

**AMDPI, ÉVOLUTION ET PERSPECTIVES:
FORMATION MÉDICALE CONTINUE ET
FORMATION PHARMACEUTIQUE
CONTINUE**

Dr. B. Badie Modiri

De par la qualité et l'assiduité de ses membres et de ses orateurs, notre Association pourrait à l'avenir, si et seulement si ses membres le souhaitent, devenir un organisme dispensant une formation médicale continue (FMC). Pour cela le premier pas a été franchi en 2004, avec le changement de l'article 2 des statuts, en faisant figurer dans les buts de l'AMDPI, la recherche et la FMC. Cette modification correspond à une évolution de notre « monde médical » à savoir des exigences de plus en plus réglementaires de l'administration (lire l'article de loi et le décret ci-dessous). Les conditions à remplir afin d'obtenir l'agrément pour la FMC, ne sont pas hors de notre portée si nous acceptons de nous soumettre à un cahier des charges qui est reproduit ci-après et qui comporte entre autre l'augmentation du nombre de nos séances de réunion (une fois /mois).

Un autre objectif de ce changement était celui de permettre les aides et les subventions des laboratoires médicaux et pharmaceutiques, mais force est de constater que ces derniers s'intéressent de plus en plus à une population médicale sectorisée et prescriptrice (notamment les Généralistes) et la longue liste des médecins de notre association (très hétérogène sur le plan professionnel et géographique) ne constitue plus une garantie pour eux en ce qui concerne le retour sur l'investissement. Nous devons donc dans ce contexte, tisser des liens personnalisés avec quelques laboratoires, les inviter éventuellement à l'une de nos soirées, leur faire connaître le sérieux et la qualité scientifique de nos conférences et leur demander alors de s'associer à l'organisation de ces événements. Il va s'en dire que le fait même d'être reconnu comme un organisme dispensant une FMC, est en soi, de nature à ouvrir la voie du financement et donc du développement de l'association.

Le choix que nous ferons ensemble aujourd'hui contribuera sans doute au développement de l'AMDPI et à sa reconnaissance scientifique par les organismes de tutelle, tout en lui conservant sa qualité première: être un lieu chaleureux et convivial pour tous les confrères iraniens en France.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002

Chapitre II

Article 59

I. - Le chapitre III du titre III du livre Ier de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

La formation médicale continue a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances, y compris dans le domaine des droits de la personne ainsi que l'amélioration de la prise en charge des priorités de santé publique.

« Elle constitue une obligation pour tout **médecin** tenu pour exercer sa pratique de s'inscrire à l'ordre des médecins en vertu des dispositions du 3o de l'article L. 4111-1.

« L'obligation de formation peut être satisfaite, au choix du médecin, **soit en participant à des actions de formation agréées, soit en se soumettant à une procédure adaptée d'évaluation des connaissances réalisée par un organisme agréé, soit en présentant oralement au conseil régional un dossier** répondant à l'obligation mentionnée au présent article. **Le respect de l'obligation fait l'objet d'une validation. La méconnaissance de cette obligation est de nature à entraîner des sanctions disciplinaires.**

« Peut obtenir un agrément toute personne morale de droit public ou privé, à caractère lucratif ou non, dès lors qu'elle répond aux critères fixés par les conseils nationaux mentionnés à l'article L. 4133-2.

**Décret n° 2003-1077 du 14 novembre 2003
relatif aux conseils nationaux et au comité de
coordination de la formation médicale.**

Article 3

I. - Les conseils **agrément** pour cinq ans, sur leur demande, **les organismes** de droit public ou privé à caractère lucratif ou non qui organisent des actions de formation médicale continue.

L'agrément ne peut être délivré qu'aux organismes dont la déclaration d'activité mentionnée à l'article L. 920-4 du code du travail a été enregistrée auprès du préfet de région.

Il est donné sur la base d'un cahier des charges, élaboré par chacun des conseils, précisant les conditions à remplir. Le cahier des charges prend en compte les critères suivants :

- **qualité scientifique et pédagogique des programmes proposés ;**
- **transparence des financements ;**
- **engagement relatif à l'absence de toute**

promotion en faveur d'un produit de santé et à l'utilisation de la dénomination commune des médicaments ;

– respect des orientations nationales définies par le conseil national ;

– acceptation du principe d'une évaluation externe du fonctionnement de l'organisme de formation et de la qualité des formations.

II. – L'**agrément** de l'organisme qui délivre une formation est **renouvelable** pour la même durée, à la demande de l'organisme et selon les mêmes critères. Le renouvellement est subordonné à la transmission annuelle au conseil national compétent d'un **rapport** dressant un bilan pédagogique et financier de l'activité de l'organisme agréé. Ce bilan indique notamment le nombre de médecins accueillis et le nombre de formations dispensées, en précisant leur nature, leur niveau, leur durée et leurs domaines d'intervention.

III. – L'**agrément** peut être retiré ou suspendu par le conseil lorsque la personne morale agréée cesse de satisfaire aux conditions prévues par le présent article ou n'a pas transmis le bilan mentionné ci-dessus.

Lorsque le conseil envisage de suspendre ou de retirer l'**agrément**, il informe l'organisme de son intention en indiquant les motifs de la décision envisagée. L'organisme dispose d'un délai d'un mois à compter de la date à laquelle il a été informé par lettre recommandée avec accusé de réception pour présenter ses observations.

La suspension ou le retrait de l'**agrément** fait l'objet d'une notification qui est adressée à l'organisme par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

IRM CARDIAQUE : L'IMAGERIE D'AVENIR EN CARDIOLOGIE

Dr C. Guiti

L'IRM cardiaque a fait ces dernières années une entrée progressive dans le domaine de la cardiologie. Elle permet en effet d'apporter des informations morphologiques autant que fonctionnelles. Dès à présent, l'IRM a des indications validées en cardiologie. L'anatomie cardiaque, le volume, la masse et la fonction ventriculaire gauche peuvent ainsi être étudiées par cette technique. Sans aucune injection de produit de contraste, le sang circulant apparaît en hypersignal (blanc), alors que le myocarde apparaît en hyposignal (noir). On effectue 30 à 35 images par niveau de coupe, au cours d'un cycle cardiaque et

lors d'une apnée de quelques secondes. On visualise ainsi les différentes structures et parties cardiaques. Après injection de gadolinium, la réalisation d'une imagerie dynamique permet l'étude de la perfusion myocardique : on visualise les zones hypo- ou non-perfusées, par anomalie de la macro- ou de la microcirculation.

Lors d'un infarctus, le gadolinium s'accumule dans la zone nécrosée : sur les images acquises 10 à 15 minutes après l'injection, cette zone apparaît alors en hypersignal. Cette technique a une très grande sensibilité et paraît même être supérieure aux techniques scintigraphiques dans la mise en évidence des nécroses non-transmurales.

L'IRM de stress (pharmacologique, par injection d'adénosine ou de dipyridamole) se développe aussi avec des résultats satisfaisants dans la détection de l'ischémie mais aussi de la viabilité myocardique. L'IRM permet aussi de visualiser les artères coronaires de 2 à 3 mm de diamètre. Toutefois, il existe encore beaucoup de faux négatifs avec cette technique : dans 16 % des cas, les segments proximaux et moyens des artères coronaires sont mal visualisés, et 17 % des sténoses significatives à l'angiographie ne sont pas mises en évidence par l'IRM. Ainsi, aujourd'hui, cet examen a une très bonne valeur prédictive négative chez une population à faible risque de maladie coronarienne, où elle permet d'écarter le diagnostic.

Les développements futurs de l'IRM permettront d'améliorer la qualité de l'imagerie et aussi de tenter de faciliter l'acquisition de celle-ci. Ainsi, on pourra espérer à moyen terme de pouvoir utiliser l'IRM dans le diagnostic positif et la quantification des sténoses coronariennes dans une population à risque moyen ou élevé. On pourra aussi plus finement analyser la plaque d'athérome, voire par des techniques d'imagerie moléculaire, mettre en évidence un processus thrombotique intra-artériel.

Enfin bien sûr, l'IRM interventionnelle va se développer. La mise en place d'un cathéter, d'un guide et du ballonnet d'angioplastie pourra se faire guidé par l'IRM. Cette technique de procédure a deux avantages très importants et indéniables : d'une part on visualise beaucoup plus finement la cinétique segmentaire et régionale ventriculaire gauche lors du geste, et surtout, on évite une exposition prolongée aux rayons X, qui était souvent répétée chez les patients coronariens.

Nul doute que l'IRM cardiaque va confirmer son intérêt et prendre une place croissante et prépondérante dans les décennies à venir au sein de l'arsenal diagnostique en cardiologie.

