

La formation continue des personnels de santé en tant que facteur de carrière

Rapport sur la réunion
d'un groupe de travail de l'OMS

Budapest

31 octobre - 2 novembre 1978

BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE
Organisation mondiale de la Santé
COPENHAGUE
1980



ISBN 92 9020 245 9

© Organisation mondiale de la Santé 1980

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection prévue par les dispositions du Protocole N° 2 de la Convention universelle pour la Protection du Droit d'Auteur. Pour toute reproduction ou traduction partielle ou intégrale, une autorisation doit être demandée au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 8 Scherfigsvej, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark. Le Bureau régional sera toujours très heureux de recevoir des demandes à cet effet.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

Ce rapport exprime les vues collectives d'un groupe de travail et ne représente pas nécessairement les décisions ou la politique officiellement adoptées par l'Organisation mondiale de la Santé.

IMPRIME AU DANEMARK

SOMMAIRE

	<i>Page</i>
1. Introduction	1
1.1 Définition	4
1.2 Méthodes	5
1.3 Organisation	7
1.4 Evaluation	9
1.5 Attitudes face à l'enseignement et l'acquisition de connaissances	10
2. Relation entre formation continue et carrière	14
2.1 Préparation à la formation continue	14
3. Formation continue organisée	15
3.1 Systèmes globaux	15
3.2 Autres systèmes	17
4. Incitations à la formation	18
4.1 L'automotivation	18
4.2 Les contacts avec les collègues et les étudiants	19
4.3 Le prestige professionnel	20
4.4 La rémunération	22
5. Inconvénients	23
5.1 Les pertes de gain	23
5.2 Les problèmes d'effectifs	24
5.3 Le coût de la formation continue	24
5.4 La déception	25
5.5 Les incommodités de la formation continue	27
5.6 Les soucis de carrière	27
5.7 Le défaut d'évaluation	27
6. Sanctions	28
6.1 Retrait d'homologation	29
6.2 Restriction des privilèges	30
6.3 Assurance contre les risques professionnels	30
6.4 Perte du statut d'enseignant	31
7. La nécessité d'agir et les mesures à prendre	32
8. Recommandations	34
Bibliographie	35
Annexe Liste des participants	38

**GROUPE DE TRAVAIL DE L'OMS
SUR LA FORMATION CONTINUE DES PERSONNELS DE SANTE
EN TANT QUE FACTEUR DE CARRIERE**

Budapest, 31 octobre - 2 novembre 1978

1. INTRODUCTION

La question générale de la formation continue – sa définition, ses méthodes, ses buts et ses applications – a déjà fait couler beaucoup d'encre. Il n'y a plus grand intérêt en soi à savoir que tel pays, telle association professionnelle ou telle spécialité se préoccupe du problème, et le compte rendu détaillé des divers programmes devient lassant. Il semble parfois que telles ou telles institutions tiennent surtout à se mieux placer dans la compétition, en étendant la portée de la formation continue qu'elles dispensent, ou en compliquant les détails administratifs, de sorte que l'on se demande *pourquoi*, pour reprendre les termes de la Bible, «l'homme déploie-t-il tant de zèle ... ?» Suffit-il en soi de donner le sentiment que l'on s'active dans ce domaine ? Certainement pas. L'exercice d'une activité manifeste à l'intérieur même de la profession la protège-t-il contre l'imposition d'exigences de l'extérieur ? Ne court-on pas le risque d'offrir beaucoup trop de «formation», de qualité parfois douteuse, et servant au moins autant les intérêts de ceux qui l'assurent que de ceux qui la reçoivent ? Qu'en est-il de l'évaluation critique ? Comment pouvons-nous mesurer, ou évaluer, l'intérêt concret de ce vaste mouvement qui s'est développé au cours des vingt dernières années et qui continue de s'étendre ? Le problème en l'occurrence est exactement le même que celui qui consiste à déterminer la valeur exacte de toute modification profonde du mode de vie, telle que l'adoption d'un nouveau régime alimentaire ou d'un nouveau programme d'exercices physiques : il faut en distinguer d'une part les effets spécifiques, et d'autre part l'amélioration générale de la qualité de la vie et les avantages que cette modification procure en faisant mieux prendre conscience de son moi. La formation continue, sous son aspect professionnel, est, elle aussi, un mode de vie fondamental.

La réunion qui s'est tenue à Budapest constituait essentiellement une tentative de transcender la phase purement descriptive de la définition de la formation continue et du recensement des programmes. Elle avait pour but d'analyser les moyens d'établir la relation entre formation continue et carrière. Pour cela, il était possible d'adopter deux démarches, c'est-à-dire de chercher à déterminer soit les ressources financières, le temps et les équipements qui sont nécessaires pour permettre à tous d'accéder à la formation continue, soit les moyens d'action disponibles – étant admis que cette formation est

avantageuse ou même nécessaire - pour faire en sorte que tous y prennent part. L'expression «facteur de carrière», dans le contexte de la formation continue, a été choisie afin de permettre le débat le plus large possible sur ces points. On n'a, en effet, pas voulu considérer simplement la promotion ou la progression dans la profession, quoiqu'il soit bien connu qu'il n'y en a que rarement, sinon jamais, lorsque le sujet ne croit pas lui-même à l'importance de l'auto-éducation permanente et ne la pratique pas activement. C'est ainsi que le groupe de travail s'est attaché à étudier, dans la perspective la plus large possible, la place qu'occupe la formation continue dans la carrière totale du professionnel de la santé. La relation entre formation continue et carrière peut être considérée dans de nombreuses optiques diverses : celle des personnes concernées, celle des associations professionnelles et universitaires compétentes, celle des producteurs de revues, d'ouvrages, de films, de médicaments et de matériels, celle des syndicats, celle des pouvoirs publics, et enfin celle du public qui s'adresse aux professionnels de la santé pour recevoir des avis, des traitements et des soins compétents.

La réunion de Budapest a constitué le prolongement naturel et annoncé de la réunion du groupe de travail de la formation permanente du personnel de santé, tenue à Dublin en octobre 1976.^a Parmi les participants, on comptait des représentants de nombreuses disciplines de la santé : médecine, profession infirmière, obstétrique, physiothérapie, techniques médicales de laboratoire et sociologie. La liste des participants est jointe en annexe au présent rapport.

Dans la note préparatoire,^b il avait été souligné qu'aucun système de formation, si parfait soit-il, ne garantit aux diplômés qu'il produit une compétence éternelle. Critique et recyclage s'imposent, en raison de la rapidité avec laquelle les compétences et les connaissances deviennent périmées face à l'évolution des contextes sociaux et des modes de prestation des soins. La formation médicale doit être, en fait, considérée comme un processus continu qui s'étend sur toute la durée de la vie professionnelle. Pour la planifier, on devrait, dans l'idéal, disposer d'un code des soins et des pratiques de santé, sur la base duquel il serait possible d'évaluer ou d'apprécier la qualité effective des soins. Cela permettrait de déceler les insuffisances dans les connaissances, les compétences ou les aptitudes, et d'attribuer, par voie de conséquence, des priorités à tels ou tels éléments de la formation. Une fois la formation dispensée selon le schéma approprié, on pourrait procéder à une nouvelle évaluation qui amènerait à reconsidérer les critères des soins et

^a OMS, Bureau régional de l'Europe. *La formation permanente du personnel de santé*. Rapport sur la réunion d'un groupe de travail, Copenhague, 1976 (ICP/HMD 029).

^b Simpson, M.A. *La formation continue aux sciences de la santé*. OMS, Bureau régional de l'Europe (document ICP/MPM 001/6).

les codes de pratique. A ce jour, la formation continue n'a que rarement été organisée de cette façon, et l'on n'en a que très rarement étudié l'efficacité.

Quant aux contraintes et aux limitations de cette formation, elles prennent parfois la forme d'une résistance de la part des enseignants, des établissements d'enseignement, des praticiens de la médecine et des autres professionnels de la santé. Les motivations possibles à la formation continue sont analysées dans le corps du rapport. Les exemples ci-après des moyens employés pour encourager à la formation continue aux Etats-Unis sont extraits de la note d'introduction à la conférence. Bien que ces exemples ne soient pas directement applicables aujourd'hui à la Région européenne, ils présentent cependant un très haut intérêt, car ils mettent en évidence diverses attitudes et démarches possibles.

«Aux Etats-Unis, l'*Oregon Medical Association* a établi en 1970 les conditions fondamentales de la formation continue auxquelles devaient obéir ses membres et, en 1971, elle a suspendu onze d'entre eux qui n'avaient pas rempli ces conditions. Lorsque le fait a été connu du public, l'Association n'a pas révélé les noms des membres suspendus, mais elle a conseillé aux patients de demander à leur médecin s'il appartenait ou non à l'Association et s'il détenait un certificat attestant qu'il avait rempli les conditions imposées de formation continue. Le nombre des membres de l'Association s'est alors accru et le certificat est devenu un document très demandé...

Aux Etats-Unis, la délivrance de certificats par des commissions de médecins spécialisés constitue le moyen de faire avaliser le statut des nouveaux spécialistes ... Les directives données à ces commissions conduisent à penser que la délivrance des certificats peut être subordonnée à la participation constatée à un programme de formation continue, à des contrôles de connaissances oraux ou écrits, à des contrôles de compétence et de résultats, et à des vérifications de pratique et d'exercice de la profession ... De plus, l'*American Medical Association* a créé, en 1968, un certificat d'homologation destiné aux médecins en mesure de prouver qu'ils avaient suivi 150 heures annuelles de formation continue homologuée. En 1975, plus de 50 000 certificats de ce type avaient déjà été décernés. Durant les années 1970, les principales associations de spécialistes ont mis sur pied de vastes programmes d'auto-examens, permettant de déterminer les secteurs qui présentent de l'intérêt et de l'importance pour la spécialité et d'aider les médecins à reconnaître leurs points faibles et à planifier leur formation continue.

Plusieurs commissions médicales d'Etat - qui ont, aux Etats-Unis, la charge de délivrer les autorisations de pratiquer - ont commencé à exiger le renouvellement de ces autorisations à intervalles spécifiés, et ce renouvellement est subordonné à la participation, pendant un laps de temps déterminé, à des programmes homologués de formation avancée; plus de douze associations médicales d'Etat (associations de médecins) exigent de leurs membres qu'ils participent de même à des programmes de formation continue pour conserver leur qualité de membre.

D'autres professions de la santé instituent peu à peu des conditions similaires. Pour les infirmiers par exemple, de nombreux Etats accordent des «unités de valeur» à ceux qui participent volontairement à des programmes de formation continue, et ont mis en place des systèmes de contrôle et d'homologation des stages.

L'*American Nursing Association* a créé une Commission nationale d'Homologation de la Formation continue et cinq comités régionaux d'homologation. La Commission de la Formation infirmière de l'Association formule des recommandations générales concernant l'orientation des programmes, en fonction de la modification des besoins en matière de soins, de pratique et de politiques, tandis que les comités procèdent à des inspections sur place et étudient les demandes d'homologation des stages. Au Canada, un code de pratique infirmière a été institué dans la Province de l'Ontario, et l'Ecole supérieure d'Infirmières délivre des certificats de compétence au lieu d'autorisations de pratiquer. En Finlande, la formation continue est obligatoire pour les infirmières obstétriciennes.

L'*American Academy of Physicians' Assistants* a institué la formation continue obligatoire. Pour rester inscrits à l'Association, ses membres doivent acquérir 90 heures de formation continue dans la première année qui suit leur inscription; pour les membres plus anciens, une formation continue de 150 heures est exigée sur trois ans. La Commission nationale d'Homologation des Aides médicaux impose à tous les aides homologués de suivre 100 heures de formation permanente tous les deux ans pour conserver leur homologation. Il est envisagé également d'instituer à partir de 1981 des examens de confirmation pour les aides médicaux qui pratiquent depuis six ans.

Les systèmes d'autorisation sont parfois acceptés de très bon gré par les professionnels de santé exerçant des disciplines nouvelles, car ils y voient un moyen de définir, d'élargir et d'assurer leur rôle. La formation continue obligatoire et la confirmation des homologations commencent également à être souhaitées par les associations de travailleurs de la santé, dans le dessein à la fois de préserver la bonne pratique clinique et de rehausser leur statut et leur prestige.»

Pour en terminer avec cette introduction, nous allons maintenant présenter quelques observations succinctes sur la définition de la formation continue, ses méthodes, son organisation, son évaluation, et sur les attitudes en ce qui la concerne, sans revenir sur le contenu des rapports antérieurs relatifs à la question, y compris celui de la réunion de Dublin.

1.1 Définition

On peut définir comme formation continue toute formation postérieure à l'achèvement des études formelles qui sont imposées comme condition d'accès à la pratique en qualité de professionnel indépendant, spécialisé ou non.

Bien qu'il soit coutumier de distinguer formation continue d'une part, et formation avancée en spécialisation, conduisant à un diplôme, d'autre part, il serait exagérément restrictif de considérer la première seulement comme un exercice de révision d'un acquis et non comme un moyen de se doter de compétences et de connaissances nouvelles. On ne peut établir entre formation continue et formation avancée qu'une distinction extrêmement ténue : si, par exemple, un radiologue praticien souhaite apprendre la tomographie électronique, un obstétricien la fœtoscopie, ou un pédiatre la planification génétique des naissances, cela constitue certainement à la fois une formation continue et une formation avancée à ce qui peut, tôt ou tard, devenir une spécialisation nouvelle. C'est là un point important dans le contexte du thème traité à Budapest car, si la formation continue peut être considérée, parfois très légitimement, comme un moyen de progression dans la profession, elle n'en est pas moins indispensable à tous les praticiens, y compris à la grande majorité d'entre eux qui tiennent simplement à entretenir leurs compétences dans leur profession. Le groupe de travail a beaucoup insisté sur ce point.

1.2 Méthodes

Pour considérer la relation entre formation continue d'une part, profils de carrière et progression dans la carrière d'autre part, il est indispensable d'en bien connaître les différentes modalités.

La méthode de formation la plus évidente et la plus importante est naturellement la lecture. Il n'existe dans aucun autre domaine que celui de la médecine une aussi grande abondance de revues, manuels, résumés d'articles, analyses bibliographiques, et autres ouvrages de lecture. Bien que l'on ait pu constater récemment une tendance à expérimenter avec d'autres moyens de communication, il ne faut jamais oublier les grands avantages que présente le texte écrit.

Les ouvrages de petit format et les revues sont faciles à transporter, et chacun peut les lire quand il en a le temps, au rythme qui lui convient; il est facile de revenir sur des chapitres ou paragraphes antérieurs, ou de relire les passages difficiles. La lecture n'exige aucun matériel spécial; les rééditions sont fréquentes et, par comparaison avec d'autres matériels pédagogiques, l'écrit reste remarquablement peu coûteux. La documentation écrite constitue un moyen sans pareil de fournir des références codifiées à d'autres travaux et de présenter des données sous la forme de graphiques ou de tables.

L'édition des livres et revues a connu récemment une nouvelle évolution importante grâce à l'utilisation plus répandue des ouvrages brochés, à la distribution gratuite de revues en mode conversationnel, contenant à la fois une documentation pédagogique sérieuse et des articles publicitaires ou autres, et, ce qui est peut-être plus important, l'élaboration de modules imprimés d'auto-éducation programmée, grâce auxquels les praticiens peuvent envoyer leurs «réponses» ou leurs opinions et recevoir en retour les commentaires

appropriés. Il existe également des publications composées de fascicules qui peuvent être regroupés pour constituer un ouvrage complet.

Il faut ajouter à cela toute la documentation publiée par l'industrie pharmaceutique, qui, dans certains pays, est largement distribuée parmi les praticiens de la médecine et les autres professionnels de la santé. On ne saurait trop souligner combien la formation peut contribuer à impartir une attitude critique vis-à-vis de cette information. Du point de vue scientifique, en effet, elle a souvent ses limites, mais comme moyen de tenir les médecins au courant des progrès récents et des médicaments existants, elle revêt un intérêt considérable. Il importe qu'une coopération plus étroite et une meilleure compréhension s'instaurent à l'avenir entre l'industrie pharmaceutique et les professionnels de la santé, car elles présenteraient de gros avantages sur le plan de la formation.

Les professionnels de la santé peuvent aussi utiliser à domicile d'autres moyens de formation continue, c'est-à-dire les enregistrements sur bandes magnétiques, les diapositives et les programmes de télévision spéciaux. Il existe déjà dans certains pays des séries extrêmement riches d'enregistrements et de diapositives traitant de nombreuses questions de médecine clinique et de sciences fondamentales. Généralement, les représentants d'entreprises pharmaceutiques rendent visite aux médecins à leur domicile ou à leur cabinet. Là encore, il faut adopter une attitude critique, mais établir aussi des relations personnelles fondées sur le respect mutuel. Le présent rapport analysera plus loin comment les étudiants, déjà diplômés ou non, sont en mesure d'apprendre et d'enseigner dans la pratique quotidienne, c'est-à-dire en dehors des limites de l'établissement d'enseignement traditionnel.

Les congrès de professionnels revêtent des formes diverses, depuis les réunions d'associations ou clubs locaux avec projection de films et débat, jusqu'aux congrès itinérants et aux congrès nationaux et internationaux. Les réunions de chaque type peuvent avoir un ou plusieurs buts et les avantages qu'elles procurent ne sont pas nécessairement ceux que l'on entendait initialement en tirer. Les stages de formation continue peuvent eux aussi revêtir de nombreuses formes différentes : stages intensifs de courte durée (un ou deux jours), stages à temps complet, plus longs, qui s'étendent sur plusieurs semaines ou plusieurs mois, cours du soir ou cours de jour qui peuvent s'étaler sur plusieurs mois ou bien s'inscrire, l'année durant, dans le cadre de l'emploi normal. Chaque type de cours ou de stage présente ses avantages et ses inconvénients, selon les circonstances. La formation à petites doses, organisée sur le plan local ou dans le cadre de l'emploi est peu coûteuse et facilement accessible, mais ces avantages doivent être comparés avec ceux que procurent, au niveau social, les contacts plus larges avec des collègues de la même profession à un niveau de qualification plus élevé, et que permettent les grands congrès nationaux. En effet, bien qu'il y ait certainement avantage à recevoir une formation continue tout en exerçant sa profession, il est bon aussi de pouvoir s'éloigner de son travail pendant un certain temps afin de

reprendre haleine et de faire le point avec plus de sérénité. De toute façon, les deux formules s'assortissent de considérations financières et humaines dont il faut honnêtement tenir compte si l'on veut tirer de la formation continue tout le profit possible.

1.3 Organisation

Il importait aussi, dans le contexte du thème traité à Budapest, d'avoir présentes à l'esprit les diverses modalités possibles d'organisation de la formation continue et les motivations possibles à l'élaboration de programmes et de matériel pédagogiques.

L'automotivation revêt une importance fondamentale, et les professionnels de la santé doivent tous avoir envie de se tenir au courant et d'entretenir leurs compétences. Cette volonté inhérente peut se trouver renforcée par certaines autres considérations : possibilité d'obtenir grâce à la formation continue des avantages financiers, d'avancer dans la profession, ou de tirer plus de satisfaction de son travail, ou bien crainte de se trouver dépassé par les événements et d'en supporter les conséquences. Ces points sont analysés plus loin de façon plus détaillée, mais il est de fait que les professionnels demandent, et continueront à demander, que leur soit fourni un matériel éducatif qu'ils puissent utiliser individuellement à domicile.

Les hôpitaux et les praticiens locaux peuvent organiser eux-mêmes des programmes de formation continue, et souvent de façon profitable s'ils collaborent entre eux à cet effet. De même, les universités peuvent prendre localement l'initiative d'activités de formation continue, et une collaboration très fructueuse peut s'instaurer à cet effet entre les départements universitaires d'enseignement et les praticiens, spécialistes et professionnels de la santé de la région. De façon plus générale, les départements universitaires peuvent produire des matériels éducatifs destinés à un usage extra-universitaire; au Royaume-Uni, l'*Open University* s'emploie actuellement à élaborer des programmes de formation médicale avancée.

Les organisations professionnelles - associations, sociétés ou instituts nationaux des diverses spécialités, par exemple - organisent souvent des activités de formation fort utiles, sous la forme de conférences, de stages, et parfois de détachements dans des établissements cliniques, à l'intention des praticiens qui souhaitent apprendre des techniques spécialisées ou acquérir une formation pratique dans tel ou tel domaine, par exemple des généralistes désireux d'acquérir une expérience de l'obstétrique. Les organismes nationaux responsables de l'éducation peuvent jouer eux aussi un rôle utile en évaluant la qualité pédagogique des cours offerts par les associations de spécialistes; ainsi, au Royaume-Uni, c'est le Conseil des hautes Etudes médicales qui évalue la qualité des cours de formation continue destinés aux conseillers médico-sociaux et qui les approuve au titre du programme de formation avancée. Cette homologation apporte certaines assurances

concernant la qualité des cours et permet à ceux qui les suivent de demander des congés d'études et d'obtenir des subsides à cet effet.

Les syndicats professionnels peuvent faire pression en faveur de l'organisation de programmes de formation continue et de la création de conditions de travail qui permettent à leurs membres de suivre les cours. Tel a été le cas dans certains pays, notamment pour les physiothérapeutes et les techniciens de laboratoires médicaux. Beaucoup de techniciens se sont vu reconnaître le droit de suivre un programme de formation à raison d'une journée par semaine, dans le cadre des conditions normales de leur emploi, et l'exercice des pressions appropriées pourrait amener à la conclusion d'arrangements similaires pour les professionnels diplômés qui occupent déjà un emploi.

Les pouvoirs publics peuvent jouer le rôle de promoteur principal de la formation continue, soit par action législative, comme c'est le cas dans les pays socialistes d'Europe de l'Est, soit grâce à une action plus permissive, c'est-à-dire en prévoyant à cet effet suffisamment de crédits et d'autres ressources et en faisant en sorte que les conditions d'exercice de la médecine et des autres professions de santé soient telles qu'elles permettent aux praticiens de suivre une formation continue, ou même que celle-ci leur procure certains avantages.

Les organismes indépendants, non gouvernementaux, peuvent jouer, eux aussi, un rôle important. A titre d'exemple intéressant, nous citerons la formation continue assurée pour les généralistes au Royaume-Uni. Après la conférence de Christchurch,^a le *Nuffield Provincial Hospitals Trust* a ouvert des crédits pour permettre aux généralistes de suivre des congrès de formation continue organisés selon certaines normes; une fois que ce programme a été mis en place et a fait la preuve de sa valeur, il a été repris financièrement en charge par le Département de la Santé et de la Sécurité sociale et intégré dans le système de rémunération des généralistes. Les primes de formation (prime de formation avancée et prime d'ancienneté) ne sont versées qu'aux médecins qui apportent la preuve de leur participation à un certain nombre d'activités agréées de formation continue chaque année. Durant les années 1960 et les premières années 1970, de nombreux hôpitaux non universitaires du pays ont réuni des fonds par des moyens divers, entre autres des collectes dans la population, afin de créer des centres de formation médicale avancée. Ces centres sont des unités adjoindes aux hôpitaux locaux, comprenant une bibliothèque, des salles de séminaires et de conférences et d'autres équipements, où il est possible d'organiser des réunions et où les généralistes peuvent prendre contact avec les spécialistes de l'hôpital local. Là encore, dès que l'intérêt de cette initiative est nettement apparu, le Département de la Santé et de la Sécurité sociale a pris une part toujours plus grande au financement

^a *Nuffield Provincial Hospitals Trust*. Conference on postgraduate medical education. *British medical Journal*, 1 : 466 - 467 (1962).

des centres, que l'on trouve maintenant dans à peu près toutes les villes du pays. Cette pratique a profondément modifié le système de formation continue et de pratique médicale au Royaume-Uni, et l'on ne saurait trop en souligner l'importance.

La contribution de l'industrie pharmaceutique à l'organisation et au financement de la formation continue, notamment par la production de films et le patronage de congrès, doit elle aussi être signalée. En raison de son rôle économique et social, cette industrie peut contribuer de façon toute particulière à la motivation des personnels médicaux et au modelage des profils de carrière. Pour des raisons d'ordre commercial, l'industrie pharmaceutique a constaté qu'elle avait intérêt à prendre en charge toutes les dépenses des participants à ses congrès et à les accueillir de façon généreuse. Il est un point au-delà duquel ces sollicitations flagrantes peuvent acquérir un caractère suspect, mais il est de fait que la participation à ces congrès est élevée et que les médecins s'intéressent probablement plus à ce qui se passe dans le domaine pharmaceutique qu'à n'importe quel autre aspect de la pratique médicale. Il faut en tirer un certain nombre de leçons, et notamment que la formation continue ne remportera probablement pas de succès s'il ne lui est pas consacré de crédits suffisants.

1.4 Evaluation

L'évaluation qualitative de la formation continue présente des difficultés connues de longue date. Le document de travail pour la réunion signalait les tentatives faites pour déterminer comment la participation à des programmes de formation continue influait sur les profils de pratique et sur la qualité des soins dispensés. Le plus souvent, il n'a pas été possible de démontrer l'existence d'une corrélation. Toutefois, une étude reposant sur des évaluations plus rigoureuses a fait apparaître que la formation continue permettait d'améliorer l'utilisation des antibiotiques et les décisions d'opérer en cas d'appendicite, ainsi que de réduire le nombre relatif des complications post-hystérectomiques.

Les auteurs du document de travail se sont appuyés sur cette constatation pour montrer qu'un programme méthodique, reposant sur des critères de bonne pratique, produisait des effets différents de ceux obtenus avec les programmes plus courants, mais dépourvus de tout système.

Le problème de l'évaluation a été évoqué à maintes reprises à Budapest. D'aucuns ont prétendu que, tant que l'on ne disposerait pas de méthodes d'évaluation d'efficacité prouvée, il serait impossible de réaliser de nouveaux progrès, et que l'on pouvait surtout s'attendre à un vaste gaspillage de ressources consacrées à des activités indiscriminées. D'autres ont beaucoup insisté sur le fait qu'une évaluation *complète*, en un sens véritablement scientifique, constituait un idéal inaccessible : il était certes possible, selon eux, de se fixer certains buts bien précis, et l'on pouvait peut-être alors

mesurer les résultats obtenus en se référant à ces buts, mais la formation continue avait en tout état de cause des justifications d'ordre plus général et elle procurait toujours des avantages relativement nombreux qu'il était impossible, par contre, de définir avec une précision quelconque.

La nécessité d'adapter la formation continue aux besoins en matière de santé a été énergiquement soulignée et il a été fait valoir que, bien souvent, la formation continue pouvait profiter aux praticiens de la médecine ou professionnels de la santé plutôt qu'à la société. C'est là un argument valable dans la mesure où la formation continue favorise l'avancement dans la profession, mais, si cette formation a simplement pour but de faciliter la carrière des médecins ou autres professionnels, elle n'a pas de véritable raison d'être. Plus généralement, par contre, il est douteux que l'on puisse établir une véritable distinction entre la formation qui profite directement à la société et celle qui profite aux professionnels des soins. Ce qu'il faut surtout, c'est susciter les attitudes convenables en ce qui concerne l'*application* des connaissances et des compétences qui auront été acquises ou perfectionnées.

La distinction entre buts spécifiques et généraux d'une part, et résultats d'autre part, revêt de l'importance. Le simple fait de participer à des activités de formation continue, ou même celui de lire une revue scientifique, dissipe le sentiment d'isolement et est bénéfique en soi. La participation à un congrès donne l'occasion de s'entretenir avec des collègues et d'échapper au souci des tâches quotidiennes. On notera ici une analogie avec l'évaluation des programmes de formation aux diplômes. Il est relativement facile, en effet, d'élaborer des tests de contrôle d'un enseignement bien défini - par exemple, celui de la physiologie du système nerveux ou de la biochimie des protéines - qui donneront une idée de ce que l'étudiant a tiré de cet enseignement. Par contre, si l'on considère toutes les composantes d'un programme, il est beaucoup plus malaisé de se faire une idée de la façon dont chacune contribue à la bonne formation d'un médecin. On est très peu informé de ce que l'étudiant ignore encore de la physiologie du système nerveux ou de la biochimie des protéines quand il obtient son diplôme, ou dix ans après, et dans quelle mesure l'avantage réel procuré par l'enseignement de ces deux sujets a été spécifique plutôt que général. Pour des raisons similaires, il faut admettre qu'une «évaluation» détaillée ou spécifique, qui s'impose normalement en matière de formation continue, ne permet inévitablement que d'apprécier en partie l'effet global de cette formation.

1.5 Attitudes face à l'enseignement et à l'acquisition de connaissances

Les attitudes des médecins praticiens et des autres professionnels de santé face à la formation continue varient selon leur personnalité et leur formation de base, ainsi que selon la nature de la formation continue offerte. C'est là une réalité inéluctable et, en fait, bienvenue. Comme dans l'éducation en général, aucune méthode ni aucun mode de présentation ne convient

universellement, ni ne produit l'impact maximum sur tous les sujets. Il n'existe aucune motivation extérieure sur laquelle on puisse compter pour exercer un attrait universel sur tous les participants potentiels.

On a souvent fait observer que, si elle demeure facultative, la formation continue n'attire que les « convertis », c'est-à-dire que les stages et les programmes n'atteignent que les enthousiastes - qui assureraient probablement très bien en tout état de cause leur autoformation - tandis que les réfractaires chroniques demeurent étrangers aux abondantes activités qui pourraient leur être d'un très grand secours. Cette observation renferme évidemment une large part de vérité, mais, prise au pied de la lettre, elle implique par contre trois postulats contestables. Elle postule en effet, en premier lieu que la participation à des programmes de formation continue procure nécessairement tels ou tels avantages, en second lieu que la non participation traduit un manque d'intérêt plutôt que la désillusion provoquée parfois par le contenu même des programmes, et enfin que les réfractaires ne bénéficient d'aucune formation continue. Ce dernier postulat est évidemment indéfendable, et il a déjà été relevé que, étant donné l'abondance de la documentation et du matériel publicitaire existants, il est pratiquement impossible de ne pas acquérir un *minimum* de formation continue. L'un des problèmes que pose l'évaluation des programmes de formation continue tient à la difficulté de déterminer les résultats obtenus grâce à tel ou tel programme et ce qu'il en serait s'il n'avait pas eu lieu, ou bien la situation avant et après la réalisation du programme, dans l'hypothèse, apparemment nécessaire mais douteuse, que le programme seul, à l'exclusion de toute autre activité individuelle au même niveau de qualification, est à l'origine du changement.

Les attitudes varient non seulement d'une personne à l'autre, mais aussi dans le temps et en fonction des circonstances. Il a été signalé (Newman, 1966)^a que, au moment où le *West London Hospital* a pris le premier l'initiative d'organiser une formation continue à son institut de formation avancée vers la fin du XIX^{ème} siècle, certaines personnalités d'hôpitaux universitaires, et d'autres médecins aussi, ont très mal accueilli l'idée qu'un médecin qualifié puisse oser enseigner à d'autres médecins qualifiés. Cette attitude persiste aujourd'hui jusqu'à un certain point lorsque l'omnipotence du praticien local joue un rôle puissant dans son succès professionnel. Mais cette façade d'omnipotence est condamnée d'avance dès lors qu'elle repose sur une duperie dont seul le médecin lui-même est conscient. L'idée que l'on se faisait du diplômé omniscient qui, une fois sorti de l'école de médecine, n'a plus besoin d'avoir des contacts avec le monde de l'enseignement ni de s'instruire, était une illusion confortable plutôt qu'une véritable conviction, que rendait nécessaire, dans une certaine mesure, le système ancien d'études médicales

^a Newman, C. The history of postgraduate medical education at the West London Hospital. *Medical History*, 10 : 339-359 (1966).

en vase clos. Les médecins n'admettaient alors jamais les leçons à tirer des revues professionnelles, de l'expérience de leurs collègues ou de leurs propres erreurs, et souvent d'ailleurs ils persistent encore dans cette attitude. Ce sont les contacts avec les collègues ou les étudiants qui amènent à modifier le plus, et le plus rapidement, les attitudes; la tendance à la pratique de groupe et à l'essaimage des étudiants et des diplômés en stages de spécialisation au-delà des limites de l'hôpital universitaire contribue souvent au plus haut point à l'acceptation de la formation continue.

La formation continue organisée prend en grande partie la forme d'une relation de réciprocité interpersonnelle. Si l'enseignant veut enseigner et l'étudiant apprendre, il ne devrait y avoir aucun problème de communication. En ce sens, on pourrait faire valoir qu'il convient de choisir les participants aux activités de formation continue, plutôt que de rendre ces activités obligatoires. Mais il reste à résoudre le problème de la saturation, qui aboutit à des résultats suboptimaux lorsque la masse d'informations apportée à l'occasion des cours devient disproportionnée et la documentation pédagogique surabondante. La capacité d'apprendre est limitée, si grand que soit l'enthousiasme des enseignés.

A ce problème vient s'ajouter le danger d'une «surformation» qui, lui aussi, existe lorsque l'on considère les besoins de la collectivité plutôt que les ambitions individuelles de carrière. Tous les professionnels ou techniciens de la santé cherchent aujourd'hui à améliorer leur statut et leur rémunération. Il est évident qu'ils peuvent y arriver en acquérant une formation initiale plus longue et plus exigeante, en se spécialisant davantage et en pratiquant la formation continue tout au long de leur carrière. On peut s'attendre que chacun tire plus de satisfactions de son travail si ce perfectionnement intellectuel aboutit à l'exécution de tâches plus intéressantes, plus stimulantes et comportant plus de responsabilité, mais seulement dans ce cas. A bien des égards, le progrès des sciences et des techniques nécessite ce surcroît de formation et de compétence, et l'on peut également affirmer, sans exagération, qu'aucun membre d'une société civilisée ne doit se voir refuser la possibilité de progresser dans sa carrière de façon à échapper à la monotonie de tâches totalement ingrates. Par contre, il restera toujours à accomplir des travaux humbles et rebutants, dont l'importance sociale doit être franchement reconnue. La solution ne consiste peut-être pas alors à avoir un système hiérarchisé où chaque bénéficiaire d'une formation un peu plus poussée compte pouvoir se décharger sur un lampiste, ou même sur une machine obéissante et coûteuse, de toutes les tâches n'exigeant pas de qualifications, mais bien à attribuer à chacun un éventail de tâches plus vaste, exigeant des tensions mentales et des compétences de degrés différents. C'est là que réside le défi ultime que doit affronter la formation, en tentant de concilier les desiderata de la société avec les espérances de chacun.

La création, au cours des siècles, d'une grande civilisation repose sur la diffusion des connaissances, des compétences et de la sagesse acquises

grâce à la dure expérience des générations successives. Il est inhérent à la nature de l'homme de vouloir apprendre, que ce soit le très humble art du charpentier ou la technique hautement subtile d'un Beethoven ou d'un Velasquez, et on constate aussi chez l'être humain ce besoin de s'améliorer et de mettre toutes ses possibilités à l'épreuve. Il peut y être incité pour des raisons nombreuses et complexes, mais elles découlent toutes de l'instinct, et il serait tout aussi difficile d'empêcher *homo sapiens* de vouloir s'instruire que d'arrêter le cours des marées ou d'empêcher les oiseaux de se reproduire. Nous pouvons adopter vis-à-vis de cette volonté constante d'apprentissage une attitude bienveillante, hostile ou neutre, ou du moins nous pensons pouvoir le faire. Il est exact que certains secrets ont été jalousement gardés par le passé, dans le domaine de la science comme dans ceux des affaires ou des arts, et il ne fait aucun doute qu'il en va de même aujourd'hui; mais une attitude d'indifférence vis-à-vis de qui souhaite s'instruire serait plus dommageable encore, en décourageant les vocations, si elle ne dissimulait pas souvent l'absence de tout savoir qui vaille la peine d'être diffusé.

Cependant, la plupart des êtres humains, et plus particulièrement peut-être dans le domaine de la médecine, ont le désir d'informer et craignent qu'un savoir précieux ne se transmette pas, ne disparaisse avec l'esprit ou la main de celui qui l'a découvert, et ne se trouve ainsi perdu, tout au moins temporairement, pour la pensée et le progrès de l'humanité. Il est inhérent aussi à la nature de l'homme que ce souci se manifeste à l'égard non seulement des grandes idées et des aptitudes exceptionnelles des grands maîtres, mais aussi du plus simple des gestes qui pourrait être perfectionné parce qu'on l'aura mieux compris et mieux accompli. Une bonne partie de la joie et de la satisfaction de l'enseignant tient à cet instinct, qui donne vie à la pratique de la médecine aussi sûrement qu'aux relations entre parents et enfants. Ce qui est capital, c'est le sentiment que tout ce qui a été appris et édifié au cours des générations, et durant la vie de chacun, compte et doit être transmis par le plus grand nombre possible de voies. Cette conscience de l'héritage culturel fondamental et du fait que chacun a pour mission de transmettre cet héritage, en l'affinant peut-être, mais sans jamais interrompre le processus, caractérise la civilisation. Il serait présomptueux et absurde d'affirmer que ce sentiment de participation à un grand œuvre d'édification intellectuelle doit être insufflé dans l'esprit de l'étudiant en médecine pour le préparer à une existence d'enseignement et d'acquisition de connaissances, car il y est déjà présent : il faut simplement attiser ce sentiment plutôt que l'étouffer.

2. RELATION ENTRE FORMATION CONTINUE ET CARRIERE

2.1 Préparation à la formation continue

S'il faut encourager un diplômé en médecine ou un diplômé d'une autre science de la santé à continuer de s'instruire une fois qu'il aura commencé à pratiquer, ou s'il faut lui montrer alors comment le faire, c'est qu'il n'est pas apte à son rôle et qu'il n'aurait jamais dû obtenir son diplôme. Il est trop tard pour s'initier à la formation continue lorsqu'on entame des études avancées.

On a vu plus haut que le but de l'école de médecine n'est pas de faire naître chez l'étudiant qui prépare son diplôme l'esprit de recherche ou le désir de s'instruire, car il s'agit là de qualités inhérentes à quiconque est suffisamment intelligent pour accéder à l'enseignement supérieur. Il arrive malheureusement que le système d'enseignement ou la tradition nationale amène l'étudiant à perdre, durant sa formation primaire et secondaire, une partie de sa curiosité et de son indépendance d'esprit naturelles, de sorte qu'il se trouve, même lorsqu'il entreprend ses études de médecine, plus disposé à obéir et à apprendre par cœur qu'à réfléchir et à critiquer les affirmations de ses maîtres. Dans ce cas, l'un des buts fondamentaux de la formation au diplôme de médecine consiste à recréer les justes attitudes, non pas sous la forme d'un respect des conventions, mais pour préparer l'étudiant à pratiquer sa profession en toute indépendance et à se renouveler constamment. Ainsi, l'école de médecine doit-elle s'efforcer de tirer le meilleur de ses étudiants, quoiqu'il en coûte aux enseignants partisans de l'orthodoxie et sans craindre de bousculer, le cas échéant, les routines auxquelles de nombreuses écoles se sont complaisamment laissés aller.

A titre d'exemple des nouvelles tendances, le groupe de travail a étudié la formule d'enseignement médico-social pratiquée à Pécs en Hongrie et qui a pour premier objectif d'impartir aux étudiants le goût de la recherche et l'aptitude à résoudre les problèmes. Les étudiants, qui choisissent eux-mêmes leur programme d'instruction, doivent étudier la documentation nécessaire et réaliser un travail original. Ainsi l'école encourage-t-elle comme il convient à la formation continue et développe-t-elle le désir d'acquérir cette formation dès la préparation au diplôme. De même, six nouvelles écoles de médecine de Turquie mettent l'accent sur l'auto-instruction par le biais de la recherche personnelle, de la critique et de l'analyse de la documentation. Ces écoles ne sont pas subdivisées en départements au sens usuel du terme et n'imposent pas d'examens finals : un tiers des cours de formation au diplôme sont dispensés dans les régions rurales, et les écoles assurent un enseignement supérieur de la médecine, de l'art dentaire, de la physiothérapie, de l'art infirmier et de la diététique. Il existe également une faculté d'études avancées des sciences de la santé. On pourrait citer de nombreux exemples du même ordre, et la nécessité de produire des médecins et d'autres professionnels

de santé déjà habitués à se documenter de leur propre initiative et à analyser de manière critique les affirmations qui leur sont faites est partout évidente.

Après cette préparation à la carrière, à laquelle le groupe de travail a attaché la plus grande importance, il existe diverses possibilités d'associer formation continue et carrière. De ce point de vue, les pays d'Europe se divisent en gros en deux groupes : les pays socialistes d'Europe de l'Est, qui appliquent des systèmes globaux où la formation continue fait partie intégrante de la pratique de la médecine et des autres professions de la santé sous le contrôle de l'Etat, et les autres pays, qui offrent toute une gamme de possibilités où la formation continue, sans être obligatoire, est assurée de diverses façons.

3. FORMATION CONTINUE ORGANISEE

3.1 Systèmes globaux

Dans les pays socialistes d'Europe de l'Est, l'exercice de la médecine et des professions alliées est entièrement contrôlé par l'Etat, de sorte qu'il est possible d'y incorporer une formation continue. La formation avancée - c'est-à-dire la spécialisation et la formation continue - relève de façon générale d'un institut central des études avancées, qui assure de nombreux stages et autres formes d'instruction et qui a la responsabilité de la politique en la matière et de l'administration de ces études dans l'ensemble du pays. Les organismes, les instructeurs et les stagiaires au niveau régional et local répondent en définitive de leur activité devant l'institut des études avancées.

Tous les praticiens, quelle que soit leur ancienneté dans la profession, doivent suivre des programmes de formation continue appropriés et sont responsables, vis-à-vis du collège de praticiens auquel ils appartiennent, de l'entretien de leurs compétences et de leur aptitude à exercer. La formation continue revêt de nombreuses formes, allant de l'auto-instruction aux cours d'enseignement traditionnels, et les plans d'études appropriés pour le perfectionnement et l'acquisition des connaissances et des nouvelles compétences nécessaires sont établis par chacun lors d'entretiens avec son chef de département. Celui-ci s'enquiert aussi des avis des étudiants et d'autres personnes, ce qui lui permet de mieux évaluer les aptitudes ou les faiblesses pédagogiques de chaque médecin.

Tous les membres d'une profession, y compris les chefs de département eux-mêmes, sont responsables devant leur collège professionnel, et toutes les nominations à un poste sont revues à intervalles de quatre ou cinq ans. Ainsi, tout médecin qui n'a pas remporté un succès sans réserve dans son affectation, qui n'a pas réagi aux suggestions sur la façon d'améliorer éventuellement

son enseignement ou sa pratique, ou qui n'a pas participé aux activités de formation continue jugées opportunes, pourra se voir offrir une autre affectation, assortie de responsabilités moindres ou nécessitant des aptitudes différentes. Ce transfert, cependant, n'implique pas une modification de son titre officiel; ainsi, tel professeur conservera ce titre pendant toute sa carrière, sans nécessairement demeurer par contre à la tête d'un département.

Il existe, en ce qui concerne la médecine générale, des inspecteurs qui ont chacun la charge de contrôler le travail d'environ dix généralistes. Tous les patients suffisamment malades pour s'absenter de leur travail pendant plus d'une semaine sont examinés par l'inspecteur, qui peut discuter leur cas avec le généraliste et suggérer des traitements de rechange. Ce système de contrôle permet également à l'inspecteur de déterminer quels seraient les cours de formation continue convenant le mieux à chaque praticien. En cas de conflit d'opinion entre le généraliste et l'inspecteur, le litige peut être soumis au médecin-chef de district. Cette hiérarchie, qui existe à la fois dans la médecine urbaine et dans la médecine rurale, permet d'associer formation continue et carrière, sur la base de l'observation et du contrôle directs des soins donnés aux patients. Un système analogue, fondé sur la hiérarchie des affectations, est pratiqué pour les spécialités hospitalières, et il existe un régime comparable pour la profession infirmière.

Dans beaucoup de pays, par exemple la Hongrie, la pénurie d'infirmières rend difficile leur détachement en vue d'une formation continue, qui diminuerait les effectifs à l'excès. En principe, cependant, chaque hôpital offre à ses infirmières une formation en service, et chaque infirmière accomplit un stage d'un mois tous les quatre ou cinq ans. Cette formation continue est obligatoire, et les infirmières ont, comme les médecins, des carnets personnels où sont consignés les stages auxquels elles ont participé.

Le groupe de travail a entendu un compte rendu détaillé du fonctionnement de ces systèmes en Hongrie. Il en existe de similaires en Tchécoslovaquie, en Pologne, en Roumanie et en URSS.

Les avantages potentiels sont évidents. En effet, ces systèmes comportent d'office un moyen de contrôler constamment les pratiques et les compétences professionnelles, de sorte que, dans l'idéal, ils devraient permettre de déceler et de développer les aptitudes personnelles de chacun, d'en discerner les points faibles et d'y remédier, et d'utiliser ainsi au mieux les personnels disponibles. Ils confèrent aussi à chaque praticien le droit de recevoir une formation continue, aux frais de l'Etat, et, en théorie du moins, les tableaux d'effectifs sont conçus de façon que le travail de chaque professionnel soit assuré durant ses stages. Dans la pratique, toutefois, les moyens financiers et humains dont dispose chaque nation à cet effet sont nécessairement limités, de sorte que, si chaque professionnel doit participer dans une certaine mesure à des activités de formation continue, il se peut qu'il dispose, pour le faire, de moins de temps que les professionnels les plus favorisés et les plus motivés sous un régime de formation non obligatoire. Il faut avoir le moyen

d'apprécier la qualité des critères de jugement, s'agissant par exemple de comparer les avis et les conclusions de divers inspecteurs dans des situations comparables, car le système doit naturellement reposer sur l'application de normes plus ou moins uniformes. Or, ce type de recherche est difficile et coûteux à réaliser.

3.2 Autres systèmes

En Europe orientale, le lien essentiel entre formation continue et carrière tient donc à la précarité des affectations professionnelles et à l'obligation de rendre compte de son activité à tous les niveaux. Ces deux principes sont entièrement étrangers à la tradition de la plupart des pays d'Europe occidentale, où il est admis depuis longtemps qu'une affectation à des responsabilités de haut rang, obtenue après de nombreuses années de formation et d'expérience, est à la fois permanente et irréversible, et où l'indépendance du praticien et son droit absolu de choisir ses méthodes de soins sont intouchables. Pourtant, si cela est vrai dans la pratique dans beaucoup de pays non socialistes, il n'en va pas de même partout; les traditions varient, et les attitudes évoluent beaucoup plus facilement qu'on ne le suppose parfois.

Aux Etats-Unis et au Canada, par exemple, il est souvent de règle de remettre en question chaque année les affectations à des fonctions hospitalières, de sorte que, en principe tout au moins, les possibilités de «transfert» y sont les mêmes, lorsqu'il s'agit de personnels les moins compétents, que dans les pays d'Europe orientale. L'autonomie ou le mandarinat, dans la pratique clinique, ne sont, à tout le moins, que relatifs; la liberté du praticien indépendant se voit toujours limitée à certains égards, par exemple pour ce qui concerne les prescriptions médicamenteuses, les possibilités d'acquisition de matériel, les appels aux concours de l'hôpital local, des collègues et des autres professionnels de la santé, etc. La promotion et le déclassement, considérés comme une récompense ou une sanction liée à la compétence ou à l'intensité de la formation continue, ne sont donc pas limités aux pays socialistes qui s'appuient sur une organisation globale des soins, et l'on reviendra plus loin sur ce point.

Dans la médecine privée, où chaque praticien avance dans l'échelle professionnelle en fonction de ses efforts et de la réputation qu'il est en mesure d'acquérir, le concept de promotion au sens habituel du terme ne s'applique pas. Il en va de même dans la pratique privée des autres professions de la santé, par exemple pour les physiothérapeutes, les masseurs ou les pédicures. Dans la médecine générale non plus, il n'y a pas de hiérarchies de carrière, de sorte que, lorsqu'un médecin s'est constitué une pratique indépendante ou a pris la direction d'un cabinet, il n'est souvent plus question pour lui de promotion de carrière et il ne pourra plus guère obtenir d'avancement, ou de prestige supplémentaire, que dans les domaines académique ou administratif. Dans les spécialités hospitalières, par contre, la promotion dans la carrière joue partout un grand rôle, en raison de la hiérarchisation des fonctions.

Dans beaucoup de pays, cette hiérarchisation règne encore plus puissamment au niveau universitaire, créant un véritable danger de confusion entre compétences cliniques et compétences pédagogiques, et entre résultats académiques et capacités administratives. Il est évidemment absurde d'attendre de tous les titulaires d'un poste élevé d'enseignement de la médecine qu'ils se montrent également compétents en pratique clinique, en pédagogie, en recherche et en administration, mais les critères d'avancement, et même le sens du terme «avancement», sont loin d'être uniformes dans tous les pays et d'une partie à l'autre d'un même pays. Les diplômés, quelle que soit leur ancienneté, devraient évidemment avoir accès à une formation continue, et aussi d'ailleurs à une formation concernant les méthodes d'enseignement, les techniques de recherche et les principes d'administration. Et, ce qui est peut-être plus important encore, ils devraient se prêter à cet enseignement, car ils se trouvent dans une de ces situations exemplaires où la «carrière» ne doit souvent rien, ou sinon très peu, à l'aptitude ou à la volonté manifeste de s'instruire.

Si la formation continue n'est pas rendue obligatoire pour les médecins et les autres professionnels de la santé, il faut donc les inciter à rechercher cette formation. Il va de soi que les motivations existent aussi dans les systèmes socialistes où la formation continue fait partie de l'exercice de la profession; nous entendons simplement souligner en l'occurrence que l'analyse des motivations s'impose d'autant plus lorsque cette formation n'est pas obligatoire.

4. INCITATIONS A LA FORMATION

4.1 L'automotivation

Comme on l'a déjà vu, on ne saurait trop souligner combien il importe d'encourager et de modeler des attitudes constructives en matière de pratique professionnelle et d'instruction permanente, et cela dès la préparation au diplôme. La *Royal Commission on Medical Education* du Royaume-Uni a écrit (1968)^a : «L'obligation de se prêter à une formation continue ne crée pas, à notre avis, l'esprit nécessaire pour que cette formation se révèle efficace, notamment chez les praticiens relativement âgés; il faut agir de façon plus positive pour créer le climat qui incite les docteurs en médecine à vouloir acquérir une formation continue. La préparation au diplôme et la formation

^a *Royal Commission on Medical Education. 1965-1968. Rapport. Londres, HMSO (Cmnd 3569).*

avancée ont un grand rôle à jouer à cet égard : elles doivent inculquer au futur médecin la fierté du travail auquel il aura été formé et lui faire sentir que l'approche de la maturité ne réduit en rien la nécessité ni l'utilité d'acquérir systématiquement de nouvelles connaissances. Sinon, le climat favorable à la formation continue ne sera pas créé. Il va de soi que les incitations monétaires contribuent parfois à encourager à la formation continue, mais nous pensons qu'il suffira d'ordinaire de répondre au désir que les médecins eux-mêmes ont d'actualiser leurs connaissances; par contre, nul médecin ne devrait avoir à subir de pertes financières s'il s'efforce raisonnablement d'acquérir une formation continue».

La Commission royale a donc mis l'accent sur la «fierté du travail accompli», aussi importante pour tous les professionnels de la santé que pour les médecins. Le professionnel qui s'efforce de se tenir au courant et d'élargir la sphère de ses connaissances tirera plus de satisfaction de son travail et jouira de la bonne opinion de ses collègues, de ses étudiants et de ses patients. La satisfaction et le sens de plénitude de soi qu'il en retirera devraient constituer les plus puissantes des motivations.

4.2 Les contacts avec les collègues et les étudiants

«Les travailleurs des hôpitaux bénéficient d'un énorme avantage par rapport aux personnels extra-hospitaliers. Les médecins des hôpitaux appartiennent à des équipes et se tiennent ainsi en permanence au courant, grâce à leurs contacts constants avec leurs collègues, en échangeant des idées, et parce qu'ils savent que leurs actions sont observées par des personnes compétentes. Les médecins de famille, par contre, ne bénéficient pas de ces stimulations précieuses, encore qu'une bonne pratique en cabinet de groupe ou dans un centre de santé actif puisse contribuer jusqu'à un certain point à ce type d'apport intellectuel. Mais il est exact de dire que, en raison des circonstances mêmes de leur travail, les généralistes ont davantage besoin d'un programme structuré de formation continue que leurs collègues des hôpitaux.»^a

Ces commentaires, qui émanent d'un généraliste, mettent en relief la contribution énorme qu'apportent à la formation continue les contacts permanents avec des collègues de la même profession. Nous verrons plus loin que les contacts avec les étudiants ont tout autant d'importance. La solitude du professionnel lui pose de grands problèmes, souvent magnifiés par la charge quasi insurmontable des tâches de routine qui pèsent sur le praticien travaillant

^a Gould, D. *Are we teaching the right topics to the right people ? 1. The continuing education of doctors*. National Association of Clinical Tutors, 8th annual meeting, 1977. Londres, Update Publications, pp. 5-6, 1978.

seul, et par le fait que celui-ci éprouve un sentiment de responsabilité personnelle vis-à-vis de la collectivité qu'il dessert, sentiment qui, bien qu'il soit une source de satisfaction, lui impose de lourds stress affectifs et physiques. Ainsi, un professeur de médecine générale a-t-il écrit :^a

«Il est des limites à ce que l'on peut exiger d'un médecin qui examine une centaine de patients par jour, ou qui travaille sans aide. Nous devrions, de toute évidence, attendre moins de lui que d'un médecin qui voit quarante patients seulement. Chaque médecin a le droit d'assumer volontairement telle ou telle charge, mais ce qu'il est raisonnable et moral de l'obliger contractuellement à assumer est une autre chose.»

C'est à ce niveau que la formation continue se révèle le plus nécessaire, mais c'est à ce niveau aussi qu'il est le plus difficile d'en trouver les moyens et de la motiver. Il ne faut naturellement pas perdre de vue que les traitements les plus nouveaux ne sont pas nécessairement les meilleurs et que les vastes progrès d'aujourd'hui apporteront peut-être demain les plus amères désillusions; de sorte qu'à ne pas se tenir au courant des toutes dernières nouveautés on perd parfois moins qu'on ne pourrait le supposer. Par contre, il est incontestable qu'il faut acquérir une formation continue et disposer des moyens de la faire. Il faut, toutes les fois que cela est possible, éviter l'isolement professionnel, ou le limiter dans le temps en multipliant les cabinets de groupe, les équipes de santé, les contacts avec les hôpitaux, les échanges, et les autres formules de mobilité dans l'emploi. Les praticiens qui demeurent relativement isolés, ou qui préfèrent travailler seuls, doivent être suffisamment incités à entretenir leurs compétences, et c'est là que la formation, la sélection et le contrôle des progrès revêtent une importance capitale si l'on veut assurer à la collectivité les soins de la qualité à laquelle elle a le droit de prétendre.

4.3 Le prestige professionnel

Le prestige professionnel du travailleur de santé dépend d'une part de l'opinion que se font de lui ses collègues, d'autre part de la sanction visible de cette opinion, qui revêt la forme de promotions dans la carrière. L'utilisation des promotions de carrière comme stimulant, ou comme récompense, d'une formation continue active pose plusieurs problèmes. En premier lieu, et comme on l'a déjà vu, il existe certains domaines de la pratique professionnelle qui ne comportent aucune hiérarchie et où, par conséquent, il est impossible

^a Higgins, P.M. General practice : a nonacademic point of view. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 71 : 865 - 869 (1978).

d'offrir des promotions sous la forme d'accessions à des niveaux hiérarchiques supérieurs, ou de titres toujours plus honorifiques. Même lorsqu'existe une hiérarchie, d'ailleurs, il est généralement admis que la participation quantifiée à des activités de formation continue ne devrait jamais être qu'un facteur à prendre en considération, parmi d'autres.

En second lieu, il faut savoir comment la formation continue peut être considérée comme un critère d'aptitude à une promotion. La participation à un certain nombre de congrès ou l'obtention d'un nombre donné «d'unités-valeur» n'ont en elles-mêmes pratiquement aucun sens. Ce qu'il faut, c'est pouvoir mesurer le gain retiré de ces activités, ainsi que l'effort particulier de chacun. On ne peut apprécier la qualité des étudiants en médecine en se fondant sur le nombre des cours auxquels ils assistent, celui des ouvrages qu'ils achètent, celui des questions qu'ils posent, ou celui des heures qu'ils ont passées à la bibliothèque ou à l'hôpital. Il arrive que les étudiants les plus brillants soient ceux qui assistent le moins aux cours, tandis que les moins aptes seront les plus zélés. Il en va de même pour les diplômés qui pratiquent, et il convient de savoir s'il y a lieu de récompenser plutôt l'effort ou plutôt les résultats. Doit-on accorder de l'avancement aux médecins et aux autres professionnels de la santé en fonction de l'effort qu'ils déploient pour se tenir au courant et entretenir leurs compétences, ou bien en fonction des succès qu'ils remportent dans leur travail ?

En troisième lieu se pose la question encore plus importante de savoir ce que l'on entend par promotion ou avancement dans la carrière. Par tradition, on les assimile à l'accession à une spécialité plus prestigieuse, telle que la chirurgie ou la médecine interne, à l'installation dans une ville plus importante, ou encore à la nomination à un institut d'enseignement ou une chaire universitaire. Or, les pouvoirs publics savent tous bien que ce n'est pas dans ces situations que le professionnel sert mieux les intérêts de la société. C'est souvent dans les régions rurales et dans les domaines de la pratique médicale qu'il est indispensable de développer qu'on doit faire appel aux professionnels les plus compétents et les plus capables d'initiatives. Une transition progressive, qui ferait passer de l'ordre traditionnel à un ordre conférant le statut et le prestige les plus élevés aux professionnels qui s'engageraient dans ces dernières voies, favoriserait largement le recrutement hors des grands centres urbains et améliorerait la qualité générale des soins. Grâce à l'établissement d'une relation entre formation continue d'une part, promotion ou avancement dans la profession d'autre part, il est très possible de faciliter cette évolution en veillant à ce que cet avancement soit dûment défini comme une récompense pour les travailleurs qui se destinent à répondre aux principaux besoins. La coordination entre médecine rurale et médecine urbaine ou l'échange entre la ville et la campagne offrent eux aussi des possibilités de progrès. Le groupe de travail a été informé de l'existence de systèmes selon lesquels, à titre de formation continue, les médecins des petits hôpitaux provinciaux et médecins de campagne sont envoyés pour un certain temps dans les grands centres

d'enseignement médical, tandis que les spécialistes des villes les remplacent dans leurs affectations habituelles. Le groupe de travail s'est déclaré très favorable à ces arrangements.

Enfin, il convient d'insister à nouveau sur le fait que, s'il est permis d'utiliser les promotions comme stimulants ou comme récompenses, dans des formes appropriées, il ne faut pas considérer simplement la formation continue comme un moyen de promotion. Le professionnel «carriériste» chercherait alors vraisemblablement à acquérir une formation continue pour les raisons les moins dignes. Quelles que soient les dispositions prises pour établir un lien entre formation continue et avancement dans la profession, il faut veiller à ce que cet avancement ne signifie pas inévitablement, comme c'est en général de cas, une nouvelle affectation. Cela revêt une importance particulière dans la médecine rurale, pour les médecins affectés aux petits hôpitaux et pour les praticiens des spécialités qui, pour l'instant, ne s'assortissent que d'un modeste prestige.

4.4 La rémunération

Les augmentations des rémunérations et les autres avantages financiers, qui constituent eux aussi des stimulants et peuvent à l'occasion tenir lieu de promotions, exercent parfois une influence puissante sur la répartition géographique des médecins et des autres professionnels de la santé. Le groupe de travail a été mis au courant des systèmes, appliqués par exemple en Hongrie et en Turquie, où les personnels de santé qui exercent dans les zones rurales bénéficient de rémunérations plus élevées; en Turquie, par exemple, il a été décidé récemment de tripler les rémunérations des personnels de santé qui exercent dans les campagnes, de sorte qu'ils sont maintenant deux fois plus payés que leurs homologues des grandes villes. La question difficile est, là encore, de savoir quelle relation établir entre ces avantages financiers et l'acquisition d'une formation continue.

Cela peut, de toute évidence, se faire de très nombreuses façons. On peut, par exemple, exiger une participation minimale à des programmes organisés comme condition d'obtention ou de conservation d'un certain salaire ou de certains avantages. Cette formule a été appliquée aux généralistes au Royaume-Uni durant les années 1960 et, malgré le cynisme généralisé des motivations des intéressés, l'expérience a, selon le sentiment général, fait beaucoup de bien. Il est intéressant de constater que le lien entre formation continue et avantages salariaux a, depuis, été supprimé en partie et que la rémunération des généralistes non débutants ne dépend plus de leur participation à des activités organisées de formation continue. Il est trop tôt pour savoir à quoi aboutira cette modification du système, mais on espère qu'une fois que cette participation sera entrée dans les mœurs des jeunes praticiens elle deviendra ensuite une habitude. Quand le praticien est rémunéré à la prestation, il serait possible en principe d'établir un lien entre les tarifs d'honoraires et la formation

continue. Si un spécialiste qui ne peut prouver qu'il a participé à un certain nombre d'activités de formation continue dans une année était tenu d'appliquer un tarif moins élevé, cela l'encouragerait probablement à participer à ces activités. Mais le problème fondamental subsiste, à savoir si une distinction de cette nature se justifie autrement que sur une base empirique. Il est exact que, dans un système de santé reposant exclusivement sur la pratique privée, la plupart des médecins constatent qu'il est très bénéfique pour eux de se tenir informés, notamment pour ce qui concerne les produits pharmaceutiques, mais il est exact aussi que le succès, dans l'exercice de la médecine privée, n'est pas nécessairement l'expression d'une compétence professionnelle optimale.

La conclusion générale à tirer de ce qui précède est que, tant que l'on n'aura pas établi l'existence d'une relation plus nette entre participation quantifiable à des activités de formation continue et amélioration quantifiable de la compétence professionnelle, cette participation ne peut, au mieux, que constituer l'un des critères d'adaptation des rémunérations. Nous mentionnerons, par exemple, le système britannique des « primes de qualité », qui sont des augmentations de salaire accordées aux spécialistes par un comité national, sur la base de recommandations en provenance de chaque région du pays. Ces primes, qui sont destinées à récompenser les services rendus de caractère particulièrement méritoire, tiennent essentiellement compte des aptitudes démontrées et des résultats cliniques obtenus mais également des travaux de recherche, de l'enseignement dispensé et des qualités d'administrateur. Ainsi, les comités font intervenir de nombreux facteurs, et la mesure dans laquelle tel candidat s'est tenu informé et a développé ses compétences joue de toute évidence un très grand rôle en l'occurrence. Les collègues d'un candidat savent d'ordinaire dans quelle mesure il assiste à des congrès, suit des stages ou participe à d'autres activités organisées de formation, et connaissent l'assiduité avec laquelle il se documente; il n'est pas tenu compte de ces éléments en soi dans l'attribution des primes, mais on peut considérer ce système comme une tentative d'apprécier les résultats de la formation continue plutôt que son intensité.

5. INCONVENIENTS

Il peut y avoir antinomie entre la poursuite d'une carrière et la recherche d'une formation continue, de sorte qu'il faut non seulement considérer les incitations à cette formation, mais également les inconvénients qui tendraient à la décourager.

5.1 Les pertes de gain

Dans certaines circonstances, la perte de gain résultant de l'absence de travail joue un rôle important. Cette perte de gain peut intervenir non seulement

dans la pratique privée, mais également dans certaines organisations hospitalières. Ainsi, dans certains pays tels que l'Irlande, il arrive souvent que les spécialistes soient rémunérés exactement en fonction du nombre de leurs tours de service. Un tour de service manqué n'est pas payé. Avec ce système, il n'est prévu aucun congé annuel ni congé d'études, que le spécialiste doit prendre à ses frais. Par contre, les régimes d'emploi plus ouverts sur l'éducation prévoient des congés d'études depuis de très nombreuses années. C'est ainsi que, dans tous les pays socialistes et, par exemple, à la *Mayo Clinic* et au *Kaiser Permanente* aux Etats-Unis, le personnel est normalement appelé à assister, aux frais de l'établissement, aux conférences et congrès professionnellement utiles.

Chaque mode de formation continue a ses propres avantages, mais les activités organisées sur le plan local ne peuvent jamais remplacer entièrement l'échange d'idées entre professionnels sur le plan national et international. Néanmoins, le problème des pertes de gain fait ressortir la nécessité d'organiser des activités diverses, y compris de courts stages d'un ou deux jours, ou de fin de semaine, ainsi que la production de matériel pédagogique que le professionnel puisse utiliser sur les lieux de son travail.

5.2 Les problèmes d'effectifs

En cas de pénurie de personnel, il arrive que les professionnels hésitent à s'absenter pour participer à des congrès, de crainte de faire peser une charge additionnelle sur leurs collègues. De même, les membres d'une équipe peuvent en vouloir à un collègue qui consacre trop de temps à des stages ou des congrès, et cela peut compromettre le développement potentiel de qualifications spéciales.

Dans certains cas, et peut-être en particulier dans celui des infirmières, les difficultés de recrutement et l'augmentation constante du volume de travail peuvent rendre pratiquement impossible le dégagement de temps pour les études. C'est là un problème très important, qui influe profondément sur les conditions d'emploi des personnels professionnels.

5.3 Le coût de la formation continue

Dans le même ordre d'idées se pose la question du coût total de la formation continue. On l'a évalué à un montant égal à celui de la préparation au diplôme et de la formation avancée réunies. Il est donc très considérable.

Quelle que soit la largesse de l'organisme qui prend en charge la formation continue, cet organisme sera tôt ou tard forcé de limiter le nombre des cours et des stages coûteux qu'il patronnera pour chacun de ses administrés. C'est pourquoi il lui faudra, comme l'a fait le Service national de la Santé britannique, prendre des dispositions pour que les professionnels qui sollicitent un congé d'études précisent le contenu du stage ou du congrès auquel ils

souhaitent assister et les avantages qu'ils comptent en retirer; les demandes sont en l'occurrence étudiées par des comités locaux d'agrément des congés d'études, ou par des comités régionaux pour les congés d'études à l'étranger.

Il est un principe général, réaffirmé par le groupe de travail, à savoir que les dépenses de participation justifiée à des activités de formation continue doivent être couvertes de façon à défrayer entièrement les participants. Il existe déjà de nombreux arrangements à cet effet, non seulement dans les pays socialistes d'Europe de l'Est, mais aussi dans beaucoup d'autres pays européens. Toutefois, ces arrangements ne sont pas partout les mêmes, et les médecins sont beaucoup mieux lotis à cet égard que les membres des autres professions de la santé. Comme on l'a vu dans l'Introduction, il semblerait que, dans certains cas, les syndicats professionnels commencent à exercer des pressions pour le compte de leurs membres, afin de faire admettre que la formation continue est partie intégrante de l'emploi et de faire adopter les dispositions nécessaires pour libérer le personnel soit pour la journée, soit pour des congés d'études plus longs, tous frais remboursés.

5.4 La déception

Les programmes de formation continue mal organisés et de contenu médiocre peuvent facilement décevoir les participants, qui en viennent alors à se désintéresser de cette formation et à renoncer à participer aux futurs programmes. Ces déceptions peuvent tenir à de nombreuses raisons, et c'est pourquoi il convient de prêter grande attention aux thèmes et au contenu des programmes, à la qualité des conférenciers, à celle des diapositives et des autres matériels audio-visuels utilisés, à l'intérêt pratique des thèmes traités, au calendrier et à l'organisation des activités, à l'équipement des salles de conférences et autres, au ménagement d'un temps suffisant pour les débats et l'élucidation des difficultés, ainsi qu'à la qualité de la restauration et du logement. Il arrive que les participants soient déçus parce qu'ils ont mal saisi le but de l'opération pédagogique : ceux qui en escomptent des résultats immédiats, sous la forme d'une promotion ou d'un gain financier, seront vraisemblablement déçus, et à juste titre. Là encore, il faut bien comprendre quels sont les buts réels de la formation dispensée.

Le manque d'intérêt pratique des thèmes traités est une cause de déception évidente, et on peut illustrer, en citant les propos d'un généraliste, certaines insuffisances des programmes classiquement offerts au titre de la formation continue^a :

^a Gould, D. *Are we teaching the right topics to the right people ? 1. The continuing education of doctors*. National Association of Clinical Tutors, 8th annual meeting, 1977. Londres, Update Publications, 1978, pp. 5 - 6.

«Pour jouer efficacement son rôle de conseiller et se montrer bon médecin, le généraliste doit savoir comment la sexualité peut perturber les êtres humains, comment vit une personne assistée, quelles sont les prestations offertes aux mères célibataires, et en quoi consiste une journée de travail à la chaîne. Le généraliste doit savoir comment se comporter face à la douleur morale, et à la solitude, et ce qu'est la vie d'un adolescent chômeur de race noire. Il ne pourra pas apporter à ses patients une aide optimale si ses dossiers et sa correspondance sont mal tenus et s'il éprouve constamment des difficultés avec son directeur de banque et avec sa complicité.

Il est possible que les médecins de famille soient en principe les meilleurs éducateurs pour d'autres médecins de famille, mais la liste des experts contribuant à la réalisation d'un programme de formation continue doit également comprendre (abstraction faite de divers consultants) des infirmières de quartier, des policiers, des directeurs de banque, des ambulanciers, des prêtres, des médecins de dispensaire, des membres actifs des conseils d'assistance socio-sanitaire, des inspecteurs de la santé du travail, des hommes politiques, des enseignants, des pharmaciens (ce qui est extrêmement important), et quiconque est susceptible d'aider un généraliste à résoudre les problèmes de ses patients et les siens propres.»

C'est là certainement un exemple de la véritable signification de la carrière dans un domaine particulier de la pratique médicale, et de l'énorme potentiel non exploité d'avancement dans la carrière qui s'attache à la formation continue.

On ne gagnera pas grand-chose en offrant à des professionnels diplômés hautement qualifiés des programmes de qualité médiocre et de peu d'intérêt pratique, ou en exigeant d'eux qu'ils y participent. Par contre, il est très largement prouvé que les stages, congrès scientifiques et symposiums de haut niveau suscitent un énorme enthousiasme, même s'ils ne sont pas obligatoires, et cela parce qu'ils apportent véritablement quelque chose. Il faudrait également prendre des dispositions pour assurer une instruction pratique, de sorte que l'on puisse associer les professionnels, en petits groupes ou à titre individuel, aux activités d'experts nationalement reconnus dans tels ou tels domaines.

Un des grands avantages des programmes de formation continue non obligatoires, non assortis de récompenses ou de sanctions, est que leur qualité peut se mesurer au nombre des participants et aux commentaires dont ils font l'objet. Il importe certainement que, lorsque la formation continue est une composante obligatoire de l'emploi, chacun puisse jusqu'à un certain point choisir les stages et les congrès auxquels il participera. Malgré le risque potentiel de double emploi, les systèmes les plus sains sont ceux qui offrent, sur chaque thème, plus d'un programme.

5.5 Les inconvénients de la formation continue

Il ne faut pas perdre de vue que, même s'il est accordé des congés d'études et si les frais sont remboursés, il est souvent inconfortable de quitter son foyer pour suivre un stage. Il en va particulièrement ainsi pour les femmes mariées et mères de famille. Ce problème ira vraisemblablement s'accroissant et il faudra prendre des dispositions en conséquence, car ceux qui éprouvent ce genre de difficultés ont tout autant besoin que les autres de bénéficier d'une formation continue. Celle-ci peut naturellement s'acquérir en grande partie à domicile par différents moyens, mais il faut bien préciser que cela ne suffira jamais totalement. Il est indispensable, ne fût-ce que pour peu de temps, de s'éloigner de son lieu de travail pour rencontrer des collègues et entendre les opinions d'autorités internationales.

5.6 Les soucis de carrière

Il est malheureusement des cas où la formation continue rebute parce qu'on en craint les conséquences. Ce problème est lié à ceux, déjà analysés, de l'intérêt pratique de la formation et de ce que l'on entend par promotion. La plupart des praticiens qualifiés de certaines professions de santé, par exemple les infirmières, aiment leur travail et retirent beaucoup de satisfactions personnelles de leurs contacts directs avec leurs patients. Or, le profil de carrière, dans cette profession, a évolué de telle façon que, pour y obtenir de l'avancement, il faut renoncer à donner des soins et se consacrer à des tâches administratives et autres. Si les stages de formation continue donnent l'impression de préparer à ce changement d'activités, ils sont souvent vus d'un mauvais œil. Malheureusement, les organisateurs de la formation avancée, qui se considèrent comme des éducateurs, présument que la formation à dispenser est celle qui conduira à ce type de promotion. Il faut évidemment assurer la formation voulue à l'intention des quelques professionnels qui souhaitent devenir des administrateurs, mais, en tant que philosophie générale de la formation continue, cette tendance est totalement erronée. La faute en est au profil de carrière; ce qu'il faut, c'est assurer une progression adéquate dans la carrière d'infirmière soignante et dispenser une formation continue qui réponde à l'orientation principale du travail infirmier.

5.7 Le défaut d'évaluation

On a déjà assez épilogué en termes généraux sur les problèmes de l'évaluation de la formation continue. Les déceptions sont inévitables si l'on a le sentiment qu'instructeurs et enseignants ne s'intéressent qu'à ce qu'ils tiennent pour important, au mépris des réalités de la pratique professionnelle. Deux membres du groupe de travail ont déclaré qu'il serait bon de trouver le moyen de faire en sorte que les praticiens aident et informent ceux qui enseignent,

tout en s'instruisant eux-mêmes. On pourrait, par exemple, demander tous les quatre ou cinq ans à tous les praticiens d'une spécialité ou d'une profession de se soumettre volontairement à un examen qui ne serait assorti ni de la crainte de sanctions, ni de la promesse d'une récompense. A ceux qui décideraient de le faire, on pourrait remettre des réponses-types qui auraient une valeur éducative. D'autre part, on pourrait les prier, non seulement de répondre aux questions, mais également d'en commenter la pertinence, d'indiquer s'ils jugent utile d'y chercher une réponse, et de signaler les aspects importants de la pratique de leur profession au sujet desquels aucune question n'a été posée. On pourrait ainsi en apprendre beaucoup sur les améliorations à apporter aux programmes de formation, et sur les modifications à introduire dans les examens de spécialisation, lorsqu'il en existe.

6. SANCTIONS

S'il est possible d'offrir des avantages à ceux qui participent à des activités de formation continue, il l'est aussi d'adopter une démarche opposée, qui consiste à appliquer des sanctions aux défaillants. Ce thème a été abondamment débattu ces dernières années, notamment en Amérique du Nord. Il existe, dans la pratique, plusieurs moyens de désavantager les réfractaires. Les possibilités de recourir à ces moyens dépendent de l'organisation professionnelle et politique du pays, et les prises de position en ce qui les concerne varient selon que l'on croit plus ou moins en la nécessité d'une formation continue pour tous. Là encore, il faut bien préciser que, dans ce contexte, on considère trop souvent comme formation continue les seules formes d'activité organisée qui permettent de tenir une sorte de carnet de présences. Nous avons, à maintes reprises, souligné dans ce rapport que la formation continue peut également s'acquérir de bien d'autres façons qui ne se prêtent guère à quantification. Il peut y avoir, dans le cas de chacun, ou tout au moins pour la majorité, une relation étroite entre l'ampleur de la participation visible à des activités de formation et le temps passé à étudier en privé, mais cette relation n'est pas encore prouvée. Vraisemblablement, pour certains praticiens, les formes non quantifiables d'auto-instruction sont celles qui ont le plus d'importance, de sorte qu'il faut prendre le plus grand soin de ne pas appliquer de sanctions, sans tenir compte de cette formation indépendante.

6.1 Retrait d'homologation

Le *Alment Committee on Competence to Practise*,^a du Royaume-Uni, a donné une interprétation moderne de l'optique classique : «Selon ces opinions sur la formation médicale de base, si l'objectif de la formation médicale est d'enseigner les sciences fondamentales de la médecine, de faire assimiler à tous égards la méthode clinique et de former le jugement clinique qui constitue la fondation de cette méthode, la reconnaissance de l'aptitude du docteur à pratiquer la médecine au terme de cette formation doit être définitive et ne devenir caduque qu'en conséquence d'une dégradation mentale ou physique imputable à l'âge ou à la maladie».

Ce commentaire s'applique de toute évidence à la formation médicale de base, et l'on peut se demander dans quelle mesure il vaut également pour la conservation des compétences lorsqu'il s'agit d'une discipline hautement spécialisée. C'est pourquoi des mouvements se sont organisés, en particulier en Amérique du Nord, en vue de l'institution de systèmes de contrôles périodiques de compétences, faisant peser sur les spécialistes la menace potentielle d'un retrait d'homologation. Simpson, dont l'analyse figure dans l'Introduction au présent rapport, a étudié la situation actuelle en Amérique du Nord.

La participation aux activités de formation continue peut, de toute évidence, être imposée comme condition de la confirmation de l'homologation et, faute d'autres critères qui seraient préférables, il est couramment exigé une preuve de cette participation. Or, la présentation de cette preuve ne constitue aucunement le seul critère possible de confirmation des compétences ou d'appréciation de la conservation des compétences; il n'y a pas lieu ici d'analyser par le détail l'action des organismes chargés d'apprécier les qualités professionnelles, mais il faut quand même relever que ces contrôles sont pratiqués dans certains pays d'Europe, par exemple en Pologne, et qu'ils peuvent conduire à la perte du statut de spécialiste. L'imposition d'une condition simple en matière de formation continue, par exemple un certain nombre d'heures de présence, est moins draconienne, plus facilement remplie, et moins coûteuse que l'emploi d'autres formules telles que celle de l'organisme de contrôle des qualités professionnelles. Il est possible qu'elle soit préférable à l'absence de tout contrôle parce qu'elle est relativement facile à accepter, mais cela ne doit pas faire oublier les limitations qu'elle comporte.

On n'a pas encore trouvé les justifications idéales pour un système de confirmation des homologations. Un recyclage continu et l'acquisition de nouvelles connaissances seraient indispensables pour passer le test de cette

^a Alment, E.A.J. *Competence to practise*. Rapport d'une commission d'enquête sur la profession médicale au Royaume-Uni. Committee of Enquiry into Competence to Practise, 27 Sussex Place, Regents Park, Londres, 1976.

forme idéale de réappréciation, de sorte que la formation continue serait, en fait, appréciée en fonction de ses résultats. On peut aussi espérer, comme ceux pour qui tous les professionnels devraient acquérir une formation continue, que cette formation universelle rende inutile tout système de confirmation des compétences.

6.2 Restriction des privilèges

Les associations professionnelles de spécialistes et les établissements tels que les hôpitaux ont normalement la faculté de déterminer les conditions d'inscription de leurs membres ou de recrutement de leur personnel. Il leur est donc loisible de prescrire des conditions concernant la formation continue : ceux qui n'apporteraient pas la preuve de leur participation à des activités de formation continue pourraient, par exemple, se voir refuser des privilèges accordés au personnel hospitalier, ou voir leur contrat annulé. Cela pourrait avoir parfois pour eux de sérieuses conséquences financières, et la perte de la qualité de membre d'une association professionnelle ou d'une institution pédagogique telle que le Collège royal pourrait entraîner celle de certains privilèges précieux ainsi qu'une perte de prestige.

A certains égards, cette solution est une variante de la confirmation des compétences, mais elle offre de vastes possibilités d'expérimentation plus large des critères et des méthodes d'évaluation.

6.3 Assurance contre les risques professionnels

Dans les pays où les médecins ou autres professionnels de la santé peuvent s'assurer contre les erreurs de pratique, les primes d'assurance peuvent être ajustées selon les circonstances. Tel n'est pas toujours le cas. A l'heure actuelle, les médecins du Royaume-Uni paient tous la même prime, quelle que soit leur spécialité. Dans beaucoup de pays, par contre, et en particulier aux Etats-Unis, les primes varient largement selon la pratique, les risques qu'elle comporte et les coûts des actions en justice.

Il est raisonnable de postuler, sans probablement que cela soit prouvé d'ailleurs, qu'il existe une relation entre la compétence du praticien et la probabilité de lui voir intenter un procès pour erreur professionnelle. S'il existait également une relation entre la participation à ces activités de formation continue et la compétence professionnelle, il serait raisonnable de pondérer sur une base actuarielle la prime d'assurance contre les risques professionnels, en fonction de cette participation. Il y aurait ainsi analogie avec l'assurance-vie, la non-participation à la formation continue étant l'un des «risques» entrant dans le calcul de la prime totale. Comme ce risque dépend entièrement du médecin, celui-ci serait fortement incité à acquérir une formation continue si la différence de prime était substantielle.

Toutefois, ce qui est beaucoup plus intéressant en l'occurrence, c'est que, si les compagnies d'assurance décidaient d'opérer sur cette base, elles auraient elles-mêmes des raisons puissantes de chercher à évaluer l'efficacité de la formation continue : en d'autres termes, elles souhaiteraient savoir, pour leurs propres besoins, dans quelle mesure la non-participation à des activités organisées de formation continue augmente effectivement le risque d'action en justice. Cela permettrait peut-être d'obtenir indirectement des indications précieuses sur la relation, s'il en existe, entre formation continue organisée et compétence professionnelle.

6.4 Perte du statut d'enseignant

L'éducation des personnels de santé dépasse de plus en plus, dans bien des pays, les limites de l'hôpital universitaire, et cette tendance se manifeste en particulier dans la formation médicale. L'augmentation constante des effectifs d'étudiants en médecine impose l'emploi d'un nombre toujours plus grand de cliniciens en qualité d'enseignants, à la fois pour la préparation au diplôme et pour les études avancées. D'autre part, la création d'un enseignement avancé de la médecine générale nécessite la recherche d'environnements pédagogiques appropriés et de praticiens capables d'enseigner. Dans certains pays, comme le Royaume-Uni, la formation avancée des spécialistes et des futurs généralistes est dispensée dans presque tous les hôpitaux; ceux-ci sont régulièrement visités et inspectés par des représentants de haut niveau des Collèges royaux et des corps enseignants compétents. Il existe, ou bien il se crée, des systèmes similaires dans beaucoup d'autres pays.

Pour apprécier si un hôpital et son personnel sont aptes à assurer une formation, il est très important de savoir si ce personnel accepte volontiers d'enseigner et s'il s'emploie avec enthousiasme à tenir à jour ses connaissances. Il faudra demander souvent aux instructeurs, à l'occasion de visites d'inspection, quels sont les congrès, conférences et stages qu'ils ont suivis, et il serait bon d'interroger individuellement les jeunes médecins en stage de formation pour connaître leur opinion sur la qualité de l'enseignement et de l'encadrement à l'hôpital. La formation continue devient alors un facteur important lorsqu'il s'agit de déterminer si un enseignement demeure valable. Dans le cas des hôpitaux et des cabinets de médecine générale appelés à contribuer à la formation des futurs diplômés, ce sont les écoles de médecine dont dépendent les étudiants qui procèdent aux inspections et appréciations du même genre.

Le privilège de recevoir en stage des étudiants en médecine et de jeunes médecins est hautement apprécié. C'est pourquoi la perte du statut d'enseignant, ou la simple menace de retrait de ce statut, pourrait fort bien constituer une sanction beaucoup plus sévère que n'importe quelle autre. Elle aurait également des conséquences notables sur le plan du recrutement du personnel, car la perte du statut d'enseignant ou d'instructeur, voire même

l'acquisition d'une réputation médiocre à cet égard, pourrait rendre difficile d'attirer les jeunes débutants. Tel est certainement le cas au Royaume-Uni.

La formation à la profession d'infirmière et à plusieurs autres professions de la santé est fréquemment dispensée dans de nombreuses institutions. En fait, beaucoup d'hôpitaux comptent largement, pour le recrutement de leur personnel infirmier, sur leurs propres écoles d'infirmières, car ce sont elles qui forment la majeure partie du personnel disponible. La non-conformité aux normes imposées de formation, entraînant la clôture de l'école, constituerait pour eux un désastre qui les amènerait presque inévitablement à fermer leurs portes. Il y a donc là une possibilité de sanction extrêmement puissante, qui peut être modulée en relation avec les résultats constatés de la formation continue plutôt qu'en fonction du nombre d'heures passées dans des stages obligatoires.

De puissants arguments militent en faveur de l'élargissement du champ de l'enseignement, aussi bien durant la préparation au diplôme qu'au niveau de la formation avancée. Les étudiants et stagiaires devraient avoir la possibilité de travailler dans autant d'hôpitaux et de cabinets de médecine générale que possible si la qualité de l'enseignement qu'ils y reçoivent est du niveau voulu. Cela revêt une importance fondamentale, car la formation continue la plus efficace est probablement celle qui résulte de l'interaction entre étudiants et enseignants. La présence d'étudiants et de stagiaires, apportant avec eux des innovations en matière d'idées, de connaissances, de questions et de critiques, conduit inévitablement à une amélioration de la qualité de l'enseignement local et impose aux enseignants locaux l'obligation de conserver l'esprit en éveil et de tenir leurs connaissances à jour. Le groupe de travail a été très frappé par l'importance de cette tendance pour la formation continue et la carrière de ceux qui assument des tâches d'enseignement.

7. LA NECESSITE D'AGIR ET LES MESURES A PRENDRE

L'opinion publique est en droit d'avoir quelque assurance que les médecins et autres professionnels de la santé entretiennent leurs compétences. L'ère des professionnels autocratiques, indifférents à l'idée d'avoir à répondre de leurs actes, est révolue. Il ne fait pas de doute que le nouvel état de choses est sain, mais il en résulte que, si les médecins et les autres professionnels de la santé ne prennent pas eux-mêmes les dispositions voulues, ils se trouveront probablement soumis à des pressions accrues venues de l'extérieur. Cela n'est pas à souhaiter, non seulement en raison du ressentiment que pourraient provoquer ces pressions, mais du fait aussi que toute tentative de prise en mains de l'extérieur souffrirait inévitablement d'une absence de cette perception et de cette compréhension des difficultés subtiles de l'exercice de la profession,

qui sont l'apanage des professionnels. Le rapport de la Commission d'enquête sur la gestion de la profession médicale (*Merrison Report*);^a publié au Royaume-Uni, présente les observations suivantes :

«Selon nous, c'est à la profession médicale qu'il incombe surtout d'assurer son autogestion. Notre avis repose principalement sur le fait, pour nous indubitable, que la meilleure garantie pour le public réside dans la conscience des médecins, et que nous devons faire tout ce qui est en notre pouvoir pour encourager cette conscience. Les témoignages que nous ont apportés les médecins, par l'entremise de leurs associations professionnelles, concernaient presque exclusivement le point de savoir comment le corps médical pourrait agir pour servir au mieux les intérêts de la population, comment faire en sorte que seuls les médecins de la plus haute compétence soient autorisés à exercer, et comment parvenir à exclure le plus efficacement et le plus équitablement de la profession tous les incompetents.»

C'est là certainement le principe qui est appelé à régir les mesures éventuellement prises pour assurer l'entretien des compétences des professionnels. Il importe donc au plus haut point que le corps médical et les autres professions de la santé fassent savoir sans ambages qu'ils acceptent et souhaitent étendre le principe de l'autocritique et de la garantie des compétences.

Reste à savoir maintenant comment la formation continue doit contribuer à cette garantie de l'entretien des compétences. Si l'on donne à l'expression «formation continue» son sens le plus large, elle est incontestablement indispensable. Il n'est guère possible d'imaginer qu'un professionnel quelconque demeure apte à pratiquer s'il n'acquiert pas, sous une forme ou une autre, une formation continue. Par contre, toute politique qui chercherait à assimiler la présence quantifiée à tels ou tels stages de formation continue à la conservation des compétences prêterait le flanc aux plus sérieuses critiques. De même, il serait très dangereux d'appliquer des sanctions motivées par la non-participation à des activités imposées de formation continue, sans pouvoir prouver de façon convaincante que les activités en question contribuent de façon significative et pertinente à l'entretien et à l'amélioration des compétences professionnelles.

Il est dangereux aussi d'imposer des conditions qui ne tiennent pas suffisamment compte de la flexibilité nécessaire à tout bon système professionnel, ni des différences naturelles entre individus. En ce qui concerne la confirmation des homologations professionnelles, le *Alment Report on Competence to Practise*,^b publié au Royaume-Uni, a exprimé ce souci de façon élégante :

^a *Report of the Committee of Enquiry into the Regulation of the Medical Profession (The Merrison Report)*. Londres, HMSO (Cmnd 6018).

^b *Alment, E.A.J. Competence to practise*. Rapport d'une commission d'enquête sur la profession médicale au Royaume-Uni. Committee of Enquiry into Competence to Practise. 27 Sussex Place, Regents Park, Londres, 1976.

«Nous estimons donc que rien à ce jour ne justifie le système de confirmation des homologations, non point parce qu'il n'existe pas de preuves que la compétence des médecins peut à certains égards être déficiente et que cela peut se constater, mais bien parce qu'un système généralisé d'homologation ne peut s'appuyer sur aucun critère suffisamment satisfaisant pour en justifier le bien-fondé. Tout système de cette nature imposerait l'uniformité dans une situation où l'intérêt de la population est mieux servi par la diversité. Il substituerait à la confiance dans les hommes la confiance en des mécanismes, dans un contexte professionnel où la bonne pratique repose essentiellement sur la confiance en l'homme. L'intérêt de la population sera en tout temps mieux servi par un corps professionnel qui exerce un contrôle sur la formation continue, qui veille sur la santé et le bien-être de tous les médecins, et qui étudie les moyens de mesurer l'efficacité des programmes de formation.»

C'est à ce processus continu de recherche et d'analyse de l'information, qui doit s'étendre à l'étude de l'usage et de l'abus des sanctions et des récompenses, qu'il faut consacrer le plus d'efforts.

Enfin, il faut souligner aussi que, indépendamment de la structure politique et administrative d'un pays, celui-ci doit disposer d'un mécanisme institutionnel efficace, déployé aux niveaux central, régional et local, pour assurer l'accès à la formation continue et une qualité raisonnable à cette formation, et pour faire mieux comprendre la relation entre formation continue, compétences et carrière. Les dispositions administratives nécessaires peuvent prendre des formes diverses selon l'organisation nationale des professions de la santé; ce qui est important, c'est que l'on ne peut plus laisser le hasard présider à la formation continue, ni abandonner celle-ci à la discrétion absolue de l'industrie pharmaceutique et autres.

8. RECOMMANDATIONS

Dans le résumé de ses débats, qui ont porté sur un très vaste éventail de sujets, le groupe de travail a émis les recommandations suivantes.

1. La formation continue doit être contrôlée et organisée par des institutions compétentes, de même que la préparation aux diplômes et la formation avancée sont contrôlées et administrées par des institutions académiques et autres, aux niveaux national, régional et local.
2. La formation continue est une nécessité pour tous les praticiens de la médecine et pour tous les autres professionnels de la santé. Bien que la participation à des activités de formation continue puisse contribuer à la carrière

ou à l'avancement dans la profession, elle n'en constitue pas un moyen, et l'avancement dans la profession ne devrait pas être subordonné à l'affectation dans une grande ville, à l'exercice d'une spécialité prestigieuse ou à l'exécution de tâches qui ne soient pas celle, fondamentale, de dispenser des soins.

3. La formation continue doit faire partie intégrante de l'emploi. C'est pourquoi il convient de prendre systématiquement les dispositions nécessaires pour pouvoir l'assurer, à la fois par le recrutement, les congés d'études et le remboursement des frais.

4. Comme l'interaction entre enseignants et étudiants est indispensable à la qualité de la vie de tous les médecins et professionnels de la santé, la préparation au diplôme et la formation avancée devraient faire appel au plus grand nombre possible d'hôpitaux, de dispensaires et de cabinets médicaux.

5. Il convient d'affecter une proportion suffisante du budget de la santé à la formation continue, sans perdre de vue ni le coût des diverses activités indispensables, ni la nécessité de disposer d'un personnel suffisant pour permettre une formation continue.

BIBLIOGRAPHIE

American Medical Association. *Continuing medical education newsletter.*

American Medical Association. *Directory of self-assessment programs for physicians*, 2ème éd., Chicago, 1974.

American Medical Association, Council on Medical Education. *A guide regarding objectives and basic principles of continuing medical education programs.* Chicago, 1960.

American Psychiatric Association. *Self-assessment program in psychiatric knowledge and skills.* Washington.

Bliss, A.A. & Cohen, E.D., ed. *The new health professionals : nurse practitioners and physicians' assistants.* Germantown, Aspen Systems Corporation, 1977.

California Medical Association, Bureau of Research and Planning. *A survey of continuing medical education for physicians*, parts 1 and 2. San Francisco, 1969.

Cohen, H.S. & Miike, L.H. *Developments in health manpower licensure.* Washington, DC., United States Department of Health, Education, and Welfare. Juin 1973.

College of Nurses of Ontario. *Standards of nursing practice for registered nurses and registered nursing assistants.* 1976 (College of Nurses of Ontario, 100 Eglinton Avenue East, Toronto M4P 1P4, Canada).

Cooper, S.S. & Hornback, M. *Continuing nursing education.* New York, McGraw-Hill, 1973.

Copper, J.A.D. What do we mean by continuing medical education and why is it important now in the USA ? *In : Anglo-American Conference on Continuing Medical Education*, Londres, Royal Society of Medicine, 1974, pp. 1-3.

Egdahl, R.H. & Gertman, P.M., ed. *Quality health care : the role of continuing medical education.* Germantown, MD, Aspen Publications, 1977.

Gerner, W. Trends in continuing education, et **Leger, L.** The maintenance of standards in continuing education. *In : Parry, K.M., éd. Changing medical education in Western Europe* (Supplement to *Medical Education*, Vol. 12, N° 3, May 1978).

Hospital Research and Educational Trust. *Training and continuing education : a handbook for health care institutions.* Chicago, 1975.

La formation permanente du personnel de santé : rapport sur la réunion d'un groupe de travail. Copenhague, OMS, Bureau régional de l'Europe, 1976 (document ICP/HMD 029).

Millis, J.H. *The graduate education of physicians : report of the Citizen's Committee on Graduate Medical Education.* AMA, Chicago, 1966.

Nakamoto, J. & Verner, C. *Continuing education in the health professions : a review of the literature 1960-1970.* Syracuse, NY, ERIC Clearinghouse on Adult Education, 1973.

National Board of Medical Examiners. *Evaluation in the continuum of medical education.* Philadelphie, 1973.

OMS, Série de Rapports techniques, N° 534, 1973 (*La formation permanente des médecins.* Rapport d'un Comité d'experts de l'OMS).

Popiel, E.S. éd. *Nursing and the process of continuing education.* St Louis, C.V. Mosby Co., 1973.

Regulating professions and occupations. *Report of the New Jersey Professional and Licensing Study Commission (Bateman Commission).* Janvier 1971.

Roney, J.G. & Roark, G.M. *Continuing education of physicians in Kansas : an exploratory end-result study*. Stanford Research Institute, Menlo Park, Californie.

Simpson, M.A. *Medical education : a critical approach*. Londres, Butterworth, 1972.

Annexe

LISTE DES PARTICIPANTS

Conseillers temporaires

Professeur F. Antoni,^a Premier Institut de Biochimie, Université de Médecine Semmelweis, Budapest, Hongrie (*Président*)

Mlle M.G. Auld, Administrateur-en-chef pour les Soins infirmiers, Département de l'Intérieur et de la Santé d'Ecosse, Edimbourg, Royaume-Uni

Professeur I. Dođramaci, Président du Conseil des Recteurs des Universités turques, Ankara, Turquie

Dr E. Endröczi,^a Recteur de l'Ecole post-universitaire de Médecine, Budapest, Hongrie

Dr I. Forgács,^a Chef adjoint du Département d'Education médicale, Ministère de la Santé, Budapest, Hongrie

Professeur T. Kadar, Chaire de Médecine sociale, Ecole post-universitaire de Médecine, Budapest, Hongrie

Mme P. Kuurne, Département de Physiothérapie, Ecole de Formation des Personnels de Santé d'Helsinki IV, Finlande

Mme B. Norstedt, Institut de Technologie médicale, Göteborg, Suède

Professeur J. Parkhouse, Département d'Anesthésie, Hôpital universitaire de Manchester Sud, Hôpital Withington, Manchester, Royaume-Uni (*Rapporteur*)

Professeur H. Perroti, Directeur intérimaire, Ecole des Services de Santé, Ministère de l'Education, Centre d'Education technique supérieure, Héraklion, Crète, Grèce

^a Frais de participation non pris en charge par l'OMS.

Professeur P.I. Petrov, Recteur du Premier Institut de Médecine de Moscou,
URSS

Professeur J. Tigyí,^a Recteur de l'Université de Médecine de Pécs, Hongrie

Dr J.S. Wasyluk, Chef du Département de Recherche et de Développement
éducatifs, Centre d'Enseignement médical post-universitaire,
Varsovie, Pologne

Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Dr R. Wiedersheim, Directeur, Développement des personnels de santé
(Secrétaire)

^a Frais de participation non pris en charge par l'OMS.

