conjointement aux séances par un commissaire du Gouvernement.

III. - Le directeur, l'agent comptable, le médecin-conseil national de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et le contrôleur d'Etat, ou leurs représentants, assistent aux séances du comité national de gestion.

IV. - Le comité national de gestion se réunit au moins deux fois par an, sur convocation de son président. Le comité ne peut valablement délibérer que si la moitié au moins de ses membres assiste à la séance. Il détermine les conditions d'attribution des aides, conformément à l'article 25 de la loi du 23 décembre 1998 susvisée. Il est informé par le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés de l'exécution des aides attribuées. Les avis ou propositions du comité national de gestion sont adoptés à la majorité simple. En cas de partage égal des voix, la voix du président du comité est prépondérante.

V. - Un bureau du fonds d'aide à la qualité des soins de ville est constitué au sein du comité national de gestion. Le bureau est présidé par le président du comité national ; il est constitué, en outre, de deux représentants des caisses de l'assurance maladie, dont un du régime général, de deux représentants des professionnels et établissements de santé ainsi que d'une personnalité qualifiée. Le bureau attribue les aides sur la base des orientations arrêtées par le comité national de gestion. Il se réunit sur convocation du président. Le commissaire du Gouvernement, le directeur et l'agent comptable de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, ou leurs représentants, assistent avec voix consultative aux séances du bureau.

Les décisions du bureau sont prises à la majorité simple. En cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante. Le bureau est consulté obligatoirement pour avis par tout comité régional de gestion saisi d'une demande d'aide supérieure à 5 millions de francs. Son avis est rendu dans le délai d'un mois. A défaut, l'avis est réputé favorable.

VI. - Les délibérations du comité national de gestion et celles du bureau sont transmises aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget, qui peuvent demander une seconde délibération. Elles sont exécutoires en l'absence d'opposition des ministres dans un délai de vingt jours.

Art. 5. - Les frais de fonctionnement du comité national de gestion et du bureau sont pris en charge par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui assure le secrétariat du comité.

Art. 6. - Le comité national de gestion établit chaque année, et modifie le cas échéant par décision modificative, un budget prévisionnel en équilibre des recettes et des dépenses du fonds comportant l'ensemble des crédits nationaux et régionaux.

Art. 7. - Le comité national de gestion établit le dossier type de demande d'aide ainsi qu'un modèle type de convention à passer avec les bénéficiaires des aides. Cette convention précise les pièces justificatives à produire pour obtenir le versement de l'aide ainsi que les pièces nécessaires au suivi de la consommation des crédits ; ces dernières sont transmises au comité national de gestion du fonds par le bénéficiaire de l'aide à l'issue de chaque exercice budgétaire. La convention type prévoit également les conditions dans lesquelles le remboursement de l'aide consentie peut intervenir en cas de non-respect des engagements pris par le ou les professionnels signataires. L'aide consentie peut être fractionnée et donner lieu à des versements d'acomptes.

Art. 8. - Les opérations d'engagement, de liquidation et d'Ordonnancement sont effectuées par le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Art. 9. - Les opérations de dépenses et de recettes du fonds d'aide à la qualité des soins de ville sont soumises au contrôle économique et financier de l'Etat dans les conditions prévues à l'article R. 282-1 du code de la sécurité sociale.

Art. 10. - Le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés rend compte au comité national de gestion, chaque semestre, de l'état de consommation des crédits affectés au fonds d'aide à la qualité des soins de ville.

Art. 11. - Un compte de résultats du fonds retraçant les dépenses et les recettes relatives aux actions à caractère national et régional est établi à l'issue de chaque exercice comptable. Les résultats bénéficiaires de l'exercice sont affectés au fonds. Cette situation comptable est retracée dans une ligne spécifique du bilan annuel de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Section 3

Actions à caractère régional

Art. 12. - I. - Il est créé dans chaque région au sein de l'union régionale des caisses d'assurance maladie un comité régional de gestion du fonds d'aide à la qualité des soins de ville.

Ce comité est présidé par le président de l'union régionale des caisses d'assurance maladie, suppléé le cas échéant par un administrateur de l'union qu'il désigne à cet effet. Il comprend, outre son président :

a) Sept membres désignés au sein du conseil d'administration de l'union régionale des caisses d'assurance maladie, dont au moins un représentant du régime des travailleurs non salariés des professions non agricoles et un représentant du régime des professions agricoles ;

b) Quatre médecins-conseils, dont deux désignés par l'échelon régional du service du contrôle médical du régime général et les deux autres respectivement par la caisse mutuelle régionale et les organismes de mutualité sociale agricole de la région concernée ;

c) Onze professionnels de santé exerçant à titre libéral ;

- quatre membres de l'union de médecins exerçant à titre libéral mentionnée à l'article 5 de la loi du 4 janvier 1993 susvisée, dont deux membres désignés par la section généraliste et deux membres désignés par la section spécialiste de l'union située dans la région concernée ;

- un chirurgien-dentiste, une sage-femme, un pharmacien, un biologiste et trois auxiliaires médicaux ;

d) Un représentant de la Fédération hospitalière de France ; un représentant de la Fédération des établissements d'hospitalisation et d'assistance privée ; un représentant des établissements de santé privés désigné conjointement par la Fédération intersyndicale des établissements d'hospitalisation privée et par l'Union hospitalière privée ;

e) Trois personnalités qualifiées choisies en raison de leurs compétences dans le domaine de la santé ou de la protection sociale.

Le comité régional comprend, pour les membres visés au c ci-dessus, un nombre égal de membres suppléants nommés dans les mêmes conditions. Les suppléants ne peuvent assister aux séances du comité qu'en l'absence du titulaire.

Les membres du comité régional sont nommés, par arrêté du préfet de région, pour une durée de trois ans.

II. - Le préfet est représenté par un commissaire du Gouvernement, qui assiste aux séances du comité régional de gestion.

III. - Le directeur, l'agent comptable de l'union régionale des caisses d'assurance maladie et le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation ou leurs représentants assistent aux séances du comité régional de gestion.

IV. - Le comité régional se réunit au moins deux fois par an, sur convocation de son président. Il donne son avis sur les conditions d'attribution des aides. Il est informé par le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie du suivi de l'exécution des aides attribuées. Le comité ne peut valablement délibérer

que si la moitié au moins de ses membres assiste à la séance. Les avis ou propositions du comité de gestion sont adoptés à la majorité simple. En cas de partage égal des voix, la voix du président du comité est prépondérante.

V. - Un bureau est constitué au sein du comité régional de gestion. Le bureau est présidé par le président du comité ; il est constitué, en outre, de deux membres désignés au sein du conseil d'administration de l'union régionale des caisses d'assurance maladie, dont un membre du régime général, deux représentants des professionnels et établissements de santé ainsi qu'une personnalité qualifiée. Le bureau attribue les aides sur la base des orientations arrêtées par le comité. Il se réunit sur convocation du président. Le commissaire du Gouvernement, le directeur et l'agent comptable de l'union régionale des caisses d'assurance maladie, ou leurs représentants, assistent avec voix consultative aux séances du bureau.

Les décisions du bureau sont prises à la majorité simple. En cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

VI. - Les délibérations du comité régional de gestion et du bureau sont soumises au contrôle du préfet de région dans les conditions prévues à l'article R. 151-1 du code de la sécurité sociale. Le préfet peut demander une seconde délibération.

Art. 13. - Les frais de fonctionnement du comité régional de gestion et du bureau sont pris en charge par l'union régionale des caisses d'assurance maladie, qui assure le secrétariat du comité.

Art. 14. - Le comité régional de gestion du fonds d'aide à la qualité des soins de ville établit chaque année, et modifie le cas échéant par décision modificative, un budget prévisionnel en équilibre des recettes et des dépenses du fonds. Le président du comité régional de gestion signe la convention prévue à l'article 7 du présent décret.

Art. 15. - Dans le cadre des prévisions budgétaires mentionnées à l'article 14 ci-dessus, le bureau régional attribue les aides suivant les modalités prévues à l'article 7 du présent décret.

Art. 16. - Les opérations d'engagement, de liquidation et d'Ordonnancement des sommes relatives à l'attribution des aides au financement des actions arrêtées par le comité, ou le bureau, sont effectuées par le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie. Le paiement est effectué par l'agent comptable de l'union régionale des caisses d'assurance maladie au vu des états liquidatifs transmis par l'ordonnateur.

Art. 17. - Le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie rend compte au comité régional de gestion, chaque semestre, de l'état de consommation des crédits affectés au fonds. Il établit un rapport annuel sur le fonctionnement du fonds pour le 28 février de l'année suivante au plus tard, qu'il transmet au directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Art. 18. - Un compte de résultat du fonds est établi à l'issue de chaque exercice comptable.

Les crédits non consommés au niveau régional sont reversés au fonds national à la clôture de chaque exercice.

Section 4

Dispositions diverses

Art. 19. - Le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés établit chaque année un rapport retraçant l'activité du fonds tant au niveau national que régional. Le rapport est transmis aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au plus tard le 30 avril de l'année suivante.

Art. 20. - Le compte de résultat retraçant les actions à caractère national et régional est approuvé par le comité national de gestion.

Art. 21. - La participation des régimes au financement du fonds est versée par ces derniers à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés au plus tard dans le mois qui suit la publication de l'arrêté visé à l'article L. 722-4 du code de la sécurité sociale.

Des conventions signées entre les régimes d'assurance maladie fixent les modalités de mise en oeuvre de l'alinéa ci-dessus.

Art. 22. - La ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de l'agriculture et de la pêche et la secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 12 novembre 1999.



ANNEXE 18

**DECRET NO 99-1130 DU 28 DECEMBRE 1999 RELATIF A
L'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET A
L'ANALYSE DE L'EVOLUTION DES DEPENSES MEDICALES**

NOR : MESP9923640D

Ministère de l'emploi et de la solidarité;
Le Premier ministre,
Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,
Vu le code de la santé publique ;
Vu le code de la sécurité sociale ;
Vu la loi no 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment le chapitre V ter ;
Vu la loi no 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie, notamment l'article 8, modifié en dernier lieu par l'article 23 de la loi no 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 ;
Vu le décret no 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale ;
Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 26 novembre 1999,
Décrète :

Section 1

L'évaluation individuelle des pratiques professionnelles

Art. 1er. - L'évaluation individuelle des pratiques professionnelles vise à améliorer la qualité des soins en permettant à chaque praticien de disposer d'une appréciation et de recommandations formulées par ses pairs, sur la qualité de ses pratiques en matière de prévention, de diagnostic et de thérapeutique. Dans cette perspective, elle permet de promouvoir le respect de la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

Art. 2. - L'évaluation individuelle des pratiques d'un médecin est réalisée à la demande de ce médecin.

Art. 3. - L'évaluation est réalisée par un ou plusieurs médecins habilités. Pour être habilité un médecin doit assurer une activité médicale depuis au moins cinq ans.

L'habilitation à exercer l'évaluation des pratiques est prononcée par le directeur de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé dans des conditions et selon des modalités définies par l'assemblée plénière du conseil scientifique de cette agence.

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé assure la formation des médecins habilités.

L'habilitation est prononcée pour une durée de cinq ans. L'habilitation ne peut être renouvelée que si la pratique du médecin a été évaluée dans les conditions prévues au présent décret au cours de cette période. Les résultats de cette évaluation sont transmis par le médecin concerné au directeur de l'agence en vue du renouvellement de l'habilitation. Les modalités d'application de ces dispositions aux médecins n'exerçant pas d'activité médicale à titre libéral sont fixées par le directeur de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé dans des conditions et selon des modalités définies par l'assemblée plénière du conseil scientifique de ladite agence.

La liste des médecins habilités est transmise par le directeur de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé aux sections constituant les unions des médecins exerçant à titre libéral.

Art. 4. - L'évaluation des pratiques professionnelles est menée à partir de guides d'évaluation professionnelle, élaborés ou validés par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Les guides d'évaluation permettent aux médecins qui le souhaitent de procéder à une auto-évaluation de leurs pratiques.

L'évaluation des pratiques professionnelles prend en compte les recommandations de bonne pratique, les référentiels de pratique et les références médicales, mentionnées à l'article L. 791-2 du code de la santé publique et à l'article L. 162-12-15 du code de la sécurité sociale, de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Les sections constituant les unions assurent la diffusion des guides d'évaluation auprès des médecins concernés relevant de leur compétence.

Art. 5. - L'évaluation des pratiques professionnelles est organisée localement par les sections constituant les unions, qui reçoivent les demandes des médecins intéressés et font appel aux médecins figurant sur la liste mentionnée à l'article 3.

La récusation d'un médecin habilité ne peut être motivée par le médecin demandeur d'une évaluation de sa pratique professionnelle qu'au motif d'un conflit d'intérêt. Elle est formulée auprès du président de la section constituant l'union.

Art. 6. - L'évaluation individuelle est réalisée au lieu d'exercice du médecin dans le respect du secret professionnel. Le ou les médecins habilités peuvent consulter, sur leur demande, les dossiers ou documents médicaux rendus anonymes.

Le ou les médecins habilités procèdent au nombre de visites d'évaluation qu'ils estiment nécessaires.

Après ces visites d'évaluation et à l'issue d'une phase contradictoire, ils formulent par écrit au médecin concerné leurs conclusions, des recommandations visant à l'amélioration de la pratique du médecin évalué et, le cas échéant, des réserves.

A l'issue des visites d'évaluation, le ou les médecins habilités informent la section constituant l'union de l'achèvement du cycle d'évaluation. Cette dernière informe le conseil départemental de l'ordre des médecins au tableau duquel le médecin évalué est inscrit que le médecin a suivi un cycle d'évaluation de sa pratique.

Lorsque le médecin a satisfait sans réserve à l'évaluation de sa pratique professionnelle, la section constituant l'union adresse au médecin évalué et au conseil départemental une attestation. Le médecin peut, dans ce même cas, en faire mention selon les dispositions prévues à l'article 79 du code de déontologie médicale en précisant la date de délivrance de l'attestation.

Lorsque au cours de l'évaluation sont constatés des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients, le ou les médecins habilités le signalent au médecin concerné, qui peut leur formuler ses observations. Le ou les médecins évaluateurs proposent au médecin concerné les mesures correctrices à mettre en œuvre et assurent le suivi. En cas de refus par le médecin concerné de ces mesures ou si le suivi fait apparaître la persistance des faits ou manquements de même nature, le ou les médecins habilités sont tenus de transmettre immédiatement leur constat circonstancié au conseil départemental de l'ordre des médecins.

Art. 7. - Les médecins habilités perçoivent au titre de ces fonctions le remboursement des frais de déplacement par les sections constituant les unions dans des conditions fixées par le règlement intérieur desdites sections. Ce règlement intérieur prévoit l'attribution par la section constituant l'union d'une indemnité forfaitaire destinée à compenser la réduction de l'activité professionnelle entraînée par ces fonctions, dans la limite d'un montant égal, par réunion d'une demi-journée, à douze fois la valeur de la consultation du médecin généraliste telle qu'elle résulte de l'application des articles L. 162-5-2, L. 162-5-9 ou L. 162-38 du code de la sécurité sociale.

Section 2

L'évaluation collective des pratiques

Art. 8. - L'évaluation collective des pratiques vise à améliorer la qualité des soins en permettant à chaque praticien de confronter ses pratiques à celles de ses confrères ou aux référentiels des pratiques élaborées ou validées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

Art. 9. - L'évaluation collective des pratiques est organisée par les sections constituant les unions. Elle peut notamment prendre la forme de réunions associant des médecins d'activité similaire en vue de l'analyse de cas cliniques relevant de la pratique de ces médecins rendus anonymes vis-à-vis des patients et des écarts entre l'activité de ces médecins et les référentiels de pratique.

Art. 10. - Les actions concourant à l'évaluation collective des pratiques sont conduites par des médecins habilités dans les conditions prévues à l'article 3 du présent décret.

Art. 11. - Les médecins habilités perçoivent au titre de ces fonctions le remboursement des frais de déplacement par les sections constituant les unions dans des conditions fixées par le règlement intérieur desdites sections. Ce règlement intérieur prévoit l'attribution par la section constituant l'union d'une indemnité forfaitaire destinée à compenser la réduction de l'activité professionnelle entraînée par ces fonctions, dans la limite d'un montant égal, par heure, à trois fois la valeur de la consultation du médecin

généraliste telle qu'elle résulte de l'application des articles L. 162-5-2, L. 162-5-9 et L. 162-38 du code de la sécurité sociale.

Section 3

Analyse de l'évolution des dépenses

Art. 12. - L'analyse de l'évolution des dépenses est réalisée trimestriellement par les sections constituant les unions de médecins exerçant à titre libéral.

Les unions régionales de caisses d'assurance maladie transmettent, au plus tard dans un délai de deux mois à l'issue de chaque trimestre civil, les données nécessaires aux sections pour qu'elles puissent procéder à cette analyse.

L'analyse de l'évolution des dépenses consiste en une présentation de l'activité des médecins ainsi que de leurs prescriptions au niveau régional et départemental. Cette présentation distingue les diverses spécialités. Elle comporte une comparaison entre les données départementales, régionales et nationales.

Cette analyse est transmise au plus tard dans un délai de trois mois à l'issue de chaque trimestre civil au représentant de l'Etat dans les régions. L'Etat assure la diffusion par voie électronique des analyses réalisées par les unions de médecins.

Section 4

Dispositions générales

Art. 13. - Les médecins habilités sont soumis aux obligations énoncées à l'article R. 791-4-2 du code de la santé publique.

Art. 14. - Les médecins habilités établissent chaque année, dans le respect de l'anonymat dû aux médecins évalués, un rapport retraçant leur activité d'évaluation qu'ils transmettent aux sections constituant les unions.

Les sections constituant les unions transmettent annuellement à l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé un rapport d'activité sur l'évaluation présentant l'ensemble des actions qu'elles ont menées et proposant toute mesure visant à l'amélioration des pratiques professionnelles, en particulier en ce qui concerne la formation médicale continue.

Art. 15. - La ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de l'agriculture et de la pêche et la secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 28 décembre 1999.



ANNEXE 19L'ORGANISME GESTIONNAIRE CONVENTIONNEL PREVU PAR
L'ARTICLE L.162-5-12 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

CSS, Art. L. 162-5-12 :

La gestion des sommes affectées à la formation professionnelle au titre du 14° de l'article L 162-5 est assurée par un organisme gestionnaire conventionnel. Cet organisme est doté de la personnalité morale. Il est administré par un conseil de gestion composé paritairement des représentants des caisses nationales d'assurance maladie signataires de la convention et des représentants des organisations syndicales de médecins signataires de la convention.

Lorsque les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, l'organisme gestionnaire conventionnel comporte deux sections. Chaque section est administrée par un conseil de gestion paritaire qui comprend, outre les représentants des caisses mentionnées à l'alinéa précédent, soit les représentants des syndicats médicaux signataires de la convention des médecins généralistes, soit les représentants des syndicats médicaux signataires de la convention des médecins spécialistes.

L'organisme gestionnaire conventionnel est chargée notamment :

- de la gestion des appels d'offres sur les actions de formation ;
- de l'enregistrement de projets soumis par les organismes de formation ;
- de la gestion administrative et financière des actions agréées sur la base d'une convention de financement passée avec les caisses d'assurance maladie signataires de la ou des conventions mentionnées à l'article L 162-5 ;
- de l'évaluation des actions de formation professionnelle conventionnelle ;
- de l'indemnisation des médecins participant aux actions de formation professionnelle conventionnelle.

Les modalités d'application du présent article, notamment les statuts de l'organisme gestionnaire conventionnel et les règles d'affectation des ressources aux sections, sont fixées par décret.



ANNEXE 20

**DECRET NO 2000-803 DU 25 AOUT 2000 PORTANT STATUT ET
RELATIF AU FONCTIONNEMENT DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE
CONVENTIONNEL ET MODIFIANT LE CODE DE LA SECURITE
SOCIALE (TROISIEME PARTIE : DECRETS)
J.O. Numéro 198 du 27 août 2000 page 13202**

Textes généraux

Ministère de l'emploi et de la solidarité

NOR : MESS0021536D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment son article L. 162-5-12 ;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale du 18 avril 2000 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés du 9 mai 2000,

Décète :

Art. 1er. - La section 1 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale (troisième partie : Décrets) est modifiée comme suit :

I. - Les articles D. 162-1-1 à D. 162-1-5 sont ainsi rédigés :

« Art. D. 162-1-1. - L'organisme gestionnaire conventionnel mentionné à l'article L. 162-5-12 est chargé, dans le respect des dispositions conventionnelles :

« 1. De la gestion des contributions versées par les caisses nationales d'assurance maladie au titre du financement de la formation professionnelle conventionnelle et de l'indemnisation des médecins participant aux actions de formation professionnelle conventionnelle agréées ;

« 2. De la gestion des appels d'offres sur les actions de formation et de l'enregistrement des projets soumis par les organismes de formation ;

« 3. De la gestion administrative et financière des actions agréées et, à ce titre, du paiement, dans les conditions fixées à l'article D. 162-1-6, des organismes qui ont assuré les formations ainsi que du versement des indemnités pour perte de ressources aux médecins ayant participé à des actions de formation agréées ;

« 4. De la diffusion, auprès des organismes de formation agréés et des médecins, d'un programme annuel de formation et de la liste des actions de formation agréées ;

« 5. De l'évaluation des actions de formation, et notamment de leur coût et des conditions de leur réalisation par les organismes de formation.

« Art. D. 162-1-2. - Le conseil de gestion de l'organisme gestionnaire conventionnel, mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-5-12, ou, dans le cas prévu au deuxième alinéa de cet article, le conseil de gestion de chacune des deux sections de cet organisme gestionnaire, comprend en nombre égal des représentants des caisses nationales d'assurance maladie signataires de la convention et des représentants des organisations syndicales de médecins signataires de la convention.

« Ce nombre, compris entre 4 et 20, est fixé par la convention considérée.

« Un suppléant est désigné, dans les mêmes conditions, pour chacun des représentants aux conseils de gestion mentionnés au premier alinéa.

« Lorsqu'un membre d'un conseil de gestion cesse d'exercer ses fonctions, il est pourvu à son remplacement, pour la durée restant à courir du mandat de son prédécesseur.

« Art. D. 162-1-3. - Les membres du conseil de gestion sont désignés dans les trois mois qui suivent l'entrée en vigueur de la ou des conventions.

« Chaque conseil de gestion comprend un président, un vice-président ainsi qu'un trésorier désignés pour deux ans par le conseil à la majorité de ses membres. En cas de partage égal des voix, le candidat le plus âgé l'emporte.

« Le président de chaque conseil de gestion est désigné alternativement parmi les représentants des caisses et parmi les représentants des syndicats médicaux. Le vice-président est désigné dans la catégorie de représentants à laquelle n'appartient pas le président.

« Lorsque l'organisme gestionnaire conventionnel est composé de deux sections, une commission de coordination réunit les présidents et vice-présidents des deux sections. Elle veille à l'harmonisation de leurs actions et détermine le cas échéant les modalités de mise en commun et de gestion de leurs moyens de fonctionnement.

« Le conseil de gestion se réunit sur convocation du président, au moins deux fois par an, pour définir ses orientations et pour approuver le rapport d'activité et les comptes annuels présentés par le président. Il peut en outre se réunir, en tant que de besoin, à la demande du président ou de la moitié de ses membres.

« La convocation, accompagnée de l'ordre du jour fixé par le président, est envoyée aux membres au moins dix jours avant la date de la réunion.

« Un règlement intérieur fixe les modalités de fonctionnement de chaque conseil de gestion et, en tant que de besoin, celles de la commission de coordination.

« Le président représente l'organisme gestionnaire conventionnel ou, si deux conventions sont applicables, la section qu'il préside. Il est responsable du fonctionnement de la structure.

« Art. D. 162-1-4. - L'organisme gestionnaire conventionnel, ou, le cas échéant, chacune des deux sections, est financé :

« 1. Par une contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie signataires de la ou des conventions ;

« 2. Par une dotation allouée par ces caisses au titre de l'indemnisation des médecins participant à des actions de formation professionnelle conventionnelle mentionnées au 14o de l'article L. 162-5.

« Art. D. 162-1-5. - Une partie de la contribution annuelle des caisses est affectée aux frais de fonctionnement de l'organisme gestionnaire conventionnel ou, le cas échéant, de chacune des deux sections.

« Le ou les conseils de gestion établissent chaque année en début d'exercice, et au plus tard au 31 mars de l'année considérée, un budget prévisionnel de fonctionnement.

« Si l'exécution du budget présente un résultat excédentaire, l'excédent constaté, dans la limite de 20 % du montant mentionné au premier alinéa, est reporté sur l'exercice suivant, le solde éventuel étant reversé aux caisses nationales d'assurance maladie signataires de la ou des conventions.

« L'organisme gestionnaire conventionnel se conforme au plan comptable général pour la tenue de sa comptabilité. Lorsqu'il existe deux sections, chaque conseil de gestion tient sa propre comptabilité. Les comptes sont arrêtés au 31 décembre de l'exercice. Pour le contrôle des comptes, le conseil de gestion désigne un commissaire aux comptes.

« Le paiement des organismes de formation, ainsi que l'indemnisation des médecins participant aux formations, s'effectue après exécution des actions de formation, sur présentation des pièces justificatives. Cependant, l'organisme gestionnaire conventionnel peut consentir un échelonnement des paiements au fur et à mesure du déroulement des actions de formation et sur présentation de justificatifs.

« Chaque conseil de gestion établit avant le 31 mars de l'année suivante un rapport d'activité détaillant les actions menées au cours de l'exercice précédent et l'emploi des fonds reçus. Il indique notamment la nature des formations dispensées, leur nombre, leur coût et le nombre de médecins formés. Il fournit également les résultats de l'évaluation de ces actions.

« Ce rapport est transmis aux caisses nationales signataires de la ou des conventions, aux organisations syndicales signataires de la convention ainsi qu'aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

II. - Les articles D. 162-1-6 et D. 162-1-7 sont abrogés.

Art. 2. - Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'agriculture et de la pêche, le secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés et le secrétaire d'Etat au budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 25 août 2000.



ANNEXE 21

**AVENANT A LA CONVENTION NATIONALE DES MEDECINS
GENERALISTES DU 26 NOVEMBRE 1998 RELATIF A LA FORMATION
PROFESSIONNELLE CONVENTIONNELLE
J.O. Numéro 244 du 20 Octobre 2000**

Textes généraux

ministère de l'emploi et de la solidarité

Est réputé approuvé, en application de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, l'avenant no 3 publié ci-dessous et conclu le 19 avril 2000 entre, d'une part, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et, d'autre part, la Fédération française des médecins généralistes MG France.

AVENANT A LA CONVENTION NATIONALE DESTINEE A ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE
LES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX ET LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE
RELATIF A LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONVENTIONNELLE

Entre :

Les organisations syndicales représentatives de médecins généralistes suivantes :

La Fédération française des médecins généralistes MG France, représentée par son président, M. Bouton,

Et :

Les caisses nationales d'assurance maladie :

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, représentée par son président, M. Spaeth ;

La Caisse centrale de mutualité sociale agricole, représentée par sa présidente, Mme Gros ;

La Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes, représentée par son président, M. Ravoux,

ci-dessous désignées sous le terme « les caisses nationales ».

Les parties ci-dessus énumérées, signataires du présent avenant, sont désignées sous le terme de « parties signataires » ; elles sont convenues des termes de l'avenant qui suit :

Conformément aux articles L. 162-5 (14o) et L. 162-5-12 du code de la sécurité sociale, les parties signataires conçoivent et mettent en place le dispositif de formation professionnelle conventionnelle destiné aux médecins généralistes.

Cette formation permet aux médecins généralistes d'adapter leur pratique à un exercice moderne de la médecine générale et concourt ainsi à la qualité des soins et à la maîtrise des dépenses.

Elle porte notamment sur les orientations suivantes :

- l'amélioration de la pratique médicale sur les priorités conventionnelles, et en particulier sur les référentiels et recommandations ;
les questions de santé publique ;
- les questions relatives à l'organisation du système de soins ;
- l'économie de la santé et la prise en compte des conséquences économiques de la pratique médicale ;
- la fonction de médecin référent et la coordination des soins ;
- l'informatique médicale

Section 1

Des objectifs et de l'organisation

Article 6.1

Thèmes de formation

A cette fin, les parties signataires réunies dans le Comité paritaire national de formation professionnelle conventionnelle au niveau national, et dans les comités paritaires régionaux de formation professionnelle conventionnelle au niveau régional, arrêtent avant le 31 août les thèmes qu'elles décident de promouvoir pour l'année suivante, et notamment les thèmes recommandés aux médecins référents.

Les thèmes de formation arrêtés sont transmis pour information au Conseil scientifique national pour les thèmes nationaux et aux conseils scientifiques régionaux concernés pour les thèmes régionaux. A titre exceptionnel, les thèmes retenus au titre du programme de formation sont fixés par annexe au présent avenant pour la période courant jusqu'au 31 décembre 2001.

Article 6.2

Du choix des actions de formation professionnelle conventionnelle

Le CPN FPC définit le cahier des charges des actions susceptibles d'être financées au titre de la FPC des médecins généralistes ainsi que le calendrier des appels d'offres.

Conformément aux modalités ainsi définies, l'organisme gestionnaire conventionnel assure le lancement et la gestion des appels d'offres et transmet, après les avoir enregistrés, les projets présentés par les organismes de formation aux conseils scientifiques compétents chargés de la validation scientifique et pédagogique tel que prévu à l'article 6.4.

1. Organismes nationaux

Pour les organismes de formation dont le champ d'action est national, le CPN FPC agréé les actions qui seront financées, parmi les actions validées par le Conseil scientifique national, dans la limite du budget disponible au titre des actions nationales. Les projets d'action validés doivent être transmis au CPN FPC par le Conseil scientifique national dans le respect du calendrier prévu par le cahier des charges.

Selon la même procédure, peuvent être validés et agréés des plans de formation, dans le cadre desquels un même organisme de formation s'engage à organiser, dans diverses localités et selon un déroulement strictement identique, une action de formation portant sur un thème et un intitulé prédéterminés.

2. Organismes locaux

Pour les organismes de formation dont le champ d'action est régional ou départemental, le CPR FPC agréé, parmi les actions validées par le conseil scientifique régional, les actions que les parties signataires décident de financer, en fonction du budget disponible pour la région considérée. Les projets d'action validés doivent être transmis par le conseil scientifique régional au CPR FPC compétent dans le respect du calendrier prévu par le cahier des charges.

Article 6.3

Agrément des organismes de formation

Les organismes de formation qui souhaitent participer aux actions de formation professionnelle conventionnelle destinées aux médecins généralistes déposent un dossier de demande d'agrément instruit par le CPN FPC dans le cas d'organismes à champ d'action national, et par le CPR FPC compétent pour les organismes à champ d'action régional ou départemental.

L'agrément est accordé sur la base des critères définis dans le cadre d'un cahier des charges élaboré par le CPN FPC.

Le dossier de demande d'agrément comporte notamment les éléments permettant d'apprécier l'ancienneté, la compétence et l'aptitude de l'organisme candidat à mettre en œuvre les actions de formation professionnelle conventionnelle ainsi que leur évaluation. Le dossier comporte également l'adhésion de l'organisme de formation à une charte d'éthique conventionnelle établie par la CCPN. L'agrément est accordé par le CPN FPC ou le CPR FPC après avis du conseil scientifique compétent pour ce qui concerne les aspects scientifiques et pédagogiques. L'agrément peut être suspendu, au vu notamment du bilan du programme annuel de formation et des évaluations pédagogiques et scientifiques des actions réalisées par le conseil scientifique compétent.

Article 6.4**Les conseils scientifiques****6.4.1. Le Conseil scientifique national et les conseils scientifiques régionaux.**

Il est créé auprès du CPN FPC un Conseil scientifique national et auprès de chaque CPR FPC un conseil scientifique régional. Chaque conseil scientifique comprend neuf membres, choisis pour leur compétence en matière de formation des médecins généralistes :

- trois médecins généralistes désignés par la conférence permanente de médecine générale ;
- trois représentants de l'université dont un doyen des universités de médecine ou son représentant et deux généralistes enseignants désignés par la conférence des doyens sur proposition des départements de médecine générale ;
- trois médecins généralistes désignés conjointement par les médecins conseils nationaux des caisses signataires pour le Conseil scientifique national et par les médecins conseils régionaux pour chacun des conseils scientifiques régionaux.

6.4.2. Fonctionnement des conseils scientifiques.

Les membres de ces conseils sont nommés pour la durée de la convention.

En cas de vacance d'un poste, il est procédé à son remplacement dans les mêmes conditions.

Les nominations interviennent dans le mois suivant l'entrée en vigueur du présent avenant conventionnel. A défaut de désignation de tout ou partie des membres de ces conseils par la ou les structures prévues dans ce délai ou en cas de carence, les missions dévolues au conseil scientifique régional concerné sont assurées par le Conseil scientifique national. Il y a carence si les conseils scientifiques régionaux n'assurent pas dans les délais impartis les missions qui leur sont dévolues.

En cas de vacance d'un poste, il est procédé à son remplacement dans le délai d'un mois et dans les mêmes conditions.

Les conseils scientifiques fixent leurs règles de fonctionnement dans le cadre d'un règlement intérieur qu'ils élaborent.

6.4.3. Missions des conseils scientifiques.

Le Conseil scientifique national et les conseils scientifiques régionaux procèdent respectivement à la validation scientifique et pédagogique des projets de formation nationaux et régionaux, sur la base des critères définis par le Conseil scientifique national.

Ils participent également au dispositif d'évaluation dans les conditions prévues à l'article 6.14 et dans le cadre des orientations arrêtées par le Conseil scientifique national.

Section 2**Des financements****Article 6.5****Du financement des actions**

Chaque année, les parties signataires arrêtent par avenant conventionnel, et au plus tard avant le 15 septembre, le montant de la contribution annuelle affectée à la formation professionnelle conventionnelle pour l'année suivante.

Conformément à l'article L. 162-5-12 du code de la sécurité sociale, cette contribution est versée à l'OGC suivant les modalités précisées par la convention de financement entre l'OGC et la CNAMTS pour le compte des caisses d'assurance maladie signataires.

Article 6.6**Dispositions transitoires**

A titre dérogatoire, ce montant est fixé à 90 millions de francs pour la période allant de la date d'entrée en vigueur du présent avenant conventionnel au 31 décembre 2001.

Article 6.7**De la répartition du financement**

Les parties signataires réunies en CPN FPC affectent chaque année le montant de la contribution aux actions de formation professionnelle conventionnelle concernant les médecins généralistes, en déterminant la répartition de la contribution entre niveau national et niveau régional, compte tenu notamment de la

démographie médicale. Les parties signataires réaffirment leur volonté de développer les actions de FPC au niveau des régions, en y consacrant au moins la moitié des financements.

Section 3

De l'indemnisation de la formation professionnelle conventionnelle

Les caisses nationales s'engagent à favoriser la participation des médecins généralistes conventionnés aux actions de formation professionnelle conventionnelle, en permettant le versement à leur profit d'une indemnité de formation.

Article 6.8

Du champ d'application

Les médecins peuvent prétendre au versement d'une indemnité quotidienne pour perte de ressources, sous réserve de remplir les conditions suivantes :

- exercer sous le régime de la présente convention nationale ;
- suivre une action de formation agréée dans les conditions susvisées et d'une durée au moins égale à deux journées ouvrables consécutives. A titre dérogatoire, pourront être organisés des cursus de formation de plus de deux jours non consécutifs consacrés à des thèmes définis dans le cahier des charges et concernant les formations sur l'informatique médicale et les gestes techniques. L'agrément pourra être accordé sous réserve que l'action respecte les critères budgétaires définis dans le cahier des charges.

Article 6.9

Du montant de l'indemnisation

Le montant de l'indemnité quotidienne pour perte de ressources est fixé à quinze fois la valeur de la consultation du médecin généraliste (C).

Le montant total de l'indemnisation versée à un médecin ne peut excéder quatre journées par an, ce chiffre étant porté à six pour les médecins référents.

Article 6.10

Des modalités de versement de l'indemnité

Les indemnités pour perte de ressources sont versées par l'OGC à chaque médecin au vu d'un justificatif, émis en double exemplaire par l'organisme de formation continue, et comportant les informations suivantes :

- l'identification du praticien ;
- le thème, les lieux et dates de l'action et l'attestation de son agrément dans les conditions visées ci-dessus ;
- la durée de l'action ;
- l'attestation de la participation effective du médecin à l'action de formation ;
- l'évaluation de l'action par le médecin.

Un exemplaire du justificatif est adressé par le médecin à l'OGC, et l'autre au CPN FPC ou au CPR FPC suivant qu'il s'agit d'une action à caractère régional ou national, en vue de l'évaluation.

Article 6.11

Du financement de l'indemnisation par les caisses nationales

Chaque année, les caisses nationales d'assurance maladie fixent le montant global maximal qu'elles entendent affecter à l'indemnisation des médecins.

La dotation allouée par les caisses nationales au titre de l'indemnisation des médecins conventionnés concernés est versée à l'OGC, selon les modalités prévues par une convention de financement conclue entre cet organisme et la CNAMTS pour le compte des caisses d'assurance maladie signataires.

Article 6.12

Dispositions transitoires

A titre dérogatoire, le montant de la dotation est fixé à 70 millions de francs pour la période allant de la date d'entrée en vigueur du présent avenant conventionnel au 31 décembre 2001.

Section 4

De l'évaluation de la formation professionnelle conventionnelle

Article 6.13

Bilan du programme annuel de formation

Dans le cadre de son rapport annuel d'activité, l'organisme gestionnaire conventionnel réalise un bilan du programme annuel de formation permettant aux parties signataires d'apprécier notamment le coût et les conditions de réalisation matérielle des actions organisées et de disposer d'éléments relatifs à la nature des formations dispensées et aux médecins formés.

L'OGC transmet le bilan du programme annuel de formation au CPN FPC.

Article 6.14

Evaluation pédagogique et scientifique des actions

Les conseils scientifiques sont chargés, chacun pour ce qui le concerne, de l'évaluation pédagogique et scientifique des actions dispensées dans le cadre du programme annuel de formation. Les conseils scientifiques apprécient notamment si les organismes de formation ont satisfait aux obligations d'évaluation telles que définies dans le cahier des charges des actions de formation par les parties signataires réunies en CPN FPC.

Les résultats de ces évaluations font l'objet d'un rapport annuel d'activité réalisé par le Conseil scientifique national et transmis au CPN FPC.

Article 6.15

Au vu des résultats du bilan du programme annuel de formation et des évaluations scientifiques et pédagogiques des actions, le CPN FPC met en œuvre toutes mesures destinées à améliorer la qualité et l'efficacité de la formation professionnelle conventionnelle.

Article 6.16

Evaluation de l'impact de la formation réalisée dans le cadre conventionnel sur la pratique médicale

Les parties signataires engagent des actions d'évaluation de l'impact de la formation sur la pratique médicale qu'elles confient, après en avoir défini les modalités de collaboration, aux sections généralistes des unions régionales de médecins libéraux ou à toute autre instance jugée compétente.

Article 6.17

Indépendamment des obligations d'évaluation fixées par les partenaires conventionnels, le médecin référent participe aux modules d'évaluations de connaissance et de pratique prévus par l'article 12 de la charte de qualité annexée à la convention conclue avec les médecins généralistes et dont les modalités d'application sont fixées par le CPN FPC dans le cadre du cahier des charges.

Section 5

De la composition du conseil de gestion de l'organisme gestionnaire conventionnel

En application de l'article D. 162.1.3 du code de la sécurité sociale, le conseil de gestion de l'organisme gestionnaire conventionnel est composé de :

- ☐ quatre représentants du ou des syndicats médicaux signataires de la convention.

Les sièges sont répartis entre les organisations signataires sur la base des derniers résultats nationaux aux élections aux unions professionnelles de médecins en utilisant le quotient électoral constitué par le nombre de voix exprimées recueillies nationalement dans le collège des médecins généralistes, divisé par le nombre de sièges à pourvoir, la répartition des restes s'effectuant à la plus forte moyenne et chaque syndicat signataire étant assuré de disposer d'au moins un siège.

Un nombre identique de suppléants doit être désigné ;

- ☐ quatre représentants des caisses nationales signataires de la convention répartis comme suit :
 - régime général : deux sièges ;
 - régime agricole : un siège ;
 - régime des professions indépendantes : un siège. Un nombre identique de suppléants est désigné.
- Les membres du conseil de gestion sont nommés pour la durée de la convention.

Section 6

Conditions d'application du présent avenant

Les partenaires conventionnels considéreront comme caduque toute clause du présent avenant qui se révélerait non conforme au décret relatif à l'OGC à la parution de celui-ci. Elles se réuniront aussitôt pour prendre, par avenant conventionnel, les dispositions substitutives qui seraient, le cas échéant, requises.

Fait à Paris, le 19 avril 2000.

Le président de la Fédération française des médecins généralistes, R. Bouton
 Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, J.-M. Spaeth
 La présidente de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole, J. Gros
 Le président de la Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes, M. Ravoux



ANNEXE FORMATION PROFESSIONNELLE CONVENTIONNELLE

2000-2001

Thèmes de formation

Les thèmes prioritaires concernent en particulier les médecins référents dans le cadre des engagements liés à l'option. Ils sont affectés de la mention*.

A. - La fonction soignante du médecin généraliste

1. Le patient hypertendu (HTA essentielle de l'adulte de 20 à 80 ans, en dehors de la grossesse)*.
2. Le patient diabétique non insulino-dépendant (type 2) : dépistage, diagnostic précoce, hygiène de vie, prescription diététique et médicamenteuse, information et éducation du patient, surveillance pluridisciplinaire, prévention des complications*.
3. Prise en charge précoce et globale du risque vasculaire, lié aux divers facteurs de risque, notamment tabac, hyperlipidémie, HTA, diabète, antécédents...*
4. Le patient anxieux et/ou dépressif et/ou insomniaque, en particulier la bonne prescription des psychotropes, en envisageant les possibilités de sevrage.
5. Le patient asthmatique.
6. Le patient douloureux (adulte, enfant, cancers, fin de vie).
7. L'évaluation et la gestion du patient dépendant, quelle que soit la cause de la dépendance (perte d'autonomie des PA dépendantes, maladies graves, maladies en fin de vie...).
8. Réponse organisée à l'urgence : gestes d'urgence et protocoles d'interventions dans les situations urgentes, organisation et permanence des soins.
9. Les gestes techniques courants du médecin généraliste dans le cadre du premier recours et de la permanence des soins* (par exemple gestes de dépistage des cancers, petite chirurgie, traumatologie au cabinet, suivi gynécologique et ORL courant, gestes d'urgence).
10. La prescription du médicament, à partir de deux ou trois grandes familles de médicaments ou pathologies* :
 - les choix thérapeutiques : rapport bénéfices/risques, coût/efficacité, SMR, ASMR... ;
 - les déterminants de la prescription ;
 - les règles de bonne prescription : AMM, ITR, médicaments d'exception, ou prescription restreinte ;
 - impact économique et optimisation de la prescription : guide des génériques ou médicaments essentiellement similaires, logiciels d'aide à la prescription, relations médecin-pharmaciens à propos de la substitution des médicaments.

B. - L'organisation du médecin généraliste et la recherche de qualité

11. Analyse critique de l'information et éléments de la décision médicale :
 - définitions de base : incidence, prévalence, sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive et négative ;
 - stratégie de décision incluant les recommandations et référentiels de bonnes pratiques.

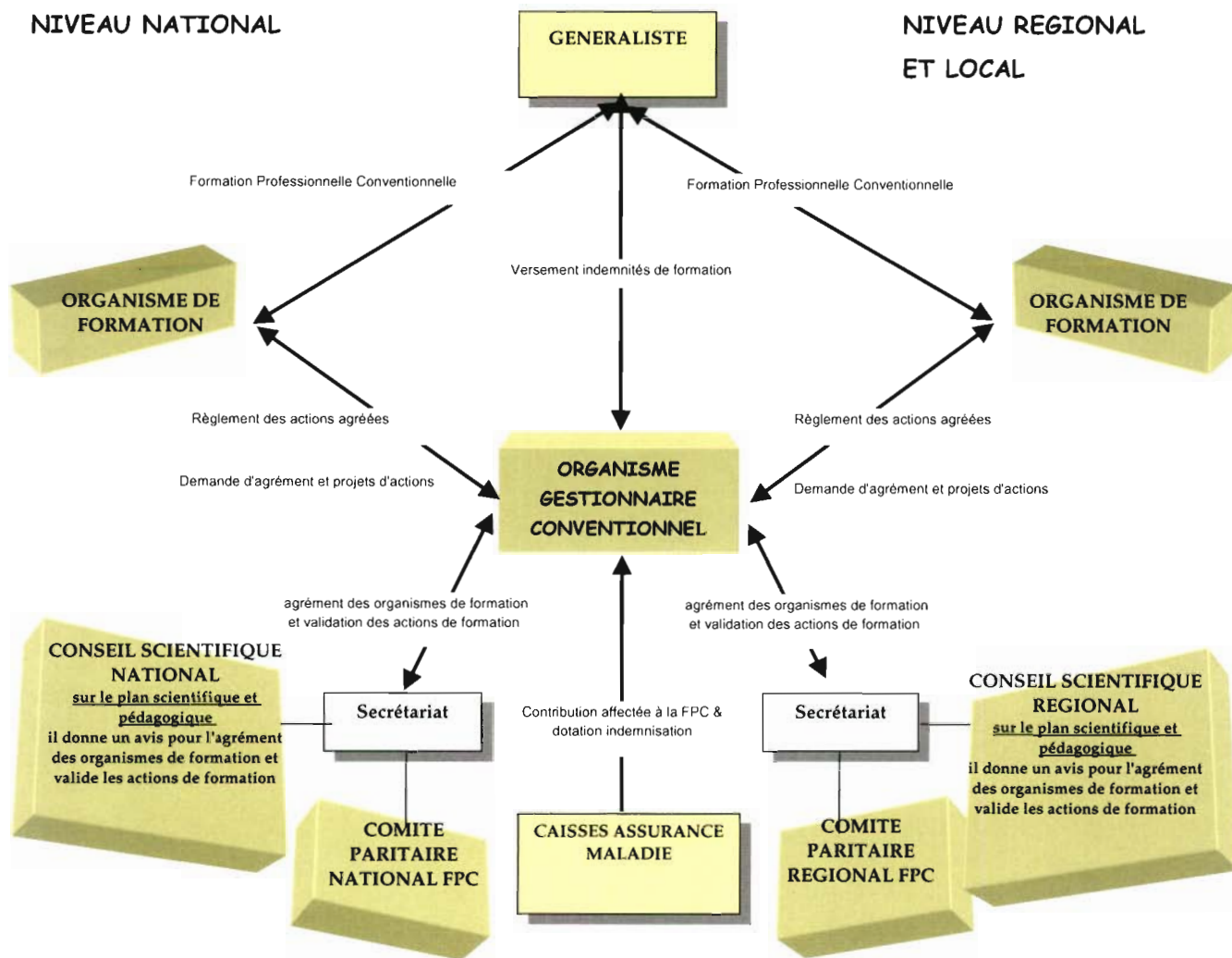
12. Les outils du médecin référent pour la coordination et la continuité des soins* :

- organisation du cabinet et permanence des soins ;
- document médical de synthèse et éléments transmissibles ;
- dépistage individuel organisé (mesure des facteurs de risque, calendrier vaccinal...);
- groupes locaux de médecins référents et démarche qualité ;
- implication dans des réseaux de prise en charge médicale.

13. Utilisation au quotidien des services de la micro-informatique en réseau en particulier pour le médecin référent* :

- messagerie et échanges d'information entre professionnels ;
- informatisation du document médical de synthèse ;
- optimisation et sécurisation de la prescription (logiciels d'aide à la prescription), utilisation rationnelle et critique des banques de données et des aides à la décision.

ANNEXE 22



Organisation de la FPC en 2001

ANNEXE 23 : ATTESTATION DE PARTICIPATION

**Attestation de participation d'un médecin
référént à une action agréée portant sur un
thème prioritaire et à son module d'évaluation**

Attestation de participation d'un <u>médecin référént</u> à une action agréée de FPC portant sur un <u>thème prioritaire</u>, et à son <u>module d'évaluation</u>	
Organisme de formation agréé FPC	
Nom :	
Adresse :	Code Postal :
	Ville :
Téléphone :	E-Mail :
Action agréée de FPC	
Intitulé :	N° du thème :
N° d'agrément de l'action :	
Durée :	Dates de réalisation :
Responsable de l'action :	
Médecin référént participant	
N° identification professionnel :	
Prénom, Nom :	
Adresse professionnelle :	Code Postal :
	Ville :
Téléphone :	E-Mail :
Attestation de participation à l'action et au module d'évaluation	
Je soussigné, en qualité de de l'organisme de formation désigné ci-dessus, atteste que le Dr a bien participé à <u>l'action et au module d'évaluation</u> prévus.	
Il a satisfait à ce module d'évaluation : OUI NON	
Fait à :, le	Signature Cachet de l'organisme
A adresser par le médecin référént à son correspondant administratif pour la CCPL du département dont il dépend	

ANNEXE 24 CHARTRE DE LA SFTG

La Société de Formation Thérapeutique du généraliste a pour objet la formation médicale continue du praticien. Sa démarche principale consiste donc à rechercher à travers une formation médicale continue réelle : - une plus grande compétence dans les soins apportés à la population : - une meilleure adaptation à la pratique quotidienne du médecin généraliste. La S.F.T.G. s'efforce de retrouver et de cultiver, par la formation médicale continue, ce qui fait la spécificité de la médecine générale, à l'aide d'une confrontation d'expériences et d'idées entre les différents médecins qui la composent.

LES GRANDES OPTIONS

- ⇒ Humaniser la santé Accompagner l'individu dans son histoire et son cadre de vie culturel, professionnel et social. L'aider à percevoir et modifier ses trajectoires pathologiques, avec les autres professionnels de santé.
- ⇒ Défendre la compétence du médecin de famille Rendre au praticien la compétence technique et humaine, que la tradition lui reconnaissait et à laquelle s'est substitué le recours excessif à des explorations spécialisées.
- ⇒ Elargir les champs d'action du généraliste Intégrer à l'activité quotidienne du généraliste tout ce qui lui permet son poste d'observateur privilégié : épidémiologie, recherche thérapeutique, prévention et éducation sanitaire, enseignement, choix de l'hospitalisation, concertation avec l'équipe hospitalière, maintien à domicile des personnes âgées, notamment.
- ⇒ Elaborer le contenu et le discours de médecine générale. Ce qui permettra la prise de parole des généralistes sur la spécificité de leur mode d'exercice. Réintégrer la vie sociale
- ⇒ Articuler la médecine aux autres aspects de la vie sociale : éducation, habitat, conditions de travail, loisirs, afin de concourir au bien être.
- ⇒ Enseigner et former Participer à la formation initiale des étudiants, à tous les niveaux de leur enseignement.
- ⇒ Utiliser toutes les méthodes pédagogiques nécessaires à une formation continue adaptée.

ANNEXE 25 : ENQUETE DEPARTEMENTALE DE L'AMVPPU

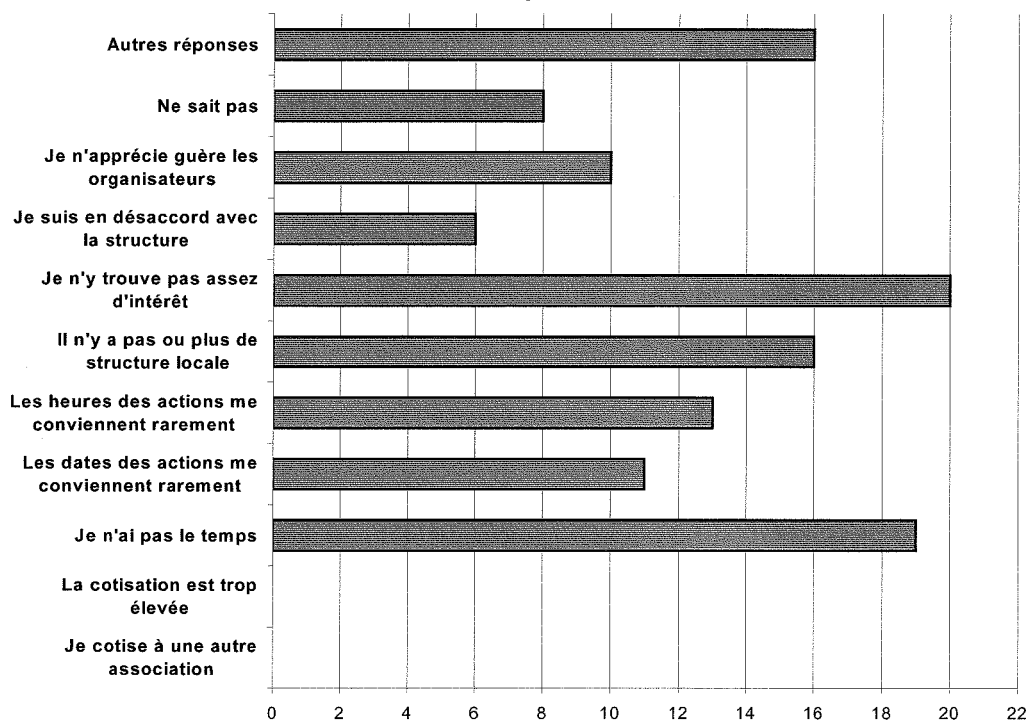
ENQUETE DEPARTEMENTALE DE L'AMVPPU Cette enquête a débuté le 18 janvier et s'est terminée le 20 février 2001. **Ce questionnaire avait pour objectifs de demander l'avis des généralistes en matière de formation médicale continue en générale, de déceler leurs besoins en FMC et surtout de connaître la principale raison de leur non adhésion. Tous ceci afin d'améliorer la qualité de nos services.**

Enquête qui s'est déroulée dans l'anonymat des généralistes interrogés ce qui devait leur permettre de répondre en toute sincérité.

172 médecins généralistes ont été contactés :

- 21 n'habitent plus à l'adresse indiquée ou ne répondent pas au téléphone
- 43 n'ont pas voulu répondre au questionnaire
- 108 ont répondu à l'enquête
- Notre association est connue de tous les médecins généralistes car seulement une personne sur les 108 interrogées ne connaît pas du tout l'AMVPPU

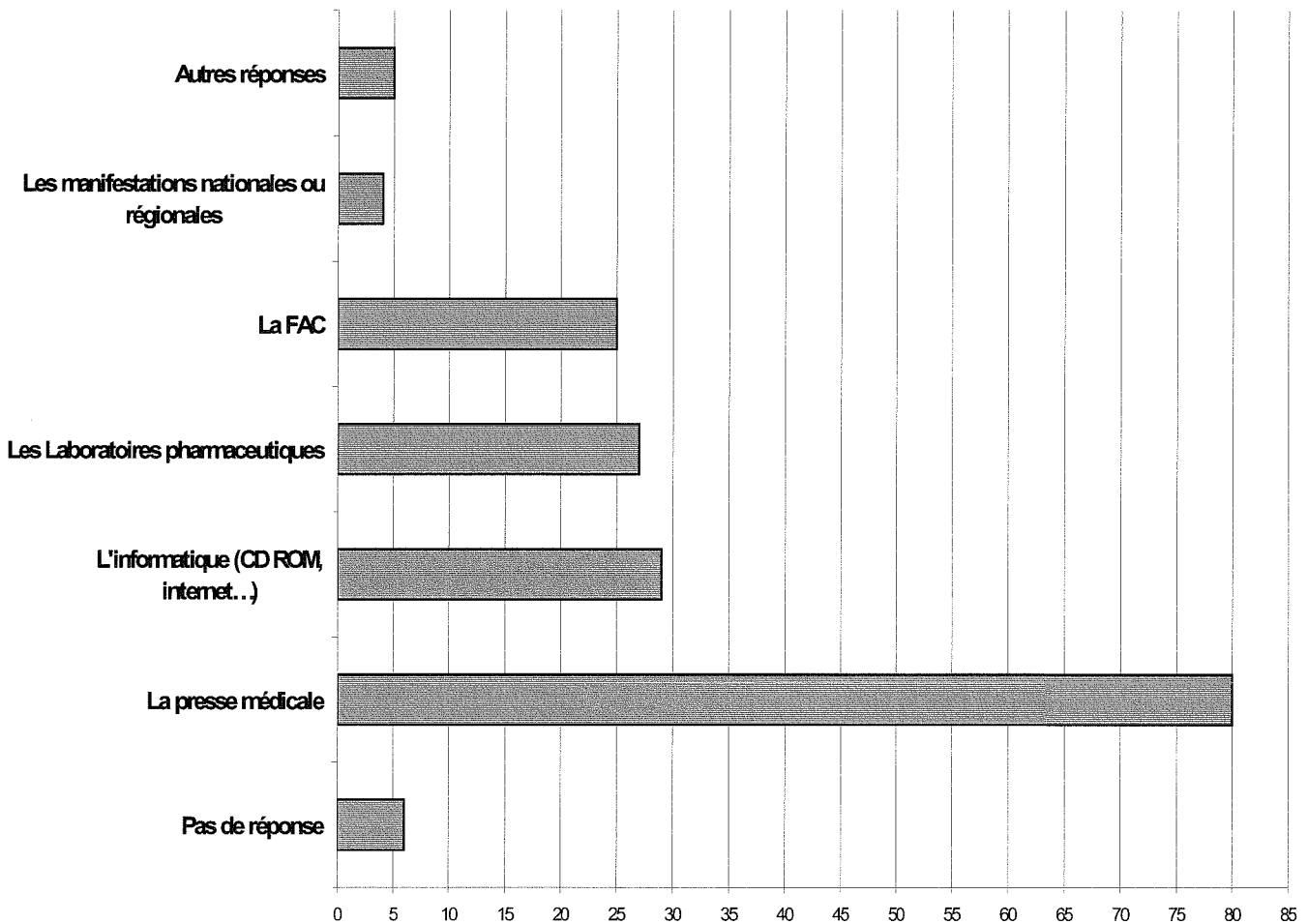
1 - Quelles peuvent être les raisons de votre non adhésion ?



Autres : - Préfère les formations en phlébologie

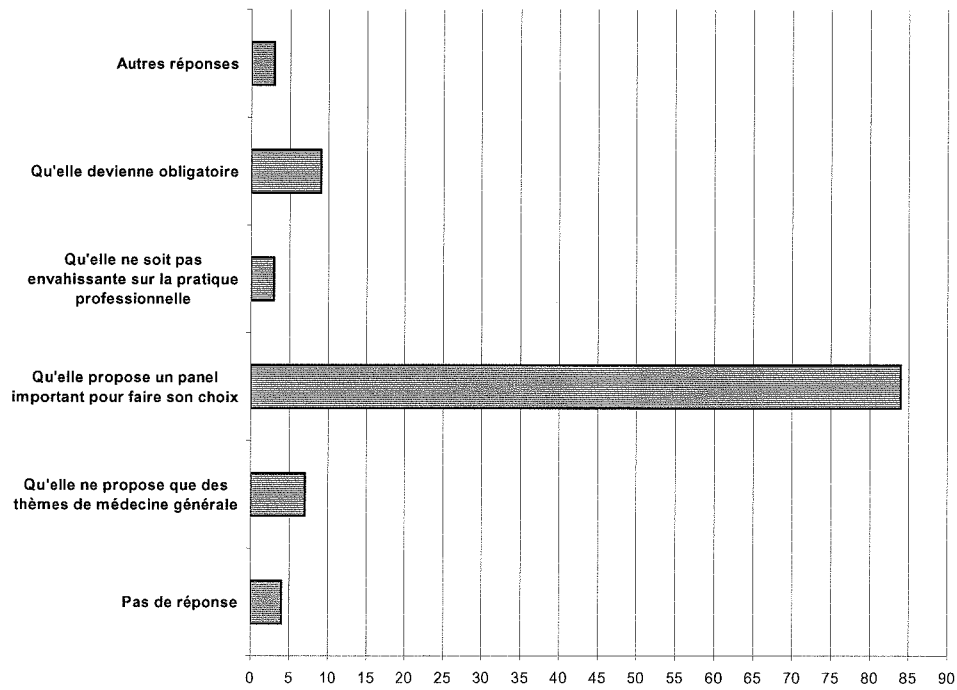
- Privilégie la FMC individuelle (3 réponses)
- Privilégie les DIU ou DU de la FAC (4 réponses)
- Pas installé définitivement
- Parce que l'AMVPPU adhère à LORFORMEC
- Ecœuré par le séminaire « Maintien de la personne âgée à domicile »
- Les thèmes proposés ne changent en rien ma pratique professionnelle (2 réponses)
- N'aime pas me déplacer pour faire de la FMC
- Manque de motivation
- Ne veux plus me remettre en question

2 - Quelles sont les sources de FMC que vous privilégiez ?



Autres:

- Privilégie la FMC individuelle (3 réponses)
- Privilégie les DIU ou DU de la FAC (4 réponses)
- Pas installé définitivement
- Parce que l'AMVPPU adhère à LORFORMEC
- Ecœuré par le séminaire « Maintien de la personne âgée à domicile »
- Les thèmes proposés ne changent en rien ma pratique professionnelle (2 réponses)
- N'aime pas me déplacer pour faire de la FMC
- Manque de motivation

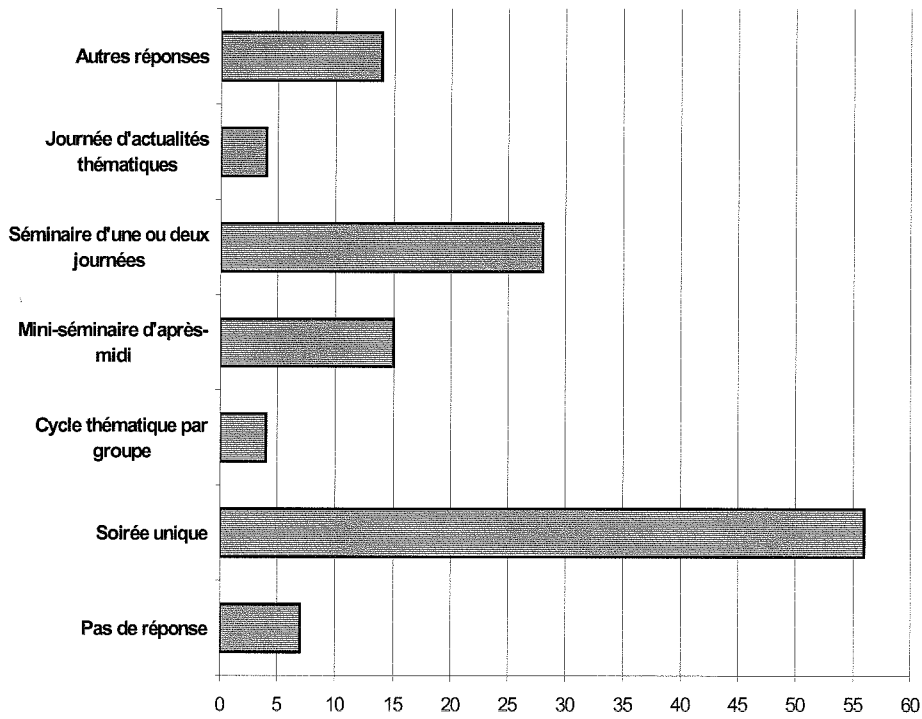
3 - Qu'attendez-vous de la Formation Médicale Continue ?

Autres : - Qu'elle devienne complètement gratuite

- La FMC doit être libre et gratuite

Devoir intégrer les services hospitaliers de manière régulière

4 - Sous quelles formes vous préférez cette FMC ?



Autres : - Préfère les ateliers pratiques de la FAC

- Tout dépend du thème (2 réponses)

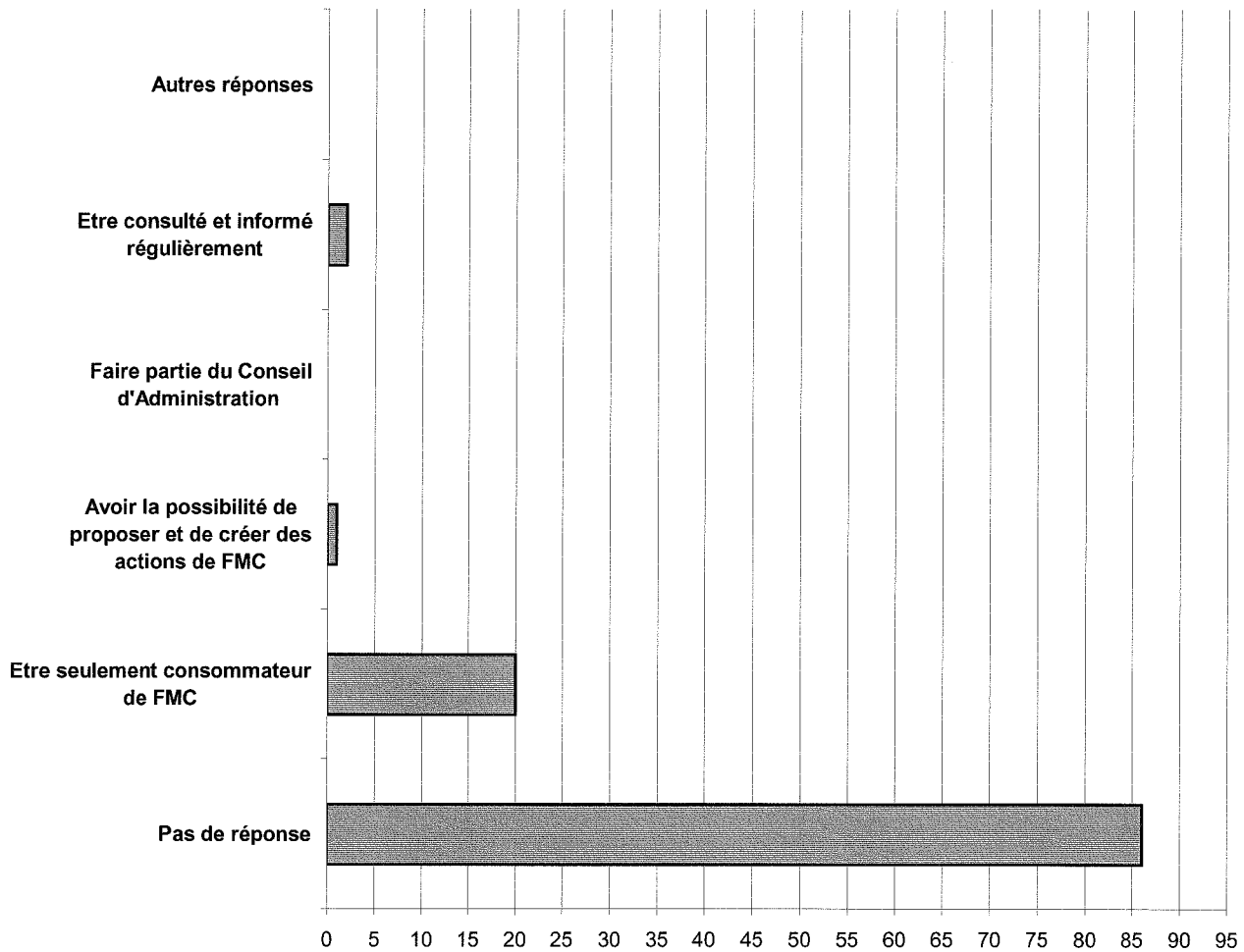
- Semaine entière de formation telle la Semaine Médicale de Lorraine (3 réponses)

- Préfère la FMC individuelle (5 réponses)

- Pourquoi pas le dimanche matin

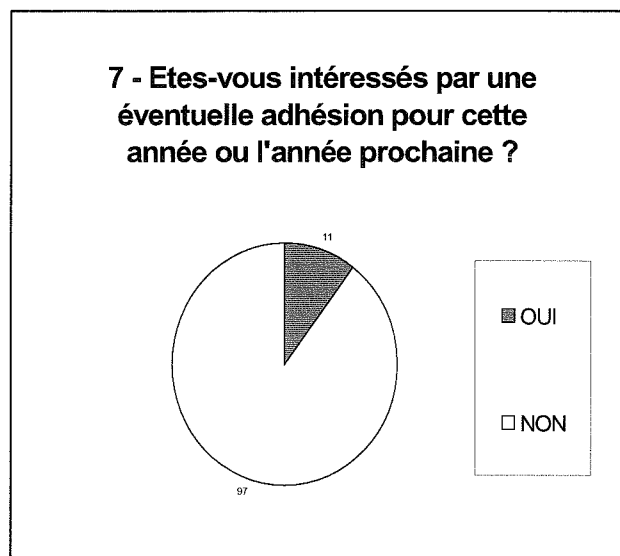
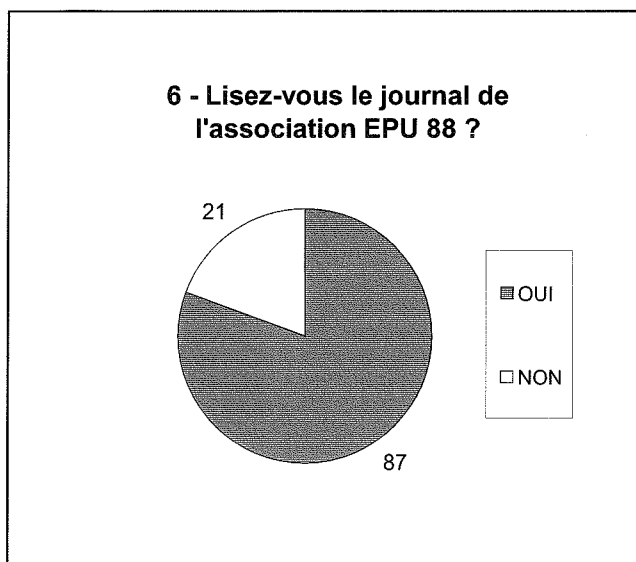
- Travaille par Internet (2 réponses)

5 - Qu'attendez-vous du mode associatif ?



Autres : - Lorsqu'il y avait une section à Mirecourt je participais activement
- Tout dépend du sujet (3 réponses)
- Se rendre dans un service hospitalier

Cette question n'est pas représentative, car les médecins généralistes ne répondaient que lorsqu'ils étaient intéressés par la FMC. Les autres n'ont pas donné de réponse car ils n'y ont jamais réfléchi.



Nous pouvons tout de même remarquer que le journal de l'Association est lu! mais aussi très apprécié car plusieurs médecins ont félicité le comité de rédaction pour son travail et surtout pour l'information que contient EPU 88.

8 - Observations des Médecins Généralistes interrogés

- Je ne veux pas cotiser pour le moment
- Je ne cotiserai plus pour cette année puisqu'il n'y a plus rien d'organisé sur Mirecourt
- Je suis partant si on organise quelque chose à Bulgnéville
- J'apprécie votre FCM mais le temps me manque
- Il n'y a plus rien sur Neufchâteau (2 réponses)
- Je ne cotiserai pas tant que les soirées de formation seront les jeudis (2 réponses)
- L'AMVPPU ne propose plus de formation sur plusieurs jours
- Je n'ai pas besoin d'adhérer à une association pour aller au restaurant
- L'AMVPPU propose souvent les mêmes thèmes
- EPU 88 est un très bon journal mais je pense qu'il serait judicieux d'imprimer ce journal sur un papier ordinaire et non pas sur un papier glacé et coûteux.

ANNEXE 26 : LISTE DES SITES CONSULTÉS

<p>www.aamc.org/</p>  <p>ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES</p>	<p>www.acfm.fr/</p>  <p>Association confédérale pour la Formation des Médecins</p>	<p>http://agmed.sante.gouv.fr/</p>  <p>Agence française de sécurité Sanitaire des Produits de santé</p>
<p>AMMPPU 57 http://perso.wanadoo.fr/jmbolzinger/</p> 	<p>http://www.anaes.fr/</p>  <p>Agence nationale d'Accréditation en Santé</p>	<p>http://www.assemblee-nationale.fr/</p>  <p>Site de l'Assemblée nationale</p>
<p>www.pasteur.fr/infosci/biblio/internet/site/bium.html</p>  <p>Bibliothèque Inter universitaire Médical</p>	<p>http://www.bmlweb.org/consensus.html</p>  <p>Bibliothèque Médicale AF Lemanissier</p>	<p>http://www.chu-nancy.fr/</p>  <p>http://www.ac-nancy-metz.fr/ia54/ecolhop/</p>  <p>Site : Hôpital d'enfants</p>
<p>http://www.doyens-facmed.asso.fr</p>  <p>La conférence des Doyens</p>	<p>http://www.csmf.org</p>  <p>La Confédération des Syndicats Médicaux Français</p>	<p>http://www.deciderpourtraiter.org/</p>  <p>Le site dédié à l'EBM</p>

<p>http://www.33.docpro.com</p>   <p>La Presse Médicale... Française</p>	<p>http://www.ebm-journal.presse.fr/</p>  <p>Le journal consacré à l'Evidence Based Medicine</p>	<p>http://www.csmf.org/formation/formunof.htm</p>  <p>Association de formation et d'évaluation des médecins de famille</p>
<p>http://www.ama-assn.org/med_link/peer.htm</p>  <p>Le JAMA sur le NET...</p>	<p>http://www.thelancet.com/</p>  <p>Une référence...ne se présente plus !</p>	<p>http://www4.lexbase.fr/</p>  <p>Un site juridique complet...(payant)</p>
<p>http://www.sante.gouv.fr</p>  <p>Le Ministère de la Santé</p>	<p>http://www.medsyn.fr/mgform/</p>  <p>Le syndicat MG FRANCE</p>	<p>http://scd.uhp-nancy.fr/</p>  <p>La base de donnée de Nancy</p>
<p>http://www.nlm.nih.gov/</p> 	<p>http://www.nejm.org/</p>  <p>Un Must...payant...!</p>	<p>www.quotimed.com/</p>  <p>Le Quotidien du médecin</p>
<p>http://www.gie-sml.fr/</p>  <p>www.gie-sml.fr/afmlhome.htm</p>	<p>http://www.tlmfmc.com/</p>  <p>La revue de la FMC...</p>	<p>http://www.unaformec.org/</p> 
<p>http://medisurf.esemetz.fr/urml/urml.htm</p> 		

VU

NANCY, le **16 NOVEMBRE 2001**

Le Président de Thèse

Professeur **J. DE KORWIN**

NANCY, le **20 NOVEMBRE 2001**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur **J. ROLAND**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **26 NOVEMBRE 2001**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **C. BURLET**