



à finalité professionnelle, les conditions nécessaires à leur adaptation. Là où il devrait y avoir initiative, elle leur a enlevé la responsabilité morale ; là où il devrait y avoir adaptation constante, elle leur a imposé une double tutelle. Là où on devrait s'approcher des coûts réels de formation d'un médecin, on se trouve dans un système dépendant de la composition globale de l'université. Le statut de la faculté de médecine, au sein de l'université, mérite d'être revu là encore en fonction d'une réflexion élargie aux milieux professionnels, aux responsables de la santé et en fonction de correspondances européennes. ■

La formation continue des médecins dans les hôpitaux publics

Christophe Segouin

Médecin, chef du service de la Formation continue des médecins, Assistance publique-Hôpitaux de Paris

Le concours de l'internat de médecine : formation ou sélection ?

Historiquement, la formation médicale a connu de nombreuses transformations, afin de s'adapter à une pratique qui s'est progressivement spécialisée, au gré des avancées techniques et scientifiques. Cette évolution a modifié la place de la médecine générale dans le champ médical, puisqu'elle ne représente plus, aujourd'hui, la qualification commune à l'ensemble des praticiens. Avant 1982, la formation médicale était organisée à partir d'un tronc commun de sept années conclu par la thèse, qui autorisait l'exercice de la médecine générale. Ceux qui désiraient se spécialiser prolongeaient leur formation par un certificat d'études spécialisées (CES)* de deux à quatre années ou un internat des hôpitaux de quatre ans. Au vu des transformations de la pratique médicale, ce système présentait des inconvénients majeurs : d'une part, la médecine générale ne faisait pas l'objet d'un enseignement propre ; d'autre part, la formation des spécialistes était hétérogène, les internes bénéficiant d'une pratique hospitalière plus importante que les étudiants en CES. À la fin des années soixante-dix, la nécessaire harmonisation européenne des diplômes médicaux a amené la France à créer une formation spécifique pour les omnipraticiens et un cursus homogène d'apprentissage des spécialités. Par ailleurs, l'attrance des étudiants pour la spécialisation faisait craindre une augmentation des dépenses de santé et l'instaur-

ation d'un *numerus clausus* apparaissait comme une mesure économiquement nécessaire.

Reprenant les grands principes d'une première loi-cadre élaborée en 1979, la loi du 31 décembre 1982 a posé les bases du système actuel, en instaurant un concours national d'accès aux filières de spécialité et un résidanat de médecine générale, aboutissant à un doctorat portant qualification de médecine générale ou spécialisée. Le nouveau concours garda l'appellation d'internat, bien que sa vocation ne soit plus celle de l'ancien internat des hôpitaux, qui visait à pré-recruter le corps des praticiens hospitalo-universitaires. Loin d'aboutir à une valorisation de la médecine générale, ainsi que l'espéraient les protagonistes du dispositif, le concours a eu un effet de barrage qui excluait les généralistes, rapidement stigmatisés par la « sélection par l'échec ». Les clivages professionnels déjà importants entre généralistes et spécialistes s'en sont d'autant accentués, renforçant la dualisation du corps médical.

L'ambiguïté de la mission des universités

La réforme de 1982 concernait surtout les troisièmes cycles d'enseignement, tant dans leurs conditions d'accès que dans leurs contenus. En effet, le concours de l'internat porte sur un programme distinct de celui des premiers cycles universitaires et les questions sont tirées à partir d'une banque nationale. Mais dans la pratique, cette épreuve a perturbé le deuxième cycle des études médicales, moment de la préparation du concours. Le cumul de deux programmes, lourds et en partie dif-

férents, rendent ces études d'autant plus difficiles qu'ils doivent être intégrés dans un temps relativement court. Rapidement, les facultés furent confrontées à un dilemme : doivent-elles ignorer le programme de l'internat et conserver intact leur programme de base ou doivent-elles s'inspirer des questions du concours pour faciliter le passage de l'internat à leurs étudiants ? Outre la pression exercée par les étudiants eux-mêmes, la publication des résultats de l'internat mettait les facultés en concurrence, les incitant à placer leurs propres candidats dans des conditions optimales de réussite.

Dans le cadre de notre recherche sur l'impact de cette réforme, nous avons étudié les contenus et les conditions d'enseignement des deux premiers cycles des études médicales de plusieurs universités, durant les années précédant et succédant à la réforme, ainsi que durant la période de transition. Nous avons constaté que les facultés avaient modifié, plus ou moins systématiquement, les contenus et les formes de validation du deuxième cycle. Du point de vue des contenus, les certificats enseignés se sont parfois alignés strictement sur les questions d'internat, les examens reprenant des épreuves du concours. Par ailleurs, les modes de validation se sont assouplis, en particulier en levant le principe selon lequel les étudiants doivent obtenir la moyenne à chaque certificat, garantie de connaissances minimales assimilées dans l'ensemble des grands domaines médicaux.

La formation pratique a également subi des transformations, même si celles-ci sont moins formelles. Mais il arrive que certaines promotions d'externes soient dispensées de leur dernier stage hospitalier pour pré-

Anne-Chantal Dubernet
Chargée de recherche au CNRS, Laboratoire G. Friedmann (Paris I), MSH Ange Guépin (Nantes)

* Certificats d'études spécialisées : diplômes par lesquels les étudiants avaient accès aux spécialités médicales. La plupart n'exigeait pas le passage par l'internat. Des modalités de sélection à l'entrée pouvaient exister, mais étaient propres à chaque discipline, voire à chaque université.

Les médecins des hôpitaux publics sont soumis aux mêmes obligations déontologiques d'entretien de leurs connaissances, aux mêmes contraintes liées à l'augmentation rapide du savoir médical. Toutefois, compte tenu de leur cadre d'exercice, de la diversité de leurs activités professionnelles et de leur statut de salarié, la formation continue présente des spécificités.

Des spécificités qui déterminent les besoins de connaissance

Dans le domaine de la spécialité médicale exercée, plus le niveau de connaissance se spécialise, moins la ré-

ponse de formation pourra être standardisée, aussi bien dans son contenu que dans la forme qu'elle peut prendre. Dans cette situation, l'appréciation de son besoin sera au mieux exprimée par l'expert, lui-même devenant producteur de savoir nouveau pour les autres quand pratique médicale et recherche se rejoignent.

Par ailleurs, l'exercice hospitalier offre des opportunités de formation réelles bien que difficiles à quantifier. Les échanges au sein des équipes, formalisées dans les staffs et les réunions bibliographiques ou sur le terrain ainsi que les échanges avec les pairs, facilitent la circulation du savoir. De même, les activités d'enseignement

parer l'internat. Individuellement, le choix de stages réclamant peu de présence ou la « vente de gardes » constituent des stratégies qui, bien que déjà en vigueur avec l'internat de CHR, ont eu tendance à se généraliser.

Localement, ces changements de stratégie universitaire ont porté leurs fruits. Dans une faculté que nous avons étudiée, le taux d'accès à la médecine spécialisée concernait 20 à 25 % des premières promotions du nouveau concours. Six années plus tard, alors que les maquettes d'enseignement ont été totalement revues, c'est plus de la moitié des étudiants qui accédaient à la spécialisation, soit un taux proche de ce que produisait l'ancien système. Cette dépendance de la formation universitaire vis-à-vis de la préparation au concours pose des problèmes de nombreux enseignants, qui nous ont fait part de leurs difficultés à assurer un enseignement qui ne soit pas dominé par les questions d'internat. En outre, les étudiants ont tendance à désertier les amphithéâtres au profit des conférences d'internat, extérieures à la faculté, laquelle est pourtant le seul lieu de socialisation commun à l'ensemble des étudiants, quel que soit l'exercice qu'ils choisiront. Cet aspect de la formation pose une question essentielle, au regard de la segmentation croissante du corps professionnel, où le fossé existant entre généralistes et spécialistes a tendance à provoquer des tensions de plus en plus fortes*.

Une formation discriminante ?

Au-delà des taux de réussite à l'internat,

* Comme on peut le constater à travers la division du syndicalisme médical [2].

indicateurs en général retenus pour mesurer l'efficacité de cette réforme, on remarque que les caractéristiques des étudiants ayant dorénavant accès à la spécialisation ont été bouleversées. Les femmes, qui sont arrivées en grand nombre dans les facultés de médecine ces dernières années, ont pâti de cette forme de sélection : si elles franchissent massivement la barrière du concours de première année, celle de l'internat les pénalise. En conséquence, elles se spécialisent aujourd'hui moins souvent que les hommes, alors qu'avant 1982, seule une minorité devenait médecin généraliste.

Par ailleurs, les étudiants ont tendance à évaluer leurs chances de réussite à l'internat à l'aune de leurs résultats en deuxième cycle : s'ils ne sont pas classés dans les deux premiers tiers de leur promotion, ils s'auto-sélectionnent et renoncent à se présenter au concours. Tout se passe comme si l'ensemble des étudiants avait intériorisé le fait que la spécialisation était réservée aux « meilleurs » et que les résultats universitaires reflétaient des prédispositions à l'exercice d'une forme de médecine. Ainsi que les entretiens réalisés auprès des médecins le montrent, l'omnipratique souffre d'une dévalorisation universitaire et hospitalière accentuée par le nouveau système. Avant la réforme, un nombre significatif « d'excellents » étudiants pouvaient opter pour la médecine générale, sans que ce choix soit vécu comme un signal d'échec. Aujourd'hui, presque tous les étudiants performants se lancent dans la préparation à l'internat, y compris ceux qui auraient été attirés par la médecine générale, l'émulation prenant ainsi le pas sur l'attrait professionnel.

Il apparaît que la probabilité de se spécialiser résulte aujourd'hui de trois principaux déterminants : les orientations pédagogiques de la faculté d'origine ; le sexe ; la réussite aux études. Ainsi, la moitié des jeunes femmes les moins brillantes à la faculté avaient accès à une spécialisation médicale avant 1982, en particulier par les CES. Dix ans plus tard, on estime que 80 % des étudiantes d'un niveau similaire sont généralistes.

On peut alors s'interroger sur le sens des évolutions de la formation universitaire. Pour certains médecins, la préparation au concours de l'internat constitue la meilleure formation possible, puisqu'il s'agit d'apprendre une médecine de haut niveau. Pour d'autres en revanche, ce concours, basé sur un programme jugé incomplet, stimule plus la mémoire que la réflexion et appauvrit, de ce fait, la formation médicale. Ces opinions divergentes mettent en évidence la contradiction qui existe entre un objectif de formation et un objectif de sélection. Le premier vise à assurer des connaissances solides et minimales à tous et le second à faire émerger « l'élite » du lot commun. À défaut d'un choix explicite entre ces deux objectifs, l'internat, mais aussi le deuxième cycle des études médicales, représentent des systèmes de formation dont le résultat est un inéluctable classement, où les *non sélectionnés* et les *mal placés* deviennent les *mal formés*. ■

Cet article s'appuie en partie sur les premiers résultats d'une recherche en cours, s'intitulant : « Les effets de l'internat en médecine de 1982 sur les choix professionnels des médecins ». Ce travail est inscrit dans le programme Inserm/CNRS/Mire 98 : processus de décision et changements dans les systèmes de santé. Le rapport de recherche est prévu pour le début de l'année 2001.



Les médecins aujourd'hui en France

et de recherche sont, pour ceux qui en ont la charge, autant de moyens d'augmenter et de clarifier leurs connaissances.

Le médecin hospitalier n'est pas seulement un expert. Il est aussi un acteur de l'organisation complexe qu'est l'hôpital. Ses fonctions l'amènent à manager des projets, des budgets, des hommes ; ce sont des rôles auxquels sa formation initiale ne l'a pas préparé. Dans ce domaine, la formation continue aura un rôle important à jouer, comme l'a d'ailleurs souligné le protocole récemment signé entre le ministère et les représentants des praticiens.

Des textes qui inscrivent un droit et devoir individuel dans un cadre collectif

Les textes qui se sont succédé (cf. encadré) depuis la mise en place du statut des praticiens hospitaliers en 1984 ont permis de déterminer droits et devoirs de chacun pour ce qui concerne la formation continue :

- pour les médecins, le droit de bénéficier d'un quota de jours consacrés à la formation et d'en obtenir le financement partiel ou total ; avec, en contrepartie, une transparence vis-à-vis de leur employeur sur l'emploi de ce temps ;
- pour la communauté médicale, représentée par la commission médicale d'établissement (CME), et pour la direction de l'hôpital, la possibilité de préparer conjointement un plan de formation et d'apprécier l'opportunité des formations pour lesquelles une prise en charge financière est sollicitée. En particulier pour ce qui con-

cerne l'acquisition d'un nouveau savoir, d'une nouvelle technique, dont le financement institutionnel ne pourra être envisagé que dans le cadre d'un projet de l'hôpital.

Pour autant, l'hôpital n'est pas devenu le maître d'œuvre de la formation continue de ses médecins, compte tenu, entre autres, de la modestie des sommes qu'il lui consacre : 0,40 % de la masse salariale médicale en moyenne [17], soit un niveau inférieur à celui prévu par la loi de 1989 (cf. encadré). De cette masse financière, on sait que les deux tiers ou les trois quarts des médecins titulaires en bénéficient chaque année ; mais le bilan réalisé par le ministère ne précise pas à quelles formations sont consacrés ces fonds. Ce que l'on peut dire, c'est qu'avec moins de 2 000 francs par an et par médecin, l'hôpital ne finance qu'une partie de la formation continue.

Des pratiques de formation qui font coexister des stratégies individuelles et des enjeux collectifs

Il existe peu de données sur les pratiques de formation des médecins hospitaliers. La « Fédération des sociétés nationales de spécialités médicales » qui a vu le jour après l'Ordonnance de 1996 instituant l'obligation de formation médicale continue a réalisé un état des lieux [9] ; de même que quelques sociétés savantes ont mis en place un suivi dans leur spécialité. Mais ces études ne suffisent pas à déterminer une pratique individuelle moyenne.

Un centre hospitalier universitaire, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), a réalisé une enquête

Formation continue : dispositions législatives et réglementaires au 15 octobre 2000

- Décret n° 84-135 du 24 février 1984 : Statut des personnels enseignants et hospitaliers des CHU. Arrêté du 21 décembre 1960 modifié par arrêté du 31 mars 1976 et circulaire du 15 mars 1978 : *autorisation d'absence*.
- Décret du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers, art. 46 : *un plan de formation est arrêté dans chaque établissement, les PH ont droit à 15 jours de congé formation*.
- Arrêté du 23 mai 1985 fixant les modalités d'exercice du droit à congé de formation des praticiens hospitaliers : *précise les modalités retenues au titre de la formation continue et leur financement. L'économie de la santé, l'épidémiologie et l'évaluation de la qualité des soins sont nommément cités*.
- Arrêté du 28 mai 1986 fixant les modalités du droit à congé de formation des praticiens exerçant leur activité à temps partiel dans les établissements d'hospitalisation publics
- Circulaire du 28 août 1986 relative aux congés de formation des praticiens hospitaliers

à temps plein et à temps partiel : *précise les modalités d'exercice du droit à congé formation ainsi que les points relatifs au plan de formation de l'établissement*.

- Loi du 10 juillet 1989 portant diverses propositions relatives à la sécurité sociale, Titre II : *financement plancher par les établissements à hauteur de 0,50 % de la masse salariale brute hors charges patronales pour les CHRU et 0,75 % pour les autres*.

- Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, art. L 714-16 : *la CME émet un avis sur les plans de formation « intéressant les personnels médicaux »*.

- Ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, Titre II : *obligation de formation continue dont le respect est justifié tous les 5 ans auprès de la CME (non mis en place)*.

- Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, Titre VIII : *la CME « organise la formation continue des praticiens (...) et, à cet effet,*

prépare avec le directeur les plans de formation correspondants ».

- Art. L 714. 27 du Code de la santé publique.

- Arrêté du 6 mai 1997 portant création du Conseil national de la formation médicale continue hospitalière.

- Arrêté du 27 mai 1997 portant nomination au Conseil national de la formation médicale continue hospitalière.

- Décrets du 31 mai 1997 portant sur la FMC des personnels médicaux hospitaliers : *précise entre autres le nombre de jours ouvrables de congé annuel formation et les praticiens astreints à la formation continue. Les attachés sont concernés, sous condition de nombre de vacations*.

- Décret n° 99-292 du 14 avril 1999 : *obligation et durée de formation continue pour les praticiens adjoints contractuels*.

Une loi en préparation doit préciser les conditions de mise en œuvre de la FMC obligatoire.

La FMC des médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers

Statut	Médecin ^a	Pharmacien	FMC ^c	Organisée par la CME ^d	Justifiée devant la CME ^e	Congé formation annuel ^f
	Odontologiste ^b					
Praticien hospitalier temps plein	●		Obligatoire	Oui	Oui	15
Praticien hospitalier temps plein		●	Non explicitement obligatoire	Oui	g	15
Praticien hospitalier temps partiel	●		Obligatoire	Oui	Oui	6
Praticien hospitalier temps partiel		●	Non explicitement obligatoire	Oui	g	6
Pharmacien des hôpitaux à temps partiel			Obligatoire	Oui	g	8
Praticiens contractuels	●		Obligatoire	Oui	Oui ^{h, i}	8 ⁱ
Praticiens contractuels		●	Non obligatoire	Oui ^{h, j}	g	8 ⁱ
Praticiens adjoints contractuels	●		Non précisé	k	k	15
Assistants des hôpitaux	●		Obligatoire	Oui	Oui	8
Assistants des hôpitaux		●	Non obligatoire	Oui	g	8 ⁱ
Attachés et attachés associés à 11 vac.	●		Obligatoire	Oui	Oui	8 ⁱ
Attachés ^l / 6 < vac. < 11 dans CHG ou spécialisés ; 8 < vac. < 11 vac. CHRU	●		Obligatoire ^m	Oui ⁿ	Si souhait	p
Attachés		●	Non obligatoire	Oui	g	q
Personnels enseignants et hospitaliers des CHU ^s	●	●	Obligatoire	Oui	Oui	r

a. Ou biologiste titulaire du diplôme permettant l'exercice de médecin.

b. Ou biologiste titulaire d'un diplôme permettant l'exercice pharmacien.

c. Obligatoire (art. L. 367-2) et non obligatoire.

d. Art. L. 714-14.9.

e. Art. L. 714-16, susceptible d'être modifié par les futures dispositions.

f. Jours ouvrables. Les droits au titre d'une année peuvent être reportés (sans pouvoir être cumulés par anticipation).

g. Ne s'applique pas.

h. Pour les recrutés au titre du 6^e du I de l'art. 2.

i. Pour les temps plein.

j. Pour les temps partiel.

k. Non prévu.

l. Dans 1 ou plusieurs centres hospitaliers.

m. Si souhait exprimé de justifier sa FMC au titre de son activité d'hospitalier.

n. Si souhait exprimé de justifier sa FMC devant la CME.

p. Non précisé.

q. Idem autres attachés.

r. 6 semaines dont 31 jours à l'étranger.

s. Tous grades, toutes disciplines.

par questionnaire écrit sur ce sujet. Ce travail, réalisé en 1998, a été mené auprès d'un échantillon représentatif de 800 titulaires, stratifiés par discipline [22]. Les réponses rendues par 80 % des médecins interrogés mettent en évidence des pratiques diversifiées et denses. Ainsi chaque année, 93 % participent à près de quatre congrès, les trois quarts signent près de quatre publications dans des revues à comité de lecture, 60 % consultent régulièrement des bases de données biomédicales à partir de leur micro...

Pour ce qui concerne le champ de la formation en revanche, on constate que 15 % des médecins seulement consacrent du temps à des formations médicales en dehors de leur spécialité et que moins de 5 % disent participer à des formations portant sur la communication interindividuelle ou le management.

Pour ce qui concerne les formations au management, on connaît les efforts croissants réalisés par les centres hospitaliers universitaires (CHU) grâce à un bilan réalisé par ces derniers entre 1988 et 1994 [20]. En effet, l'évolution sur ces six années met en évidence le développement d'une stratégie de formation consistant à élaborer un plan de formation prenant à la fois en compte les objectifs des médecins et ceux de l'hôpital. En particulier, la part dévolue au management et

à la gestion avait augmenté régulièrement pendant cette période pour atteindre en moyenne 10 % du budget de formation en 1994. Cet intérêt pour le management s'est développé depuis le début des années quatre-vingt-dix. On en veut pour preuve la création par l'AP-HP (en partenariat avec l'université Paris VII Denis Diderot et l'École des Mines), dès 1991, de l'École de management pour les médecins des hôpitaux. Cette initiative, bientôt suivie par d'autres, trouve une validation *a posteriori* dans la signature du protocole de mars 2000 qui institue la nécessité de proposer systématiquement aux praticiens responsables « des formations spécifiques au management et à la gestion ».

La formation au management est pourtant toujours l'objet d'une discussion entre les tenants d'une formation médicale continue qui ne prendrait en compte que la partie médicale du métier de médecin à l'hôpital et ceux qui pensent que formation médicale et formation au management et à la gestion ne sont que les deux facettes du même métier de praticien hospitalier.

Quelle formation continue obligatoire pour quelle compétence ?

L'obligation de formation continue qui devait prendre effet au premier janvier 1997 n'a pas été mise en place.



Le projet de loi de modernisation sanitaire maintiendrait cette obligation [5] en proposant toutefois des modalités très larges ; ceci devrait permettre à l'ensemble des praticiens, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers, universitaires ou non, de trouver des modes de « validation » qui s'adaptent à leurs pratiques. L'écueil de la participation obligatoire à des formations serait ainsi évité. On sait, en effet, que la formation continue, même volontaire, a un impact faible sur les pratiques médicales [6].

Il n'en reste pas moins que la comptabilisation par « crédit » de formation est la formule de contrôle la plus simple. Ceci explique sans doute une utilisation répandue ; c'est le cas, par exemple, dans la majorité des États des États-Unis qui exigent entre 12 et 50 heures de crédit de formation par an pour renouveler aux médecins leur autorisation d'exercice [23].

La formation continue s'inscrit dans une problématique plus vaste [10]. Elle n'est en fait qu'une des composantes de la question qui préoccupe le client du médecin comme son employeur : comment s'assurer qu'il est toujours compétent ? En effet, malgré la standardisation de la qualification médicale et du recrutement des praticiens, la qualité de leur pratique, à distance de leur formation initiale et de leur recrutement, ne peut plus être présumée. En ce sens, les médecins se trouvent dans la même situation que les établissements de santé dont la qualité doit aujourd'hui être démontrée par l'accréditation. Le débat actuel, en France comme à l'étranger [18], témoigne d'un cheminement dans ce domaine.

Chaque pays, en fonction de sa culture et des pratiques, trouve une solution dans laquelle la formation

continue a toujours sa place ; qu'elle soit pratiquée à titre préventif ou « curatif », comme c'est le cas au Québec où des médecins, à l'issue d'une procédure d'inspection lourde, peuvent être « invités » à suivre un programme de formation créé sur mesure [21].

Conclusion

Les besoins et les opportunités de formation des médecins hospitaliers justifient une approche spécifique et des réponses à caractère local à cette question. Encore faut-il prendre en compte la diversité des situations liée tant à la diversité des hôpitaux qu'à celle des praticiens. Le temps disponible pour la formation, en particulier dans les équipes de petite taille n'étant pas le moindre de ces paramètres.

Cela considéré, il est indispensable que les dispositifs mis en place garantissent la cohérence des connaissances entre les médecins de ville et ceux de l'hôpital. De même qu'il faudra mettre en cohérence les contraintes de formation qui concernent les praticiens hospitaliers de biologie, qu'ils soient pharmaciens ou médecins, à partir du moment où ils exercent des fonctions similaires.

L'articulation entre les besoins individuels et les stratégies collectives doit également être privilégiée. Les commissions médicales d'établissement auxquelles l'Ordonnance de 1996 a donné la prépondérance dans le domaine de la formation a ici tout son rôle à jouer.

Au-delà de la formation continue, c'est bien la notion de compétence qui est en jeu. La formalisation de règles de formation n'épuiserait pas la question de l'assurance de la compétence. Elle en constitue seulement une des prémisses. ■

La formation continue des médecins français

Quelques données sur la situation actuelle

Pierre Gallois
Président-fondateur
de l'Unaformec

Il est difficile d'apporter des données précises, chiffrées, sur l'organisation et l'état de la formation continue des médecins français aujourd'hui pour diverses raisons :

- la formation continue des médecins (FMC) pose un problème spécifique. Pour l'ensemble des Français, l'objectif de la formation continue, telle que les lois successives l'ont organisée, est centré sur l'individu. Pour les médecins l'objectif de la FMC est centré sur la qualité des soins et leur adéquation aux objectifs de santé publique. Il s'agit alors d'une obligation déontologique. Dans un tel contexte, ce qui importe n'est pas la participation à telle ou telle action de FMC, mais la compétence effective des médecins. C'est dans ce sens que les Québécois ont instauré un système d'inspections professionnelles ;

- les ordonnances de 1996 ont transformé l'obligation déontologique de formation médicale continue en une obligation légale. Il s'agit dans ce texte législatif d'une obligation de moyens (le médecin doit prouver qu'il a suivi des actions de formation) et non d'obligation de résultats (il n'est pas demandé de prouver ses connaissances ou sa compétence). En fonction de ces ordonnances, le Conseil national de la formation médicale continue (CNFMC) a répertorié les modalités de formation qui pourraient permettre d'attester que le praticien a satisfait à l'obligation. Ces modalités sont extrêmement diverses, prenant en compte la grande variabilité des besoins de formation selon les modes et lieux d'exercice et le libre choix des moyens par le médecin ;

- avec le changement de gouvernement ces ordonnances n'ont jamais été appliquées. Le ministre de la