

# MCS en clinique : réclamations abusives, puis recul d'une caisse

**Rappel des faits** \_ Le Dr L., cardiologue, exerce pour l'essentiel à son cabinet. De façon ponctuelle, elle intervient dans une clinique, à la demande de médecins non cardiologues de l'établissement, pour des malades hospitalisés qui nécessitent un avis cardiologique.

Elle pratique un interrogatoire du patient, un examen clinique et un électrocardiogramme.

Ses conclusions, avec conseils thérapeutiques éventuels, sont adressées au praticien qui a fait appel à elle, avec double au médecin traitant.

Conformément à la nomenclature et à la CCAM, elle code son acte CS08 + MPC + MCS + DEQP003. Courant mai dernier, elle reçoit un courrier de la CPAM de B. lui enjoignant de reverser dans le mois des honoraires qualifiés d'indus, et correspondant aux MCS cotées en établissement pendant la période du 1er avril 2010 au 31 décembre 2011. Nous apprenons en fait, au Syndicat, qu'il s'agit d'une vague de réclamations similaires adressées par la caisse à l'ensemble des cardiologues du département.

**Position de la caisse.** \_ La caisse refuse la prise en charge de ces MCS en expliquant curieusement que « *la majoration de coordination ne se cumule pas avec les honoraires de surveillance* ».

**Position du Syndicat des Cardiologues.** \_ Effectivement, la MCS ne se cumule pas avec les honoraires de surveillance, mais il ne s'agissait pas ici de cumul avec des honoraires de surveillance, mais avec des Consultations Spécialisées (CS), comme l'attestaient d'ailleurs les bordereaux de réclamations.

L'honoraire de surveillance est défini par l'*article 20 des dispositions générales de la nomenclature, et il est coté C08, C04 ou C02.*

Or, les MCS, dont la caisse réclamait le remboursement, n'étaient pas cumulées avec de telles cotations. Ces MCS étaient en fait cumulées avec des consultations spécialisées, effectuées par des cardiologues extérieurs à l'établissement, cotées CS et affectées du coefficient 0,8 car elles étaient associées à un ECG chez un patient hospitalisé, ceci en application de l'article III-3 des dispositions générales de la CCAM.

Nous étions ici dans le cadre de la « séquence de soins » décrite à *l'article 13.2 de la convention et autorisant la MCS* : \_ Cette majoration de coordination est également applicable en cas de séquence de soins nécessitant un ou plusieurs intervenants, c'est-à-dire lorsque le patient est adressé par un médecin correspondant à un autre médecin spécialiste avec information au médecin traitant.

**L'argument de la caisse**, on le voit était assez grossier. Il reposait sur la similitude du coefficient 0,8 affecté à l'honoraire de surveillance coté C08, et au CS accompagnant l'ECG en établissement, coté donc CS0,8, mais il s'agissait bien de deux actes différents et ne relevant pas des mêmes règles.

**Réaction du Syndicat des Cardiologues.** \_ Nous avons conseillé à nos adhérents de contester les décisions de leur caisse, en leur fournissant un argumentaire, ce qu'ils ont fait. Parallèlement, un courrier conjoint du Syndicat National et du Syndicat Régional a été adressé à la direction de la caisse, reprenant notre argumentation et précisant qu'en l'absence de règlement rapide de ce litige, notre Syndicat soutiendrait les cardiologues concernés pour engager des procédures de contentieux, et leur conseilleraient de réclamer à leur CPAM des indemnités au titre de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile. En effet, les demandes qui leur étaient faites étaient manifestement abusives et ne reposaient sur aucun texte légal ou réglementaire.

**La caisse revient sur sa décision.** \_ A la suite de ces différentes interventions, par un courrier du 17 septembre, la CPAM de B. informe les cardiologues concernés « *qu'après nouvelle étude du dossier* » elle annule sa réclamation de reversement d'honoraires « *indus* ». \_ Elle ne formule évidemment aucune excuse ni aucun regret pour le temps qu'elle a fait perdre à des médecins par sa méconnaissance de textes élémentaires. \_ Cette affaire montre que la détermination paie, et ceci d'autant plus qu'elle est coordonnée.

Il nous reste à régler un contentieux avec cette même caisse. Elle refuse la cotation d'ECG pratiqués par des cardiologues, à la demande des anesthésistes, sur des malades hospitalisés en unité de soins continus, en postopératoire. La CPAM méconnaît là *l'article 1-11 des dispositions générales de la CCAM sur les actes pratiqués par des médecins différents*. \_ Le Syndicat des Cardiologues a prévu de déposer un dossier à la Commission de Hiérarchisation des Actes Professionnels qui se réunira en décembre.

Les différents textes régissant les rapports entre les médecins et les caisses sont émaillés de sanctions concernant les seuls médecins. A quand des sanctions pour les responsables de caisses qui, par méconnaissance ou interprétation abusive de la réglementation, font gaspiller inutilement du temps médical ?

## CE QU'IL FAUT SAVOIR

>

**Conditions pour coder une MCS en établissement** \_ ■ Le malade doit être en parcours de soins, c'est à dire qu'il doit avoir déclaré son médecin traitant. \_ ■ Le médecin traitant doit être tenu informé.(gallery)

---

# Une « neutralité » tarifaire très hypothétique

356 - Ce rapport cherche à savoir si ces deux outils tarifaires qui avaient pour objectif « *de mieux connaître l'activité de soins mais aussi de rendre la rémunération des acteurs du système de santé plus équitable* » ont permis d'atteindre cet objectif. Rien de moins sûr. Concernant la tarification des séjours hospitaliers, l'IGAS constate que la « neutralité » dans l'allocation des ressources entre activité que sont censés apporter les GHM n'existe pas. « *Les tarifs T2A actuels s'écartent de cette neutralité (pour plus d'un milliard d'euros globalement, à la hausse comme à la baisse) et ces écarts ne se résorbent pas. Il sont plus marquées, relativement, pour les cliniques privées que pour les*

*établissements publics* ». Selon les auteurs du rapport, « *ces écarts tiennent pour l'essentiel au conflit entre le principe de neutralité tarifaire inhérent à la T2A et le souci de ménager les ressources "historiques" des établissements* ».

Concernant la tarification des actes techniques des libéraux, les auteurs estiment que la convergence entre les tarifs cibles résultant de l'élaboration de la CCAM et la rémunération antérieure des actes a « *d'emblée achoppé sur le refus des syndicats médicaux d'entériner des "pertes" sur les actes historiquement "surtarifés"* ». Car bien sûr, ce processus se fait dans le cadre d'une enveloppe fermée au sein de l'ONDAM, la revalorisation de certains actes ne peut se faire que par des baisses de tarif sur d'autres actes. « *Faute de marges de manoeuvre financières permettant d'aligner tous les tarifs sur les plus favorables, le processus de convergence n'a permis qu'une revalorisation partielle des actes qui devaient bénéficier de la nouvelle tarification.* » Mais le rapport de l'IGAS souligne que « *la cible elle-même est devenu obsolète* » puisque « *ni l'évaluation du travail médical, ni l'estimation des coûts de la pratique n'ont été actualisées alors que des évolutions sont nécessairement intervenues d'une part et que des limites méthodologiques d'emblée identifiés appelaient à des affinements continus d'autres part* ». L'IGAS recommande donc de confier la maintenance de la nomenclature (libellés des actes) à « *une instance autonome, distincte de la CNAM, pour garantir une meilleure prise en compte des innovations* ».

---

## **Démographie : proximité n'est pas toujours accessibilité**

356 - Il existe des déserts médicaux, certes, pourtant, une grande partie de la population vit à faible distance du lieu d'exercice d'un professionnels de premiers recours. Selon une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), en 2010, 84 % de la population française vit dans une commune où exerce au moins un médecin généraliste libéral et 100 % réside à moins de 15 minutes d'une commune « équipée », c'est-à-dire où exerce en cabinet principal ou secondaire au moins un professionnel de premier

recours : médecin généraliste, infirmier, masseur-kinésithérapeute, ophtalmologue et gynécologue, deux spécialistes en accès direct fréquemment consultés en premier recours.

**Une demande excédant largement l'offre** \_ Pourtant, les patients ne consultent pas toujours le professionnel de santé le plus proche pour les soins de premier recours. Parmi les explications à ce phénomène, la DREES privilégie le manque de disponibilité du professionnel le plus proche compte tenu d'une demande excédant largement l'offre dans son rayon d'exercice, qui oblige les patients à aller consulter plus loin. Pas beaucoup plus loin dans la plupart des cas : pour les généralistes et les kinés, un peu plus de 60 % des consultations ont lieu dans la commune équipée la plus proche. Cette part n'est que de 51 % pour les ophtalmologues et de 48 % pour les gynécologues.

Près des deux tiers des consultations qui ne se font pas au plus proche ont lieu dans une commune plus grande en termes de population ou d'emplois. Ce constat est encore plus marqué pour les consultations de spécialistes, gynécologues ou ophtalmologues. Lorsque les patients ne se rendent pas au plus proche, le temps supplémentaire parcouru est de l'ordre d'une quinzaine de minutes pour les médecins généralistes, et de vingt minutes pour les kinés, les gynécologues et les ophtalmologues.

Pour cerner plus justement les disparités territoriales d'accès aux soins, la DREES et l'IRDES ont élaboré un nouvel indicateur d'Accessibilité Potentiel Localisé (APL), calculé pour chaque commune et tenant compte des tensions locales entre offre et demande de soins. A l'aune de cet indicateur, l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux est peu variable d'une commune à l'autre. Seuls 0,2 % des habitants ont une APL deux fois plus élevés que la moyenne et 7 % une APL deux fois plus faible que la moyenne. Mais les disparités territoriales sont fortes : 5 % de la population à une accessibilité plus de deux fois supérieure à la moyenne nationale et environ 20 % ont une accessibilité plus de deux fois inférieure à la moyenne.

---

# Offre de soins : les réseaux de soins mutualistes remis en selle

356 - La ministre des Affaires sociales et de la Santé a notamment précisé qu'elle soutenait la proposition de loi de députés socialistes permettant aux mutuelles de « *conventionner avec des réseaux de prestataires médicaux ou paramédicaux* ».

La veille de son intervention, le président du groupe socialiste, républicain et citoyen de l'Assemblée nationale, Bruno Le Roux (Seine-Saint-Denis), et six autres députés avaient déposé une proposition de loi allant dans ce sens.

Ne comportant qu'un seul article, le texte reprend en fait une disposition de la loi Fourcade votée en juillet 2011 qui avait été très remaniée dans un premier temps avant d'être invalidée pour des raisons de forme par le Conseil constitutionnel.

La proposition de loi stipule que les mutuelles peuvent « *instaurer des différences dans le niveau de prestations lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé membre d'un réseau de soins ou avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu un contrat comportant des obligations en matière d'offre de soins* ». L'objectif de ce texte est de « *favoriser une régulation des coûts de santé en vue de maîtriser les restes à charge pour les ménages et le montant des cotisations des complémentaires santé, évitant ainsi des démutualisations* ». Il vise également à « *améliorer la qualité de l'offre à travers les engagements pris par les professionnels de santé au sein des réseaux ainsi constitués* ».

---

# Rupture de médicaments : un décret diversement apprécié

356 - Une première version du texte avait provoqué l'ire des grossistes répartiteurs qui dénonçaient en particulier la mise en place par les laboratoires

pharmaceutiques de « centres d'appel d'urgence » accessibles aux pharmaciens d'officines pouvant ainsi se procurer à la source, en cas de pénurie, des médicaments présentant un « *intérêt thérapeutique majeur* » listés par l'ANSM. La Chambre syndicale de la répartition pharmaceutique ne voulait en aucun cas de ce « circuit parallèle permettant aux laboratoires d'atteindre directement les pharmaciens d'officine. Les grossistes devront pourtant faire avec, puisque cette disposition demeure dans le décret publié assoupli en revanche en ce qui concerne leurs activités d'exportation, puisque la notion d'exportation parallèle n'est plus évoquée. Ce qui ne satisfait pas du tout le collectif d'associations de lutte contre le sida TRT-5 « *très en colère et très déçu* ». Pour ce collectif, il manque au texte définitif la définition d'un statut particulier pour une liste « restreinte » de médicaments à intérêt thérapeutique majeur (antirétroviraux, traitements des hépatites B et C, anticancéreux, cardiotoniques, immunosuppresseurs) « *pour limiter leur exportation hors territoire national* ». S'exprimant lors d'une réunion de l'Association des Cadres de l'Industrie Pharmaceutique (ACIP), Marisol Touraine a promis de « *sécuriser l'approvisionnement des médicaments indispensables* » s'engageant à « *aller plus loin en passant par la loi* ».

Quant aux représentants des syndicats de pharmaciens, ils se sont montrés prudents quant à l'efficacité du décret pour mettre fin aux ruptures d'approvisionnement. Le président de l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO), Gilles Bonnefond, s'est dit « *sceptique sur l'efficacité du décret* », mais considère que le dispositif « *sera efficace si tout le monde prend ses responsabilités* ». « *La responsabilité de chaque acteur doit permettre de retrouver le calme nécessaire* », a estimé en écho le président de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF), Philippe Gaertner.

---

## **Recherche : un Nobel pour des**

# cellules reprogrammables

356 - Le Britannique John Gurdon (79 ans) et le Japonais Shinya Yamanaka (50 ans) se sont vu attribuer le Prix Nobel 2012 de physiologie et médecine. Leurs travaux, distants de plus de quarante ans, ont permis la reprogrammation de cellules matures en cellules souches pluripotentes. Ils ont ainsi renversé la certitude ancienne selon laquelle une cellule une fois différenciée et spécialisée en tel ou tel type cellulaire l'était définitivement. Seules, pensait-on, les cellules embryonnaires immatures au tout début du développement de l'embryon étaient pluripotentes, capables de se différencier en différents types cellulaires.

En 1962, la publication des travaux de John Gurdon remet en cause l'irréversibilité cellulaire. En introduisant dans un oeuf de grenouille dont on avait enlevé le noyau, le noyau d'une cellule de têtard déjà différenciée, il parvient à obtenir le développement de l'oeuf en un organisme entier, d'abord têtard puis grenouille. John Gurdon avait ainsi prouvé que le noyau d'une cellule différenciée replacé dans un milieu embryonnaire pouvait retrouver sa capacité de conduire le développement entier d'un individu.

Mais sans transfert de noyau, pourrait-on induire une cellule différenciée entière à se reprogrammer pour redevenir pluripotente, en ayant les mêmes propriétés qu'une cellule souche embryonnaire ? En 2006, Shinya Yamanaka apporte une réponse positive à la question en introduisant plusieurs gènes dans la cellule. Ses travaux conduisent à la création de cellules souches pluripotentes induites (cellules IPS). Elles sont créées à partir d'une cellule de peau qui, grâce à quatre gènes seulement, a été induite à redevenir pluripotente, elles peuvent ensuite être induites à se différencier en différentes cellules comme des fibroblastes, des neurones ou des cellules de tractus digestif. Des cellules IPS peuvent donc être créées à partir de cellules humaines. Ainsi, à partir de cellules de peau de patients atteints de différentes pathologies, les chercheurs peuvent les reprogrammer et les étudier pour comprendre les mécanismes conduisant à la maladie et, éventuellement, développer de nouveaux traitements.

---



# Forfaits : le recul du paiement à l'acte

356 - L'article 40 du PLFSS 2013 prévoit la création de 200 postes de praticiens territoriaux de médecine générale. Rappelons qu'il s'agit de jeunes médecins qui choisiront, volontairement, de s'installer dans des territoires menacés de désertification médicale, dans lesquels exercent toujours des professionnels de santé mais sur le point de partir en retraite. Ces PTMG s'installeront avec ou à côté de ces professionnels, pouvant exercer avec un ou plusieurs d'entre eux. Ils devront pratiquer les tarifs du secteur 1, mais l'Assurance Maladie leur garantira par contrat « *un revenu minimal annuel pendant deux années* » avec la perspective qu'ils s'installent durablement et prennent le relais des médecins généralistes qui partiront. Cette « *rémunération complémentaire aux revenus issus de l'exercice des fonctions de soins* » sera fixée par arrêté et tiendra compte de « *celle à laquelle ils pourraient prétendre en tant qu'assistant spécialiste hospitalier ainsi que des sujétions notamment liées aux probables nombreux déplacements* ». Cent premiers postes devraient être créés au 1er mai prochain, pour un coût de 4,5 millions d'euros en 2013 et 10,8 millions d'euros en année pleine à partir de 2014. Avec l'accord du Gouvernement, les députés ont ouvert l'accès à ce nouveau statut aux remplaçants pas encore inscrits à l'Ordre en tant que libéral, ainsi qu'aux assistants spécialistes à temps partiel exerçant en établissement de santé.

L'article 39 du PLFSS 2013, quant à lui, vise à favoriser par le biais de nouveaux modes de rémunération le développement d'équipes de professionnels de santé de proximité pouvant assurer aux patients de nouveaux services comme la prévention, l'éducation thérapeutique et le dépistage. Ces nouveaux services seraient couverts par une rémunération annuelle versée à l'équipe en fonction du respect de certains engagements et de l'atteinte d'objectifs « *de santé publique, de qualité et d'efficience de soins* ». Marisol Touraine a indiqué que ces forfaits pourraient être proches de ceux versés dans le cadre des expérimentations de nouveaux modes de rémunération mises en place par la LFSS de 2008. « *Ces rémunérations étaient d'environ 50 000 euros par équipe et c'est la perspective dans laquelle nous nous situons* », a précisé la ministre. En 2008, le budget des expérimentations était de 8,5 millions d'euros. Le coût du dispositif instauré par

le PLFSS 2013 est estimé à 30 millions d'euros en 2014, 48,5 millions en 2015 et 67 millions d'euros en 2016.

**Un changement majeur d'orientation** \_ L'opposition s'est montrée très critique. Ainsi, le député du Loiret, Jean-Pierre Door, s'est interrogé sur l'opportunité d'introduire un paiement à la capitation qui ne correspond pas, selon lui, au « *mode de médecine à la française* ». Mais pour la ministre de la Santé et des Affaires sociales, ce dispositif marque « *un changement majeur d'orientation* » : « *c'est la première fois que nous envisageons très concrètement de rémunérer un travail en équipe et non plus exclusivement le travail individuel de chaque professionnel* ». Sans envisager pour autant la disparition complète du paiement à l'acte, il est évident que la multiplication des forfaits tire vers une mixité de la rémunération des professionnels de santé libéraux nécessaire par ailleurs à la valorisation de leur travail de santé publique. Un « tournant majeur », sans doute, puisque la France sort petit à petit d'un système de santé fondé essentiellement sur la prise en charge du soin aigu, honoré par le paiement à l'acte, pour entrer dans le peloton des pays européens où cette mixité de rémunération existe déjà depuis de nombreuses années.

---

## **Eclipse du Sunshine Act à la française ?**

**356 - Depuis le mois de septembre, un groupe de travail, réuni à l'initiative de la ministre de la Santé et des Affaires sociales, planche sur la rédaction du projet de décret d'application « *relatif à la transparence des avantages consentis par les entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire et cosmétique destinés à l'homme* », et sur celle de la circulaire qui accompagnera le décret. Jugeant irréaliste un premier projet de texte élaboré par le Gouvernement précédent, Marisol Touraine souhaite ainsi une nouvelle rédaction telle « *que l'obligation de publication prévue par la loi soit réaliste et adaptée pour être effective et utile* ».**

**Un certain nombre de mesures contenues dans ces projets, et notamment l'abandon de l'obligation de déclaration au premier euro a provoqué de vives protestations, notamment - et sans surprise - de la part de *Prescrire*, mais plus étonnement, de la part du Conseil national de l'ordre des médecins qui est monté au créneau pour dénoncer un projet de décret qui « *détricote la loi* ». Sans préjuger de la version définitive du décret, *Le Cardiologue* fait le point sur la question. En donnant la parole aux acteurs qui ont accepté de s'exprimer alors que les négociations ne sont pas terminées.**

Le Diable est dans les détails, c'est bien connu, et ce qui est en train de se passer avec la rédaction d'un des décrets d'application de la loi de décembre 2011 en est une belle illustration. Inutile de rappeler le contexte dans lequel est née cette loi. L'affaire Mediator a mis cruellement à jour les dysfonctionnements de notre système d'évaluation et de sécurité des produits de santé, en particulier l'absence de transparence sur les liens d'intérêt existant entre les experts auprès des instances d'évaluation et les industries de la santé. Après moult rapports et des Etats généraux du médicament, une loi de renforcement de la sécurité sanitaire des médicaments et des produits de santé a été votée le 2 décembre 2011.

Cette loi prévoit, dans son article 2, que les entreprises de produits de santé doivent déclarer les conventions qu'elles concluent et les avantages qu'elles consentent aux acteurs du champ des produits de santé, personnes ou structures. Selon la loi, l'obligation de déclaration devait être effective à la publication du décret d'application et au plus tard au 1<sup>er</sup> août 2012 pour les conventions appliquées ou conclues et les avantages accordés et rémunérations versées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012. Personne n'échappe, selon la loi, à ce « Sunshine Act » à la française, puisque cette obligation de déclaration s'applique à tous les professionnels de santé et leurs associations, aux étudiants se destinant à une profession de santé et leur groupements, aux associations d'utilisateurs du système de santé, aux établissements de santé publics et privés, aux fondations, sociétés savantes, sociétés ou organismes de conseil intervenant dans le secteur des produits de santé, aux entreprises éditrices de presse, à tous les médias et aux organismes assurant la formation initiale des professionnels de santé.

## **Un engagement de Xavier Bertrand**

Un décret devait fixer le seuil à partir duquel l'obligation de déclaration s'imposait. Un premier projet de décret en février de cette année, sous le précédent Gouvernement qui prévoyait l'obligation de déclaration des avantages consentis au premier euro, comme le ministre de la Santé et des Affaires sociales de l'époque, Xavier Bertrand, s'y était engagé. Ce projet de texte prévoyait aussi qu'un arrêté déterminerait le modèle-type de formulaire que les entreprises devront rendre public. Concernant les convention, ce formulaire devrait identifier les parties, préciser la date de signature et l'objet de la convention « *sans que puisse leur être opposé le secret industriel et commercial* », précisait le projet de décret. Le formulaire relatif aux avantages consentis en nature ou en espèces, il devait comporter les mêmes renseignements que le formulaire pour les convention ainsi que « la forme, la nature et le montant de chacun des avantages » et les motifs pour lesquels ils ont été octroyés. Il précisait également que les entreprises devaient transmettre « *sans délai* » les formulaires aux Ordres professionnels.

Cela, c'était au début de l'année. Les élections présidentielles ont porté François Hollande au pouvoir avant que ne soit publié le décret, qui ne faisait pas l'unanimité, on s'en doute. Au Gouvernement socialiste donc de prendre le relais. En juillet dernier, Marisol Touraine a annoncé la mise en place d'un groupe de travail destiné à faire évoluer le projet de décret d'application des mesures relatives au Sunshine Act à la française, et visait alors une entrée en vigueur du texte pour le mois d'octobre... Très critique à l'égard du projet de décret élaboré par le précédent gouvernement, la ministre estimait dans un communiqué qu'il « *ne répond(ait) pas aux problèmes de conflits d'intérêts qui se posent concrètement et impos(ait) aux entreprises des obligations de publication à la fois imprécises dans leur objet et irréalistes dans leur définition* ». « *Il faut donc que l'obligation de publication prévue par la loi soit réaliste et adaptée pour être effective et utile* », concluait Marisol Touraine, convaincue du bien fondé de la transparence en matière de promotion des produits de santé.

## **Un nouveau projet de décret très critiqué**

Mise en place à la rentrée, ce groupe de travail a donc travaillé à l'élaboration d'un nouveau projet de décret. A l'issue de la deuxième réunion, Prescrire et Formindep ont décidé de ne pas assister à la troisième, à l'issue de laquelle, c'est l'Ordre des médecins qui a manifesté son désaccord dans un communiqué très critique qui, sous le titre « *de la lumière à l'obscurité* » dénonce « *la volonté*

*affichée dans le projet de décret de vider de la loi de sa portée, sous des prétextes fallacieux ».*

Qu'est-ce qui a motivé ces réactions ? Pour les adversaires du nouveau projet de décret, le renoncement à l'obligation de déclaration au premier euro constitue le casus belli. La nouvelle mouture du texte prévoit effectivement que le seuil des déclarations des avantages consentis par les laboratoires aux acteurs du champ des produits de santé serait fixé à 60 euros (la rumeur aujourd'hui parle d'un seuil établi à 30 euros). Dans leur déclaration, les entreprises devraient préciser *« la tranche dans laquelle est compris le montant cumulé, arrondi à l'euro le plus proche, sur une période de six mois et pour chaque bénéficiaire »*, des avantages consentis *« directs ou indirects, en nature ou en espèces »*.

Six tranches sont prévues ; de 60 à 500 euros ; de 501 à 1 000 euros ; de 1 001 à 10 000 euros ; de 10 001 à 100 000 euros ; de 100 001 à 500 000 euros et supérieure à 500 000 euros. Les détracteurs du projet de décret voient dans ce système de tranches le moyen de dissimuler des sommes cumulées dans de *« larges tranches »* et soulignent notamment l'écart allant de 1 001 à 10 000 euros.

### **Le flou de la notion d'avantage**

Autre objet de critique : le décret prévoit que la publication se fera sur le site de chaque entreprise ou *« à défaut sur le site d'une groupement d'entreprises »* et non sur un site unique regroupant toutes les informations. En outre, le projet de circulaire qui accompagnera le décret précise que *« l'entreprise ou le responsable du site en cas de regroupement doit veiller à la mise en place de mesures visant à empêcher les moteurs de recherche de procéder à une indexation des bénéficiaires »*.

Enfin, l'interprétation de la notion d'avantage donne lieu à un certain flou qui n'est pas du goût des opposants au projet de décret et de circulaire. Dans cette dernière, on peut en effet lire que *« l'avantage à rendre public s'entend de ce qui est alloué ou versé à une personne bénéficiaire sans contrepartie »*. Dans la version du 17 octobre du projet de circulaire, une phrase a été supprimée : *« Dès lors, les rémunérations d'un service ne doivent pas être considérées comme entrant dans le champ de l'obligation de publication, puisque, par nature, celles-ci ne constituent pas des avantages »*.

Ainsi donc, les avantages en nature comme les dons de matériels, les invitations, les frais de restauration ou la prise en charge de voyages d'agrément, ou en

espèce comme des commissions, des remises, des ristournes ou des remboursements de frais devraient être déclarés, mais pas les rémunérations perçus pour des interventions lors de congrès ou la participation d'un professionnel au board d'une entreprise. Cela fait tout de même tout un pan, et non des moindres, des « avantages » qui échapperait à la déclaration publique. La date souhaitée par Marisol Touraine pour l'entrée en vigueur de l'obligation de déclaration est dépassée. A l'heure où nous paraissions, une autre réunion du groupe de travail aura eu lieu. La seule modification qu'on peut sans doute en attendre est l'abaissement du seuil de l'obligation de déclaration. Mais dans la mesure où le retour à l'obligation de déclaration dès le premier euro est exclu, le décret paraîtra en l'état pour l'essentiel. Et l'opposition ne manquera pas de souligner que le Gouvernement socialiste obscurcit quelque peu le Sunshine à la française. En passant sous silence que, malgré son attitude volontariste, Xavier Bertrand n'a pas imposé son projet de décret au début de l'année, trop heureux sans doute de laisser à son successeur ce délicat dossier.

## Albert Hagège (SFC)

### « *L'Ordre joue un jeu dangereux* »

**Président de la Société Française de Cardiologie, le Pr Albert Hagège participe à ce titre au groupe de travail pour la rédaction du décret d'application relatif à la publication des liens d'intérêt. « Au sein de ce groupe de travail nous essayons de trouver une solution raisonnable, et nous y étions parvenus dès la deuxième réunion. Mais Prescrire et Formindep d'abord, puis l'Ordre des médecins ensuite ont dénoncé le texte et fait pression sur les gens de la commission pour introduire plus de contrôle et un seuil de déclaration fixé au premier euro, ce qui n'est pas réaliste. » Albert Hagège estime que l'Ordre fait une interprétation erronée du projet de décret. « Tous les contrats entre industrie et professionnels de santé seront publiés sur les sites des industriels et la transparence est obligatoire pour tout le monde. L'Ordre voudrait aussi que si l'industrie donne de l'argent pour un but collectif, cela passe aussi par lui ! Je ne sais pas ce que cherche l'Ordre, mais il joue un jeu dangereux.**

*Je crois surtout qu'il veut que tout passe par lui pour tout contrôler. »*

## François Rousselot

### « *L'opacité organisée* »

**Le président de la commission des relations médecin-industrie du Conseil national de l'ordre des médecins explique en quoi le projet de décret d'application « détricote » la loi de décembre 2011 et pourquoi l'Ordre est prêt à faire un recours en Conseil d'Etat s'il devait être publié dans sa version actuelle.**

**L'Ordre a protesté contre le projet de décret d'application de la loi de décembre 2011. Quels sont vos points de désaccord ?**

**François Rousselot :** La première réunion avec la DGS était consacrée au projet de décret. Mais la deuxième réunion et les suivantes ne portaient plus sur ce texte mais sur la circulaire d'application. L'Ordre a manifesté son étonnement devant ce qui nous semblait prématuré. Petit à petit, il est apparu que la position de la DGS se durcissait dans un même sens, allant vers un détricotage de la loi et le sens de l'industrie pharmaceutique.

**Concrètement, cela se manifeste comment ?**

**F. R. :** Le problème principal réside dans l'interprétation du terme « avantages » inscrit dans la loi, et de l'interprétation qu'en fait la DGS, avec laquelle nous ne sommes absolument pas d'accord. Selon l'analyse de la DGS, les avantages désignent les dons fait par l'industrie pharmaceutique aux professionnels de santé sans contrepartie, et doivent à ce titre faire l'objet d'une déclaration. A l'inverse, les rémunérations perçues pour des travaux effectués à la demande de l'industrie ne seraient pas soumises à cette obligation. Les liens d'intérêt sont les plus forts échapperont donc totalement à la transparence. Le bloc-notes et le stylo donné à un médecin, un billet d'avion pour participer à un congrès devront être déclarés, mais pas les rémunérations des orateurs au même congrès !

Par ailleurs, les avantages perçus par les professionnels de santé au travers des associations subventionnées ne sert pas publiables non plus : aucun contrôle ne pourra donc s'exercer, c'est de l'opacité organisée !

### **Vous dénoncez également la mise à l'écart de l'Ordre ?**

**F. R. :** Tous les Ordres sont concernés, mais l'Ordre des médecins l'est tout particulièrement qui, en l'état actuel du texte est totalement écarté du dispositif. En effet, le projet de décret ne prévoit pas l'obligation de transmission par voie électronique des conventions entre médecins et industriels de la santé adressées à l'Ordre des médecins. Et ce en dépit des observations de la Cour des Comptes. Il n'est pas prévu non plus que les industriels aient l'obligation de transmettre les conventions conclues avec les médecins, et en particulier les contrats d'experts et d'orateurs.

### **Comment expliquez-vous l'attitude de la Direction générale de la santé ?**

**F. R. :** Je peux comprendre que dans le contexte de la crise économique l'on ménage une industrie de santé pourvoyeuse d'emplois. Mais l'on peut quand même s'étonner de l'attitude des politiques actuellement au pouvoir, car lorsqu'ils étaient dans l'opposition, à l'époque du débat sur la loi, ils trouvaient que rien n'était jamais assez transparent...

### **Pour quelle date est prévue la parution du décret, et quelle suite l'Ordre compte-t-il donner si le texte paraît en l'état ?**

**F. R. :** La publication étati annoncée pour la mi-janvier, mais ce délai paraît court aujourd'hui, une fois finalisé, il doit être soumis à la CNIL et au Conseil d'Etat. Si les textes du décret et de la circulaire devaient rester dans leur actuelle version, le Conseil national de l'ordre des médecins ferait un recours en Conseil d'Etat avec la quasi-assurance d'obtenir gain de cause : on a du mal à penser que le Conseil d'Etat puisse approuver un texte d'application si éloigné de la loi de décembre 2011.

---





## Le labyrinthe de Chartres

**356 - Christian Ziccarelli - Le Labyrinthe, tout un mythe** \_ Originellement, le Labyrinthe est le palais Crétois de Minos où était enfermé le Minotaure. Pour prouver ses droits sur le trône de la Crète dont il était devenu le roi, « Minos demanda aux dieux d'exaucer ses prières. Après avoir dédié un autel à Poséidon et fait tous les préparatifs pour le sacrifice, il demanda qu'un taureau sortît de la mer. Aussitôt un taureau d'un blanc éblouissant apparut, mais tellement impressionné par sa beauté, il l'envoya rejoindre ses propres troupeaux et en tua un autre à sa place ». Pour se venger Poséidon fit que Pasiphaé, la femme de Minos, s'éprit du taureau blanc, si bien qu'elle en eut un fils le fameux Minotaure. Pour éviter le scandale, Minos demanda à Dédale de construire une demeure d'où il ne pourrait jamais sortir, le Labyrinthe. Androgée, un des fils de Minos, alors qu'il se rendait à des jeux funèbres, fut tué dans une embuscade tendue par le roi d'Égée. En représailles Minos exigea que les Athéniens envoient sept jeunes gens et sept jeunes filles tous les neuf ans au Labyrinthe où le Minotaure, les attendait pour les dévorer. Thésée, devant la douleur des parents dont les enfants étaient susceptibles d'être tirés au sort, s'offrit volontairement, comme victime. Ariane la propre fille de Minos eut « le coup de foudre » pour Thésée. Dédale avait donné à Ariane un peloton de ficelle magique qui allait permettre à Thésée à la fois de se rendre au repaire secret du Minotaure pour le tuer, mais aussi de retrouver la sortie du Labyrinthe.

**Octogonaux ou circulaires, la plupart des labyrinthes de nos cathédrales**

**nous sont connus grâce à des dessins** \_ En fait, il s'agit de développer un seul chemin aussi long que possible qui part de l'extérieur et aboutit au centre. Celui de Chartres est constitué par des dalles claires en calcaire de Berchères larges de trente-quatre centimètres, que cloisonnent des bandes de pierre sombre (marbre bleu noir) de huit centimètres. La longueur du parcours est exactement de 261,50 m. A Lucques, on retrouve soigneusement gravé sur un pilier du porche roman de la cathédrale, un labyrinthe « en miniature » rigoureusement identique à celui de Chartres. En fait Le labyrinthe fait partie d'une longue tradition. Le plus ancien du monde chrétien est en Algérie, il date de 328. On le retrouve dans de nombreux manuscrits, ou sur des murs d'église aux quatre coins de l'Europe.

<doc1658|center>

**Le dédale, la lieue, le chemin de Jérusalem** \_ Telles sont les trois autres désignations du labyrinthe. Dédale n'était autre que l'architecte de Minos à qui il avait demandé de construire le Labyrinthe pour cacher en son centre le Minotaure. La lieue correspond à une unité de longueur voisine de 4 km. A pied, il faut environ une heure pour parcourir cette distance. C'est le temps mis par les pèlerins qui le font, encore aujourd'hui, à genoux en récitant le Miserere. Le chemin de Jérusalem est plus énigmatique. Il pourrait être l'équivalent d'un pèlerinage en terre sainte. Le croyant, qui ne pouvait l'accomplir en réel, le parcourait en imagination jusqu'à ce qu'il arrive au centre, aux lieux saints. Il pouvait ainsi obtenir des indulgences.

L'origine de ce tracé peut être recherchée dans la civilisation crétoise, mais il est également possible que la société mégalithique l'ait introduit en Europe occidentale, car dans le musée de Dublin on peut admirer un magnifique labyrinthe mégalithique gravé dans la pierre. Pour le monde gréco-romain, c'est le déroulement de la vie, aboutissant au monde des morts, pour les chrétiens au contraire l'aboutissement, c'est le paradis.

<doc1659|center>

**Sans tomber dans l'ésotérisme** \_ Gravés sur le sol, les labyrinthes sont la signature de confréries initiatiques de constructeurs, expliquant la présence de leurs noms. A Amiens, les portraits de l'évêque et des trois architectes sont incrustés dans la dalle centrale en marbre blanc.

A Chartres, il est curieux de constater que le diamètre du labyrinthe est à peu de

chose près égal au diamètre de la rose occidentale. La distance du centre au mur de la façade est voisine de la distance du sol au centre de la rose. Une ligne imaginaire joignant le centre de la rose au centre du labyrinthe serait l'hypoténuse d'un triangle remarquable à la fois rectangle et isocèle...

On retrouve régulièrement les nombres 3 (symbolique de l'esprit), 4 (celui de la matière) et le chiffre 7 (le centre est en face des piles qui divisent les sept travées de la nef en 4+3, il y a également 4 travées dans le coeur et trois dans chaque bras du transept).

<doc1661|center>(gallery)

---



## **Jean-François Rey : « Les spécialistes n'ont pas fait leurs calculs »**

356 - **L'avenant 8 ne fait pas l'unanimité parmi les médecins. Certains spécialistes en particulier ne comprennent pas qu'en le signant, les syndicats médicaux aient entériné des baisses de tarifs. Que leur répondez-vous ?** \_ **Jean-François Rey** : Je sais bien que tous les spécialistes qui font de l'imagerie, et notamment les cardiologues, sont très mécontents des baisses de tarifs prévues. Mais à cet égard, l'avenant 8 n'est que le vecteur du

PLFSS 2013 qui instaure ces baisses. Je conçois parfaitement que la pilule soit difficile à passer, mais c'est une pilule gouvernementale, pas conventionnelle ! C'est aux parlementaires qui votent le PLFSS qu'ils doivent s'adresser. J'ajoute que nous avons bataillé pour obtenir que ces baisses de tarifs soient étalées sur trois ans et qu'elles n'interviennent pas immédiatement dans leur totalité.

**Le contrat d'accès aux soins laisse également sceptique une bonne part des médecins, qui considèrent qu'il n'est pas si attractif que cela. Ont-ils tort ou raison de penser ainsi ?**

**\_ J.-F. Rey:** Je tiens tout d'abord à souligner que le secteur 2 est protégé : l'avenant que nous avons signé ne menace en rien les praticiens de ce secteur qui l'utilisent de manière raisonnable. Quant à son attractivité, elle sera bien réelle. Je crois que beaucoup de spécialistes de secteur 2 qui critiquent le contrat d'accès aux soins n'ont pas fait leurs calculs. Les médecins qui opteront pour le contrat d'accès aux soins s'engageront à ne pas dépasser pendant les trois ans de la durée du contrat le taux moyen de leurs dépassements constaté sur l'année 2012, année de référence. Mais ce taux de dépassement ne sera plus calculé sur 23 euros, mais sur 28 euros, puisque les adhérents au contrat bénéficieront d'un tarif de base de 28 euros au lieu de 23 euros. Ce contrat sera financièrement attractif. Mais au-delà de cet aspect, cet accord va nous remettre en cohérence avec le serment d'Hippocrate et les patients. J'ajoute que chaque année de la durée du contrat, le médecin peut le dénoncer s'il n'est pas satisfait.

Je crois que lorsqu'on aura largement expliqué ce contrat aux médecins, ils s'apercevront qu'il est avantageux. D'ailleurs, je fais remarquer que certaines réactions, celle du CISS notamment, dénoncent cet accord parce que selon eux, il favorise beaucoup les médecins.

**Parmi les critères qui permettront aux commissions paritaires régionales d'apprécier le caractère abusif ou non de certains dépassements, la prise en compte des « niveaux d'expertise et de compétence » ne risque-t-il pas de favoriser les hospitalo-universitaires chez qui l'on constate les dépassements les plus outranciers ?**

**\_ J.-F. Rey :** Non, car il n'est plus question dans l'avenant 8 que nous avons signé des titres et travaux, mais de niveau d'expertise et de compétences, deux notions qui ne sont pas l'exclusive des hospitalo-universitaires, mais concernent également les médecins libéraux à travers la formation, l'enseignement, la recherche, etc. La version définitive de l'avenant 8 respecte l'équité entre tous les médecins.*(gallery)*



## **Avenant 8 : Christian Zicarelli (SNSMCV) « Une forfaitisation rampante »**

**356 - Le Syndicat national des spécialistes des maladies du coeur et des vaisseaux a violemment dénoncé la signature de l'avenant 8. Pourquoi ?**

**Christian Zicarelli :** La première raison de notre colère est la révision à la baisse du tarif de nombreux actes, d'imagerie notamment. Ces baisses de tarif concernent 30 % des cardiologues. Cette baisse est de 7,5 % sur trois ans, mais en réalité, elle sera de 12 % si l'on prend en compte l'augmentation du coût de la vie. Tous les cardiologues interventionnels sont également concernés par cette baisse de 12 % sur trois ans. Nous sommes d'autant plus ulcérés qu'en contrepartie l'avenant n'apporte aucune revalorisation des actes de secteur 1.

**Vous dénoncez des changements dans le mode de rémunération. Etes-vous opposé à la diversification de la rémunération des médecins libéraux ?**

**Ch. Z. :** Non, mais nous estimons que la négociation a dépassé son objectif en remettant profondément en cause le mode de rémunération des médecins à honoraires conventionnés. Certes, le paiement à l'acte reste encore majoritaire, mais nous assistons à une véritable forfaitisation rampante, avec l'introduction de

plus en plus de forfaits. Par exemple, la majoration de 5 euros pour la consultation des plus de 80 ans est un artifice ; dans la mesure où cette majoration sera payée chaque trimestre, c'est un forfait déguisé en majoration. Si l'évolution de la médecine rend nécessaire une adaptation profonde du paiement à l'acte et l'émergence des nouveaux modes de rémunération, ce ne peut et ne doit se faire dans le cadre d'un avenant, mais par une réflexion globale sur le parcours de soins et la prise en charge des pathologies chroniques entre les professionnels de santé et l'Assurance Maladie.

---

## **Avenant 8 : pour les spécialistes, le compte n'est pas bon**

356 - A l'issue d'un marathon de 21 heures et après un appel téléphonique de la ministre de la Santé et des Affaires sociales, l'ultime réunion des partenaires conventionnels a finalement vu la signature d'un relevé de conclusion par quatre syndicats, CSMF, SML, FMF et Le Bloc). Une belle unanimité qui n'a pas résisté à l'examen du texte par les assemblées générales des différents syndicats. Au final, seuls la CSMF, le SML et MG France ont signé l'avenant 8.

**D'abord pour les généralistes** \_ Pour la centrale présidée par Claude Leicher, on voit bien l'intérêt qu'elle avait à le faire : les revalorisations du secteur 1 instaurées par l'avenant 8 concernent en premier lieu les généralistes. La première prévoit une rémunération forfaitaire trimestrielle de 5 euros par consultation destinée aux personnes âgées. La deuxième concerne une consultation (ou visite) de suivi de sortie d'hospitalisation en court séjour (MCO ou psychiatrie) des patients à forte comorbidité rémunérée 2 C. La troisième revalorisation passe par la création d'une consultation longue et complexe de suivi des patients insuffisants cardiaques après une hospitalisation pour une décompensation de leur affection. Les médecins correspondants concernés - psychiatres et cardiologues - « *pourront réaliser les consultations dans le cadre du parcours de soins coordonnés* », autrement dit après passage obligatoire par le généraliste. Ces deux consultations de suivi, qui seront mises en oeuvre le 1er

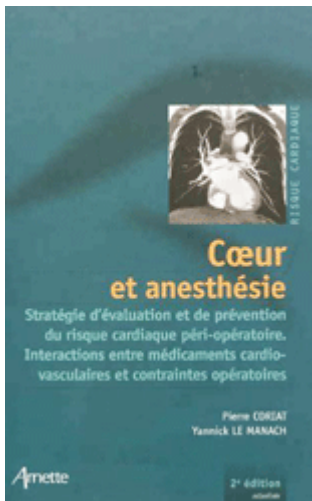
juillet prochain, sont accessibles aux médecins de secteur 1 et à ceux de secteur 2 qui adhéreront au contrat d'accès aux soins. Enfin, le forfait médecin traitant limité jusqu'à présent aux patients en ALD sera étendu à l'ensemble de la patientèle.

Ce contrat d'accès aux soins, nouvel avatar de feu le secteur optionnel, est ouvert aux praticiens du secteur 2 ainsi qu'aux anciens chefs de clinique et assimilés bloqués en secteur 1. D'une durée de trois ans (mais pouvant être dénoncé par le praticien chaque année), il engage le médecin qui y souscrit à respecter un pourcentage d'actes aux tarifs opposables égal ou supérieur à celui constaté en 2012, année de référence, ainsi que le taux de dépassements constaté en 2012 « recalculé », c'est-à-dire calculé sur la base de remboursement - supérieur - des tarifs de secteur 1. Là se trouve l'intérêt financier du contrat, selon les signataires de l'avenant (*voir par ailleurs l'[entretien avec Jean-François Rey](#)*).

**Un bras de fer avec le Gouvernement** \_ L'autre avantage réside dans la prise en charge par l'Assurance Maladie des charges sociales du médecin pour le pourcentage d'actes pratiqués aux tarifs opposables. Les médecins opposants à l'avenant 8 n'y voient pourtant pas d'intérêt, d'autant que le taux de 150 % fixant le seuil à partir duquel un dépassement peut être jugé excessif et donc passible de sanction, bien que présenté comme un indicateur parmi d'autres, leur semble un couperet dangereux pour nombre de spécialistes. Si l'on ajoute à cela les baisses de tarifs, notamment en imagerie médicale, entérinées par l'avenant, les spécialistes libéraux, et singulièrement ceux du secteur 1, ne sont certes pas les gagnants de cet accord.

Nombre d'entre eux sont descendus dans la rue pour manifester leur colère, engageant ainsi un bras de fer avec le Gouvernement, dont il n'est pas sûr qu'ils sortent vainqueurs en ces temps de crise économique générale où, faute d'argent pour tout le monde, les revalorisations des uns sonnent les baisses de tarifs des autres.

---



# Coeur et anesthésie

356 - Qu'on en juge : les deux auteurs, Pierre Coriat et Yannick Le Manach, anesthésistes réanimateurs eux-mêmes, se sont entourés, pour rédiger ce traité, de pas moins de 95 rédacteurs, dont 70 anesthésistes-réanimateurs, plusieurs gériatres, des chirurgiens, des pharmacologues, et seulement 2 cardiologues ou du moins recensés comme tels.

A titre d'exemples, le chapitre sur les statines est rédigé par des anesthésistes-réanimateurs, comme celui qui concerne les antiarythmiques, ou même la place des examens complémentaires, ou (mieux encore) celui qui a trait aux techniques ultrasonores (pour parler clair à l'échographie cardiaque ou vasculaire) pour lesquelles l'auteur regrette fermement qu'elles soient vues comme « l'apanage » des cardiologues ou radiologues et demande que la formation à ces techniques soit intégrée au cursus de tout anesthésiste-réanimateur en formation, y compris (tant qu'on y est !) pour dépister d'éventuelles lésions suggérant une endocardite...

Voilà qui devrait faire plaisir au Syndicat des cardiologues qui désespère de voir aboutir un jour sa proposition de former des « sonographes », ou plus précisément de créer un métier de techniciens en cardiologie ; grâce aux anesthésistes, il devrait pouvoir bientôt disposer de collaborateurs efficaces.

Cela dit, l'ouvrage ne manque pas d'intérêt. Sans perdre de temps en introduction, préface ou préambule, on entre tout de suite dans le vif du sujet : les premiers chapitres abordent les modifications hémodynamiques de la période



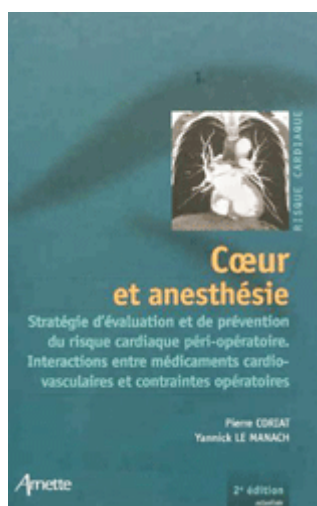
opératoire induites par l'anesthésie générale ou régionale, par la coelochirurgie, et ses implications sur le monitoring circulatoire, le remplissage vasculaire et l'échographie.

Viennent ensuite les interactions entre médicaments cardiovasculaires et anesthésie : tous les produits ou presque sont abordés, y compris dans la prévention de la maladie thromboembolique veineuse. Il est d'ailleurs intéressant de noter qu'un chapitre entier est consacré à la réduction du risque de l'opéré par l'utilisation périopératoire de l'ivabradine, que l'auteur recommande d'utiliser sur des arguments sans doute fondés, mais qui lui sont personnels puisque, sauf erreur, ils ne semblent pas étayés par des études publiées ou une AMM adaptée.

Les chapitres suivants se veulent tout à fait pragmatiques et concernent l'évaluation préopératoire du risque cardiaque, avec un chapitre que le cardiologue clinicien étudiera d'un peu plus près puisqu'il s'intéresse aux indications de l'électrocardiogramme qui sont d'ailleurs abordées avec précision, sérieux et documentation exhaustive (49 références bibliographiques).

Les deux dernières parties de l'ouvrage sont particulièrement importantes, détaillant les pathologies et complications cardiaques de l'opéré ainsi que leur prise en charge. Il est même question du syndrome de Tako-Tsubo qui serait sur le point de devenir « la » nouvelle préoccupation de l'anesthésiste...

**Alors, en définitive : à lire ?** \_ Oui, certainement, par les anesthésistes qui y puiseront une source importante d'informations théoriques et pratiques de qualité. Et par les cardiologues ? Sans doute aussi, même si certains chapitres sont susceptibles de leur donner quelques démangeaisons.



**Coeur et anesthésie** \_ **Auteurs** : Pierre Coriat et Yannick Le Manach \_ **Editeur** : Arnette \_ **Pagination** : 846 pages \_ **Prix** : Environ 75,00 €(*gallery*)



## Sport, exercice et cardiologie

La lecture est réservée à nos abonnés papier

Pour lire cet article, vous devez vous connecter

Identifiant ou adresse e-mail

Mot de passe

Se souvenir de moi

- [Mot de passe oublié ?](#)

---

## Une signature inacceptable !

356 - Le SML, la CSMF et MG France viennent d'apposer leur signature sur l'avenant n°8. Si celle de MG France est à la limite compréhensible, le blanc-seing des deux autres syndicats signataires pose plus d'interrogations que de réponses. Le Syndicat des cardiologues s'est, quant à lui, fortement opposé à cet accord, qu'il a qualifié « de dupes ». La cardiologie interventionnelle et les 30 % d'entre nous qui pratiquent l'échographie vasculaire voient le tarif de leurs actes diminué de façon notable sur 3 ans à partir du 1er juillet 2013. Sans tenir compte de la progression du coût de la vie sur la même période, les forfaits d'imagerie de la cardiologie interventionnelle seront décotés de 12 % et les actes d'échographie

vasculaire de 7,5 %. Pour quelles contreparties ? Des miettes distribuées avec parcimonie ! Un forfait déguisé de 5 euros sur tous les actes réalisés chez les patients de plus de 85 ans à partir du 1er juillet 2013, et chez les plus de 80 ans à partir du 1er juillet 2014, versé trimestriellement. Et c'est tout pour le secteur 1 ! Quant aux cardiologues en secteur 2 auront-ils intérêt à prendre le contrat d'accès aux soins ? Je leur conseille fort de prendre leur calculatrice. En effet le taux autorisé de dépassement sera calculé sur la moyenne de leur dépassement en 2012 et recalculé en fonction du taux de remboursement des actes en secteur 1. Un certain taux d'actes sera à effectuer en secteur opposable. C'est sur cette seule partie que 2/3 de leurs charges sociales seront prises en charge par l'Assurance Maladie. Implicitement les dépassements seront tolérés jusqu'à 150 %. Ce contrat ne pourra être accessible qu'à partir du 1er juillet 2013 si, et seulement si, au moins 30 % des médecins en secteurs 2 y souscrivent. Difficile d'adhérer au triomphalisme affiché par certains syndicats signataires ! En fait la victoire médiatique revient à notre ministre de la Santé, Marisol Touraine qui a réussi à imposer cet accord à « l'arraché ».

Madame la Ministre, attention à ne pas faire disparaître tout un pan de la cardiologie française ; même si on a souvent l'impression que vous en doutez, les cardiologues libéraux accomplissent un travail considérable en lien avec leurs collègues hospitaliers. Je voudrais attirer votre attention sur le comportement de certains Directeurs d'ARS. Menacer de fermeture la seule clinique pratiquant la chirurgie cardiaque en Lorraine sous prétexte qu'il faut rentabiliser le CHU voisin, menacer de supprimer les autorisations de cardiologie interventionnelle sous des prétextes futiles, sont préjudiciable à l'ensemble de la profession.

Madame la Ministre, le Syndicat des cardiologues souhaite vous rencontrer pour vous exposer les difficultés auxquelles se confronte aujourd'hui la cardiologie libérale.

---

# **Château de la Tuilerie Eole Blanc 2008 - Costières de Nîmes - Chantal Comte 80900 Nîmes**

Le Château de la Tuilerie est un domaine de 70 hectares, complanté pour seulement 10 % en blanc, sis sur la partie la plus ancienne de la formation géologique de la Costière constituée par plusieurs mètres d'alluvions caillouteuses drainées par le Rhône au quaternaire sur la marne argileuse du pliocène. Le sol est pauvre, acide, filtrant, recouvert de sable et galets roulés qui confèrent aux vins, finesse et élégance. Les sous-sols argileux font pousser des vignes, dont l'alimentation en eau et minéraux est limitée contribuant à la faiblesse des rendements et la production de grappes à petits grains, et ainsi de vins concentrés et aromatiques. L'exposition au nord, la ventilation par le mistral sont favorables au maintien d'une bonne acidité et à la synthèse des anthocyanes pour les rouges.

Au Château de la Tuilerie, enherbement, ébourgeonnage, effeuillage sur une taille en cordons de Royat entraînent des rendements très faibles : 20 hl/ha pour la cuvée Eole. L'agriculture est raisonnée limitant les intrants chimiques au strict nécessaire, mais Chantal Comte, l'experte propriétaire, se méfie beaucoup de la mode actuelle pour le bio, et notamment de l'utilisation de métaux lourds, tel le cuivre dans la bouillie bordelaise. La date de la récolte est scientifiquement déterminée par les degrés de maturité alcoolique, et surtout phénolique, et par la qualité des pépins. Les vendanges, là aussi au rebours des tendances actuelles, sont effectuées par une machine perfectionnée permettant un tri extrêmement sélectif des meilleurs raisins, si bien que la table de tri n'est presque jamais utilisée.

Pour la cuvée Eole Blanc, les différents lots, réceptionnés par gravité, sont pressurés pneumatiquement et ébourbés pendant 24 à 48 h à 10 °. La fermentation alcoolique s'opère en fûts neufs à température constante de 18 °, puis l'élevage s'étend pendant au minimum 1 an en barriques de chêne neuves de 220 litres avec un batonnage manuel régulier, pour remettre les lies en suspension et apporter gras et complexité. Les bouteilles, après collage et très légère filtration, mûrissent en cave pendant 6 mois avant commercialisation. La

cuvée Eole Blanc n'est produite que dans les grands millésimes, où la qualité des raisins est impeccable, en très faible quantité, environ 4 000 bouteilles, ce qui justifie son prix élevé pour l'appellation. Elle résulte d'un assemblage savant, variable d'une année à l'autre, déterminé par la viticultrice, pour l'année 2008 : viognier 20 %, rolle 10 %, grenache blanc, clairette, roussanne, marsanne.

Son nom aérien rend hommage à Clément Ader, grand-oncle de Chantal Comte, pionnier de l'aviation, qui avait baptisé sa première machine volante Eole, dieu des vents dans la mythologie grecque, et ce n'est pas un hasard, si cette cuvée Eole prenait son envol en 1989, date anniversaire du centenaire de l'aviation !

Chantal Comte a réhabilité, par ce vin d'exception, classé en 2007 par la revue *Decanter*, parmi les 100 plus grands vins blancs du monde, une bouteille ancienne en verre noir fabriquée au 18<sup>e</sup> siècle, dénommée « arlésienne ».

Parée d'une robe limpide et brillante jaune or avec des reflets verts, cette cuvée Eole Blanc 2008 exhale de doux parfums de pamplemousse, de bergamotes et de fruits exotiques : ananas, mangue, fruit de la passion, avec quelques notes miellées. La bouche voluptueuse, séveuse, glycerinée exprime, sur une bonne acidité et fraîcheur, une attaque franche sur des notes de pêche blanche, de jasmin et de vanille se poursuivant avec des arômes de brioche toastée et d'épices sur une longueur interminable.

Surprenant à plus d'un titre, ce vin est d'une complexité défiant l'analyse organoleptique classique et, de plus, ses arômes et fragrances se modifient continuellement au cours de la dégustation et en fonction des mets proposés. Ainsi, les accords culinaires avec ce vin opulent, rond, mais complexe, peuvent prêter à controverse. Chantal Comte estime qu'il est le compagnon idéal des truffes, de la crème, des champignons et le recommande sur un carpaccio de foie gras, un homard grillé, une belle volaille fermière aux champignons des bois. Personnellement, je suis influencé par les saveurs méditerranéennes de cet Eole Blanc qui respire les vacances et le marierai volontiers avec des coquilles Saint-Jacques à la provençale, des ravioles aux truffes, mais il ne sera pas heurté par un aïoli ou une bouillabaisse qu'au contraire, il caresse et enveloppe. Il épousera, sans hésitation, des fromages de chèvre affinés et tous desserts à base d'amande et de vanille : crème brûlée, galette des rois, pithiviers.

Mais laissons conclure Chantal Comte : « *S'il est culture et mémoire, inventons le*

*vin chaque jour ! S'il est fait d'amour, d'inquiétude et de soins attentifs, il est d'abord source de plaisir ! » ■*