

J.F. THEBAUT¹, C. ZICCARELLI²

¹Cardiologue, Vice-Président du Comité de Coordination des CNFMC, Président du Syndicat National des Spécialistes des Maladies du Cœur et des Vaisseaux.

²Cardiologue, Président de l'UFCV.

Éléments de réflexion pour la FMC du cardiologue libéral

Il y a un peu plus de deux ans, dans ces mêmes colonnes [1], nous était offerte l'occasion d'écrire un article documenté sur l'état des lieux et les perspectives de la Formation Médicale Continue (FMC) des médecins spécialistes en général et des cardiologues en particulier. Nous déplorions alors que *“bien que la pratique d'une FMC régulière fasse implicitement partie des habitudes des médecins spécialistes... la mise en place d'une organisation réglementaire du dispositif n'a été, depuis plus de vingt ans, qu'une série d'échecs successifs. Les deux derniers en date étant le dispositif obligatoire de l'Ordonnance de 1996 qui ne s'appliquait qu'aux médecins libéraux, puis celui d'une Formation Professionnelle Conventionnelle (FPC), fermée aux spécialistes... faute de convention!”*

Alors même qu'en 2005 deux nouvelles obligations devaient s'imposer aux médecins :

– la Formation Médicale Continue (FMC), issue de la loi de 4 mars 2002 et modifiée par la loi de Santé Publique du 9 août 2004.

– l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) individuelle, issue de la loi du 13 août suivant.

S'en est suivi un long développement réglementaire, qui était alors resté inachevé faute de textes législatifs.

Depuis, la quasi-totalité des textes a été publiée, permettant ainsi aux Conseils Nationaux de FMC des trois catégories de médecins (libéraux, hospitaliers et salariés) de lancer simultanément, pour ce début d'année 2007, l'appel d'offre d'agrément des organismes de FMC et l'appel à candidature permettant la nomination des neuf membres des CRFMC. Les trois autres devront être désignés par les Conseils Régionaux de l'Ordre des Médecins qui, dans le même temps, ont vu leur organisation réglementaire précisée par la publication de différents décrets. A ce jour, les élections de leurs membres sont en cours.

■ LE DISPOSITIF

Le dispositif est donc opérationnel. Il est commun aux trois CNFMC et a été approuvé et publié par arrêté ministériel le 13 juillet dernier. Il se définit comme suit :

1. – Nombre de points à valider

- Les médecins, quel que soit leur type d'exercice, devront cumuler 250 crédits par période quinquennale.
- La validation de l'EPP, obligatoire en elle-même, “rapportera” un forfait de 100 crédits à chaque médecin ayant satisfait à l'EPP selon les critères de l'HAS.
- Pour obtenir les 150 crédits restants, les médecins devront combiner au moins deux des catégories 1 à 3.

2. – Les différents crédits

>>> La catégorie 1 : les formations présentielles

Elles sont délivrées par des organismes agréés publics et privés, pour lesquelles la présence du praticien sur le lieu de formation est requise.

Chaque action de formation de la catégorie 1 donne lieu à l'attribution de :

- 8 crédits pour une journée de formation,
- 4 crédits pour une demi-journée ou une soirée.

Cela comprend les formations proposées par des organismes qui seront agréés par les CNFMC, comme vraisemblablement le Collège National des Cardiologues Français, la Société Française de Cardiologie et l'UFCV, ainsi que les amicales loco-régionales, ou encore les structures de FMC hospita-

lières agréées en leur nom propre ou adhérent à un organisme national agréé.

>>> La catégorie 2 : les formations individuelles et à distance

Elles permettent l'utilisation de tout support matériel ou électronique, notamment les abonnements à des périodiques ou l'acquisition d'ouvrages médicaux.

- **Les formations individuelles et à distance** (Net FMC), délivrées par un organisme de formation agréé, donneront lieu à l'attribution de crédits par analogie aux règles de la formation présentielle (exemple : une soirée = 4 crédits).

- **Pour un abonnement à un périodique médical** ou un ouvrage médical, le médecin bénéficiera de **2 crédits par an**, dans la limite de 10 crédits sur cinq ans. Cette valeur pourra être portée à **4 crédits par an** pour l'abonnement à un périodique de formation répondant à des critères de qualité définis conjointement par les CNFMC, et ce dans la limite de **40 crédits** par période de cinq ans. Les validations seront faites sur justificatif d'abonnement individuel (facture) ou collectif (attestation).

>>> La catégorie 3 : les situations professionnelles formatrices

Il s'agit de situations dans lesquelles le praticien accomplit un travail personnel, en sa qualité de praticien, au sein ou en dehors de son exercice habituel. Les situations professionnelles formatrices se répartissent en 4 groupes :

- **Le groupe 1** comprend la formation professionnelle des salariés hospitaliers et non hospitaliers et les staffs protocolisés.

- **Le groupe 2** concerne l'accomplissement de missions d'intérêt général au service de la qualité et de l'organisation des soins et de la prévention, y compris électives (CME, URML, syndicales ou ordinales...), dans le cadre de structures organisées.

- **Le groupe 3** comprend les activités de formateur et la participation à des jurys dans le domaine de la santé.

- **Le groupe 4** comprend la réalisation effective de travaux de recherche et de publications personnelles dans le domaine de la santé.

Les actions de chaque groupe ouvrent droit à l'attribution de crédits au prorata du temps passé et, selon les valeurs fixées pour les formations de la catégorie 1, dans la limite de 50 crédits par groupe pour chaque période de cinq ans, sans que

le total des crédits pris en compte au titre de la catégorie 3 ne puisse dépasser **100 crédits** par période de cinq ans.

A noter que la participation à des études et enquêtes sur des produits de santé, notamment **les études de phase IV**, n'est pas éligible au titre de la FMC.

Lorsque des formations des catégories 1 à 3 s'inscrivent dans **les orientations nationales** fixées par les CNFMC, **les crédits attribuables sont bonifiés de 20 % (tableau I)**.

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Place et rôle des médecins en situation de crise sanitaire.2. Iatrogenèse.3. Prévention vaccinale.4. Prévention et dépistage des cancers.5. Prévention et réduction des risques environnementaux, comportementaux et professionnels. |
|---|

Tableau I : Thèmes prioritaires d'orientation de la politique nationale de FMC.

>>> La catégorie 4 : l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

Pour ces actions, un forfait de 100 crédits est attribué à chaque médecin ayant satisfait, sur la période de cinq ans, à l'obligation d'évaluation dans les conditions fixées par l'HAS, selon un programme mis en œuvre par une URML en ce qui concerne les cardiologues libéraux, par la CME pour les cardiologues hospitaliers, ou pour toutes les catégories de cardiologues par un organisme agréé par l'HAS. A ce jour, plus de 70 organismes ont été agréés par la HAS dont, pour la cardiologie, la Société Française de Cardiologie et l'UFCV.

■ COMMENT ET QUAND SATISFAIRE A SON DEVOIR DE FMC ?

En résumé, pour satisfaire à son obligation, chaque praticien doit avoir recueilli **au moins 250 crédits, pour chaque période de cinq ans, dont :**

- 150 crédits dans au moins deux des catégories 1 à 3,
- 100 crédits dans la catégorie EPP.

Les justificatifs des actions de formation prises en compte au titre de l'obligation de formation médicale continue comprennent les certificats délivrés par les organismes de formation agréés, les attestations ou factures délivrées par tout organisme ayant contribué aux formations prises en compte dans

Exemples d'EPP intégrée à l'exercice :

- Participer à un réseau de santé qui par définition inclut formation et évaluation.
- Participer à un observatoire ou un registre professionnel comme en cardiologie interventionnelle, en rythmologie, mais aussi en pratique clinique, insuffisance cardiaque par exemple. Gageons que le développement des logiciels structurés et communicants sera un atout maître dans cette thématique.
- Participer à un staff-EPP hospitalier.
- Participer à des groupes d'analyses de pratiques "GAP-Cardio".
- S'inscrire à des programmes sur internet comme EPPCard.

les catégories 2 et 3, et tout élément attestant de la réalité des formations et des évaluations accomplies.

Les justificatifs sont conservés par le praticien et tenus à la disposition du conseil régional de la formation médicale continue pendant **une durée de cinq années** après la validation de son obligation de formation médicale continue.

La date de départ des obligations (FMC et EPP) est, en théorie, celle de l'installation des CRFMC, mais le médecin peut décider d'un départ antérieur, notamment s'il a déjà participé à des actions d'EPP. Nous en voudrions pour preuve que l'HAS a, d'ores et déjà, fait remettre par des URML, des CME ou des OA, les 1000 premiers certificats d'EPP aux médecins engagés dans ces expériences, certes en nombre limité mais de valeur hautement symbolique, lors de la Journée d'EPP le 18 décembre dernier à Paris. Au cours de cette Journée, l'UFCV a pu rapporter son expérience en la matière [2, 3] et participer à la remise des certificats à des cardiologues pionniers engagés dans l'EPP.

■ A CE STADE, QUATRE ELEMENTS DE REFLEXION PARTICULIERS PEUVENT ETRE DEVELOPPES

- L'acceptabilité de ces procédures, ce qui correspond à l'état des lieux de l'offre et de la demande en cardiologie.
 - La faisabilité avec son corollaire inséparable : le financement.
 - L'utilité de la FMC.
 - La validité et la finalité du couple indissociable EPP/FMC avec, bien sûr, en perspective, l'amélioration de la qualité des soins.
- La FMC apparaît donc comme l'un des enjeux majeurs des démarches d'amélioration de la qualité des soins, tout en

- ▶ Le dispositif réglementaire complet FMC/EPP est en place.
- ▶ Pour chaque médecin, l'obligation FMC/EPP démarrera au plus tard lors de la date d'installation des CRFMC, mais il pourra faire valider ses acquis antérieurs, notamment pour l'EPP. Gardez tous vos certificats!
- ▶ Les cardiologues acceptent bien ces procédures. L'offre de FMC est riche et correspond aux besoins aux niveaux régional comme national.
- ▶ A ce jour, la SFC et l'UFCV sont les deux organismes agréés par l'HAS pour l'EPP.
- ▶ Sous réserve de se conformer à "un code de bonne pratique", l'industrie garde toute sa place dans le financement du dispositif FMC.
- ▶ Le financement de l'EPP aura sans doute une partie institutionnelle significative.
- ▶ L'utilité de la FMC dans la diffusion des recommandations ne peut pas être contestée.
- ▶ La validité et la finalité du couple EPP/FMC est indissociable avec, bien sûr, en perspective, l'amélioration de la qualité des soins.

s'articulant fortement avec des procédures d'évaluation tant il est parfaitement reconnu maintenant que le savoir est loin d'être le seul déterminant d'une démarche diagnostique ou thérapeutique.

De fait, l'EPP fait partie intégrante du dispositif, alors que, réglementairement, son obligation s'inscrit dans le code de la Sécurité sociale. Curiosité législative corrigée par l'écriture qui précise que "*L'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue*" (Art. D. 4133-0-1).

1. – L'acceptabilité de ces procédures

En d'autres termes, cela correspond à dresser l'état des lieux de l'offre et de la demande en cardiologie.

>>> Les organismes de formation

A priori, la loi n'est pas limitative quant à la possibilité d'agrément des organismes puisque: "*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*" (Art. L. 4133-1).

De fait, en ce qui concerne la cardiologie, il faut citer les opérateurs nationaux dont la légitimité ne fait aucun doute, à savoir:

► EPP et FMC du cardiologue : ce qu'il faut savoir

- la Société Française de Cardiologie (SFC) avec ses groupes et ses filiales,
- le Collège National des Cardiologues Français (CNCF) fédérant plus de trente associations régionales,
- l'UFCV, organisme effecteur de la formation et de l'évaluation pour le Syndicat National des Spécialistes des Maladies du Cœur et des Vaisseaux (SNSMCV) avec 35 membres associés régionaux.

Mais il faudra aussi compter avec les autres opérateurs que sont :

- d'abord, bien sûr, le tissu associatif local riche d'une quarantaine de structures à prédominance libérale,
- à l'identique, bien que souvent non structurés statutairement, les départements ou commissions de FMC des services de cardiologie des CHU et des hôpitaux généraux,
- ajoutons enfin les départements de FMC des universités qui, pour le moment, paraissent s'orienter préférentiellement vers la FMC de la médecine générale.

Ces structures pourront soit postuler directement à l'agrément, soit se fédérer à l'un des trois organismes nationaux sus-cités. A cette fin, il avait été constitué entre la SFC et le SNSMCV, dès

1999, le **Conseil de FMC Cardiologique National** [3], paritaire, dont la vocation est de recenser et de proposer à l'agrément des trois Conseils Nationaux de FMC les organismes et les actions qui semblent, au regard de la profession, correspondre aux critères des cahiers des charges d'agrément en vigueur.

Mais, à côté de ces structures professionnelles, d'autres structures commerciales proposeront, à n'en pas douter, leurs services aux cardiologues. En raisonnant par analogie avec les organismes qui ont demandé et obtenu l'agrément de l'HAS pour l'EPP, on peut alors évoquer :

- des opérateurs commerciaux de FMC, comme il en existe en formation professionnelle, agréés par les FAF,
- des structures commerciales organisatrices de congrès ou de manifestations scientifiques qui interviennent soit comme sous-traitants, soit comme opérateurs directs,
- des instituts, des associations ou des fondations d'entreprises industrielles du médicament ou des dispositifs médicaux,
- des groupes de presse,
- des opérateurs internet, à mi-chemin entre l'éditeur de contenu et l'opérateur de FMC.

L'offre sera sûrement riche et variée, à l'image de la multiplicité actuelle des manifestations, et chaque cardiologue pourra y adhérer selon ses habitudes, sa personnalité, son type ou son lieu d'exercice et ses affinités scientifiques, voire politiques.

>>> Le cardiologue : une forte appétence de formation !

Des enquêtes antérieures [4, 5] avaient montré que le cardiologue "moyen" se formait :

- beaucoup collectivement : 52 heures/an en moyenne (quantile 25 % : 20 h ; quantile 75 % : 60 h),
- encore plus individuellement : 89 heures/an en moyenne (quantile 25 % : 25 h ; quantile 75 % : 120 h).

Seuls 15 % des cardiologues libéraux se sont déclarés réfractaires à la FMC ; en outre, seuls 25 % de tous les cardiologues libéraux auraient été en deçà du barème proposé par le CNFMC de 1997 (40 heures de FMC par an cumulées sur 5 ans, soit 200 heures). Selon une enquête plus récente (2002), 70 % des cardiologues considéraient que la FMC faisait partie intégrante de la démarche qualité, que les congrès devaient être compris dans les outils de cette formation (92 %) et qu'elle devait rester sous le contrôle organisationnel de la profession (81 %).

Quelques preuves indirectes récentes de cet engagement constant des cardiologues dans les processus de formation/évaluation :

- dès la mise en place de la Formation Professionnelle Conventionnelle, la cardiologie (UFCV) est avec la radiologie (FORCOMED) une des deux premières spécialités en termes non seulement de réponse à l'appel d'offre, mais aussi de nombre de médecins formés (consultable sur www.ogc.fr),
- pour la période 2005/2006, plus de 300 cardiologues libéraux, soit 10 % des effectifs, se sont d'ores et déjà engagés dans l'EPP avec l'UFCV, avec des perspectives au moins égales pour l'année 2007. A cette offre spécifique s'ajouteront celles de la SFC.

2. – La faisabilité avec son corollaire inséparable : le financement

Précédemment [1], nous avons pu chiffrer le besoin financier spécifique à la formation des 115 000 médecins libéraux à une enveloppe annuelle comprise entre 240 et 314 millions d'euros, pour une hypothèse de 35 équivalents heures/an et, en ce qui concerne l'EPP, à une estimation basse de 63 millions d'euros.

Les sources officielles de financement de l'époque étaient alors limitées au FAF (4,5 millions d'euros) et au dispositif

conventionnel FPC/OGC : 25 à 30 millions pour les seuls médecins généralistes, faute de convention pour les spécialistes. La participation de l'industrie, bien qu'omniprésente, était officieuse et non quantifiée sous couvert d'une subtile confusion entre FMC et promotion. Il était alors clair que la suppression législative, dans la Loi de Santé Publique d'août 2004, du fonds national prévu initialement par la loi du 4 mars 2002, constituait un handicap sérieux tant pour la gestion du dispositif que pour sa mise en route.

Depuis, quatre éléments majeurs sont survenus qui devraient permettre de clarifier la crédibilité financière du projet :

- **Une convention de gestion financière** a été établie entre le ministère et le Conseil National de l'Ordre permettant aux CNFMC une autonomie indispensable à leur efficience. Mais cette convention est annuellement reconductible, tout comme la ligne budgétaire attribuée (4,7 millions d'euros), ce qui ne garantit pas la pérennité du système, laissant ainsi la porte ouverte à des possibilités d'arbitrages politiques défavorables.
- **La signature d'une convention unique** entre l'UNCAM et les médecins généralistes et spécialistes a ouvert le champ de la Formation Professionnelle Conventionnelle aux spécialistes, doublant ainsi théoriquement la participation des caisses au dispositif. En fait, deux constatations limitent cet optimisme : d'abord l'UNCAM n'a pas réellement doublé la dotation (75 % seulement) et ensuite cette augmentation profite essentiellement aux généralistes puisque seuls 11 % du budget total ont été attribués aux actions spécifiques des spécialistes. Les organismes généralistes ont réellement profité d'un effet d'aubaine qui leur a permis d'augmenter substantiellement leur enveloppe.
- La publication, le 18 juillet dernier, d'un "**Code de bonnes pratiques**" régissant les partenariats entre l'industrie et les organismes agréés. Cette signature entre le ministre de la Santé, Xavier Bertrand, et le président du LEEM, Christian Lajoux, institutionnalise la participation de l'industrie du médicament, entérinant un état de fait tout en précisant un cadre rigoureux qui devrait permettre de lever toute ambiguïté quant à l'indépendance du contenu pédagogique. In fine, ce code devrait permettre de différencier avec clarté le champ de la formation de celui de la promotion.
- **La publication du barème** a permis de revoir à la baisse le degré d'exigence de formation collective présente, puisque le maximum annuel valable est désormais significativement moindre que ce qui avait permis de faire les estimations précédentes. Ainsi, un médecin pourra justifier d'un

maximum de 100 à 140 crédits sur 5 ans, soit entre 2,5 et 3,5 jours par an, ce qui représenterait un budget estimé entre 120 et 220 millions d'euros.

Bien entendu, les besoins en FMC des médecins ne se limitent pas à ce barème réglementaire ; pour preuve, les enquêtes qui montrent que les cardiologues ont des exigences bien supérieures puisqu'ils se forment entre 2 et 3 fois plus que le minimum requis.

>>> Qu'en est-il du financement de l'EPP ?

Tous les acteurs institutionnels (HAS, ministère, UNCAM) et un bon nombre d'acteurs professionnels s'accordent à penser qu'il n'est pas souhaitable d'accepter un financement industriel de l'EPP comme pour la FMC. Mais, dans le même temps, le financement initialement attribué aux URML se fait attendre, notamment au regard de l'incapacité actuelle des 26 Unions à trouver un *modus vivendi* au sein de la conférence nationale des présidents d'URML. De plus, les parties signataires n'ont pas reconduit en 2007 le financement 2005/2006 de la FPC, spécifiquement orienté vers l'EPP.

Pour ne pas interrompre la dynamique enclenchée, un certain nombre d'organismes agréés ont été contraints de rechercher des financements industriels. Rappelons que certains organismes ont été agréés par l'HAS alors même que le financement prévu était pour une part importante, pour ne pas dire exclusive, d'origine industrielle. Faute de trouver une solution rapide, la seule alternative financière serait soit un autofinancement par les médecins eux-mêmes, soit un partenariat industriel, par exemple dans le cadre d'une extension à l'EPP du Code de bonne pratique sus-cité.

Une solution élégante proposée passerait par l'attribution de "chèques EPP" mis à disposition des médecins par l'UNCAM et honorés aux organismes agréés ou aux URML une fois l'EPP engagée ou terminée. A ce jour, compte tenu du niveau d'exigence requis pour les procédures d'EPP, les besoins financiers sont estimés entre 30 à 40 millions d'euros annuels.

3. – L'utilité de la FMC

Il importe de rappeler qu'après l'engouement initial des années 1990 qui ont vu, parallèlement au développement de l'*Evidence-Based Medicine* (EBM), l'instauration et l'organisation dans la plupart des pays développés d'une FMC plus ou moins institutionnalisée, voire obligatoire, regroupée sous la dénomination de *Continuing Medical Education* (CME) pou-

vant conduire parfois jusqu'à la recertification [6, 7], il est apparu par la suite un courant de pensée critique de la FMC traditionnelle. Il lui était reproché un impact faible en termes de modification des pratiques. Ces réserves sur l'impact de la FMC apparaissent clairement dans les conclusions du rapport de l'ANAES de janvier 2000 "*Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales*" [8] qui soulignait la faiblesse des outils classiques de FMC.

D'autant que la classique publication de Sackett D.L. de 1996 [9] tendait à dénoncer le choix spontanément non pertinent des praticiens eux-mêmes, qui s'orientaient volontiers vers des sujets correspondant davantage à leurs centres d'intérêt qu'à leurs faiblesses ou aux besoins de leurs patients.

Et pourtant, les contre-exemples de ces assertions sont nombreux. Les nouvelles thérapeutiques sont progressivement incluses dans l'arsenal thérapeutique courant en ambulatoire. La plupart des praticiens "ingurgitent" régulièrement l'accroissement exponentiel des connaissances, dont on dit qu'il double tous les 5 à 7 ans. Certaines mauvaises langues vont même jusqu'à prétendre que cela ne se ferait que sous la pression commerciale de l'industrie via la visite médicale ou par les actions de communications promotionnelles. Ce serait, en réalité, sans compter la multiplication des recommandations et le travail scientifique remarquable réalisé par les différentes agences ou Sociétés Savantes qui sont autant d'occasions de remettre à jour les pratiques des médecins fondées sur les preuves.

Un exemple concret : celui de la prise en charge thérapeutique de l'insuffisance cardiaque (IC). Toutes les enquêtes de pratiques, observatoires ou registres européens, nationaux et régionaux [10] montrent une amélioration progressive et considérable de la qualité de la prescription médicamenteuse. Récemment, à l'occasion d'une enquête réalisée sous la coordination du Pr Michel Komajda [11, 12], il a pu être montré l'augmentation spectaculaire du taux de prescription des bêta-bloquants : très bas en 1999 (14 %), on assiste à une augmentation progressive des prescriptions (jusqu'à 65 % en 2004) au fur et à mesure de la publication des recommandations (ESC 2001 notamment) (*tableau II*). Douze mois plus tard, après la publication et la diffusion des nouvelles recommandations de l'ESC en 2005, non seulement le taux de prescription de bêta-bloquants dépassait 70 % de manière significative, mais de plus, on note une amélioration sensible du taux d'atteinte de la dose cible recommandée qui passe de 18,3 % à 24 %. Un tel exemple montre comment des professionnels libéraux peuvent s'approprier des recommandations, en dehors de toute pression commerciale.

	Pourcentage de patients sous traitement				
	Diurétiques	IEC	bb	ARA II	Anti-aldostérone
Komajda <i>et al.</i> ¹ Etude française réalisée en 1999 en cardiologie libérale	71 %	54 %	14 %	7 %	-
Cleland <i>et al.</i> ² Etude IMPROVEMENT, données du sous-groupe de patients français, étude réalisée en 2000 en médecine générale	69 %	49 %	34 %	9 %	15 %
Julien <i>et al.</i> ³ Enquête française réalisée en 2000 en cardiologie libérale	78 %	82 %	29 %	9 %	28 %
URCAM – Ile-de-France 10 Etude réalisée en 2004	82 %	74 %	70 %	16 %	25 %
IMPACT RECO I 11 Enquête réalisée en 2004-2005 en cardiologie libérale	83 %	71 %	65 %	21 %	35 %
IMPACT RECO II 12 Enquête réalisée en 2005-2006 en cardiologie libérale	85 %	68 %	70 %	30 %	35 %

¹ KOMAJDA M, BOUHOUR JB, AMOUEYEL P *et al.* Observatoire de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque en ambulatoire. Enquête auprès des cardiologues. *Arch Mal Cœur*, 2001 ; 94 : 257-61.
² CLELAND JD, COHEN-SOLAL A, AGULAR JC *et al.* Management of heart failure in primary care (the IMPROVEMENT of Heart Failure Programme): an international survey. *Lancet*, 2002 ; 360 : 1 631-9.
³ JULIEN G, FRABOULET JY, PONCELET P *et al.* Registry of cardiac insufficiency in cardiology. *Arch Mal Cœur*, 2001 ; 94 : 1 351-6.

Tableau II.

4. – La validité et la finalité du couple indissociable EPP/FMC, avec bien sûr en perspective l'amélioration de la qualité des soins

Ce sont effectivement les arguments précédents qui ont incité les organismes de formation à s'engager dans la diffusion des procédures d'autoévaluation pédagogique, ainsi que les législateurs à promouvoir l'évaluation des pratiques au point de la rendre obligatoire.

“La FMC a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins et du mieux-être des patients...” (Art. L. 4133-1).

Après plusieurs mois d'hésitations et d'arbitrages difficiles, il a enfin été possible de proposer une synthèse des deux dispositifs réglementaires distincts qui généraient initialement pour les médecins les deux obligations distinctes que sont, d'une part, la FMC dépendante du Code de Santé Publique mais gérée par la profession et, d'autre part, l'EPP inscrite dans le Code de l'Assurance Maladie sous la responsabilité de l'HAS.

L'obligation de Formation Médicale Continue inclut désormais l'évaluation des pratiques professionnelles pour une part significative de 40 %, et cela d'autant plus que l'objectif est clairement d'inclure ces procédures d'évaluation dans l'exercice médical, pour le plus grand bénéfice de la qualité de l'exercice de la cardiologie et surtout pour une

meilleure prise en charge de nos patients, ce qui doit rester, ne l'oublions pas, notre préoccupation principale. ■

Bibliographie

- THEBAUT JF. La Formation Médicale Continue des spécialistes. *Réalités Cardiologiques*, 2004 ; 200 : 84-90.
- THEBAUT JF, ZICCARELLI C *et al.* “Evaluation des pratiques professionnelles en cardiologie. Comparaison de trois méthodes : Patients standardisés, audit de dossier, tests cliniques de cohérences” Retour d'expériences Journée d'EPP – HAS, Paris, 18 décembre 2006.
- KOMAJDA M. Assemblée Générale : Rapport du secrétaire général pour l'année 1999.
- THEBAUT JF, CHABOT JM, DURAND JP *et al.* Besoins et offres de la formation médicale continue des cardiologues libéraux français en 1999. *Le Cardiologue*, 2000 ; 236 : 27-34.
- THEBAUT JF, CHABOT JM *et al.* L'évaluation des pratiques de formation médicale continue des cardiologues libéraux français en 1999. *Arch Mal Cœur*, 2001 ; 94-9 : 1 001-7. *Arch. Mal Cœur*, 2000 ; 93 : 767-9.
- NORCINI JJ. Recertification in the United States. *BMJ*, 1999 ; 319 : 1 183-5.
- WASSERMAN SI, KIMBALL HR, DUFFY FD. Recertification in Internal Medicine: a program of continuous professional development. *Ann Inter Med*, 2000 ; 133 : 202-8.
- Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales. ANAES janvier 2000.
- SACKETT DL, HAYNES RB. De la nécessité d'une médecine fondée sur des faits prouvés. *EBM Journal*, 1996 ; 1 : 5-66 ; 1:5-6.
- URCAM. La prise en charge de l'insuffisance cardiaque systolique en Ile de France. Juin 2005, www.urcamif.assurance-maladie.fr/
- KOMAJDA M, DE GROOTE P, DUCARDONNET A *et al.* IMPACT-RECO : étude observationnelle sur la prise en charge thérapeutique de l'insuffisance cardiaque à fonction systolique altérée en France. *Arch Mal Cœur*, 2006 ; 99 : 4.
- KOMAJDA M, ASSAYAG P, DE GROOTE P *et al.* Impact des recommandations sur la prise en charge thérapeutique de l'insuffisance cardiaque à fonction systolique altérée en France : étude IMPACT-RECO. *Arch Mal Cœur*, 2007 ; in press.