

Georges SALIBA*

Saliba G. La formation médicale continue : Savoir, savoir-faire et savoir être. J Med Liban 2008 ; 56 (4) : 235-241.

ABSTRACT : The physician in training is not a student but a professional in practice. His medical education will be permanently confronted with experience : it is a permanent assessment of skills, an ongoing learning process, a “lifelong learning” or “continuous medical education.”

Medical practice requires a triple acquisition : a knowledge (a science), a know-how (an art), and how to do (a behavior). Medicine is also defined as a practice where “ethics and trust come together.” In the present century doctors will have to fight for independence (every medical act is determined by science and ethics with only the patient’s best interest in mind), to stand against the progressive erosion of qualifications (technocracy and medical sub-specialties), and to enhance their moral responsibility (scientific and social) through the development of team work.

Medicine is more and more a scientific discipline due to the staggering collection of data and advances in technology. This may lead to a gradual decline of medical reasoning among physicians.

A broad information campaign should address the following hot issue : doctors are bound by their conscience if not by law to “keep up and upgrade their knowledge.” An array of incentive and training initiatives should therefore offset the absence of any legal obligation. Physicians can count on their colleagues in the Continuing Medical Education committee (CME) of the Order of Physicians who are working hard in order to make this objective a successful one.

Le médecin accompli, est celui qui est parfait dans la théorie et la pratique

GALIEN 1, 279

Il faut éclairer d'abord et réformer ensuite

AUGUST STRINDBERG, *Dans la chambre rouge*

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

L'histoire se fait sans se connaître

Jean-Paul SARTRE, *Critique de la raison dialectique*

L’art de guérir a de tout temps nécessité un ensemble de qualités humaines et intellectuelles et le médecin a toujours été considéré comme un homme de savoir. La profession médicale se voit en effet confier par la société le soin de préserver, promouvoir ou rétablir la santé.

Du temps d’**Hippocrate** les connaissances médicales n’étaient pas telles que le devoir de compétence s’imposait. L’impératif de la formation médicale continue (FMC) est fondé dans la prière attribuée à **Maimonide**, médecin au XII^e siècle : « *Fais que je sois modéré en tout, mais insatiable dans mon amour de la science. Donne-moi la force, la volonté, l’occasion d’élargir de plus en plus mes connaissances. Je peux aujourd’hui découvrir dans mon savoir des choses que je ne soupçonnais pas hier...* »

Le devoir de la FMC a été indiqué dans le **nouveau serment médical** : « *Je n’entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me sont demandés* ». L’exercice de la médecine a toujours exigé la possession d’une grande somme de connaissances. Dès le XIX^e siècle, le législateur a rendu cette formation obligatoire et l’a sanctionnée par la délivrance d’un **diplôme** de docteur en médecine devenu une condition nécessaire à l’accès à la profession, l’exercice sans diplôme exposant celui qui le pratique à des condamnations pénales [1].

Le XX^e siècle ayant vu s’amplifier et s’accélérer la masse des données sur lesquelles la médecine se développe, aucun médecin ne peut plus s’en tenir à sa formation initiale, même complétée par son expérience professionnelle. Les **innovations** suscitent des espoirs et des demandes conférant aux pratiques médicales des fonctions et des **missions inédites**, avec pour conséquences des **impacts** à la fois **sociaux** et **économiques**. La formation médicale continue s’impose, apportant à tous, la mise à jour et le **perfectionnement** de leurs connaissances.

*Président du Comité de formation médicale continue de l’Ordre des Médecins du Liban ; Division de Rhumatologie, Faculté de médecine de l’Université Libanaise.

Correspondance : Docteur Georges SALIBA. Service de Rhumatologie. Hôpital Libanais (Geitaoui). Beyrouth. Liban.

Tél. : +961 1 577 177

E-mail : drgeosaliba@hotmail.com

Pour que le médecin garde dans la société la place qui lui revient, il lui faut une conscience. La déontologie médicale rappelle au médecin ses devoirs vis-à-vis de ses malades. C'est ce que déclarait François Chinon **Rabelais** (célèbre médecin diplômé de la faculté de médecine de Montpellier en 1527) : « *Science sans conscience n'est que ruine de l'âme* ».

Malgré l'effort continu nécessaire et toutes les difficultés, il faut conserver son enthousiasme car la profession médicale aborde les plus grands mystères de la vie et tous les actes sont des gestes d'amour de son prochain. **Montesquieu** proclamait déjà au XVIII^e siècle « *le plus grand bien de la vie, c'est l'amour de son état* ».

La grande différence par rapport aux autres milieux professionnels consiste précisément dans le fait que les médecins ne peuvent pas se retrancher dans une activité purement professionnelle, dans un accomplissement du devoir détaché du sens profond de l'essence humaine (dévouement, compréhension, patience sont caractéristiques de la vocation médicale), sans que nos actions ne deviennent ainsi automatiquement inhumaines [1].

La FMC est depuis longtemps un thème de **débats** et de **réflexions** au sein de la profession médicale.

OBJECTIFS, BESOINS, OUTILS ET QUALITÉ DE LA FORMATION MÉDICALE CONTINUE

Les vrais besoins n'ont jamais d'excès
Jean-Jacques ROUSSEAU, *Julie ou la nouvelle Héloïse*

L'objectif de base de la FMC, à travers la **compétence** du médecin, est de favoriser des soins de qualité (prestations de santé) à chaque patient et à la population et de concourir à la santé publique [2].

D'autres objectifs :

- visent à **améliorer les capacités professionnelles** et à susciter les adaptations et changements de comportements ;
- aboutissent à une maîtrise des procédures d'**évaluation**, qu'il s'agisse d'une analyse de l'information ou d'une analyse de son propre comportement professionnel ;
- doivent aboutir à une amélioration des indicateurs de santé et de **qualité de vie** de la population, et c'est sur cet aspect qu'ils devraient être évalués.

C'est le médecin lui-même qui décide de s'engager dans un processus de FMC. C'est un **engagement personnel** du formé et de sa forte motivation. Le participant à l'action de formation reste donc le sujet incontournable de toute politique de FMC qui implique non seulement son assentiment, son consentement, son approbation mais encore sa **participation active**.

Le problème le plus difficile reste celui de l'**identification des besoins** de formation : une identification strictement **individuelle** risque de laisser de côté les objectifs de formation niés ou ignorés par le médecin ainsi que ceux qui peuvent aller à l'encontre de ses intérêts personnels ou collectifs. Au-delà des **principes généraux** d'identification des besoins, on insistera sur la nécessité de passer d'une information académique à une formation centrée sur la **décision médicale** impliquant la prise en compte des principes de la décision médicale.

L'outil essentiel de la FMC est l'andragogie (du grec *andros* : homme et *agein* : conduire) [3] qui concerne un professionnel en exercice complétant ses connaissances et modifiant ses comportements. Elle intervient dans tous les champs de la pratique médicale en vue de soins de qualité. A noter que l'art de **guérir** comprend l'art du **diagnostic** (temps de documentation et de raisonnement) et l'art du **traitement**.

Plusieurs obstacles s'opposent au développement de la pédagogie d'adultes :

- **hétérogénéité** du « groupe d'exercice » (différence d'âge, d'expérience, modalités d'exercice, etc.) ;
- exigences propres centrées sur le **formé** et non sur le formateur : la participation du formé à toutes les études de sa propre formation ;
- contraintes **matérielles** : temps, coûts, moyens humains, etc.

Le médecin en formation **n'est pas un étudiant** (condition préalable nécessaire à la FMC), mais un **professionnel** en exercice et sa formation sera en permanence confrontée à son expérience, c'est une des activités de sa vie professionnelle, c'est un véritable **bilan de compétence**. Deux mille ans auparavant Socrate parlait de « *maïeutique* » (art de faire découvrir à l'interlocuteur, par une série de questions, les vérités qu'il a en lui). Il ne s'agit pas en effet de faire revenir tous les médecins en exercice sur les **bancs de leurs facultés** et de leur faire passer de **nouveaux examens**.

Les procédés de FMC sont des plus **divers** (études à domicile, travail de groupe, lecture de journaux ou d'ouvrages scientifiques, assistance à des cours ou conférences, participation à des congrès et séminaires, des stages, des staff meetings, internet-medline, etc.). Il faut respecter, autant qu'il se peut, la **liberté de choix** de chacun.

La formation **initiale** forme des étudiants à devenir des médecins **compétents** dans leurs futurs **champs d'activités**. Tandis que la formation **continue** cherche à améliorer les **compétences des professionnels dans leurs exercices quotidiens**. Toutes les deux s'inscrivent dans un processus permanent d'acquisitions et de maintien des compétences [4].

La **complémentarité** entre les deux formations (initiale et continue) demeure constante dans une conception d'apprentissage tout au long de la vie professionnelle (la **thèse** présentée à la fin de la formation initiale consacre la fin du cursus universitaire et l'entrée dans l'exercice professionnel). Leur finalité est la même et seuls les moyens diffèrent. La FMC est une partie de continuum de l'éducation médicale qui prolonge le cursus initial pour s'arrêter à la fin de l'activité professionnelle [5]. C'est le **lifelong learning, continuous medical education** des Anglo-Saxons.

Les facteurs essentiels de la performance des professionnels de santé sont :

- la compétence médicale dont l'amélioration est liée à un savoir initial, une expérience bien évaluée, une bonne relation médecin-malade ;
- les obstacles à la mise en œuvre de cette compétence ;
- les motivations qui leur permettent de surmonter les obstacles [6].

L'amélioration de la compétence médicale est liée à une maîtrise de la relation médecin-malade. C'est un des fondements de la FMC qui est la médecine centrée sur le patient. Il n'y a pas lieu en effet d'opposer **exigence scientifique** et **humaniste** [7], une démarche médicale qui ne se préoccupe pas de l'application à la **personne** (capacité d'écoute, empathie, sympathie, respect des valeurs morales, conscience, etc.) à laquelle elle est destinée représente une attitude de scientifique plutôt que scientifique.

C'est cette relation qui permet le recueil des données à partir desquelles peut se construire une **décision médicale**.

C'est dire que l'on ne peut plus se contenter de déclarer que cette relation est un élément de *l'art médical*, « *mais qu'elle doit faire l'objet d'une formation* » [8].

La sélection des compétences s'effectue dans les trois domaines habituellement décrits : les **capacités cognitives** (les connaissances), **sensori-motrices** (les habiletés) et **socio-affectives** (les attitudes). Cette approche reprend les notions classiques du **savoir** (maîtrise des connaissances scientifiques), du **savoir-faire** (l'application des aptitudes, des techniques et attitudes) et enfin du **savoir-être** (élément comportemental essentiel dans la relation médecin-malade) en leur donnant une dimension plus opérationnelle. C'est un truisme de dire que l'apprentissage de la médecine impose ce triple enseignement [1].

Cette relation (rencontre d'une confiance et d'une conscience) est une des composantes essentielles de **l'acte médical**, de sa **qualité** et de son **efficacité**. Elle fait actuellement l'objet de réflexions, de recherche dans des domaines variés : son rôle dans la **réassurance** du patient [9], sa place dans l'efficacité thérapeutique, son influence sur l'**observance** thérapeutique [10].

La primauté reste bien sûr à l'information. Mener bien ce devoir peut prendre du temps au cours d'une consultation (il est difficile de tout dire, tout expliquer). L'affirmation des droits du malade comporte un droit à l'information.

Bien menée, elle peut avoir des retombées positives sur le bon déroulement des soins. Le patient revendique de plus en plus le droit d'accès à tous les éléments de son dossier médical (démarche variant beaucoup selon le niveau **socioculturel**) et ceci est nécessaire à l'obtention de son **consentement éclairé et libre**. Elle est passée du statut de devoir déontologique à celui d'**obligation légale**. En revanche, la loi n'a nullement fixé les modalités selon lesquelles cette information doit être transmise au patient, laissant le praticien libre de son choix [11].

L'éducation du patient, surtout celui atteint d'affection chronique, lui permet d'acquérir autonomie et responsabilité dans la prise en charge de sa maladie modifiant profondément le rapport du médecin avec son malade, avec l'acceptation d'un véritable partenariat [12-13].

En somme information et éducation du patient sont indissociables [14].

L'*Evidence Based Medicine* (EBM), **médecine fondée sur des preuves** ou **médecine factuelle** [15], date de 1980 (Mac Master au Canada) ; c'est une révolution **conceptuelle** basée sur des données objectives. Elle devrait prendre une place progressivement croissante dans la FMC initiale et aussi dans l'**exercice médical** dont une des grandeurs et servitude est la communication individuelle. Elle vise à montrer la nécessité d'intégrer dans le raisonnement médical la notion de **preuve scientifique**, mais surtout de fonder toute **décision** sur l'appréciation des preuves de l'efficacité des mesures proposés [15].

Ce concept d'EBM est un outil pédagogique de première importance, indispensable à la pédagogie d'adultes, et connu par un nombre insuffisant de praticiens dans un contexte d'information surabondante : **la littérature médicale s'accroît** à un taux annuel de 6 à 7%. Elle double de volume tous les 10 à 15 ans, décuple tous les 40 à 50 ans [16].

A Sherbrooke le taux de *réention* d'un enseignement magistral ne dépasse guère 20 à 30% à un an. Ce taux atteint 90% quand l'intéressé est celui qui fait son propre apprentissage [17].

Les interventions **individualisées**, basées sur la **pratique**, sont plus efficaces en termes de changements de comportement du praticien et de bénéfices pour le malade que celles que propose la pédagogie traditionnelle [18].

Enfin, il faut obtenir que toute recommandation, toute synthèse de l'information soit présentée avec son niveau de **preuve explicite** [19].

STRUCTURATION ET ORGANISATION MATÉRIELLE

Les meilleures lois naissent des usages
Joseph JOUBERT, *Pensées*

Au Liban, l'organisation de la FMC, est passée par plusieurs phases :

- **expérimentale** : universités et sociétés savantes jouant des rôles déterminants ;
- **professionnelle** : avec l'implication directe de l'Ordre des médecins obligeant les médecins à suivre la FMC dès 1994 (par le Code libanais de Déontologie) [2] et en fondant le Comité de formation médicale continue en 1998 ;
- **réglementaire** : avec la législation par les pouvoirs publics des structures professionnelles et la précision dans la loi et les décrets en 2001 [20].

L'implication et le rôle de l'université dans la FMC ont toujours été très forts :

- mettre en place les **structures de concertation** (moyens humains) ;
- garant de « qualité » du fait de son expertise **pédagogique, scientifique et technique** ;
- moyens matériels (centres de ressources, outils pédagogiques, locaux, etc.) ;
- **intégrer** la FMC dans la vie professionnelle ;
- **harmoniser** la formation initiale et continue.

L'Ordre des médecins institué par la loi comme garant de la « déontologie et de l'éthique professionnelle » ne peut rester étranger à la FMC qui conditionne en bonne partie la **qualité de l'exercice** professionnel (compétence et indépendance du médecin doivent être respectées).

Pour remplir pleinement sa mission déontologique et **garant de la compétence** initiale des médecins en les inscrivant au tableau de l'Ordre (sur présentation de leurs diplômes), l'Ordre, en recevant l'attestation périodique de FMC qui sera prévue dans les décrets d'application futurs, poursuivra sa mission auprès du public en garantissant la compétence des professionnels en exercice. En cas de carence du médecin, il appartiendra à l'Ordre de lui rappeler son devoir et ses obligations en la matière.

Les sociétés savantes ont constitué la locomotive de la FMC dans son ensemble. Elles lui ont conféré des principes : compétence, indépendance, qualité scientifique, pertinence des méthodes (pédagogie active) et des hommes.

Une FMC privée de fondements ne serait plus qu'une FMC de masse, standardisée et par là largement inefficace.

La presse médicale, moyen le plus simple et le plus rapide, est indispensable à la formation des médecins et à la communication scientifique qui la fonde. Son indépendance rédactionnelle et sa liberté d'expression sont des capitaux à préserver. Il doit y avoir une séparation stricte entre l'**information scientifique** et l'**information promotionnelle** surtout quand celle-ci emprunte une présentation rédactionnelle.

Le **financement** des publications médicales est assuré par deux sources principales : l'**abonnement** et les **investissements publicitaires**. La diffusion de cette presse se fait quasi exclusivement par **voie postale** car la vente en kiosque est interdite.

Les relations entre l'industrie pharmaceutique et les médecins ont donné lieu à de **multiples interprétations**, et ceci dans tous les pays du monde industrialisé.

Ces relations très anciennes ont toujours souffert de la difficulté de différencier « mécénat » (subvention accordée à des activités scientifiques), **marketing** et **soutien publicitaire**. Plusieurs **codes d'éthique** ont été élaborés pour assurer l'**indépendance** de la FMC, vis-à-vis de la promotion des produits, mais leurs applications ne relèvent que des règles de bonne conduite...

Les entreprises pharmaceutiques internationales, cherchant à promouvoir leurs images de marque (**recherche et développement**) ont toujours eu et auront probablement encore un rôle très important dans les actions de FMC.

L'industrie pharmaceutique a besoin de **recueillir des informations** auprès des cliniciens prescripteurs, de connaître leurs perceptions et celles des leaders d'opinions (investigateurs pour réaliser les essais cliniques) [15] sur ces produits et leurs suivis après commercialisation. La FMC étant un des lieux de rencontre et de recueil des informations.

La participation de l'industrie à la FMC est de deux types :

- soit une prestation **autonome** relevant de sa propre initiative (éviter une concurrence « sauvage ») ;
- soit une participation financière à des actions dont elle **n'est pas l'initiatrice** (éviter que les financements n'altèrent l'indépendance de la FMC).

Accepter un avantage provenant de l'industrie pharmaceutique, donc d'une certaine façon provenant de la société et des malades, crée un **lien** pour celui qui en bénéficie rendant bien difficile l'**objectivité absolue**. Ces répercussions pratiques et éthiques, qui sont mal connues, peuvent même altérer la perception que les malades ont du corps médical [21].

Le plus souvent un intérêt financier est à l'origine du **conflit d'intérêt** qui a toujours existé même en dehors du monde médical [la plus ancienne définition est celle de la Bible (MATHIEU 6:24) : *Dieu et l'argent*]. En médecine, ces conflits ne donnent que **rarement lieu à déclaration**. Ils sont parfois exposés dans des journaux biomédicaux, le plus souvent a posteriori [22].

Ils ont été décrits en recherche et en médecine (auto-prescription, publications non cautionnées par les auteurs, financement d'une recherche par une instruction, une industrie, etc.) [23] ; c'est ainsi qu'il y a des **conflits institutionnels** (l'institution employant le scientifique) à côté des **conflits personnels** (motivations conduisant le scientifique : curiosité, reconnaissance, fortune, altruisme, pouvoir, etc.).

En formation continue, les conflits d'intérêts se définissent par la **situation** et non par les conséquences. Quand le formateur est honoré, son **intégrité**, son **objectivité** peuvent être en danger [24].

L'organisation d'une FMC avec un sponsoring doit être **transparente**, lorsque le promoteur n'a pas de support financier externe les situations de conflits d'intérêts sont plus rares.

A noter qu'il peut y avoir un conflit d'intérêt **sans avantages financiers** (formateur cherchant une **notoriété**).

Toute action impliquant la société doit faire l'objet d'une **justification** lui permettant d'argumenter ses propositions, ses actions : « **Ethique de justification** ».

Ethos signifie en grec *comportement, manière de vivre*. C'est la recherche de ce qu'il convient de faire et ne pas faire

dans la pratique médicale pour tendre vers le bien du patient [1].

Dans l'exercice médical, le domaine éthique recouvre surtout les situations qui ne sont envisagées, ni par la **loi** (civile et pénale), ni par les **règles professionnelles** (Code de déontologie). Elle débute par une considération égale de toutes les personnes et le respect de leur **autonomie**. Il concrétise le principe de **ne pas faire du mal** (« *primum non nocere* »). On pourrait dire en utilisant un raccourci, « ce qui est éthique, on ne peut pas l'enseigner » disait Ludwig Wittgenstein.

L'éthique doit être omniprésente, c'est ainsi que l'AMA (American Medical Association) a proposé des **règles d'éthique** pour la FMC, à l'attention des participants, des orateurs et des financeurs [25].

Cette formation a pour objectifs d'avoir des auditeurs avertis distinguant bien la différence entre **faits** et **opinions** des orateurs.

En 1990, aux Etats-Unis, des règles ont été définies de façon précise et détaillée en particulier par le comité d'éthique de l'ACP (American College of Physicians) [26] et par l'ACCME (Accreditation Council for Continuous Medical Education), suivies par un texte officiel en provenance de la FDA (Food and Drug Administration) où l'on précise :

- **transparence** concernant l'ensemble des données financières ainsi que les éventuels **conflits d'intérêts** auxquels peuvent être soumis organisateurs ou experts de la formation ;
- la différenciation entre **formation**, **promotion** et **information**.

RÉALISATION DE LA FORMATION (DE QUALITÉ) ET SON ÉVALUATION

L'enseignement obligatoire semble miner la volonté personnelle d'apprendre
Ivan ILLICH, *Une société sans école*

L'efficacité de la formation repose pour une large part sur la cohérence entre les méthodes employées (du modèle universitaire traditionnel au modèle interactif, etc.) et les résultats attendus.

La **qualité** de la FMC proposée dépend de la **définition** et de l'**utilisation** des différentes ressources : **humaines**, **financières** (estimation du budget et prévision des sources de paiement possibles), **logistiques** (temps, matériels, locaux, etc.).

Les critères de qualité de la FMC peuvent se résumer :

- **indépendance** de l'action de la formation ;
- **qualité scientifique** et pédagogique de la formation ;
- **adaptation** à l'exercice du praticien.

Enfin, il faut planifier et mettre en œuvre l'**évaluation** [2], partie intégrante de la formation en évaluant le projet, le déroulement de l'action, les résultats et l'utilisation des ressources consacrées à la formation et enfin l'efficacité de la formation [27].

Laisser à la FMC un caractère **facultatif** présente l'avantage de respecter au mieux la **liberté de mouvement** et le souci d'individualisme des médecins. Mais c'est courir le risque que beaucoup ne s'y consacrent qu'insuffisamment ou s'en dispensent totalement. Il faut donc compenser l'absence de toute obligation par tout un dispositif d'**entraînements** et d'**incitations**. Une large campagne d'information doit faire comprendre à tous les médecins qu'à défaut d'obligation légale, c'est pour eux un **devoir de conscience** que d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances.

Ainsi **organisée**, **reconnue**, **validée** et **accréditée**, cette formation doit faire partie **intégrante** de la vie professionnelle (non épisodique).

La perspective d'une certification et d'une recertification périodique renforce cette dynamique et donne une **légitimité** à la formation en proposant une **évaluation** régulière des compétences acquises. Elle implique aussi une **autonomie** plus grande dans les apprentissages, favorisant l'indépendance et l'auto-formation et combinant la **motivation personnelle**, la **curiosité scientifique**, la rigueur méthodologique, la **lecture critique** et l'**évaluation** des résultats [28].

Les maîtres-mots de la FMC sont : responsabilité, participation, multidisciplinarité et transversalité [29].

Elle doit mettre en miroir propositions et applications (analyse de la crédibilité de l'information comme de ses possibilités d'applications) [30].

PROCÉDURES DE VALIDATION DANS DIVERS PAYS ET LEURS EXPÉRIENCES

Vers l'Orient compliqué, je volais avec des idées simples
Charles DE GAULLE, *Mémoires de guerre*

Des procédures, amenant à définir des « standards » de **critères de qualité** de FMC, ont été implantées ou proposées dans divers pays. Les unes sont liées à des modalités **officielles**, qu'il s'agisse de modalités **réglementaires**, comme aux Etats-Unis où l'ACCME a défini depuis 1982 des **critères d'accréditation** (*essentials*) auxquels furent adjoints en 1990 des **recommandations** (*guidelines*) pour éviter les conflits d'intérêts qui peuvent altérer des actions de FMC [31]. Une attestation est délivrée par l'AMA : la PRA (Physician's Recognition Award).

Quand à la Grande-Bretagne (Angleterre), des **modalités incitatives OSCE** (Objective Structured Clinical Examination) et **MKSAP** (Medical Knowledge Self-Assessment Program) avec une allocation convenant au formé, à la situation : la PGEA (Post Graduate Education Allowance). De même, le système **CRISIS** (Convenience, Relivance, Individualization, Interest, Speculation, Systematic) qui existe aussi en Ecosse [32].

En Europe, des associations actives régularisant le système de FMC comme l'**AMEE** (Association for Medical Education in Europe), **EURACT** (European Academy of Teachers General Medicine), l'**UEMS** (Union européenne des médecins spécialistes) [33] qui étudie les **perspectives modernes** de la FMC et en particulier l'**inclusion de nouvelles compétences** (refonte du programme et des recommandations, etc.). Par extension, en France par exemple, le COFER (Collège français des enseignants de rhumatologie) [34] supervise l'enseignement de cette spécialité. L'on parle actuellement en France de l'EPP (évaluation de la pratique professionnelle), évaluation concrète dans nos pratiques cliniques de la FMC, agréer par la HAS (Haute autorité de santé), et divers conseils nationaux de la FMC (CNFMC) [35]. L'EPP est inéluctable relative à l'assurance-maladie. Une obligation pour une période de cinq ans a été imposée à partir de 2008.

Tandis qu'au Canada, des procédures professionnelles d'**accréditation** de praticiens au sein des divers collèges de spécialités médicales comme MAINPRO [36] sont requises pour le maintien de l'adhésion au collège des médecins de famille.

Revenons aux Etats-Unis où la **certification** et la **reconnaissance de la qualification** des spécialistes sont délivrées par les bureaux (*boards*), en fait des jurys de plusieurs spécialités appartenant à l'ABMS (American Board of Medical Specialties) et par extension le bureau arabe (Arab Board) dans notre région. C'est ainsi que pour certaines spécialités comme la médecine interne, la certification n'est accordée par l'ABIM (American Board of Internal Medicine) que pour une durée limitée (de 7 à 15 ans par exemple) après laquelle il faut obtenir une **recertification** de longévité identique [37].

Enfin il faut citer certaines caractéristiques du système américain (du Nord) concernant la FMC :

- méthodologie de **recertification** ;
- **catégorisation** de types de FMC ;
- **caractère très lucratif** du marché offert aux prestataires du FMC (*providers*).

CONCLUSION

L'apprentissage de la médecine impose un triple enseignement : celui d'un savoir (une science), d'un savoir-faire (un art), et un savoir-être (un comportement).

La médecine est de plus en plus scientifique du fait de l'énorme accumulation d'informations et des progrès technologiques qui risquent de provoquer dans la classe médicale un déclin progressif de la logique médicale.

Une large campagne d'information doit faire comprendre à tous les médecins, qu'à défaut d'obligation légale, c'est pour eux un devoir de conscience que d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances. Il faut donc compenser l'absence de toute obligation par un dispositif d'entraînements et d'incitations. Ils peuvent compter sur leurs confrères au sein du Comité de formation médicale continue (FMC) de l'Ordre des Médecins qui œuvrent en vue de les aider à franchir ce désir ardent de réussite.

Terminons par cette phrase de **Calmar** : « *To be trained is to have arrived, to be educated is to continue to travel.* »

RÉFÉRENCES

1. Saliba G : La profession médicale hippocratique. In : Saliba, ed. Montpellier : Histoire de la ville et de la faculté de médecine, Beyrouth : Édition Four A, juin 2008 : 169-223.
2. Daher M. Compétence et qualité dans la pratique médicale. J Med Liban 2003 ; 51(4): 183-4.
3. Knowles M : Self directing learning, New York : Associated Press, 1975.
4. WHO, WONCA. World Organization of National College and Academy of Family Doctors Conference : Making medical practice and education more relevant to people's needs. Ontario, Canada, 1994, 6-8 Nov.
5. Boland M : Continuing medical education for general practice in Europe, 1992 EURACT (European Academy of Teachers in General Practice).
6. Béraud C. Le rapport Béraud. Le Concours médical 1992 ; 114 : 2616-22 et 2715-25.
7. Guyatt G, Chair A. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992 ; 268 (17) : 2420-5.
8. Suarez-Almazor ME. Patient-physician communication. Curr Mini Rhumato 2004 ; 16 : 91-5.
9. Huber P. Rassurer : Un aspect thérapeutique de la relation médecin-malade. Ann Med Int 1995 ; 46 (1) : 3-7.
10. Saliba G. Observance thérapeutique et la relation médecin-malade. In : Saliba, ed. Le médicament : de l'Antiquité... à nos jours, Beyrouth : Édition Four A, juin 2007 : 261-7.
11. Savormin C, Clappaz L, Arvers P, Versier G, Soares JL. Le devoir d'information et la pratique quotidienne. Le Concours médical, 2000 29 avril ; 122 : 1219-22.
12. Fautrel B, Pham T, Grossec L et al. Role and modalities of information and education in the management of patient with rheumatoid arthritis : Development of recommendations for clinical practice based on published evidence and expert opinion. Joint Bone Spine 2005 ; 72 : 163-70.
13. Saliba G : Carnet du rhumatisant, mai 1993, livret d'informations pour les patients de 72 pages, indexé à la troisième édition du

- XIX^e ILAR - Singapore 1997 (Database on educational materiel for primary care physician's and health care professionals).
14. Lorig KR, Holman H. Self-management education history, definition, outcomes and mechanisms. *Ann Behav Med* 2003 ; 26 : 1-7.
 15. Saliba G. Médecine factuelle (Evidence-based medicine), essais cliniques et maisons pharmaceutiques. In : Saliba, ed. *Le médicament : de l'Antiquité... à nos jours*, Beyrouth : Édition Four A, juin 2007 : 221-6, 209-20.
 16. Beaulieu MD et al. Littérature médicale ; approche critique ou comment séparer le bon grain de l'ivraie. *Le médecin du Québec* Nov 1989 : 235 : 25-8.
 17. Programme de formation pré et post-doctorale. Faculté de médecine de Sherbrooke, 1990, document interne.
 18. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD et al. Changing physician's performance. A systemic review of the effect of CME strategies. *JAMA* 1995 ; 274 : 700-5.
 19. Broclan D. Pour un niveau de preuve explicite des recommandations. *Rev Prescrire* 1996 ; 16 (159) : 139-41.
 20. *Journal Officiel Libanais*, N° 19, 19 avril 2001, article 35.
 21. Mignot G. Formation continue et industrie pharmaceutique. *Rev Prescrire* 1992 ; 12 : 375-6.
 22. Manson JE, Faich JA. Pharmacotherapy. *N Engl J Med* 1996 ; 335 : 659-60.
 23. Rodwin MA : *Medicine, money and morals. Physician's conflict of interest*. Oxford : Oxford University Press, 1993.
 24. Nelson R. Conflict of interest in CME. *Iowa Medicine* 1994 ; 84 : 12.
 25. AMA : *Ethical issues in CME (PRA)*. Information booklet. Chicago, May 1996 : 26-7.
 26. ACP : *Physician's and the pharmaceutical Industry*. *JAMA* 1990 ; 112 : 624-6.
 27. Al Shehri A, Stanly L, Bligh J. Evaluating the outcomes of continuing education for general practice, a coalition of interest education for general practitioner. *Educ for Gen Pract* 1994, 5 : 135-42.
 28. Buckley E. European Conference on reaccreditation. *Euro J Gen Pract* 1995 ; 1 (2) : 82-7.
 29. Grenier B. Quels médecins pour quelle médecine du 21^e siècle. *Les nouveaux paradigmes*. *Rev Méd Tours* 1994 ; 28 (7) : 275-80.
 30. Grenier B. Les nouveaux défis de la médecine. *Arch Fr Pediatr* 1991 ; 48 : 603-5.
 31. Council on Medical Education report on the accreditation process. *JAMA* 1998 ; 259 (7) : 1058-9.
 32. Hardey RM. Effective continuing education ; the CRISIS criteria. *Med. Education* 1992 ; 26 : 408-22.
 33. <http://admin.uems.net/upload files/395pdf>
 34. COFER (Collège français des enseignants de rhumatologie) : *Le précis de rhumatologie*, Paris : Masson, 2006, 800 pp.
 35. <http://www.has-santé.fr>
<http://www.cnfmc.fr>
 36. MAINPRO : FMC. *Lignes directrices et exigences*, Canada, 1995 : 19-22.
 37. Benson JA. Certification and recertification, one approach to professional accountability. *Ann Int Med* 1991 ; 114 : 238-42.