

RÉCOMMANDATIONS ET CONSENSUS
PROPOSITIONS POUR UNE
MEILLEURE MISE EN PRATIQUE

Dr J.P. Vallée
UNAFORMEC

De l'élaboration des recommandations
à leur appropriation par les professionnels :
une relation de continuité indispensable à l'efficacité.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
1 . ÉVALUATION MEDICALE ET FMC	6
1.1 LA MISE EN ŒUVRE INSTITUTIONNELLE DE L'ÉVALUATION MÉDICALE EN FRANCE.....	6
1.1.1. L'ANDEM.....	6
1.1.2. L'ANAES.....	7
1.2. EVALUATION ET FORMATION MEDICALE CONTINUE	8
1.2.1. La décennie 60 : « années EPU », dans la logique de la réforme Debré.....	8
1.2.2. les années 70 : naissance et développement du mouvement associatif.....	8
1.2.3. les années 80 : l'introduction de la démarche d'évaluation et la structuration de la FMC.....	8
1.2.4. les années 90 : la FMC institutionnalisée au cœur du système de santé, des conventions aux ordonnances Juppé.	9
1.2.5. Evaluation médicale et FMC : les perspectives d'amélioration des soins par la FMC.....	9
1.3. DES BESOINS DE FORMATION A LA MÉDECINE BASEE SUR LES PREUVES : DEUX APPROCHES EN FMC.	10
1.3.1. L'écriture de référentiels d'aide à la décision médicale : le projet « P.E.R.A.M. » (« processus d'élaboration de repères d'aides à la décision médicale »).....	10
1.3.2. Des « P.E.R.A.M. » aux bilans professionnels personnalisés (BPP).....	11
2. RECOMMANDATIONS ET CONFÉRENCES DE CONSENSUS : ÉLABORATION, DIFFUSION, IMPACT.....	14
2.1. L'IMPACT DES RECOMMANDATIONS SUR LA PRATIQUE.....	14
2.2. OBSTACLES ET DIFFICULTÉS	19
2.2.1. Les obstacles à la démarche évaluative.....	19
2.2.2. La crainte d'une médecine « uniformisée ».....	20
2.2.3. « l'hypothèque » des RMO ?.....	20
2.3. LES PRINCIPES DE BASE D'UNE AMÉLIORATION DE L'IMPACT DES RECOMMANDATIONS ET CONSENSUS... 21	
2.3.1. Quel type de FMC induit des changements de comportement chez les médecins ?	21
2.3.2. De la nécessaire appropriation des recommandations par les professionnels auxquels elles sont destinées.....	23
2.3.3. Principes d'élaboration et de diffusion des recommandations	23
2.3.4. Stratégies d'élaboration et de diffusion des recommandations.....	24

3. PROPOSITIONS POUR UNE ORGANISATION PLUS ADAPTÉE À LA MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS	27
3.1. ORIENTATIONS	27
3.1.1. <i>Améliorer la diffusion des recommandations et consensus, mais surtout leur appropriation par les professionnels</i>	27
3.1.2. <i>Favoriser dans la mise en œuvre de l'évaluation la coordination des soins</i>	27
3.1.3. <i>Faire participer le maximum de praticiens au delà des clivages professionnels</i>	27
3.2. PROPOSITIONS.....	28
3.2.1. <i>Créer une structure de concertation à haut niveau entre les partenaires éventuels de la diffusion des recommandations et consensus</i>	28
3.2.2. <i>Mettre en place une structure de maîtrise d'ouvrage globale sous l'autorité de l'ANAES</i>	29
3.2.3. <i>Faire appel au développement et à l'expérimentation de systèmes de formation appuyés sur les recommandations</i>	29
3.2.4. <i>Définir et engager un plan de communication global et ciblé vers chaque catégorie de partenaires et chaque professionnel, les moyens nécessaires pour soutenir ces projets, et mettre en place un registre des études de diffusion des recommandations</i>	30
CONCLUSION	32
RÉFÉRENCES	33

INTRODUCTION

La démarche évaluative en médecine ne prend réellement place dans la pratique que depuis quelques années. Longtemps préoccupation d'une petite minorité, elle émerge peu à peu et difficilement dans la conscience collective et la pratique professionnelle quotidienne.

Notre formation, initiale et continue, notre exercice, sont de plus en plus confrontés à une information médicale sans cesse renouvelée dont le volume croissant exige un tri. Ce n'est plus l'accès à l'information qui pose problème, mais sa surabondance. Elle impose une sélection selon 2 critères : sa valeur scientifique, la qualité de son niveau de preuves, d'une part, son utilité pour la décision médicale, son applicabilité à un patient en particulier, d'autre part. Cette double approche, qui implique la connaissance et la maîtrise des principes de l'évaluation, nécessite un apprentissage spécifique encore à venir au cours de la formation initiale, et tout juste émergeant dans la formation continue. Bien au delà de l'acquisition de nouvelles connaissances, il s'agit de profonds changements de compétences et de réflexes acquis, objectifs précisément d'un développement professionnel permanent.

Dans ce contexte, les recommandations pour la pratique clinique (RPC) et les conférences de consensus proposent des outils décisionnels pragmatiques. Ces synthèses de l'information médicale répondent aux critères cités. L'écriture pluridisciplinaire, l'exhaustivité du recueil de l'information, la hiérarchisation des niveaux de preuves des études, selon la méthodologie développée par l'ANDEM, puis l'ANAES, ont permis le développement d'un aspect certes limité de l'évaluation médicale, mais immédiatement applicable dans la pratique professionnelle. L'analyse présentée dans ce rapport a été volontairement limitée, au moins pour partie, à ce seul domaine de l'évaluation médicale pour des raisons de lisibilité.

Le **premier chapitre** de ce rapport est de l'ordre du constat : quel est l'impact réel de ces recommandations sur la pratique ? Il s'agit bien entendu des liens entre l'écriture des recommandations et les modalités de leur diffusion. Comme le prouvent différentes études, pour l'essentiel anglo-saxonnes, la formation médicale continue est probablement le moyen le plus efficace

de l'appropriation de ces recommandations par les professionnels.

Entre l'ANAES et les organismes de formation médicale continue, il existe une indispensable et inévitable convergence. L'UNAFORMEC a été en France, jusqu'à l'instauration de la FMC conventionnelle, le seul organisme professionnel chargé de la formation continue scientifique des médecins. Ses travaux de formation et de recherche dans le domaine de l'évaluation ont apporté à la profession toute entière quelques clés essentielles. A cette réflexion théorique s'est ajoutée l'implication pragmatique et quotidienne de tout son réseau dans le développement des démarches d'évaluation médicale en France qui n'a jamais cessé depuis sa naissance en 1978.

Le **second chapitre** tente une analyse de cette situation. L'impact des recommandations sur la pratique dépend pour beaucoup des modalités de diffusion et de l'appropriation des recommandations par les professionnels concernés, et ce n'est pas spécifique à la France. L'élaboration ou au moins la validation des recommandations et consensus procèdent de la mission même de l'ANAES. Mais la diffusion et l'appropriation doivent utiliser les

réseaux professionnels existant. L'UNAFORMEC, le plus ancien et le plus représentatif de ces réseaux, a en commun avec l'ANDEM, puis l'ANAES des faits, des dates, des objectifs, qu'il est bon de rappeler. Les divergences et conflits d'intérêt de cette décennie ne doivent pas masquer l'essentiel : l'élaboration des recommandations n'a de sens que si leur diffusion atteint la majorité de ceux à qui elles sont destinées. Cela nécessite leur participation diversifiée à tous les niveaux, y compris institutionnel.

Le **troisième chapitre** propose quelques pistes de réflexion pour améliorer la mise en pratique des recommandations élaborées par l'ANAES. La logique d'un réseau de professionnels que le pouvoir politique a voulu unique en son temps, celui de l'UNAFORMEC de 1978, n'existe plus, et on peut le déplorer. Mais les objectifs de santé publique définis dès la charte de création de l'UNAFORMEC demeurent. La démarche évaluative, dont la mise en œuvre des recommandations représente l'aboutissement immédiat dans l'exercice médical, doit nous permettre de mieux répondre aux exigences de notre exercice médical. Il devient urgent de sortir de l'impasse créée par les conflits actuels.

1 . ÉVALUATION MÉDICALE ET FMC

1.1 LA MISE EN ŒUVRE INSTITUTIONNELLE DE L'ÉVALUATION MÉDICALE EN FRANCE

Le processus d'évaluation s'est d'abord développé aux Etats-Unis et au Canada, puis dans divers pays européens. Aux Etats-Unis, le facteur économique a été le moteur le plus déterminant, sinon exclusif, de la mise en place des dispositifs d'évaluation. La France ne fait pas exception : comme tous les pays industrialisés, elle est confrontée, avec de plus en plus d'acuité, aux mêmes difficultés de maîtrise des dépenses de santé et aux mêmes besoins d'évaluation des procédures décisionnelles médicales et de leurs conséquences thérapeutiques.

La première structure consacrée à l'évaluation médicale en France a été créée sur proposition du rapport Papiernik (1) en 1985, à la demande de E. Hervé, secrétaire d'Etat chargé de la santé. Le Décret N° 87-367 du 3 juin 1987 créait un « comité national pour l'évaluation médicale », mis en place par M. Barzach, nouveau ministre de la Santé. Il avait pour mission de recenser, susciter, diffuser, et proposer une méthodologie de l'évaluation médicale. Il n'est pas inutile de rappeler que ce comité comprenait 10 membres, 3 de droit (le président de l'Ordre national des médecins, le président de la conférence des doyens, le président de la CNAMTS) et 7 personnalités nommées par le ministre chargé de la Santé, sur proposition des membres de droit, représentant les syndicats médicaux libéraux, l'UNAFORMEC, et l'hospitalisation publique et privée. Le directeur

général de la Santé et le directeur des Hôpitaux y participaient avec voix consultative.

La parution du rapport Armogathe, alors président de l'UNAFORMEC, en 1989 (2) a précédé la création en 1990 de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM). Le groupe de travail présidé par J.F. Armogathe proposait l'élaboration de stratégies diagnostiques et thérapeutiques adaptées à la médecine ambulatoire selon les procédures de consensus en usage notamment dans les pays anglo-saxons et d'Europe du Nord. Il soulignait l'importance de l'indépendance des producteurs de cette information et des vecteurs de sa diffusion. Pour que les pratiques de l'évaluation médicale soient efficaces dans notre système de santé, à la clarté et la crédibilité de l'information délivrée devaient répondre des méthodes de formation adaptées faisant appel à la motivation et la responsabilisation des professionnels.

1.1.1. L'ANDEM

Selon le rapport Armogathe « les objectifs généraux à fixer dans le domaine de l'évaluation doivent obéir à une triple cohérence :

- définir et diffuser les stratégies diagnostiques et thérapeutiques qu'impose l'évolution de la médecine dans les pays développés ;
- procéder à une évaluation permanente de leurs applications en médecine ambulatoire et en médecine hospitalière (et leur relation avec les technologies utilisées) ;

- informer les usagers et les citoyens pour clarifier leurs choix de santé et apporter une aide à la décision aux pouvoirs publics et aux institutions chargées de gérer le système » (2).

L'ANDEM a été créée dans cet esprit en 1990. Elle a développé des méthodologies permettant d'établir l'état des connaissances sur les techniques et stratégies médicales en s'appuyant sur une analyse rigoureuse de la littérature internationale, et sur le recueil de l'avis des experts et des professionnels. Selon Y. Matillon, directeur de l'Agence, « l'élaboration de recommandations repose sur des objectifs clairs et précis, exige une excellente maîtrise des méthodes de synthèse de l'information, et un processus explicite de consultation des groupes. Ce sont ces principes que l'Agence a appliqués dans le cadre de la mission qui lui a été confiée. » (3).

En 1990, 17 « références médicales » avaient été adoptées par les syndicats médicaux et les caisses de Sécurité Sociale lors de la signature conventionnelle, sans la méthodologie systématique recommandée par l'ANDEM. Lors de la convention de 1993, 65 références ont été retenues par les signataires, après avoir été soumises pour avis à l'ANDEM au titre de consultant. Après analyse et avis de son conseil scientifique, l'ANDEM avait donné un avis favorable pour 35 références, défavorable pour 17, et demandé des modifications pour 39 (4). Dans son commentaire daté du 16 décembre 1993, le service des études proposait des orientations pour l'élaboration des futures références élaborées dans le cadre conventionnel.

L'ANDEM a été saisie officiellement le 2 juin 1994 pour élaborer les Recommandations et Références Médicales sur 30 thèmes cliniques identifiés par les partenaires conventionnels. Pour la réalisation de ce programme, l'Agence a mis en œuvre une méthodologie spécifique (5,6) qui a été adoptée par tous les groupes de travail chargés d'élaborer les recommandations. C'est à partir de cette base scientifique et professionnelle que les partenaires conventionnels ont défini les recommandations médicales opposables (RMO). Les textes élaborés en 1994 ont été publiés sous forme de 2 fascicules en 1995 (7), ceux de 1995 publiés en 1996 par le Concours Médical (8), ceux de 1996 à nouveau sous forme d'un fascicule publié par l'ANDEM (9), ceux de 1997 ont été publiés par l'ANAES (10) qui prenait la suite de l'ANDEM. Tous ces dossiers ont fait l'objet d'une large diffusion dans la presse professionnelle, qui avait la totale liberté de les publier dans leur version longue ou courte de l'Agence.

Dès 1990, l'ANDEM a par ailleurs décrit la méthode Conférence de Consensus dans un guide à l'usage des professionnels, constamment réactualisé jusqu'à la dernière version de 1997 : « Cette méthode consiste en la rédaction des recommandations par un jury au terme d'une présentation publique de rapports d'experts faisant la synthèse des connaissances... Le jury, multidisciplinaire et multiprofessionnel, établit les recommandations à huis clos, de la manière la plus indépendante et la plus objective possible, en distinguant ce qui relève de la preuve scientifique, de la présomption, et de la pratique usuelle... » (11). Le développement de ces 2 méthodes, conférences de consensus et recommandations pour la pratique clinique, a permis en quelques années d'appliquer en France les bases théoriques et scientifiques de l'évaluation médicale. Depuis 1990, l'ANDEM a publié 13 guides méthodologiques, 96 thèmes de références et recommandations professionnelles, élaboré 20 recommandations pour la pratique clinique et 35 études d'évaluation technologique, organisé ou labellisé 40 conférences de consensus. Plus d'un million de documents ont été diffusés.

1.1.2. L'ANAES

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé a été créée par l'ordonnance N° 96-346 du 24 avril 1996 dans le cadre de la réforme du système de soins français. L'ANAES est un établissement public administratif de l'Etat. Elle poursuit et renforce les missions d'évaluation médicale confiées auparavant à l'ANDEM et s'enrichit de nouvelles activités telle la mise en place de la procédure d'accréditation dans les établissements de santé. L'ANAES a pour missions d'organiser ou de labelliser des recommandations pour la pratique clinique ou des conférences de consensus, d'évaluer les pratiques professionnelles, de former à l'audit clinique. Il lui revient en outre la conduite des démarches d'accréditation des établissements de santé, la production d'écrits scientifiques et techniques indépendants sur la liste des actes, prestations et fournitures qui sont remboursées par l'assurance maladie, et l'évaluation des programmes de santé publique.

Le Directeur général de l'ANAES est nommé par arrêté du Ministre chargé de la santé pour 5 ans. Le conseil d'administration est nommé par le ministre chargé de la Santé pour 4 ans. Il adopte le budget de l'ANAES, approuve les comptes et le règlement intérieur, fixe le programme annuel ou pluriannuel

des travaux d'évaluation et d'accréditation et en suit l'exécution.

Il est composé de personnels médicaux, paramédicaux, techniques, et administratifs des établissements de santé, de représentants des unions des médecins libéraux, de l'Etat, des organismes d'assurance maladie et des organismes mutualistes, et de personnalités qualifiées. La moitié au moins des membres de ce conseil sont des médecins. Le conseil scientifique est une instance d'expertise, de conseil et de proposition qui assiste le président du conseil d'administration et le directeur général pour veiller à la cohérence de la politique scientifique de l'agence. Il est composé de 2 sections, accréditation et évaluation. Ses membres sont choisis « pour leur compétence notamment dans le domaine de la qualité des soins et des pratiques professionnelles, de l'évaluation, et de la recherche médicale ».

1.2. EVALUATION ET FORMATION MEDICALE CONTINUE

On ne peut comprendre ce qui lie indissolublement formation médicale continue (FMC) et évaluation médicale qu'en traçant à grands traits l'histoire de la FMC en France. Diverses étapes ont marqué cette histoire, souvent simultanées, intriquées, concernant le concept même de FMC, ses objectifs, sa structuration, son organisation matérielle, ses méthodes, ses principes... Elles ont reflété les relations parfois chaotiques entre les différentes composantes de la profession : associations, Université, Ordre, syndicats médicaux.

1.2.1. la décennie 60 : « les années EPU », dans la logique de la réforme Debré

L'EPU traditionnel est avant tout lié à l'expertise hospitalo-centrée. L'exemple-type est celui des entretiens de Bichat, créés en 1947. L'EPU a pour but une mise à jour des connaissances.

1.2.2. les années 70 : naissance et développement du mouvement associatif

Le mouvement associatif, dont G. Scharf est le promoteur, va d'abord être généraliste, plutôt en réaction contre le « modèle » d'EPU existant, sur la base de quelques principes élémentaires (12) : petites structures de proximité, réunissant des voisins ou des amis, formation « vraiment » continue tout au long de l'année, personnalisée et diversifiée

selon les besoins des participants. Ce mouvement commence à mettre en œuvre les principes de la pédagogie d'adulte (formulation des objectifs, adaptation des méthodes, évaluation des résultats).

Deux fédérations se créent en 1973 : l'ASFORMED, d'ascendance syndicale, et le GOFIMEC, d'ascendance associative. Elles fusionnent en 1978, sous la pression « amicale » du Ministère de la Santé (S. Veil) qui accepte « d'investir » dans la FMC à condition de n'avoir qu'un seul interlocuteur. Les syndicats confient à la nouvelle UNAFORMEC la mission de formation continue scientifique. Comme le souligne P. Gallois dans son ouvrage collectif sur la formation médicale continue (13), l'objectif « entretien et actualisation des connaissances » a sans doute été le moteur des premières initiatives universitaires. L'objectif « santé publique », « qualité des soins » était plutôt celui des professionnels libéraux dans leurs associations, le syndicalisme médical y ajoutant un objectif « promotionnel ».

1.2.3. les années 80 : l'introduction de la démarche d'évaluation et la structuration de la FMC

L'évaluation médicale est l'un des premiers objectifs de l'UNAFORMEC dès sa création en 1978, notamment sous l'impulsion de P. Ageorges (14, 15) et de A. Métrop. Il est significatif que J. Barrot, ministre de la Santé en 1981, ait confié à P. Gallois, l'un des co-présidents fondateurs de l'UNAFORMEC, un rapport sur le système de soins.(16). C'est à ce moment qu'ont été définis les objectifs généraux de la FMC (17) :

- entretenir, actualiser, améliorer les connaissances et les comportements ;
- permettre l'adaptation des praticiens à tout objectif particulier du système de santé (prévention, épidémiologie, éducation sanitaire...);
- participer à l'élaboration et à l'évaluation des connaissances et des filières de soins (recherches cliniques, recherches épidémiologiques...)
- former le praticien à l'exercice de ses responsabilités individuelles et collectives (par exemple dans l'enseignement et l'auto-évaluation des connaissances et des comportements).

Il a d'abord fallu dépasser les réticences des professionnels face au concept même d'évaluation de la qualité des soins, leur faire prendre conscience de son intérêt et de son utilité pour la santé publique et pour eux-mêmes ; puis faire connaître les méthodes récentes de synthèse de l'information, notamment les conférences de consensus (18).

C'est dans ce contexte que Claude Evin, ministre de la Santé en 1989, a confié à J.F. Armogathe, président de l'UNAFORMEC, le rapport sur l'évaluation médicale cité précédemment.

Durant cette période, les associations et l'université cherchent à dépasser leurs oppositions et créent les conseils régionaux de FMC (associations Loi 1901). Le comité national de FMC obéit aux mêmes objectifs. Ces nouvelles structures vont fonctionner selon les conditions d'un « quadripartisme », base décisionnelle de la FMC, associant aux deux premiers partenaires l'Ordre des médecins et les syndicats médicaux représentatifs. S'y ajouteront progressivement et diversement selon les régions les représentants des DRASS et ceux des organismes sociaux. Les débuts difficiles et parfois chaotiques d'une FMC où cohabitaient parfois durement des partenaires-adversaires laissent place à un dispositif d'autant moins conflictuel que les enjeux d'intérêts ou de pouvoirs sont inexistantes...

1.2.4. les années 90 :

la FMC institutionnalisée au cœur du système de santé, des conventions aux ordonnances Juppé.

La convention médicale signée en Mars 1990, puis celle de 1993, instituent une FMC des médecins libéraux validée, financée, et indemnisée. Pour la première fois, il est admis que la formation permanente fait partie de l'activité professionnelle, et peut être rémunérée comme telle. Tantôt intégré partiellement dans le dispositif « conventionnel », tantôt plus ou moins exclu, et quels que soient les difficultés et blocages du moment, le mouvement associatif poursuit son activité « traditionnelle », basée sur le volontariat et le bénévolat des adhérents. L'UNAFORMEC a recensé en 1993 et 96 les activités des 30 fédérations régionales qui la constituent (19), composées de plus de 1000 associations réunissant 37000 adhérents, et assurant près de 2 millions d'heures de formation par médecin-année.

L'ordonnance (20) et le décret (21) de 1996 font sans aucun doute entrer la FMC dans une phase nouvelle : de volontaire, elle est devenue obligatoire. Il s'agissait jusqu'alors d'organiser : il va falloir mettre en place des procédures permettant de s'assurer de la participation des médecins, et de la qualité de cette participation. La légalisation des structures quadripartites progressivement mises en place sur le mode volontaire d'associations loi 1901 semble entériner les points forts existant auparavant. « L'Etat, à 2 reprises, a replacé la FMC dans une perspective de santé publique, jouant ainsi un rôle d'accélérateur et de régulateur : en 1978 en apportant un financement à des structures

associatives unifiées, et en 1996 en rendant obligatoire la FMC et en légalisant les structures professionnelles quadripartites... Il faut espérer que le pari de la qualité pourra être tenu et développé dans ce nouveau cadre, prolongeant l'intense mouvement de réflexion et de formation pédagogique de ces vingt dernières années ». (P. Gallois, 13). P. Gallois était sans doute optimiste en écrivant ces lignes...

Le dispositif devait être opérationnel le 1^{er} janvier 1997. Il est, après 3 années « d'obligation », plus bloqué que jamais faute de mise en application, d'annulations successives des conventions, et de manque de décision politique... Ce blocage total a fait revivre à la FMC ses débuts et probablement démobilisé nombre de professionnels... Les ministères en charge de la santé ont confié en octobre 1997 à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) la mission de proposer des améliorations portant sur « la simplification des structures ; une meilleure articulation entre la formation médicale continue des médecins hospitaliers et celle des médecins libéraux ; le renforcement de l'indépendance et de la transparence ; l'extension du dispositif aux autres professions de santé... » (22). Le rapport qui en a résulté en avril 1998 (23) n'apporte pas d'innovations majeures, mais pointe avec précision certains blocages et difficultés : les réactions mitigées de la profession à l'obligation juridique, le financement mal assuré, peu transparent, du dispositif prévu par la loi, les conflits syndicaux qui ont entravé le fonctionnement du fonds d'assurance formation, et par là le dispositif de validation des actions de FMC, la confusion entre FMC conventionnelle et FMC en général, qui a accru les sources de blocages sur fond d'enjeu de pouvoir syndical... Aucune solution n'a été proposée à la suite de ce rapport.

1.2.5. Evaluation médicale et FMC : les perspectives d'amélioration des soins par la FMC

La formation n'est pas le seul facteur de modification des pratiques professionnelles. Les liens complexes entre éducation, formation, et évaluation dans les domaines de la santé et du soin, sont un sujet de recherche toujours d'actualité (24). Mais il existe des relations évidentes entre l'évaluation en médecine et la manière dont la formation continue peut intégrer les concepts, les méthodes, et les résultats de l'évaluation dans l'organisation même de la formation, qu'il s'agisse par exemple de l'identification et de la hiérarchisation des besoins, ou de l'évaluation de la formation. Les nécessaires évolutions de la

formation initiale, conditionnant les pratiques de demain, ne sont pas le sujet de ce rapport et ne seront pas abordés. La formation continue concerne les pratiques d'aujourd'hui et de demain. Elle doit donner au médecin, tout au long de son exercice professionnel, les moyens de mieux répondre aux besoins de ses patients et de la communauté. Plus que de connaissances, il s'agit de décision.

Les données validées issues de l'évaluation doivent en permanence être confrontées à la réalité de la pratique : c'est d'ailleurs le fondement même de toute formation de professionnels en activité (13). Les séminaires de formation à l'évaluation médicale se sont multipliés durant les dix dernières années. « Evaluation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques, formation à l'évaluation des pratiques et à l'audit médical, mais aussi formation à l'analyse critique de l'information et à la problématique de la décision médicale sont les principaux champs de réflexion et de formation dans la FMC par la prise en compte du concept d'évaluation.

L'introduction en France, à partir des travaux canadiens, des principes de la « médecine fondée sur les preuves (evidence based medicine), la création en 1990 de l'ANDEM, la multiplication des recommandations pour la pratique clinique et la participation des praticiens à leur élaboration, le développement de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et l'introduction des références médicales opposables (RMO) ont été autant de puissants stimulants à ce développement. » (P. Gallois, 13).

L'une des premières préoccupations de l'UNAFORMEC a été de mettre à disposition des responsables de FMI et de FMC un centre de documentation spécifique à la médecine générale. Malgré les difficultés actuelles, ce centre de documentation unique en médecine libérale continue à sélectionner et archiver les textes concernant la médecine de premier recours, la pédagogie, et la décision médicale. Il est abonné à environ 80 revues, dont les grands titres internationaux comme le Lancet, le New England Journal of medicine, le JAMA, mais aussi des revues moins connues telles que Primary Health Care, le Journal of Family Practice, etc., revues scientifiques de médecine générale ou de pédagogie qui proposent des articles essentiels pour la formation médicale initiale ou continue. 24000 références sont actuellement disponibles. Tous les documents pédagogiques de l'UNAFORMEC ont été créés à partir de ce fonds documentaire : des « dossiers rouges » qui ont servi de fil conducteur à de nombreuses formations

Unaformec ou non, y compris des séminaires « conventionnels » à partir de 1990, jusqu'aux récents manuels d'auto-formation des bilans professionnels personnalisés...

1.3. DES BESOINS DE FORMATION A LA MÉDECINE BASEE SUR LES PREUVES : DEUX APPROCHES EN FMC.

La qualité de l'information médicale est au cœur des pratiques. La sélection de l'information et son application à un patient donné sont appelées à jouer un rôle essentiel : la médecine fondée sur les preuves, et centrée sur le patient sont 2 approches indissociables que l'UNAFORMEC a tenté de conceptualiser et mettre en œuvre au sein de son réseau associatif dans les 2 programmes de formation présentés ci-dessous.

1.3.1. L'écriture de référentiels d'aide à la décision médicale : le projet « P.E.R.A.M. » (« processus d'élaboration de repères d'aides à la décision médicale »)

L'UNAFORMEC et l'ANDEM ont organisé conjointement un séminaire de réflexion sur les pratiques d'évaluation médicale les 31 mai et 1^{er} juin 1991 à Bagnole. C'était, pour nombre de participants, une première approche et sans doute une découverte. C'est à partir de cette première expérience, et de travaux étrangers tels que ceux de R. Grol (25) que s'est imposée la nécessité de l'élaboration d'une méthodologie d'écriture de « référentiels » d'aide à la décision médicale. Cette démarche s'est approfondie parallèlement aux travaux de l'ANDEM lors de séminaires à Riom, Evreux, puis Paris (26).

Après le développement des méthodes de pédagogie active, l'ouverture d'axes de recherche et d'écriture, il s'agissait de mettre en pratique l'évaluation médicale au sein du monde associatif, de l'identification d'un problème à la mesure de l'impact de l'ensemble de la procédure. Les deux thèmes choisis pour 1994 - DNID et antibiotiques -

répondaient à une première exigence : les nombreuses questions recueillies par les groupes locaux confirmaient qu'il s'agissait d'un réel besoin du prescripteur, en termes de prévalence, de gravité, et de problèmes possibles. Le recueil exhaustif de l'information existante, la recherche de niveaux de preuves, la confrontation aux avis des experts, et l'écriture d'une synthèse au niveau national étaient à ce moment une idée originale de formation professionnelle, mais totalement superposable à la démarche que suivait l'ANDEM dans son écriture de recommandations pour la pratique clinique. Le retour vers les groupes locaux pour une appropriation et une mise en œuvre du référentiel représentait la troisième étape, essentielle, du processus.

R. GroI (25) a montré combien il était difficile de modifier les comportements professionnels par la

simple diffusion de référentiels. Il distinguait, en soulignant la complémentarité, 2 modèles d'approche :

- L'approche centralisée qui a les avantages d'une légitimation large, d'une base scientifique de qualité, d'une contribution à davantage d'uniformité et d'équité dans la qualité des soins rendus conformément aux données du référentiel.

- L'approche locale qui recherche principalement une discussion et une harmonisation au niveau local ou régional, sur la base d'une implication des participants et d'une appropriation des référentiels.

Le tableau suivant, qui lui est emprunté, résume les données du problème, et propose quelques éléments de réflexion. R. GroI soulignait que le problème le plus important est que la diffusion de recommandations de qualité n'atteint qu'une partie du groupe-cible, et que l'impact réel en est limité.

Tableau 1 : avantages et inconvénients des approches centralisées ou locales (adapté de R. GroI)

Type d'approche	Avantages	Inconvénients
Décentralisée	<ul style="list-style-type: none"> - Pédagogique - Implication du groupe, appropriation. - Référentiels adaptés aux conditions locales : acceptation et adoption plus aisées 	<ul style="list-style-type: none"> - Chronophage, travail difficile par manque d'expertise et de savoir-faire spécifiques. - Pas d'analyse systématique de la littérature. - Problèmes de gestion des groupes : le référentiel apparaît comme une « moyenne » différente selon l'endroit.
Centralisée	<ul style="list-style-type: none"> - Bases scientifiques solides. - Procédure exhaustive et structurée. - Large base professionnelle. - Nouvelles données scientifiques - Donne des orientations pour la FMC : approche efficace. 	<ul style="list-style-type: none"> - Chronophage, coûteux. - Pas d'implication du groupe-cible - Nécessairement global, inadapté aux situations locales, source de crainte, voire d'incompréhension. - Abus possible par des partenaires extérieurs (Etat, Caisses, patients...)

R. GroI ajoutait qu'il est indispensable que les modalités de diffusion, de mise en œuvre, et d'évaluation d'impact, soient parties intégrantes de la procédure d'élaboration elle-même. Il y a là complémentarité évidente plus qu'opposition réelle. Reste à articuler efficacement les 2 approches, pour que l'écriture de recommandations de qualité entraîne réellement, le cas échéant, les changements de comportement professionnel de ceux à qui elles sont destinées. Cela dépend sans aucun doute pour une grande part de l'appropriation et de l'implication locale, à la fois collective, notamment dans les groupes de FMC, mais aussi individuelle, par tous les moyens de formation à la disposition du professionnel. Le projet PERAM avait pour ambition de mobiliser les énergies du réseau associatif entier, depuis la plus petite association locale jusqu'à la fédération nationale dans l'élaboration et la mise en œuvre de ces outils, à la fois aide à la décision et documents de formation,

éléments de base d'un véritable audit des pratiques. Projet ambitieux, peut-être au delà des moyens d'un monde associatif basé sur le simple bénévolat, le projet s'inscrivait dans le droit fil de la spirale de la formation, succession ininterrompue de cycles de formation adaptés aux véritables besoins des professionnels.

1.3.2. Des « P.E.R.A.M. » aux bilans professionnels personnalisés (BPP)

Après le recueil de l'information validée, objet de l'analyse critique de la littérature, puis sa confrontation aux pratiques, l'évaluation des compétences du praticien, et non de ses seules connaissances, constituait le troisième volet de cette démarche en FMC. La notion de « bilan de compétences » n'appartient évidemment pas en propre à la médecine, puisque c'est un « droit » reconnu aux salariés par la Loi du 31 décembre 1991 (27). L'UNAFORMEC a élaboré à partir de 1997 une expérience de « bilans professionnels

personnalisés ». Le BPP est proposé aux médecins volontaires comme un outil leur permettant à la fois un bilan de leur expérience et la préparation d'un projet professionnel. Il est conçu en 3 étapes :

- Un relevé au quotidien de l'activité réelle (« ce que je fais »...)
- Une confrontation à différents tests de personnalité (« ce que je suis »...)
- Une auto-évaluation des connaissances par des tests reposant sur des réponses argumentées, élaborées à partir de l'expérience précédente des PERAM (« ce que je sais »...)

Le BPP répond ainsi à la double nécessité d'un développement professionnel individualisé d'une part, d'une connaissance et d'une mise en pratique de recommandations fondées sur les preuves scientifiques d'autre part. Il s'appuie sur des outils d'auto-formation validés, qui répondent le cas échéant aux besoins réels de formation détectés par le BPP. Cette démarche est une première dans ce domaine, mettant au service de l'individu une expérience née de la pratique collective de la FMC. Elle permet au médecin qui établit son bilan d'identifier les particularités de sa pratique, de ses besoins spécifiques de formation.

Le BPP est un outil de développement professionnel adapté à un individu particulier, à une période précise de son exercice, au sein d'une communauté de patients aux caractéristiques propres, dans un tissu de professionnels de santé spécifiques. Pour la collectivité, il peut être une garantie des compétences du professionnel concerné, répondant à une exigence légitime de qualité des soins. Une telle démarche, à la fois volontariste et valorisante, est de ce fait plus acceptable pour des professionnels de haute qualification à toute autre solution que les organismes de tutelle pourraient être tentés d'imposer.

Approche « centralisée », l'élaboration des recommandations au sein de l'ANAES, approche « décentralisée », collective au sein des groupes P.E.R.A.M., voire individuelle de médecins utilisant les BPP, il y a là une nécessaire et évidente complémentarité qui fera l'objet des propositions de ce document.

2. RECOMMANDATIONS ET CONFÉRENCES DE CONSENSUS : ÉLABORATION, DIFFUSION, IMPACT

2.1. L'IMPACT DES RECOMMANDATIONS SUR LA PRATIQUE

Caroline Weill, en 1990, posait déjà la question qui est encore au cœur des débats (28) : les conférences de consensus sont-elles susceptibles de modifier les comportements des praticiens ? Une étude parue quelque temps auparavant, émanant des chercheurs de la Rand corporation, montrait que les conférences de consensus du National health Institute avaient, pour l'essentiel, échoué à induire des modifications dans les pratiques médicales, en dépit d'un certain succès à atteindre les cibles visées. S'agissant d'une méthode de travail bénéficiant alors d'un recul de 13 ans, le constat était rude. La conclusion de cette étude, que C. Weill faisait sienne, était que le modèle de diffusion des résultats des conférences de consensus est défaillant, dans la mesure où il ne prend pas en compte la motivation des médecins à changer leurs comportements : être confronté à une information n'est ni nécessaire, ni suffisant, pour induire une modification du comportement.

Le volume de l'information médicale auquel les médecins sont soumis est considérable. La pertinence et la qualité de cette information sont parfois en cause, mais rarement lorsqu'il s'agit de documents tels que les recommandations de bonne pratique, ou les conclusions des conférences de consensus émanant de l'ANAES. L'analyse développée au début des années 90 par Caroline Weill ne la conduisait évidemment pas à récuser l'ensemble de la démarche d'une médecine fondée sur les preuves ; elle soulignait simplement que l'on doit accompagner cette démarche de stratégies d'accompagnement, et les citait : « cibler la diffusion des messages, l'articuler avec, par exemple, des programmes de formation continue, respecter la structuration du milieu médical, enfin,

réfléchir directement et de manière concrète à la question de la motivation individuelle des médecins face à la nécessité d'envisager des évolutions du système de santé constituent désormais des prolongements indispensables au domaine de l'évaluation ». Elle montrait en particulier que la modification de comportements professionnels nécessite les contacts interpersonnels, et l'avis de leaders d'opinion. Elle insistait sur l'importance d'une adaptation aux conditions locales, de l'interactivité des méthodes d'appropriation de la recommandation, alors que l'écrit et les méthodes magistrales sont peu efficaces.

Dix ans plus tard, certaines données du début de la décennie ont changé : les recommandations et consensus sont largement diffusés, analysés, parfois critiqués dans de nombreuses publications, intégrés aux actions de formation médicale continue à tous les niveaux. Ils servent de base aux recommandations médicales opposables aux médecins libéraux, bien que cette connotation négative sous forme de sanction, soit aussi un obstacle et induise parfois une regrettable confusion des genres. Il semble moins évident qu'ils aient réellement modifié des comportements professionnels médicaux. Les programmes de développement des recommandations et consensus, comme la formation médicale continue, ne peuvent reposer sur l'hypothèse implicite que les médecins sont spontanément consommateurs actifs de l'information médicale, qu'ils consacrent à leur formation professionnelle du temps, de l'énergie, et de l'argent, et qu'il suffirait donc de leur proposer une information de qualité pour qu'ils soient prêts à s'y conformer...

La qualification d'un corps professionnel, et en conséquence la qualité des résultats de sa prestation,

obéit à une règle élémentaire, et très générale : pour qu'un effet - bénéfique ou maléfique - se fasse sentir dans une population donnée, il faut et il suffit qu'il atteigne un nombre suffisant d'éléments de cette population. C'est la notion de « masse critique » au delà de laquelle la « réaction » s'enclenche. Dans ce cas, l'écriture de recommandations de pratique clinique basées sur les preuves scientifiques doit être corrélée à l'usage d'une pédagogie adaptée aux professionnels auxquels elle s'adresse. La pédagogie d'adulte, largement développée dans le monde médical par le mouvement associatif, peut être considérée comme le catalyseur d'une réaction qui devrait le dépasser largement. Encore faut-il maintenant créer « l'éprouvette » convenable, encore faut-il que 2 démarches, parfaitement cohérentes et complémentaires, puissent faire avancer ensemble la nécessaire mise en application de l'évaluation médicale ...

Il est vraisemblable que les difficultés énoncées par C. Weill (28) sont toujours d'actualité, mais des

enquêtes plus récentes que celle de la Rand à laquelle elle se réfère sont plus optimistes. Dans une revue systématique des études d'efficacité des guidelines, Grimshaw et Russel (29) renaient 59 études. 55 montraient une amélioration des processus de soins après l'introduction des guidelines, et sur 11 qui évaluaient les résultats en termes de santé, 9 montraient une amélioration... Ravaud et al. (30) ont analysé le mécanisme d'action des RPC pour tenter de préciser les points où il est possible d'intervenir pour en améliorer l'impact. Le tableau 2 met en perspective selon ces auteurs les étapes et les conditions de la diffusion des recommandations nécessaires à leur efficacité. Chaque étape de ce processus complexe, et chacune des conditions qui l'accompagnent, dont l'évaluation pose des problèmes méthodologiques différents, peuvent modifier ou annuler l'impact des RPC. Chacune apporte des éléments de réponse partiels à la question de l'utilité réelle de la RPC.

Tableau 2 : Le mécanisme d'action des recommandations pour la pratique clinique (30)

<i>Étapes de diffusion</i>	<i>Condition</i>	<i>Conditions associées</i>
1. Connaissance de l'existence et du contenu de la RPC	Diffusion*	Retour d'information au médecin, rappel de la recommandation lors de la prescription...
2. Accord des médecins avec l'utilité et le message de la RPC	Confiance dans l'organisme qui a élaboré la recommandation	Pas de confusion possible entre l'organisme qui a élaboré la RPC et l'organisme contrôleur...
3. Prise en compte de la RPC	Modification des comportements	Modalités spécifiques de la formation professionnelle, par exemple audit de pratiques chez les médecins concernés par la RPC. Indicateurs de santé facilement utilisables.
4. Impact sur le devenir des malades et les indicateurs de mortalité et morbidité**	Mesures d'impact, par exemple sur le nombre d'hospitalisations pour ce motif...	

* La diffusion simple de la RPC est le plus souvent considérée comme inefficace.

** Les indicateurs de résultats ont une faiblesse majeure : leur difficulté d'interprétation, à cause de la diversité des malades. La majorité des auteurs considèrent que les RPC sont utiles si elles permettent de modifier le comportement des médecins et/ou de réduire les variations de pratiques.

Les résultats cliniques en termes de morbidité ou mortalité de l'application d'une RPC sont à l'évidence le critère idéal théorique du succès de la RPC. Mais faute de possibilité d'évaluation réelle de ce critère, la majorité des auteurs considèrent que la RPC est utile si elle permet de modifier le comportement des médecins et/ou de réduire les variations de pratiques. Les méthodes d'évaluation considérées comme rigoureuses et valides sont les études avant/après avec groupe témoin, les séries chronologiques, et les essais randomisés. Les particularités de ces essais randomisés (randomisation par médecin, unité d'analyse, plans expérimentaux) sont plus discutées. Wensing et al. (31) ont tenté de définir quelles étaient les interventions efficaces pour mettre en œuvre les référentiels et innovations en pratique généraliste. Une recherche sur Medline de 1980 à 1994 et dans 21 journaux médicaux a retrouvé 143 études. 61 ont

été sélectionnées, concernant 86 groupes d'interventions pouvant être comparés à un groupe contrôle sans intervention, parmi lesquels 39 essais randomisés contrôlés et 21 études contrôlées avant-après (avec mesures avant intervention et après dans chaque groupe). Le tableau 3 en résume les conclusions : pour qu'une recommandation puisse être suivie avec succès, il faut que la cible professionnelle dispose des connaissances, des compétences, et de la motivation nécessaires. Il est en outre important que les conditions pratiques et organisationnelles rendent ces nouveaux comportements possibles, et que les collègues, patients, et tout l'environnement, des professionnels les acceptent. Il faut donc développer toute intervention capable de supprimer les obstacles, encourager le processus de changement, et consolider les nouvelles pratiques.

Tableau 3 : résultats des 61 études d'intervention retenues (31)

Modalités de l'intervention	Nb d'études sur les 61 retenues (%)	Nombre d'interventions classées en fonction de leur efficacité sur les 86 répertoriées.		
		Totale	Partielle	Nulle
<i>Intervention simple vs pas d'intervention</i>				
Diffusion d'information				
Lecture		2	6	9
Groupes de formation	28 (46%)			
Education des patients	22 (36%)			
Information liée aux pratiques				
Audit et feed-back	3 (5%)	10	4	1
Rappels	22 (36%)			
Rappels de patients	12 (20%)			
Formation				
Formation individuelle	2 (3%)	2	3	2
Groupes de pairs	14 (23%)			
Soutien opérationnel				
Financement	9 (15%)	1*	2*	-
Incitations financières	12 (20%)			
	3 (5%)			
<i>Interventions multiples vs pas d'intervention</i>				
Diffusion d'information et étude de pratiques		4	4	12
Diffusion d'information et formation collective		4	3	1
Diffusion d'information et soutien opérationnel		3	3	1
Information en rapport avec la pratique et formation collective		1	2	-
3 ou 4 interventions		5	-	1

- ces 3 essais ont été faits dans le cadre des fundholdings britanniques.

Toutes ces études confortent partiellement l'hypothèse qu'il vaut mieux combiner plusieurs modalités d'interventions que d'en utiliser une seule. Mais elles suggèrent que la diffusion de connaissances et l'acquisition de compétences ne sont pas suffisantes pour modifier les pratiques : un défaut d'organisation, le manque de temps, d'incitations financières, les oppositions de collègues, ou les résistances de patients sont autant de facteurs négatifs. Une formation permanente adaptée et des incitations financières pourraient aider à surmonter ces difficultés. Il est extrêmement difficile de connaître l'impact réel des

recommandations faites maintenant dans la majorité des pays à développement socio-économique analogue au nôtre. Les données sont disparates et dispersées, les études surtout anglo-saxonnes et nordiques, posant parfois des problèmes d'extrapolation à d'autres pays. Dans une récente analyse du NHS britannique (32), Dowie signalait l'importance d'un recueil exhaustif national de toute étude d'impact, nécessaire à la validation de la méthode et à son usage futur. Cette même analyse a relevé 8 stratégies dont les études randomisées réalisées prouvaient l'efficacité (tableau 4).

Tableau 4 : stratégies de mise en œuvre des recommandations ayant prouvé leur efficacité (32)

1.	discussion des recommandations au cours de séminaire préliminaires,
2.	programme de formation pratique,
3.	mise en œuvre des objectifs de formation par des formateurs généralistes,
4.	visites confraternelles sur sites, pour mettre en place les recommandations et dans un second temps évaluer l'application,
5.	audit de pratiques,
6.	textes courts de recommandations régulièrement adressés par courrier,
7.	arbres décisionnels adaptés,
8.	incitations financières.

Selon les études colligées par Dowie, les effets bénéfiques du travail de recommandations étaient cotés de 0 à 9% en 1994 en Grande-Bretagne, et de 30 à 39% en 1996. Il n'est cependant possible de conclure que cette amélioration se poursuit après l'arrêt de mise en œuvre des stratégies étudiées.

Dans une autre très récente étude, cette fois hollandaise (33), R. Grol et ses collaborateurs ont sélectionné 47 recommandations de 10 guidelines différents pour médecins généralistes. La plupart de ces guidelines étaient diffusés 6 à 12 mois après leur publication, chacun donnant de 20 à 50 recommandations. Ils ont analysé 12880 décisions médicales (61 médecins généralistes volontaires et

représentatifs ont constitué l'échantillon). Les résultats, repris dans le tableau 5, sont sans surprise : une recommandation bien écrite, confortant le médecin dans une attitude consensuelle, sur un sujet solidement prouvé et non controversé, a de bonnes chances d'être bien suivie... Reste qu'il s'agit de médecins volontaires pour cette étude, et que même dans ce cas particulièrement « privilégié », puisque le biais de sélection est manifeste, il manque un bon tiers de comportements adéquats... Il est nécessaire que les organismes qui élaborent ces recommandations soient conscients de ces problèmes, et que les problèmes de diffusion et d'évaluation d'impact soient pris en compte dès le début du projet...

Tableau 5 : suivi des recommandations selon leur qualité intrinsèque (d'après 33)

<i>Critère pris en compte</i>	<i>Résultats sur le suivi (N relevés / %)</i>
	<i>Suivi « moyen » : 7915/12880 (61%)</i>
- recommandation sujette à controverse	886/2487 (35%)
- non sujette à controverse	7029/10383 (68%)
- recommandations vagues et non spécifiques	826/2280 (36%)
- recommandations claires	7089/10600 (67%)
- demandent un changement de pratiques	1278/2912 (44%)
- ne demandent pas de changement	6637/9968 (67%)
- recommandations fondées sur des preuves solides	2745/3842 (71%)
- preuves plus incertaines	5170/9039 (57%)

L'intérêt pour les RPC et leur application n'a jamais été aussi grand dans les pays à développement socio-économique comparable au nôtre, quel que soit le système de santé en vigueur.

Pourtant, malgré le grand nombre de RPC publiées, peu d'études ont évalué leur impact sur la qualité de l'exercice médical, tout particulièrement en France. C'est un travail indispensable comme pour toute

intervention en santé publique afin d'en déterminer la réelle utilité, d'identifier les faiblesses éventuelles, et de choisir les stratégies de mise en œuvre les mieux adaptées.

expérimentés dans le domaine, afin de déterminer les obstacles à l'évaluation en médecine générale. Il s'agit là de médecine de soins primaires, mais les réponses sont assez universelles pour toute la médecine « de ville ». A défaut de preuves d'amélioration de l'état de santé des patients, les changements de comportement induits chez les professionnels, à savoir la mise en application d'une recommandation fondée sur les preuves scientifiques, constitueraient un critère intermédiaire pertinent. Mais il reste à définir d'une part les « bons » indicateurs, d'autre part les modalités de cette évaluation.

2.2. OBSTACLES ET DIFFICULTÉS

2.2.1. Les obstacles à la démarche évaluative

C. Lepetit (34) a rencontré et interviewé en 1991 des spécialistes de l'évaluation et des praticiens

Tableau 6 : Les obstacles à la démarche évaluative en médecine générale (34)

1. Prédominance de la logique de contrôle et de sanction vécue comme un contrôle extérieur coercitif visant à repérer les « déviants » et comme une prise de pouvoir par les gestionnaires.
2. Prédominance de la logique économique et comptable. Les médecins généralistes se sentent montrés du doigt : ils coûtent cher parce qu'ils prescrivent trop et ils prescrivent trop parce qu'ils sont trop nombreux.
3. Importance des pathologies nosologiquement floues, avec des critères de définition imprécis, typiques de la médecine générale, et difficiles à appréhender avec les méthodes hospitalières habituelles.
4. Prédominance d'une norme de référence hospitalière élaborée par les spécialistes de CHU, décalée par rapport à la pratique des généralistes.
5. Importance de l'adaptation personnalisée dans le contexte ambulatoire, où le travail se fait cas par cas, sans véritable homogénéité des situations avec une grande variabilité de l'observation et du diagnostic en fonction de l'observateur et de l'observé. La relation médecin-malade, l'effet placebo, la signification de la maladie, la personnalité et les conditions de vie des patients ne peuvent plus être systématiquement évacués.
6. Difficulté du médecin, formé à agir au particulier, à s'ouvrir à une vue plus globale du système auquel il participe et à en comprendre le développement.
7. Pauvreté des informations sur la morbidité ressentie et le recours aux soins dans la population générale qui permettraient aux généralistes de mieux situer leur mission dans le système de soins.
8. Prédominance des évaluations de procédures et de méthodes, moins motivantes que celles portant sur les résultats avec un objectif concret d'amélioration de la santé des patients (tout en sachant qu'il est souvent très difficile de mesurer cette amélioration).
9. Difficulté du passage de la description d'un problème et de son analyse à la manière de le résoudre en temps réel par des changements de comportement ou des changements de fonctionnement.
10. Absence de formation universitaire à la démarche de l'évaluation et insuffisance de la formation post-universitaire.
11. Prépondérance actuelle dans les préoccupations des généralistes des problèmes de fonctionnement, voire de « survie » pour certains.
12. Absence d'un outil de formation et de diffusion des connaissances dans le domaine de la recherche et de l'évaluation des soins en pratique ambulatoire.
13. Absence de reconnaissance du statut de praticien-chercheur et non rémunération de son activité de recherche.

L'élaboration et la diffusion des RPC obéit à plusieurs nécessités : l'explosion des connaissances, le souci de pratiquer une médecine de qualité, et le contexte économique. Pourtant, il semble que leur impact en pratique quotidienne reste assez limité, parce que la prise en charge du cas individuel ne se

résume pas à l'application aveugle de guidelines. La conciliation entre ces deux pôles – l'individu et le collectif, le théorique et le pratique – est une nécessité pour la crédibilité et le succès de l'effort entrepris (35).

2.2.2. La crainte d'une médecine « uniformisée »

C'est sans doute une crainte bien réelle dans un milieu professionnel particulièrement jaloux de son indépendance d'esprit et d'action. Mais le fantasme de RPC stéréotypées, comme celui d'une médecine standardisée au nom de preuves monolithiques, relèvent du même raisonnement : celui de l'ignorance des mécanismes de la décision médicale, dont l'« evidence based medicine » n'est que l'un des éléments.

Il ne suffit pas de disposer de recommandations fondées sur les preuves pour pouvoir – ou vouloir – les appliquer sans discernement au patient qui consulte. La décision médicale est une négociation entre le médecin et son patient, et toute recommandation doit intégrer ce point de vue. La notion d'écart est indissociable de celle de recommandation.

Le concept est séduisant, sa mise en application problématique : la formation des praticiens à ce mode de raisonnement n'existe que très peu en formation initiale. Elle s'est considérablement développée en formation continue, et les initiatives de l'UNAFORMEC dans ce domaine en sont témoin. Mais cela concerne encore un nombre insuffisant de médecins. Les blocages actuels de la FMC sont un obstacle supplémentaire, parce qu'ils démobilisent les bonnes volontés.

2.2.3. « L'hypothèque » des RMO ?

Il existe peu d'études françaises sur l'impact des RMO. Une récente étude du CREDES (36) a montré quelques modifications de pratiques professionnelles dans des domaines médicamenteux et biologiques à la suite de la mise en place des RMO. Faute d'indicateurs, et en l'absence de recueil de données, il est difficile d'en connaître l'impact réel, ni si ces modifications étaient dues aux recommandations elles-mêmes, ou à leur transcription négative et autoritaire sous forme de RMO...

L'un des obstacles le plus fréquemment relevé est la crainte – et le rejet – manifesté par les médecins de tout ce qui ressemble à une mainmise du gestionnaire dans le domaine de l'exercice clinique, et c'est apparemment vrai sous toutes les latitudes... Dans un récent essai randomisé, des auteurs australiens (37) ont étudié l'impact d'un retour d'information des organismes payeurs (très analogue

à nos relevés informatisés d'activité du praticien – RIAP - français) sur les prescriptions des généralistes. Comme on pouvait – peut-être – s'y attendre, l'effet est nul et les auteurs mettent en garde les autorités sanitaires : l'autorité statutaire chargée de la responsabilité des choix opérationnels et du contrôle professionnel ne peut en même temps diffuser une quelconque « recommandation » : l'image ambiguë de cette confusion des rôles peut avoir un impact négatif...

La qualité de la prescription dépend bien plus de la formation thérapeutique que de l'information statistique sur la prescription, ou de « recommandations » purement négatives dont la fonction est à l'évidence la sanction. Le premier niveau de réflexion est celui de la formation initiale : c'est bien par l'apprentissage de la lecture critique de toute information médicale et son application immédiate à l'enseignement de la thérapeutique que l'on peut espérer une amélioration des prescriptions, comme le soutiennent les auteurs de l'article. Le second niveau est celui de la formation permanente : l'utilisation « au long cours » de cet apprentissage est un possible garant (le seul ?) contre tous les dérapages...

En conclusion et résumé de ces paragraphes, le tableau suivant met en perspective les aspects positifs et négatifs d'une approche professionnelle fondée sur un système de recommandations tel que le propose l'ANAES. A chacune des étapes de la recommandation, depuis son élaboration jusqu'à sa mise en application, des craintes, justifiées ou non, devront être surmontées, des difficultés aplanies.

Les propositions faites supposent toutes une implication réelle des professionnels à qui s'adresse la recommandation, à tous les niveaux. Il apparaît à l'évidence que les chances de succès de la méthode dépendent étroitement de la participation des professionnels, et qu'une formation utilisant les principes et les méthodes de la pédagogie d'adultes est indispensable, et pas seulement la simple diffusion des documents, quelle que soit par ailleurs leur qualité intrinsèque. On ne peut espérer améliorer l'impact des recommandations qu'en impliquant le maximum de professionnels par leurs réseaux de formation médicale continue.

Tableau 7 : de l'écriture des recommandations à la mise en application.

Finalité de la recommandation	Limites et difficultés	Résistances	Propositions
Synthèse de données validées.	Références fondées sur des populations peu en rapport avec la population courante.	Application concrète difficile au cas par cas.	Formation spécifique centrée sur les besoins du patient (prise en compte de son cadre de référence).
Réduction des inégalités « géographiques » des soins rendus.	Difficultés d'application locales selon les moyens disponibles.	Défaut d'implication de la « cible » par rejet du centralisme.	Appropriation des recommandations par des groupes de travail locaux.
Modifications des comportements professionnels.	Difficulté du passage de la description et de l'analyse au comportement réel.	Le plus difficile à obtenir... (et évaluer) ; chronophage.	Méthodes pédagogiques adaptées (résolution de cas cliniques, jeux de rôles...)
Aide à la décision médicale.	Pathologies plus floues et imprécises, rentrant mal dans le cadre standard des recommandations.	Difficulté du médecin à s'ouvrir à une vue plus globale devant un patient particulier.	Formation à la démarche évaluative, en FMI et FMC (analyse critique, évaluation des stratégies et des pratiques....)
Amélioration coût-efficacité.	1/ Prédominance de la logique économique et comptable.	1/ Rejet d'une logique de contrôle et de sanction vécue comme une remise en cause du médical par l'économique.	1/ Formation aux démarches de coût-efficacité, permettant une mise en perspective dans le système de soins.
	2/ Coûts induits de par la connaissance de la recommandation pour les médecins volontaires.	2/ Préoccupations de rentabilité économique prioritaires dans un système libéral.	2/ Intégration de la formation dans l'activité professionnelle (et donc de sa rémunération).
Amélioration des résultats de santé.	Indicateurs peu évidents à court terme...	Hétérogénéité des situations.	Participation aux procédures d'élaboration et d'évaluation.

2.3. LES PRINCIPES DE BASE D'UNE AMÉLIORATION DE L'IMPACT DES RECOMMANDATIONS ET CONSENSUS

2.3.1. Quel type de FMC induit des changements de comportement chez les médecins ?

Une équipe de l'Université de MacMaster s'est particulièrement intéressée à l'étude scientifique de la FMC et a créé sous l'impulsion de D. Davis une banque de littérature informatisée sur ce sujet, la Research and Development Ressource Base in CME, qui produit régulièrement un « état de l'art » en forme de méta-analyse. Dans la dernière publication de 1995, les auteurs (38) ont cherché à savoir quelles stratégies d'enseignement et de communication sont les plus efficaces en termes de modifications de comportement du médecin. Davis et al. ont retenu 99

articles décrivant 160 interventions de 1975 à 1994 (tableau 8). Si l'on s'en tient aux données de Davis, la diffusion de documents même de bonne qualité, et même au cours de séances de formation d'une soirée ou d'une demi-journée, est totalement insuffisante... Les liens entre formation et évaluation dans les domaines de santé sont complexes. S'il est difficile de mesurer les changements de comportement induits par la formation chez les médecins, il est encore plus difficile de mettre en évidence les modifications d'indicateurs de santé chez les patients de ces médecins. Il est cependant probable – et les études canadiennes le confirment sans apporter une preuve irréfutable – qu'une formation continue performante conditionne les pratiques actuelles et à venir.

Tableau 8 : stratégies capables de modifier les comportements médicaux

Le plus souvent efficace	Le moins souvent efficace
- rencontres au cabinet du médecin - aide-mémoires destinés aux médecins - utilisation de leaders d'opinion - information des patients Les audits suivis d'information en retour des médecins, notamment sous forme de tableaux, paraissent moins efficaces, mais l'association de plusieurs méthodes améliore la situation.	- diffusion isolée de documents écrits ou audiovisuels. - séances de FMC de durée brève (moins d'une journée) - l'association des 2 n'a pas fait les preuves de plus d'efficacité.

Les auteurs australiens précédemment cités (37) s'appuyaient sur les données d'une récente méta-analyse de la Cochrane sur 37 essais randomisés contrôlés. Cette méta-analyse a conclu que seuls l'audit de pratiques et une exploitation de ses résultats pouvaient parfois être efficaces pour modifier les habitudes des praticiens de santé. Changer les comportements reste difficile et requiert souvent des interventions complexes et multiformes. La seule possibilité d'influencer la prescription est d'offrir au praticien des alternatives claires pour la pratique habituelle, cohérentes avec une stratégie globale de prise en charge des patients, répétées dans le temps pour renforcer l'effet de la formation. Si l'autorité du « messager » est importante, le

« message » doit être répété, et le processus de formation plutôt actif que passif. Ce sont là les règles habituelles de la formation médicale continue.

L'ANDEM a publié en 1995 un travail (39) dont le but était de classer les différents types de FMC selon leur efficacité démontrée. Le groupe de travail a constaté la difficulté et la complexité de l'évaluation en formation, qui ont limité la portée de la recherche accomplie : de ce fait, le document est plus au final un état des pratiques d'évaluation en formation que des « recommandations » au sens usuel concernant les formes de FMC à privilégier. Les propositions émises restent d'actualité et sont reprises dans le tableau suivant.

Tableau 9 : Propositions pour une évaluation de la formation continue des médecins (extrait de 39)

1. L'élaboration des programmes de formation devrait s'appuyer en grande partie sur les données de pratique professionnelles recueillies notamment lors de la réalisation d'audits de pratique.
2. L'audit de pratique (audit clinique) peut être la méthode permettant d'évaluer les comportements, quand elle intervient en relation avec une formation. Elle a une fonction formative importante, c'est pourquoi il faudrait inciter les formateurs de FMC à se former à la démarche et aux autres techniques d'évaluation des pratiques médicales.
3. En l'absence d'outils validés, disponibles dans la littérature, des grilles d'évaluation de « compétences » ou de « comportements professionnels » pourraient être élaborés expérimentalement en liaison avec les programmes de formation suivis.
4. Des études prospectives pour évaluer l'efficacité des modalités de certaines réalisations de FMC seraient à promouvoir. Pour ce faire, l'analyse comparative de 2 groupes est une méthode connue (définir, au préalable, les objectifs pédagogiques, choisir un nombre restreint de critères de jugement et un nombre adapté de participants).
5. Des recherches sur les caractéristiques spécifiques de la formation professionnelle médicale devraient être lancées. Elles permettraient sans doute de repérer les éléments indispensables pour en promouvoir l'évaluation ou susceptibles de contribuer à la conception de méthodes originales.

G. Bignolas (13) rappelait l'objectif commun des démarches d'amélioration de la qualité des soins et de la formation médicale continue : améliorer le

service rendu au patient et à la collectivité. La formation permet au praticien qui se sait en formation « à vie », d'acquérir des outils essentiels à

cette amélioration : épidémiologie, méthodologie des essais cliniques et analyse critique de la littérature scientifique médicale, méthodologie de l'assurance-qualité. Et symétriquement, les démarches d'amélioration de la qualité des soins utilisent nécessairement la formation médicale continue pour diffuser les recommandations et réaliser les changements nécessaires. Il est donc capital que se développent les essais d'intervention en FMC, conduits avec la rigueur des essais cliniques, pour identifier et mettre en œuvre les méthodes de formation les plus susceptibles d'entraîner des modifications de pratiques.

2.3.2. De la nécessaire appropriation des recommandations par les professionnels auxquelles elles sont destinées

L'appropriation des données par le professionnel est une démarche indispensable, et une étape obligatoire : aucune « recommandation », si parfaite soit-elle, ne peut l'éviter... Seule cette difficile appropriation peut déboucher sur un changement de comportement. L'approche « localisée » dont nos confrères hollandais ont mis en évidence la nécessité (tableau 1) est l'un des éléments-clés de la réflexion, et l'une des possibilités d'amélioration du système. Cette décentralisation doit être l'un des éléments même de la procédure d'élaboration de la recommandation. Le projet de « P.E.R.A.M. » développé par l'UNAFORMEC répondait à cette approche. Une formation à la décision médicale, centrée sur le patient, donc prenant en compte, à côté de la maladie, le malade dans toutes ses composantes, est sans doute encore à venir, mais paraît de plus en plus indispensable à la qualité des soins. L'analyse critique de l'information, l'écriture de recommandations, leur application à chaque patient particulier, sont bien des activités indissociables au service de la qualité des soins ; sous réserve, comme le souligne P. Gallois (13), d'être partie intégrante de la pratique médicale, et non pas exercice imposé de l'extérieur.

Les recommandations pourraient être utiles localement à des groupes restreints de praticiens désireux de mettre en œuvre un véritable audit de leur pratique : elles leur fournissent l'argumentation scientifique nécessaire. Le tissu associatif français de la FMC, dense et solidement implanté, pourrait être le terrain d'appropriation idéal nécessaire à l'efficacité des RPC. L'écriture et la diffusion de recommandations par l'ANDEM puis l'ANAES depuis l'origine s'inscrit dans une logique de qualité des soins. La formation collective mise en œuvre dans le mouvement associatif, notamment dans les séminaires de plusieurs jours, est la meilleure

procédure actuelle d'appropriation des recommandations, selon les critères définis précédemment. La relation recommandation / formation est continue.

2.3.3. Principes d'élaboration et de diffusion des recommandations

- Une conception moderne de la santé implique une vision globale concernant la santé elle-même, les personnes, les professionnels impliqués :
 - il s'agit de santé plus que de médecine : l'éducation, la prévention, le dépistage importent au même titre que les soins, les besoins de l'individu comme ceux de la Société ;
 - de malade plus que de maladie : la prise en charge globale du patient dans une relation personnalisée, dans l'instant et dans la durée, au sein de son environnement familial et social est une exigence de qualité des soins ;
 - de coordination des soins plus que de prise en charge par un professionnel isolé : la cohérence des interventions et la communication entre les intervenants en santé, à l'intérieur et hors du système de soins, doivent être organisés, éventuellement jusqu'à l'organisation du travail en réseau.

– L'évaluation

Elle intervient à tous les niveaux du système de santé, qu'il s'agisse des données scientifiques (l'information), de leur acquisition (la formation) ou de leur application (la qualité des soins). S'il n'est question, dans ce rapport, que des recommandations et consensus, sans aborder sur le fond les autres aspects de l'évaluation en médecine, c'est parce qu'il s'agit d'un terrain d'expérience particulièrement « lisible » dans le cadre imparti. Mais il ne saurait être question de limiter l'éventuelle interactivité entre agence de l'évaluation et associations de formation à cet aspect très restrictif de l'évaluation en médecine.

Une information médicale rigoureuse, parce que fondée sur les preuves, exhaustive et indépendante, concernant les dimensions scientifiques et économiques, est l'un des éléments constitutifs de la décision médicale.

La formation initiale ou continue a pour objet de rendre le médecin capable d'utiliser l'information médicale : elle est fondée sur une identification diversifiée des besoins de formation des médecins, évaluée de sa conception à sa réalisation. Cela nécessite une formation des organisateurs et intervenants à l'évaluation, à la santé publique, à une approche décisionnelle personnalisée.

La recherche de qualité des soins passe par l'écriture de référentiels et l'analyse des pratiques, et implique une participation significative, à toutes les étapes, des professionnels et de tous les partenaires concernés. Cette participation diversifiée, notamment des praticiens à qui sont destinées ces recommandations, doit permettre de corriger en amont certaines erreurs ou inadaptations des recommandations. C'est aussi l'une des conditions de leur efficacité.

— La décision médicale

Elle prend en compte les données de l'information médicale, en justifiant les écarts éventuels avec la pratique, ainsi que les aspects bio-psycho-sociaux de la personne concernée : elle est le résultat d'une négociation entre le médecin et son patient, où la gestion de la durée et de l'incertitude font partie du respect dû à la personne. Ces données doivent concerner très fortement les démarches complémentaires de recommandations et de formation, la première répondant à la question : quel est le niveau de preuves des propositions que je suis amené à faire dans cette situation pathologique, la seconde à son corollaire : quelle en sera l'utilité pour mon malade, en tant que personne ? Comme le souligne P. Gallois (13), les deux termes d'utilité pour la personne dans toutes ses dimensions, et de justification vis à vis de cette personne, mais aussi vis à vis de la collectivité sont deux exigences de notre pratique.

2.3.4. Stratégies d'élaboration et de diffusion des recommandations

— Des structures et des hommes

Les missions de l'ANAES ont été présentées précédemment, et parmi celles ci, l'élaboration des recommandations et consensus, ou au moins leur validation. Pour cela, l'ANAES s'appuie, entre autres, sur l'analyse rigoureuse de la littérature scientifique et professionnelle et sur l'avis des professionnels de santé concernés. La méthodologie propre à l'écriture des RPC et consensus fait appel à de nombreux médecins, répartis sur tout le territoire et dans toutes les disciplines médicales. Il serait difficile et probablement sans objet de refaire l'historique complet et reprendre la liste nominative des adhérents de l'UNAFORMEC qui ont participé aux différents groupes de travail et de lecture, en parfaite cohérence avec les principes de la charte à laquelle ils ont souscrit en adhérant à l'association. Mais la diffusion et l'appropriation de ces recommandations doivent utiliser les réseaux de professionnels existant, pour atteindre le maximum des praticiens et permettre les démarches

d'appropriation. L'UNAFORMEC est le plus ancien de ces réseaux. Elle a longtemps été le seul, au delà de tous les clivages syndicaux ou de modalités d'exercice. Elle a proposé en 1988 une charte de recherche de qualité des soins, comme principe fondateur de la FMC. Cette charte rappelait que la qualité des soins résulte de l'adéquation entre les prestations de soins offertes et les besoins de la population, leur qualité scientifique et technique, conforme à l'état actuel de la science, leur efficacité réelle et la meilleure utilisation des ressources disponibles. Les concepts de santé, d'évaluation, et de décision médicale ont au fil du temps précisé les principes fondamentaux de cette charte.

Ces points de réflexion et d'engagement, constitutifs de la charte de l'UNAFORMEC, déclinent les missions mêmes de l'ANAES. Ils représentent une base sur laquelle peut s'engager toute collaboration entre institutionnels et associatifs. La convergence d'objectifs entre l'ANAES et l'UNAFORMEC n'est pas un effet d'annonce : elle procède de leurs missions propres. Il y a entre l'ANAES et l'UNAFORMEC, et plus généralement entre l'ANAES et tout organisme de FMC, notamment de type associatif, une différence fondamentale d'ordre institutionnel : l'ANAES tient sa légitimité de la Loi, l'UNAFORMEC du seul volontariat de ses adhérents. De ce fait, nul ne peut contester ses missions à l'ANAES, agence d'Etat, alors que les querelles qui agitent les milieux médicaux depuis 1990 paralysent durablement les avancées de la décennie précédente en matière de FMC, et notamment son intégration dans la vie professionnelle. Mais ces querelles ne doivent pas occulter l'essentiel : la recherche de qualité des soins à partir de la mise en œuvre de recommandations fondées sur les preuves. L'élaboration de ces recommandations ne soulève pas de problèmes majeurs : leur diffusion et mise en application devrait donc pouvoir respecter les mêmes règles.

— L'indispensable apport des structures de formation médicale continue aux missions de l'ANAES

- Ces structures rassemblent de plus en plus de professionnels formés à l'analyse critique de la littérature, à l'évaluation médicale, à la médecine fondée sur les preuves. L'UNAFORMEC peut se prévaloir de ses nombreux travaux dans ce domaine. Les professionnels ainsi formés ont déjà participé, et participeront, à l'écriture des recommandations au sein des groupes de travail et de lecture de l'ANAES.

- Leur implantation sur le territoire en fait un relais loco-régional « naturel » pour la

diffusion des recommandations. L' étendue du réseau UNAFORMEC est de ce point de vue un atout majeur. Il s'agit de praticiens de toutes disciplines dont la validation « de terrain » est indispensable à l'application des recommandations.

- L'UNAFORMEC peut se prévaloir d'une expérience ancienne et toujours renouvelée de la formation professionnelle des médecins, quelles que soient leurs disciplines d'exercice : aucune recommandation ne peut être considérée comme « réservée » à une fraction du corps médical, ce qui est d'ailleurs la règle de fonctionnement des groupes de l'ANAES, par définition multidisciplinaires et faisant appel à des praticiens répartis sur tout le territoire. L'un des enjeux de l'évaluation est de réunir les médecins de toute origine sur un projet de qualité de soins : c'est aussi l'une des exigences de la charte de l'UNAFORMEC.

La mise en place progressive d'un réseau libéral de « représentants en région » de l'ANAES n'est pas en contradiction avec cet état de fait : ces représentants ont pour mission de proposer aux associations qui le souhaitent une éventuelle aide méthodologique. Il y a là complémentarité et non substitution.

– L'UNAFORMEC ne prétend pas à un quelconque monopole

Encore maintenant, la plupart des responsables de FMC, quels que soient leurs choix actuels, ont été formés dans le réseau UNAFORMEC. Mais l'évolution de la FMC de ces dernières années a montré que d'autres associations ou sociétés savantes sont aussi des relais vis à vis d'autres médecins. Les choses ont changé : nous ne sommes plus en 1978, et sauf évolution radicale, il ne se créera pas dans le futur proche une association médicale française analogue à l'american medical association ou à la british medical association... C'est probablement regrettable, mais actuellement sans solution. Mais il est possible qu'une clarification des relations entre l'ANAES, donneur d'ordre pour la diffusion des recommandations, et des effecteurs, dont l'UNAFORMEC, pourrait modifier considérablement la situation déplorable actuelle et favoriser l'émergence de solutions porteuses d'avenir. C'est l'objet des propositions qui suivent. La structuration de la communauté d'intérêts des professionnels de santé autour de l'évaluation médicale nécessaire à leur exercice est indispensable à l'amélioration de la qualité des soins.

3. PROPOSITIONS POUR UNE ORGANISATION PLUS ADAPTÉE À LA MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS

3.1. ORIENTATIONS

Quels que soient les choix à venir, ils devront tenir compte des orientations générales suivantes :

3.1.1. Améliorer la diffusion des recommandations et consensus, mais surtout leur appropriation par les professionnels

Leur large diffusion est indispensable. L'intérêt du vecteur privilégié qu'est la presse professionnelle est évident, mais les faiblesses de la « lecture » comme moyen de mise en œuvre ne le sont pas moins. La masse d'informations médicales proposées actuellement, la confusion possible avec les outils de « sanction » éventuels que sont les RMO, sont tels que le risque de passer finalement aux pertes et profits ces outils exceptionnels de la qualité des soins faute d'exploitation secondaire n'est pas une hypothèse d'école. Une approche plus motivante et plus proche de chaque professionnel est indispensable. Elle doit prendre en compte dès le choix du thème les modalités de diffusion, parmi lesquelles l'appropriation par les groupes locaux de professionnels. Il est indispensable que chacun des acteurs possibles d'une diffusion de proximité et d'une appropriation locale des référentiels puisse participer pleinement à la mission de l'Agence. Cette approche nécessite une mobilisation de tout le réseau associatif de formation médicale continue, seul lieu de rassemblement volontaire de la partie la plus motivée du corps médical.

Par ailleurs, comme cela a été évoqué au fil de ce rapport, l'évaluation médicale ne se limite pas aux recommandations. Les missions de l'ANAES sont de fait beaucoup plus étendues. Mais les principes développés dans ce document peuvent largement prêter à extrapolation.

3.1.2. Favoriser dans la mise en œuvre de l'évaluation la coordination des soins

Il est indispensable que l'évaluation médicale soit un outil efficace de coordination des soins, à la fois entre généralistes et spécialistes, mais aussi entre médecine de ville et médecine hospitalière. Il n'est pas pensable qu'il puisse exister des recommandations « réservées » à certaines disciplines, et inconnues des autres... Cela implique nécessairement une représentation professionnelle dépassant la représentation syndicale : l'objectif n'est en rien celui de la défense catégorielle de telle ou telle discipline. Personne ne doit pouvoir s'estimer éliminé d'un processus dont tous sont nécessairement partie prenante. La complémentarité des acteurs est une « impérieuse nécessité », passant évidemment par des plans de formation multidisciplinaires (et au delà du cercle médical lui-même). La mise en œuvre est pourtant difficile et nécessite un travail d'amont que peuvent réaliser les réseaux professionnels structurés selon ces principes.

3.1.3. Faire participer le maximum de praticiens au delà des clivages professionnels

Cela suppose des structures de concertation à haut niveau. Tous les effecteurs capables de mettre en œuvre une formation médicale continue bâtie selon les principes et les méthodes de la pédagogie d'adultes doivent être autant que possible impliqués dans une telle démarche. La mise en application de ces principes suppose pour les médecins une formation permanente à :

- l'évaluation, l'analyse critique de l'information, la décision médicale ;
- la relation médecin-malade, centrée sur la négociation, l'éthique, et les sciences humaines, mais aussi sur la coordination des interventions de santé à l'intérieur et hors du monde médical ;
- la dimension collective de la santé, sous ses aspects épidémiologiques, économiques, et de santé publique.

Les procédures d'évaluation des pratiques, la recherche clinique, l'élaboration ou l'appropriation des recommandations pour la pratique clinique au sein des groupes de FMC obéissent à ces préalables. Ces activités collectives sont des nouveaux champs d'activité professionnelle indispensables à la qualité des soins.

3.2. PROPOSITIONS

Les synthèses de l'information sont une évolution nécessaire à l'heure du développement exponentiel de cette information. Recommandations et consensus sont deux des principales modalités de ces synthèses. Elles doivent satisfaire dans leur élaboration aux principes de l'évaluation : exhaustivité et validation des sources d'information, approche diversifiée, dans une optique de décision médicale, des conditions de leur mise en œuvre. Au delà de l'élaboration, les procédures d'appropriation des recommandations sont un passage indispensable pour assurer leur mise en pratique. Cette appropriation doit se faire au plus près des praticiens, et impliquer le maximum d'entre eux.

Il n'est pas concevable d'élaborer de tels outils décisionnels en dehors des praticiens auxquels ils sont destinés, avec la réserve que peu d'entre eux sont vraiment préparés à cette tâche et à ses exigences. Quant à l'appropriation, elle doit utiliser tous les réseaux professionnels, les plus préparés et adaptés à cette fonction étant les réseaux associatifs, dont les associations sont réparties sur tout le territoire.

Il n'est pas concevable dans tous ces domaines de limiter la participation des praticiens à leurs seuls représentants syndicaux, quelle que soit par ailleurs leur représentativité réelle. La responsabilité syndicale est une chose, l'évaluation des données scientifiques autre chose. Il y a même une certaine antinomie entre les deux. La responsabilité syndicale comporte par essence une part corporative. L'évaluation doit chercher à éviter les conflits d'intérêt.

Ces principes généraux doivent s'appliquer aux structures d'élaboration des recommandations, nécessairement centralisées, et aux structures d'appropriation, qui doivent être largement décentralisées. Elles impliquent un rééquilibrage institutionnel. Les acteurs syndicaux sont selon les textes en vigueur les seuls médecins libéraux actuellement représentés au sein du conseil d'administration de l'ANAES, les seuls que la récente loi sur le financement de la sécurité sociale propose comme partenaires à l'ANAES pour ce qui concerne l'évaluation des pratiques médicales. Ce monopole de fait est une impasse : la responsabilité syndicale n'est pas en soi une garantie suffisante de la « compétence notamment dans le domaine de la qualité des soins et des pratiques professionnelles, de l'évaluation, et de la recherche médicale » prévue par les statuts de l'ANAES en ce qui concerne les membres de son conseil d'administration ou de son conseil scientifique... Mais cela implique évidemment des décisions et des arbitrages des responsables de la politique de santé de ce pays. Resteront à définir les moyens de communication, de mise en œuvre, et d'évaluation de ces projets.

Les propositions qui suivent sont destinées à créer les conditions d'un dispositif commun de mise en œuvre des recommandations et consensus. Elles ne peuvent être efficaces que si elles remportent l'adhésion de la majorité des médecins, et le soutien des décideurs.

3.2.1. Créer une structure de concertation à haut niveau entre les partenaires éventuels de la diffusion des recommandations et consensus

Les Ordonnances de 1996 avaient institutionnalisé au cœur du dispositif de FMC trois conseils nationaux de FMC qui ont demandé eux-mêmes une harmonisation de leur travail, sinon de leurs structures. Les missions de ces conseils étaient partiellement régionalisées dans les conseils régionaux de FMC ou les CME des hôpitaux. Un Fonds d'Assurance Formation des libéraux – qui n'est toujours pas mis en place – devait s'occuper des différents financements, alors que les salariés obéissaient à d'autres règles.

La réalité et la nécessité de liaisons étroites entre recommandations et FMC ont été développées dans les précédents chapitres de ce rapport, sauf à accepter pour les RPC un développement difficile, long, coûteux... et inefficace faute d'impact suffisant, par manque d'appropriation par les professionnels auxquels elles sont destinées. Les

RPC ne pourront être l'un des éléments essentiels de toute politique d'amélioration de la qualité des soins, tant en médecine ambulatoire qu'à l'hôpital, qu'à la condition de se donner des moyens suffisants de crédibilité auprès de la majorité des médecins concernés. Et dans le contexte français actuel, seul, le réseau associatif dispose d'une densité et d'une représentativité suffisante. Il tient sa légitimité de son réseau de professionnels ayant fait le choix de la qualité des soins, qui lui donne la possibilité d'une réelle mise en œuvre des RPC sur le terrain.

Les blocages des structures actuelles de FMC ont été analysés dans le dernier rapport de l'IGAS publié en avril 1998. Le quadripartisme institutionnalisé en 1996 a représenté durant la décennie passée une solution « raisonnable » parce que non conflictuelle des querelles et de divisions du corps médical. L'application de la Loi aurait enfin clos définitivement les errements antérieurs. Le partenariat équilibré entre l'Université, en charge de la formation initiale et d'une partie de l'expertise, l'Ordre, garant de l'éthique, le syndicalisme, représentant la Profession dans ses rapports avec la collectivité, et le mouvement associatif, rassemblant les professionnels volontaires en formation permanente, reste porteur d'avenir pour les médecins libéraux, parce qu'il exclut toute tentation hégémonique de la part de l'une ou l'autre des institutions responsables, et qu'il confine à l'anecdote les conflits entre tendances diverses.

Quelle que soit la (ou les) structure(s) à venir, son rôle serait de débattre des finalités de la FMC, de faire les choix prioritaires nécessaires, et d'assurer les moyens financiers de tels choix, en tant qu'institution partenaire des organismes d'élaboration des recommandations tels que l'ANAES. Cette structure devrait assurer l'administration et le financement du dispositif de FMC, indépendamment des aléas conventionnels et des choix du moment, permettant une réelle mise en œuvre du dispositif de recommandations de bonne pratique.

Pour de simples raisons d'efficacité, une coordination des structures nationales concernant les professionnels de santé à modes d'exercice différent (salarié, hospitalier, libéral) ainsi que des structures décentralisées régionales paraît nécessaire, en y intégrant la participation de l'Etat et des organismes sociaux.

3.2.2. Mettre en place une structure de maîtrise d'ouvrage globale sous l'autorité de l'ANAES

Si l'on admet que la priorité est maintenant de compléter le dispositif d'élaboration des recommandations et consensus par un dispositif de diffusion et d'appropriation, avec pour objectif un ajustement des comportements professionnels, il est logique de maintenir une unité du dispositif sous l'autorité du Directeur de l'ANAES. Une équipe constituée exclusivement de représentants des effecteurs de formation ayant signé une convention de partenariat avec l'ANAES constituerait le centre de pilotage, de cohérence et de coordination de l'ensemble des acteurs, second niveau du dispositif.

Elle préparerait le travail de la structure précédente en définissant les priorités de la formation médicale continue. Elle aurait pour attribution la maîtrise globale d'ouvrage du projet « recommandations », dans la mesure où ce projet est l'un des éléments essentiels de la FMC. A ce titre, elle prendrait en charge le pilotage des actions de formation à ces recommandations, qu'il s'agisse de formations proprement dites, ou d'audits de pratiques. L'ANAES pourrait assurer la coordination du programme, réunir et analyser les expériences, utiliser les données pour évaluer leur efficacité.

L'UNAFORMEC est prête à mettre son expérience et son réseau au service d'un tel projet, dont elle peut être la cheville ouvrière. Elle a pour cela l'antériorité de sa pratique, l'importance du nombre de ses adhérents, la qualité de ses engagements au service de la qualité des soins.

3.2.3. Faire appel au développement et à l'expérimentation de systèmes de formation appuyés sur les recommandations

C'est aux organismes de formation médicale continue de terrain qu'il appartient de proposer les modalités de formation selon le cahier des charges défini par la structure nationale évoquée dans le premier alinéa. Ils seraient ainsi les maîtres d'œuvre d'un dispositif qui reprendrait évidemment les points forts du dispositif de formation médicale continue « conventionnelle » mis en place par les précédentes conventions médicales. La sélection des projets, le suivi, et la coordination devraient être confiés aux équipes techniques nécessaires, émanant de la structure nationale ou de ses représentations régionales. C'est à ce premier niveau, largement décentralisé (voir figure 1), que se joue l'avenir de l'ensemble du dispositif de recommandations de bonnes pratiques, permettant leur diffusion et leur appropriation par les professionnels concernés.

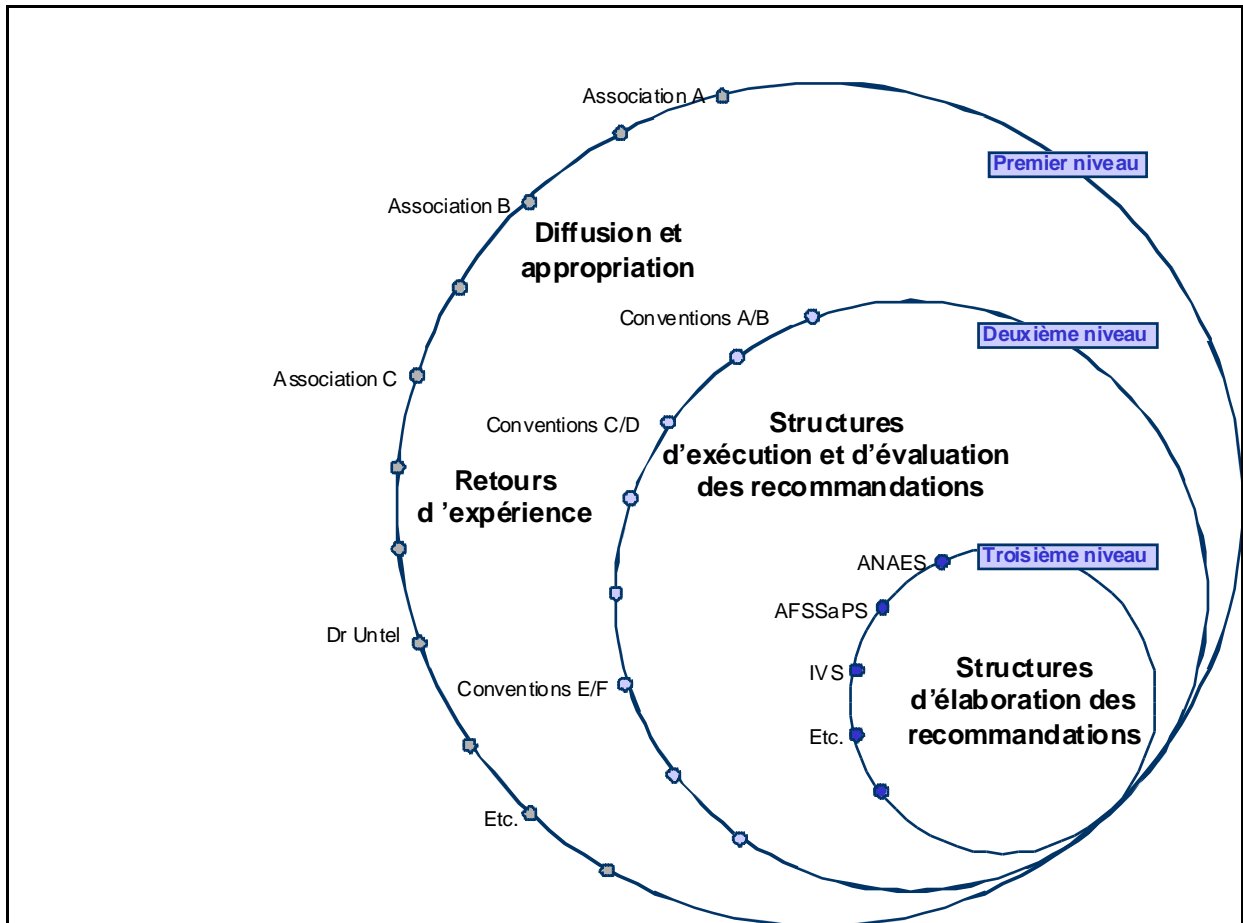
3.2.4. Définir et engager un plan de communication global et ciblé vers chaque catégorie de partenaires et chaque professionnel, les moyens nécessaires pour soutenir ces projets, et mettre en place un registre des études de diffusion des recommandations

La structure nationale définie précédemment serait ici en charge de l'ensemble.

- Un plan de communication devra être élaboré de façon collective entre les acteurs concernés et être décliné au niveau local (le premier niveau évoqué ci-dessus). Il devra veiller à présenter les objectifs des recommandations, jusque dans ses implications individuelles, calmer les craintes qui se manifestent souvent par manque d'information, et mobiliser les acteurs pour accélérer le rythme de diffusion des recommandations. Il s'agit évidemment d'une démarche de communication analogue à celle utilisée dans le cadre de l'accréditation.

- Une réelle intégration à la vie professionnelle est le premier élément à prendre en compte, ce qui implique les moyens nécessaires. Ceux-ci ont été mis en œuvre par les précédentes conventions médicales pour les médecins libéraux.
- Enfin, il ne semble pas exister actuellement d'études françaises d'impact des RPC et conférences de consensus. Il est maintenant essentiel de favoriser leur mise en œuvre, et un enregistrement prospectif permettant l'exploitation de ces retours d'expérience. L'ANAES devrait être le maître d'ouvrage associé à la structure de FMC définie précédemment dans le droit fil de ses missions d'évaluation et d'accréditation, permettant de dépasser des clivages professionnels probablement inscrits dans la durée.

Figure 1 : Propositions pour une meilleure mise en pratique des RPC



CONCLUSION

La mise en œuvre d'un système permettant une diffusion des recommandations et surtout les modifications des comportements des professionnels impliqués par ces recommandations représente dans notre pays comme dans tous ceux qui ont suivi cette démarche une préoccupation majeure des responsables. Les enjeux sont considérables, tant en ce qui concerne la qualité des professionnels de santé que dans le domaine de l'assurance qualité et du coût-efficacité des soins rendus à la population.

C'est l'un des axes majeurs de la politique de santé de ce pays.

Il n'y a pas dans ce domaine de solution miracle, mais il est indispensable de débloquent ce qui représente actuellement une impasse totale, où les crispations des uns et des autres doivent être dépassées. L'attente et l'incertitude actuelles ne peuvent être que dommageables pour l'avenir du système de santé.

Dr J.P. Vallée

Colleville-Montgomery, le 12 décembre 1999

RÉFÉRENCES

La recherche documentaire sur les données internationales des études de diffusion des recommandations a été faite au centre de Documentation de l'UNAFORMEC.. Elle a reposé sur le suivi prospectif et continu des sommaires récents des principales revues internationales mis en œuvre au sein du centre de documentation. Des textes de référence plus anciens ont été sélectionnés en fonction de leur intérêt immédiat pour ce rapport.

- (1) Papiernick E. Rapport de mission de Monsieur le Professeur Emile Papiernick à Monsieur Edmond Hervé, Secrétaire d'Etat chargé de la Santé, Documentation Française, Paris 1985.
- (2) Armogathe J.F. Pour le développement de l'évaluation médicale : rapport au Ministre de la Solidarité, de la Santé, et de la Protection Sociale. Paris, Documentation Française, 1989, 204 pages.
- (3) Matillon Y. in Recommandations et références médicales, tome 1, publication ANDEM 1994.
- (4) Durieux P. Commentaire méthodologique général de l'ANDEM. Prescrire 1994, 137 : 111
- (5) Les recommandations pour la pratique clinique : guide pour leur élaboration Publication ANDEM 1993
- (6) Les recommandations pour la pratique clinique : base méthodologique pour leur réalisation en France. Publication ANDEM 1993 et 1997.
- (7) Recommandations et références médicales 1994 Tomes 1 et 2, publication ANDEM 1995.
- (8) Recommandations et références médicales 1995 Concours Médical, suppléments 1, 2, 3, 4, 5 aux N°38 du 16/11/96, 39 du 23/11/96, 40 du 30/11/96, 41 du 7/12/96 et 42 du 14/12/96.
- (9) Recommandations et références médicales 1996, publication ANDEM 1996
- (10) Recommandations et références médicales 1997, publication ANAES 1997
- (11) Les conférences de consensus : base méthodologique pour leur réalisation en France, publication ANDEM 1997.
- (12) Scharf G. Manuel pratique de la formation continue du médecin. Bayonne, Editions Intergraphe, 1977 (épuisé, consultable au centre de documentation de l'Unaformec)
- (13) Gallois P. La formation médicale continue : principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation. Paris, Collection Médecine-Sciences Flammarion 1997
- (14) Ageorges P. A propos de l'évaluation de la qualité des soins. Bulletin de l'UNAFORMEC, N°3 , 1980. Rev Prat, 1980, 30, 29 : 1973-74
- (15) Bigorgne A. Pierre Ageorges (1933-1987) : les combats d'un médecin de famille. Thèse méd. Tours 1993, 80 pages.
- (16) Gallois P., A. Taïb : De l'organisation du système de soins. Rapport au Ministre de la Santé. La documentation française 1981
- (17) Formation continue des médecins . Accords syndicats, UNAFORMEC, Ordre sur les objectifs à atteindre. Bull Ordre Méd. 3^{ème} trimestre 1981 : 4

- (18) Agorges P. Bardelay G. Noiry J.P. Pour faciliter la décision médicale, les consensus en médecine, une chance pour la profession. Paris, UNAFORMEC, 1986, 32 pages.
- (19) Sebbah R. Recensement UNAFORMEC. Paris, UNAFORMEC Avril 1994.
- (20) Ordonnance N° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise des dépenses de soins. Journal Officiel du 25 avril 1996 : 6309-20
- (21) Décret n° 96-1050 relatif à la formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral. Journal Officiel du 6 décembre 1996, 17767-70
- (22) Ministre de l'Emploi et de la Solidarité et secrétaire d'Etat à la Santé Lettre de mission à l'inspection générale des affaires sociales 31 octobre 1997 : 2 pages
- (23) Inspection générale des affaires sociales « formation médicale continue » Rapport n° 98037, avril 1998 ; 116 pages.
- (24) Matillon Y. Durieux P. L'évaluation médicale : Du concept à la pratique. Paris, Collection Médecine-Sciences Flammarion 1994
- (25) Grol R. Development of guideline for general practice care. Br J Gen Pract, 1993, 43 : 146-151
- (26) Référentiels d'aide à la décision médicale. Séminaire de formation Paris-Ibis Alesia, 26 et 27 mars 1994. UNAFORMEC mars 1994.
- (27) Code du travail. Loi 911-405 du 31 décembre 1991, article L.900.2 Journal Officiel du 4 janvier 1992.
- (28) Weill C. Attitudes professionnelles et diffusion de la connaissance scientifique : les conférences de consensus sont-elles susceptibles de modifier les comportements des praticiens ? Sciences sociales et santé, 1990, 8 (4) : 91-114
- (29) Grimshaw J.M., Russel IT. Effect of clinical guidelines on medical practice : a systematic review of rigorous evaluations. Lancet 1993 ; 342 : 1317-22
- (30) Ravaud P. Salomon L. Durieux P. Méthodes d'évaluation de l'impact de recommandations de pratique clinique (RPC) Journal d'économie médicale, 1997, 5 : 283-95
- (31) Wensing M. Van der Weidjen T. Grol R. Implementing guidelines and innovations in general practice : which interventions are effective ? British Journal of général practice 1998, 48 : 991-997
- (32) Dowie Robin A review of research in the United Kingdom to evaluate the implementation of clinical guidelines in general practice. Family practice 1998 ; 15 : 462-70
- (33) Grol R. et al. Attribute of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice : observational study. BMJ 1998 ; 317 : 858-61
- (34) Lepetit C. Evaluer : pourquoi et comment ? Prescrire 1991, 11, 113 : 593-598
- (35) Sarasin F.P. « Guidelines » : élaboration et modifications de la pratique clinique. Med Hyg 1998 ; 56 : 2078-80
- (36) Le Fur P., Sermet C. Les références médicales opposables. Impact sur la prescription pharmaceutique. CREDES, 1996, 116, 271 pages.

- (37) O'Connell D. et al. Randomised controlled trial of effect of feedback on general practitioner's prescribing in Australia. *BMJ* 1999 ; 318 : 507-11
- (38) Davis DA et al. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies *JAMA* 1995 ; 274 (9) 700-705
- (39) Agence nationale de l'évaluation médicale. Formation médicale continue en médecine ambulatoire : pratiques d'évaluation. Paris, ANDEM, 1995